

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Pavla Marešová

**Vztahy seniorů s rodinou a blízkými ve vybraném
pobytovém zařízení**

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Pardubicích dne 19. 6. 2020

.....

Bc. Pavla Marešová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především paní Mgr. Hana Šlechtové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytovala v průběhu tvorby této práce. Dále děkuji všem klientům vybraného pobytového zařízení, kteří byli ochotni zapojit se do mého výzkumu a též všem zaměstnancům, kteří mi pomohli se sběrem dat potřebných k jeho realizaci. Děkuji též své rodině za oporu, kterou mi poskytovala po celou dobu psaní diplomové práce.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| 1. Úvod..... | 1 |
| 2. Stáří a stárnutí..... | 4 |
| 2.1 Fenomén stáří | 4 |
| 2.2 Adaptace jedince na stáří | 7 |
| 2.3 Proměny ve stáří | 9 |
| 2.3.1 Fyzické změny ve stáří | 9 |
| 2.3.2 Psychické změny ve stáří | 11 |
| 2.3.3 Sociální změny ve stáří | 12 |
| 3. Mezilidské vztahy seniorů | 14 |
| 3.1 Partnerské vztahy..... | 14 |
| 3.2 Vztahy s rodinou..... | 16 |
| 3.3 Mezigenerační vztahy - ageismus..... | 19 |
| 3.4 Vztahy s širší komunitou | 21 |
| 4. Seniori v pobytových zařízeních sociálních služeb..... | 22 |
| 4.1 Pobytové sociální služby pro seniory | 23 |
| 4.2 Téma kvality v pobytových zařízeních sociálních služeb | 25 |
| 4.3 Podpora kontaktu seniora s přirozeným prostředím | 27 |
| 5. Metodologie výzkumu | 30 |
| 5.1 Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumného šetření | 30 |
| 5.2 Výzkumná metoda a výzkumný nástroj | 31 |
| 5.3 Charakteristika výzkumného souboru | 33 |
| 5.4 Představení místa šetření | 34 |
| 5.5 Realizace výzkumu..... | 35 |
| 5.6 Etické aspekty a rizika výzkumu | 36 |
| 6. Profily participantů výzkumného šetření | 39 |
| 6.1 Uživatelé služby Domov se zvláštním režimem..... | 39 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6.1.1 | Paní Božena (81 let) | 39 |
| 6.1.2 | Pan Bedřich (97 let)..... | 41 |
| 6.1.3 | Pan Bohuslav (86 let) | 44 |
| 6.1.4 | Paní Barbora (73 let) | 46 |
| 6.1.5 | Paní Běla (88 let)..... | 49 |
| 6.1.6 | Paní Blažena (82 let) | 51 |
| 6.1.7 | Paní Blanka (85 let)..... | 54 |
| 6.1.8 | Pan Bořivoj (72 let) | 57 |
| 6.1.9 | Pan Bohdan (85 let)..... | 59 |
| 6.2 | Uživatelé služby Domov pro seniory | 61 |
| 6.2.1 | Paní Anna (81 let) | 61 |
| 6.2.2 | Paní Alena (89 let)..... | 64 |
| 6.2.3 | Paní Anežka (82 let)..... | 67 |
| 6.2.4 | Paní Alžběta (80 let)..... | 70 |
| 6.2.5 | Pan Antonín (87 let) | 73 |
| 6.2.6 | Pan Alois (81 let)..... | 75 |
| 7. | Výzkumná zjištění..... | 79 |
| 7.1 | Prezentování povahy osobních vztahů jako samozřejmě dobrých | 79 |
| 7.2 | Rozrušení jako nejednoznačný znak nekvalitního vztahu | 80 |
| 7.3 | Různorodost frekvence návštěv rodinných příslušníků a blízkých | 80 |
| 7.4 | Stabilita charakteru vztahů bez spojitosti se změnou frekvencí návštěv | 80 |
| 7.5 | Frekvence návštěv jako odraz vztahů a zvyklostí z doby před nástupem do zařízení 81 | |
| 7.6 | Podpora budování rodinných a přátelských vztahů klientů ze strany zařízení..... | 82 |
| 7.7 | Podpora klientů při využívání běžně dostupných služeb ze strany zařízení..... | 84 |
| 8. | Závěr..... | 87 |
| | Seznam použité literatury a pramenů | 89 |

| | |
|-----------------------------|-----------|
| Seznam obrázků | 94 |
| Seznam tabulek..... | 94 |
| Seznam grafů | 94 |
| Seznam příloh | 95 |

1. Úvod

Mezilidské vztahy jsou neoddelitelnou součástí našich životů a mívají mnoho podob. Často bývají předmětem zkoumání mnoha odborníků z řad psychologů, sociologů, zdravotníků i sociálních pracovníků. Konkrétně v sociální práci je dle mého vztahová problematika klíčovým tématem, a to bez ohledu na to, na kterou cílovou skupinu osob je zaměřena. Kvalita našich vztahů totiž významnou měrou ovlivňuje celkovou kvalitu našich životů.

Je obecně známo, že životy seniorů bývají limitovány řadou zdravotních i jiných omezení. V důsledku ztráty soběstačnosti již mnohdy nemohou dělat to, na co byli před časem zvyklí, bývají omezeni v kontaktu se společností a často zůstávají zcela osamoceni. Kontakt s těmi, které mají rádi, pro ně proto většinou nabývá na významu a důležitosti. Potřebu vztahových interakcí seniorů s rodinou a blízkými nelze opomíjet ani v případě jejich pobytu v zařízení sociálních služeb.

Pracuji jako sociální pracovnice v nejmenovaném domově pro seniory, kde se s různými formami a podobami vztahů seniorů s jejich rodinou a blízkými setkávám dnes a denně. Téma **vztahů seniorů s rodinou a blízkými ve vybraném pobytovém zařízení** jsem si pro svou diplomovou práci zvolila proto, že mne zajímalo, zda může mít pobyt seniorů v zařízení nějaký vliv na vývoj jejich osobních vztahů. Stěhování do pobytového zařízení je přeci jen velkým zásahem do osobní integrity seniorů. Ze dne na den se najednou mění prostředí a okruh osob, se kterými jsou v každodenním kontaktu, rodina i přátelé jsou náhle vzdálenější a ztráta soběstačnosti, které bývá jednou z hlavních příčin jejich institucionalizace, jim neumožňuje návštěvy uskutečnit samostatně. Vzhledem ke zdravotním omezením jim pak většinou nezbyvá nic jiného, než na návštěvu rodiny a blízkých vyčkávat. Přijdou ale? A budou je navštěvovat stejně pravidelně jako zpočátku pobytu i po nějakém čase?

Hlavním cílem mé práce bude **analyzovat a popsat charakter a vývoj vztahů seniorů žijících ve vybraném pobytovém zařízení s jejich rodinou a blízkými v průběhu pobytu, a to v kontextu podpory těchto vztahů ze strany vybraného pobytového zařízení.** Mezilidské vztahy bývají značně specifické a z pohledu výzkumníka je do nich prakticky nereálné zcela proniknout. Proto se v rámci výzkumu zaměřím alespoň na sledování frekvence návštěv a jejich vývoj od nástupu vybraných seniorů do zařízení. Dále budu s vybranými seniory průběžně hovořit a sledovat jejich případné reakce po kontaktu s rodinou a blízkými. K získání potřebných dat využiji výzkumnou metodu standardizovaného a

nestandardizovaného pozorování, polostrukturovaných a nestrukturovaných rozhovorů a analýzy dokumentů v různých časových intervalech - během pobytu vybraných seniorů v zařízení.

Z hlavního cíle plynou tyto cílové otázky:

Dílčí cílová otázka 1 - Jak kvalitní vztahy mají senioři žijící ve vybraném pobytovém zařízení ke své rodině a blízkým?

Dílčí cílová otázka 2 - Mění se frekvence návštěv rodin a blízkých těchto seniorů v závislosti na délce jejich pobytu v zařízení? Pokud ano, jak? Jak případné změny frekvence návštěv souvisí s charakterem vztahů seniorů k jejich rodině a blízkým?

Dílčí cílová otázka 3 - Jaké jsou souvislosti frekvence návštěv rodin a blízkých se zdravotním stavem seniorů? Souvisí frekvence návštěv rodin a blízkých se zdravotním stavem seniorů?

Dílčí cílová otázka 4 - Jak sledované zařízení podporuje či nepodporuje budování rodinných a přátelských vztahů seniorů?

Diplomová práce je rozdělena do čtyř kapitol. První tři kapitoly tvoří konceptuální část, jež poskytuje východisko pro vlastní empirický výzkum, který následuje. První kapitola konceptuální části obecně pojednává o fenoménu stáří a stárnutí, který tvoří podstatu celé práce. Objasňuje některé, pro uvedení do problematiky důležité pojmy, přibližuje se stářím spojené změny a poukazuje na důležitost adaptace na ně. Druhá kapitola je věnována vztahové problematice. Konkrétně se zaměřuje na vztahy seniorů s jejich partnery, rodinou a komunitou. Neopomíná ale ani v současnosti stále častější mezigenerační jev – ageismus. Třetí kapitola již pojednává o životě seniorů v zařízení sociálních služeb. Obecně charakterizuje pobytová zařízení, přibližuje proces adaptace seniorů na život v těchto zařízeních či připomene konkrétní specifika a odlišnosti od života v přirozeném domácím prostředí. V závěru zmiňuje i způsoby podpory kontaktu seniorů s rodinou a blízkými ze strany zařízení. Poslední tři kapitoly se věnují vlastnímu výzkumnému šetření, jehož záměr je zachytit vývoj vztahů seniorů s rodinou a blízkými ve vybraném pobytovém zařízení.

Problematikou stáří a s ním souvisejícími vztahy se ve své publikaci zabývá např. například Helena Haškovcová, Hynek Jeřábek či Igor Tomeš s Kateřinou Šámalovou. O kvalitě života seniorů v pobytových zařízeních pak obecně pojednává i Dagmar Dvořáková a Eva Malíková.

Diplomová práce je určena zejména pracovníkům pobytových zařízení sociálních služeb. Výsledky jejího šetření by mohly sloužit jako inspirace ke zlepšení úrovně kvality života

seniorů žijících v pobytových zařízeních srze podporu jejich vztahů s rodinnými příslušníky a přáteli od pracovníků.

2. Stáří a stárnutí

Před tím, než se začnu věnovat vztahové problematice seniorů, považuji za důležité alespoň okrajově přiblížit základní specifika a spojitosti této životní etapy. V této kapitole proto objasním základní pojmy a zmíním témata, o kterých se v literatuře v souvislosti se stářím hovoří. Kromě toho nahlédnu i do statistik, které poukazují na stále více aktuální fenomén stárnoucí populace.

2.1 Fenomén stáří

Stárnutí je přirozený proces, který se týká každého z nás. Provází nás celým životem a nese s sebou řadu neodvratných tělesných, psychických a sociálních změn. Je vysoce individuální. Probíhá různými způsoby a podílejí se na něm odlišné faktory. Příbyl (2015, s. 9) stárnutí definuje jako „*komplexní, nevratný dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organizmy kontinuálně již od jejich početí*“. Samotné stáří je pak důsledkem onoho procesu stárnutí. Bývá označováno jako poslední fáze života. Tvrzení, že se jedná o konečnou fázi bytí, pak potvrzuje většina zveřejněných definic. Například Čeledová, Kalvach a Čevela (2016, s. 11) o stáří hovoří jako o „*poslední fázi ontogeneze – vývojové etapě, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně*“. Bromley (dle Vágnerové, 2007, s. 299) stáří označuje jako fázi „*postvývojovou, ve které již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje*“.

Stáří je životní etapou, pro kterou jsou typické změny ve všech rovinách. Na první pohled je pro stáří příznačná změna vzhledu - prohlubují se vrásky, šednou a řidnou vlasy apod. Začínají ubývat fyzické a psychické síly. Staří lidé jsou slabší, pomalejší, objevují se u nich nová pohybová omezení. Většině lidí se ve vyšším věku zhoršuje zrak, sluch ale i jiné smysly. Zhoršuje se i paměť, začínají se objevovat problémy s výbavností ale i orientací v praktickém životě. Všechna zmíněná i další omezení pak podle Haškovcové (2010, s. 31-32) často vedou k tvorbě bariér ve vztahu k mladším generacím, které tyto odlišnosti ne vždy respektují. Thorová (2015, s. 463) v souvislosti s definováním stáří upozorňuje na důležitost rozlišení tzv. **normálního** a **patologického stárnutí**. Na průběh stárnutí a nástup projevů s ním souvisejících dle autorky nemá vliv pouze přirozený proces tělesných změn a dědičnost. To jak naše tělo stárne, je do jisté míry závislé i na našem životním stylu – tedy na tom, jak se během života pohybujeme, stravujeme a chováme (např. zda kouříme, užíváme alkohol či jiné návykové látky apod.). Podle Čevely, Čeledové a Kalvacha (2014, s. 17) lze za významné

specifikum stáří považovat i „*různě rychle probíhající pokles potenciálu zdraví, vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti a adaptability*“. Starší lidé se hůře přizpůsobují změnám, jsou méně odolní vůči různým zátěžím, stresorům a klesá jejich celková výkonnost.

Se stářím ale nejsou spojena pouze samá negativa a ztráty. To potvrzuje například Vágnerová (2007, s. 299), podle které stáří přináší jistý nadhled, moudrost a pocit naplnění. Dle Eriksona (dle Blatný a kol., 2016, s. 158) je stáří spojeno s hlavním vývojovým úkolem – dosažením integrity, tedy nalezení smyslu vlastního života. Pro tento životní úkol je pak zásadní přijetí sebe sama včetně změn, které s sebou stáří přináší. Jako další, neméně důležité úkoly tohoto období autor uvádí snahu o zachování minulých tradic a jejich přenášení na pokračující generace či ochranu a uchování společných, rodinných, komunitních či národních dědictví.

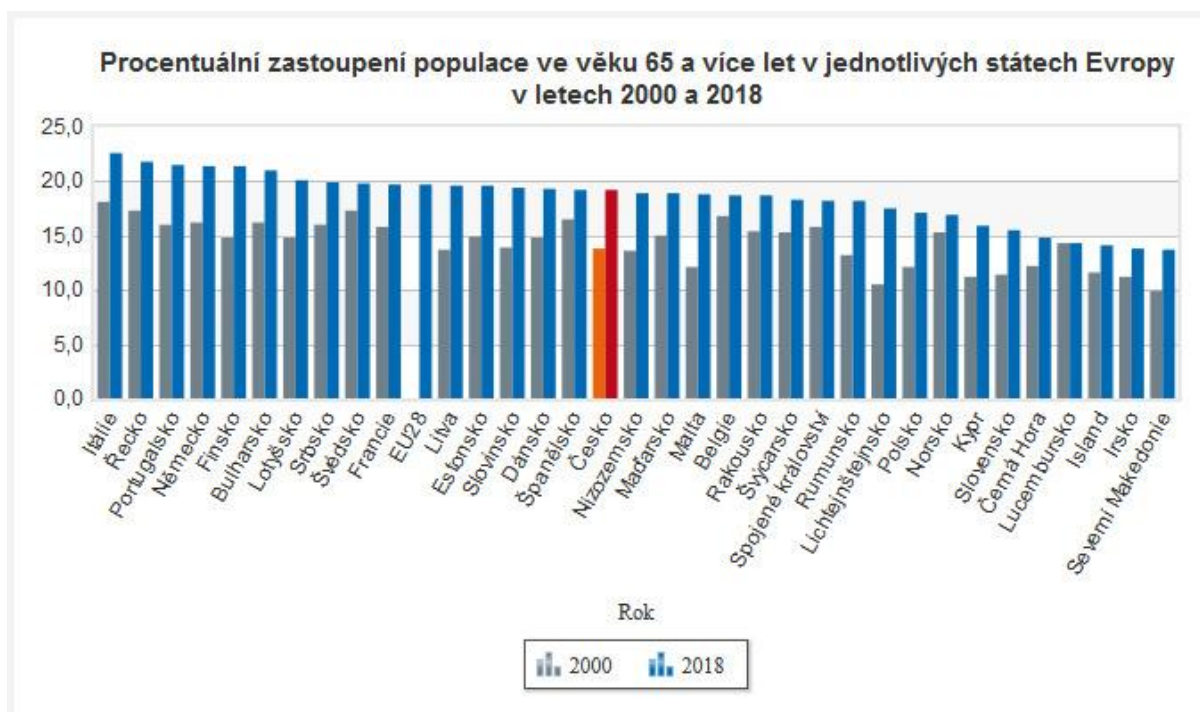
Většina současných publikací rozděluje období stáří do několika životních etap podle věku. Za spodní věkovou hranici stáří pak bývá považován věk 60 popř. 65 let – většinou označován jako rané stáří. Stáří definované podle věkové hranice je v publikacích označováno jako **stáří kalendářní**. Ne nadarmo se ale říká rčení „jsi tak starý, jak se cítíš“. Stárnutí je proces individuální a spíše nežli na věku, je závislé na celkovém stavu lidského organismu. Velká část na člověku pozorovatelných změn může být výrazně ovlivněna či dokonce zapříčiněna přidruženými nemocemi, nikoliv pouze stářím samotným (Ondrušová, 2011, s. 17). Stáří z pohledu involučních změn, jako je srašťování a vysušování kůže, šedivění, úbytek vlasů apod. bývá nazýváno jako **stáří biologické**. **Sociální staří** je charakterizováno sociálními zkušenostmi jedince a od nich se odvíjejícího sociálního statusu. Bývá definováno i generační příslušností a je zpravidla závislé na vlastním sebepojetí člověka – tedy na tom, jak se on sám vnímá a jak se cítí. Velkým mezníkem ve změně pohledu na sebe sama pak většinou bývá odchod do důchodu.

Stále častěji se v textech setkáváme i s termínem tzv. bezvěké společnosti. Zdeněk Kalvach (2020) citovaný v článku pro webový portál i60.cz o termínu hovoří jako o tzv. „*ideálu – společnosti, kdy jedině, co člověka omezuje, je případná choroba, nikoliv věk*“ a poukazuje na význam termínu v kontextu české společnosti, kterou vnímá jako nadprůměrně ageistickou. O termínu ve své knize hovoří i autoři Tomeš, Šámalová a kol. (2017, s. 50), kdy ve spojitosti s ním zmiňují, že „*nemůžeme posuzovat míru a hloubku závažnosti sociální události na základě věku (stáří), ale na základě zdravotního stavu (invalidita)*.“

O fenoménu stárnoucí populace vypovídá celá řada starších a novějších statistik. Ty jasně poukazují na změny ve věkové struktuře společnosti. Podíl na změnách má pak kromě setrvalého poklesu úmrtnosti i stále klesající porodnost.

Podle webových stránek www.socialnipolitika.eu žilo v ČR v roce 2015 1,9 milionu obyvatel ve věku 65 let a vyšším, což představuje 18% z celkového počtu obyvatel. V roce 2017 přesáhla již tato skupina osob hranici 2 milionů. Počet osob ve věku 85 let a vyšším bylo pak 0,2 milionu. Nová projekce z roku 2018 předpokládá, že v roce 2050 celkový počet obyvatel vzroste na 10,7 milionu (oproti roku 2018 + 0,1 milionu), avšak počet starších obyvatel se zvýší až o 1 milion. Odhaduje se, že osob starších 65 let věku bude téměř 3,1 milionu, což bude představovat téměř jednu třetinu ze všech osob žijících v ČR. Zároveň se téměř ztrojnásobí počet osob, kterým bude 85 let a více na 0,5 milionu, což bude představovat přibližně 4,7 % populace (Institut pro sociální politiku a výzkum, 2020 [online])

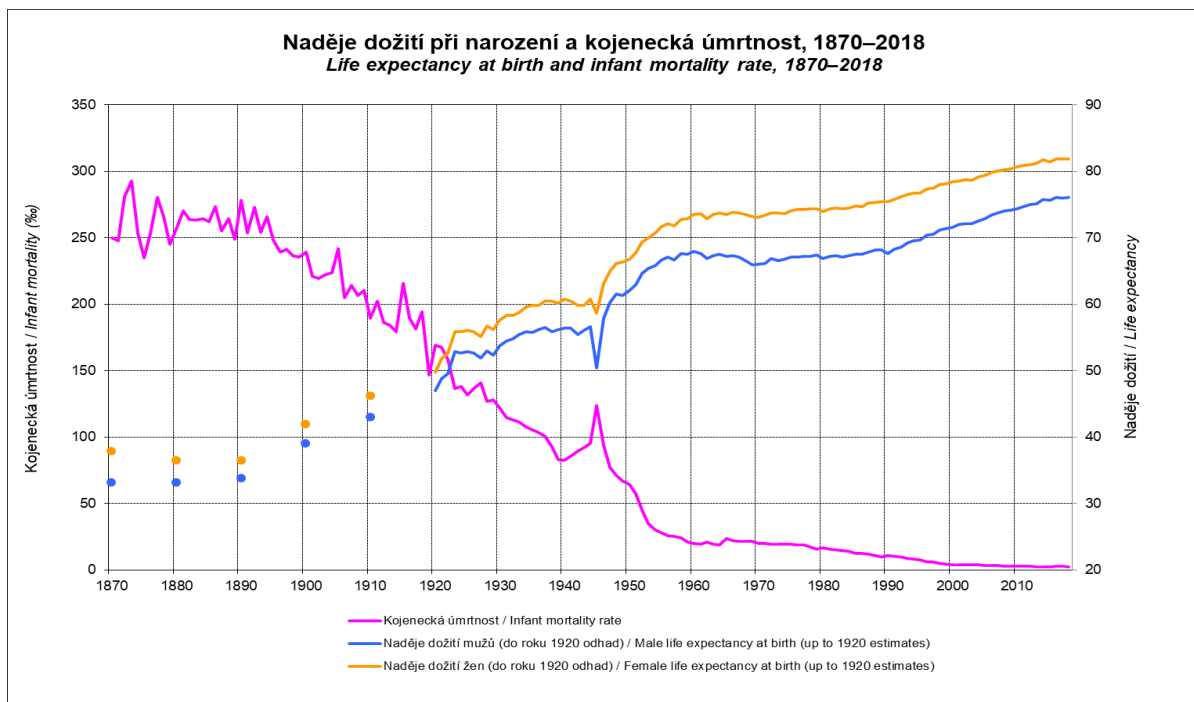
Níže uvedený graf procentuálního zastoupení populace ve věku nad 65 let zveřejněný Českým statistickým úřadem (2018, [online]) nám dokazuje, že změna struktury obyvatel je tématem celosvětovým. Mezi jednotlivými státy Evropy jsou jen nepatrné rozdíly v procentuálním zastoupení seniorů.



Obrázek 1: Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více

S růstem průměrného věku, kterého se lidé dožívají, se mění i pohled na stáří obecně. Zatímco v minulosti byl za starého člověka považován téměř každý „padesátník“, dnes jsou takto staří lidé vnímáni jako maximálně produktivní a dokonce si často teprve zakládají své vlastní rodiny. Mění se i věk odchodu do důchodu, což bohužel v některých případech činní seniory nezaměstnanými či dokonce nezaměstnatelnými.

V pořadí druhý graf jasně dokazuje pokrok světového zdravotnictví v uplynulém století. Podle růžovou barvou znázorněné křivky se úmrtnost v kojeneckém věku snížila prakticky na minimum. Žlutá a modrá křivka pak ukazuje předpokládaný věk dožití žen a mužů narozených po roce 1920. S výjimkou období druhé světové války mají obě vzestupný charakter. Lze tedy předpokládat, že lidí seniorského věku bude v populaci v budoucnu stále přibývat.



Obrázek 2: Naděje dožití při narození a kojenecká úmrtnost

2.2 Adaptace jedince na stáří

Stáří je obdobím, kdy se mění celý náš dosavadní způsob života. S přibývajícím věkem přichází řada změn spíše negativního charakteru. Změny se prolínají všemi oblastmi života a zpravidla bývají neovlivnitelné. Starším lidem proto nezbývá nic jiného než tyto nové skutečnosti přijmout jako přirozenou součást této životní etapy.

Přechod do životní etapy stáří není jednoduchý a většině lidí činí značné potíže. Proto je důležité se na tuto změnu průběžně připravovat. Příbyl (2015, s. 22) přípravu na stáří považuje za celoživotní úkol a zodpovědnost každého člověka. Způsobů, jak se na stáří

připravovat, existuje celá řada. Podle Svobodové (2009, s. 4) se může jednat například o přípravu v oblasti vzdělávacích a volnočasových aktivit, přípravu materiální a finanční nebo i o architektonické úpravy, konkrétně odstraňování bytových bariér. Švancara (dle Čeledová a Čevela, 2017, s. 484) pro dobrou adaptaci na stáří doporučuje uskutečňování tzv. 5P, kterými jsou:

- Perspektiva – důležité je mít každodenní program, stanovit si cíle a plány, k nimž chceme směřovat a o které budeme usilovat, definovat a zachovat si svůj smysl života, pracovat na vyváženém vztahu vzpomínek a očekávání
- Pružnost chování a myšlení – aktivně a vědomě budovat schopnost měnit svá hodnocení, přístupy a názory, mít zájem o dění, o nové skutečnosti, o osobní rozvoj a zajištění nových podnětů
- Prozíravost – vytvářet a optimalizovat podmínky pro perspektivy, uvážlivá volba mezi nimi, výběr činností, respektování změn a kompenzace deficitů
- Porozumění, pochopení pro druhé – být tolerantní, mít pozitivní mysl a přístup k ostatním lidem, pěstovat pozitivní vztahy v rodině a svému okolí, neiniciovat a nevyhledávat konflikty a hádky, budovat sociální sítě, účastnit se na společenských aktivitách
- Potěšení – zachovávat si stálý pozitivní přístup, mít se stále na co těšit a oceňovat malé každodenní radosti a hodnotu radosti jako takovou

Téměř ve všech současných knihách a člancích se změny ve stáří skloňují v souvislosti s kvalitou života. Téma kvality života seniorů nabývá stále většího významu a charakterizuje úroveň zdraví a sociálních podmínek, ve kterých staří lidé prožívají a budou nadále prožívat svůj podzim života. Obor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace kvalitu života definuje jako to *“jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, ve kterých žije a ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, zájmům a obavám.”* (WHOQOL, 1997, s. 1). Tato definice pak jasně poukazuje na důležitost a význam pozitivního pohledu na svět, a to i v období nelehkých změn, které s sebou stáří přináší. Pro kvalitu života seniorů je *„do značné míry určující psychická adaptabilita člověka na změny, které s sebou přináší nejen stáří ale i nový životní způsob“* (Haškovcová, 1989, dle Ondrušové, 2011, s. 49). To, že podstatou úspěšného a kvalitně prožitého stáří je zejména schopnost jedince přizpůsobit se a přijmout nové životní podmínky, svým způsobem potvrzuje i Jung (dle Thorová, 2015, s. 466), který stárnutí považuje za *„období, určené k harmonizaci vědomých i nevědomých složek osobnosti a za období sloužící k rozvoji vlastní*

osobnosti a vytváření hodnot“. Pro staršího člověka již není ve srovnání s mladšími generacemi tak důležitá budoucnost. Orientuje se spíše na život tady a teď, často vzpomíná, bilancuje své životní zisky a ztráty, zvažuje smysl svého prožitého života. Tyto aktivity jsou pak v literatuře často označovány jako důležité adaptační techniky stáří.

2.3 Proměny ve stáří

Pro šťastný a spokojený život je důležité naplňování lidských potřeb. Asi každý z nás si v souvislosti s tématem lidských potřeb vybaví Maslowovu pyramidu, jež poukazuje na vzájemnou závislost fyziologických, psychických a sociálních potřeb, potřebu seberealizace nevyjímaje. Všechny tyto potřeby mají v životě každého jedince zásadní a nezastupitelný význam, nehledě na konkrétní životní etapu, ve které v danou chvíli nachází. K tomu, aby byl člověk v životě spokojený, potřebuje být zdravý, mít dostatek finančních a materiálních prostředků k obživě, potřebuje místo, kde je doma a kde má své soukromí, mít rodinu, přátele a blízké které ho přijímají a mají rádi, potřebuje být společensky prospěšný a užitečný, dostát uznání, sebenaplnění atd. Senioři mají obdobné potřeby jako mladší generace. V cestě za jejich naplněním jim ale stojí řada nových změn a omezení, které s sebou vyšší věk přináší. Z toho důvodu jsou často nuceni měnit způsoby, jak tyto potřeby naplní a uspokojí (Ondrušová, 2011, s. 41).

V následujících odstavcích přiblížím pro stáří typické fyzické, psychické a sociální změny, které mají ve většině případů charakter zmíněných omezení při naplňování lidských potřeb a v důsledku mívají vliv na kvalitu života. Všechny tyto oblasti změn se prolínají a vzájemně spolu souvisí.

2.3.1 Fyzické změny ve stáří

Asi nejčastěji bývají v souvislosti s tématem stárnutí diskutovány změny fyzické. Pravděpodobně tomu je tak proto, že jsou na člověku na první pohled viditelné. Ve stáří se mění celý náš vzhled. Kůže přestává být pružná – tvoří se na ní vrásky a pigmentuje. Vlasy šedivěji a mužům častěji řídnu. Mění se stavba těla. Postava se často nachyluje a zmenšuje. Ubývá tělesné svalstvo a začínají se objevovat problémy s pohyblivostí (Haškovcová, 2010, s. 31). V důsledku pohybových omezení pak člověk bývá pomalejší, jeho pohyby nejsou plynulé a pohotové jako dřív. Pohybová omezení jedince často omezují v různých doposud běžných každodenních aktivitách. Narůstá riziko pádů a s tím spojených úrazů. Člověk se stává více nejistým, zranitelným a závislým na svém okolí. Venglářová (2007, s. 12) jako další pro stáří typické fyzické změny označuje též změny sexuální aktivity, smyslové změny a změny

schopnosti tělesné termoregulace, problémy při vylučování a další změny charakteru zdravotních obtíží jako jsou kardiopulmonální změny a změny v trávicím systému.

Zdravotní potíže a nemoci jsou jedním z hlavních determinantů ovlivňující život nejen ve vyšším věku. Bohužel „*stáří samo o sobě není nemoc, ale není bez nemoci*“ (Pacovský, 1997, dle Ondrušová, 2011, s. 26). Je obecně známo, že u starších lidí je výskyt nemocí a zdravotních omezení častější než u příslušníků generací mladších. Nemoci mají vliv zejména na celkový fyzický a duševní stav jedince a v důsledku se promítají do všech oblastí jeho každodenního života. Mohou ovlivnit například schopnost myšlení, výbavnost ale i pohyblivost a s tím spojenou schopnost sebeobsluhy. Současný rozvoj zdravotnictví výrazně přispívá ke zlepšení úrovně kvality života ve stáří a do jisté míry ovlivňuje i statistické tabulky znázorňující vývoj naděje na dožití dnešní generace. Nemoci ale nejsou tím jediným, co na naše zdraví ve stáří působí a co ho ovlivňuje. Podle Čevely a kol. (2014, s. 64-75) existují čtyři základní skupiny determinant zdraví – životní prostředí, životní styl, genetický základ a zmíněná zdravotní péče. Hlavní pozornost autoři ve své publikaci věnují vlivu životního prostředí a životního stylu, jejichž dopad na zdraví jedince stále narůstá. Mezi zdraví ohrožujícími faktory životního stylu patří zejména kuřáctví, nadměrné a nevhodné stravování vedoucí k obezitě, nadměrná konzumace alkoholu, užívání drog, vysoký podíl psychické zátěže, nedostatečná pohybová aktivita a nevhodné sexuální chování. Stále zhoršující se stav ovzduší, vody, půdy, potravin a chemizaci zemědělství též nelze brát na lehkou váhu.

Mezi běžné zdravotní projevy stárnutí lze považovat zejména zhoršení zraku, sluchu a kognitivních funkcí. Mění se zraková ostrost, vnímání barev a kontrastů. Ztráta sluchu se pak většinou projevuje problémy s porozuměním běžnému mluvenému slovu a menší citlivostí na hlasité a pronikavé tóny (Gruss (ed.), 2009, s. 144). Změny kognitivních funkcí u starších lidí většinou souvisí se zhoršenou schopností výbavnosti a všípivosti. Starší lidé častěji zapomínají, mají horší soustředěnost, a tudíž se i hůře učí novým věcem, mívají potíže s orientací, chápáním souvislostí apod. Poruchy kognitivních funkcí jsou též jedním z hlavních projevů se stářím nejčastěji spojovaným onemocněním – **demencí**. Podle Konráda (2005, s. 227) lze tuto nemoc z části odhalit pouhým pozorováním. U jedince s demencí se totiž dle autora souběžně s běžnými kognitivními změnami začínají projevovat i problémy při běžných denních aktivitách. Zejména pak při sebeobsluze a sociálních interakcích. Onemocnění bývá často doprovázeno neschopností emoční kontroly, zhoršením sociálního chování a motivace. Vlivem nemoci pak postupně dochází ke změnám osobnosti a celkové nesoběstačnosti – závislosti na druhé osobě (Tomeš a kol., 2017, s. 108-109).

Starých lidí se nevyhýbají ani nejrůznější psychické poruchy a choroby (Haškovcová, 2010, s. 259-260). Jednou z u seniorů nejčastěji diagnostikovanou psychickou poruchou je **deprese**. Deprese mohou být způsobeny těžkostmi, se kterými se člověk ve stáří potýká. Spouštěčem může být například vlastní vážné onemocnění či nemoc nebo úmrtí životního partnera. Podle Thorové (2015, s. 468) se deprese týká cca 10% seniorů a její výskyt je častější u těch, kteří žijí v kolektivních zařízeních pro seniory.

Ohlédneme-li se za tím, co všechno nemoc ve stáří ovlivňuje, nelze se divit tomu, že zdraví zastává v hodnotovém žebříčku starých lidí jednu z prvních příček. Prožít stáří bez nemoci je ale bohužel prakticky nemožné. Proto je důležité naučit se nemoc a s ní spojená omezení přijímat jako přirozenou součást této životní etapy.

2.3.2 Psychické změny ve stáří

Tělesné změny ve stáří mívají většinou souvislost se změnami psychickými. Stále přidružující se nemoci a zhoršující se zdravotní stav seniori velmi často negativně prožívají. Jakákoliv změna jejich zdraví s sebou zpravidla přináší nová omezení a naděje, že zdravotní komplikace ustanou, jsou pomíjivé. Prožívání těchto nelehkých spojitostí stáří se pak v důsledku může promítnout na psychice seniorů. Podle Ondrušové (2011, s. 86-87) je ve stáří velmi důležité věnovat pozornost vyvstávajícím otázkám a tématům, které se většinou týkají blízkosti se smrti, bilancování dosavadního života, vyrovnávání se se ztrátami a omezeními či s přítomností vážného onemocnění. Porozumění vlastnímu životu totiž dle autorky přispívá k osobní zralosti a zabraňuje vzniku osobních krizí, somatických onemocnění a psychických poruch.

Podle Jedličky (dle Dvořáčková, 2012, s. 12) se změny psychiky ve vyšším věku odrážejí zejména na poklesu elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, zhoršené vstřípivosti, výbavnosti a pozornosti či na omezené schopnosti navazovat a udržovat vztahy. Pavel Řičan (dle Haškovcová, 2010, s. 145) zmíněné negativní dopady v oblasti psychiky kompenzuje tím, že vyjmenovává změny pozitivního charakteru. Starší lidé podle autora bývají pečlivější, vytrvalejší a rozvážnější, umějí si lépe rozvrhnout čas a jsou stálejší ve svých názorech a vztazích.

Stáří je provázáno řadou změn kognitivních funkcí. U seniorů se velmi často objevují změny na úrovni paměti, které v určité fázi začínají ovlivňovat jejich schopnost uchovávání, zpracovávání a pozdějšího vybavování nově nabytých informací. Práce s informacemi začíná být pro seniory náročná, trvá jim stále déle a v důsledku toho je mnohdy vede k jejich částečnému vytěsňování. Kognitivní změny též často ovlivňují schopnost seniorů orientovat

se ve vlastních vzpomínkách i aktuálním dění a ovlivňují i úroveň kvality jejich komunikace s okolím (Vágnerová, 2007, s. 407).

2.3.3 Sociální změny ve stáří

Většina autorů zabývajících se problematikou stáří se shoduje, že zásadním mezníkem, který má vliv a řadu sociálních a společenských aspektů stáří je odchod do důchodu. S odchodem do důchodu souvisí změna běžné náplně dne ale i společenského statusu seniorů. Člověk přestává být ekonomicky aktivním a vzniká mu nadbytek volného času, který mnohdy neumí efektivně využít. Absence denního pracovního řádu, pokles příjmu a nově vznikající zdravotní omezení seniory většinou nutí ke změně životního stylu (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 54-55). Přibývajících zdravotní limity seniory omezují v možnostech účastnit se různých společenských, kulturních a jiných aktivit a zhoršuje jejich schopnost samostatných návštěv rodiny, přátel a jiných blízkých. V důsledku těchto a dalších příčin jsou pak mnohdy ohroženi sociální izolací (Malíková, 2012, s. 22). Na důležitost systému sociálních vztahů ve vyšším věku upozorňují např. i autoři Blatný a kol. (2016, s. 164), podle nichž mají sociální interakce s narůstajícím věkem větší význam v oblasti emoční opory nežli v mládí. Velikost sociální sítě seniora a kvalita vztahů uvnitř ní pak mnohdy vypovídá i o životní spokojenosti daného jedince.

Smutnou, ale pro stáří běžnou událostí je i úmrtí partnera a jiných blízkých z řad vrstevníků. V souvislosti se ztrátou nejbližších pak Malíková (2012, s. 22) hovoří o dalším riziku stáří - tzv. generační osamělosti. Senioři se též často potýkají s obavami ze ztráty soběstačnosti a s ní spojené fyzické závislosti na okolí, z opuštěnosti a zmíněné osamělosti, či mívají strach z pocitu nepotřebnosti a zátěže pro rodinu (Příbyl, 2015, s. 50-51).

Kromě výše zmíněných těžkostí se senioři ve svém životě mohou setkat i se společenským nepochopením, skrytou i otevřenou averzí či diskriminací, jež jsou typickými projevy způsobené negativní stereotypizací a ageismem mladších generací. Přístup společnosti ale i těch nejbližších ke starším lidem zásadním způsobem ovlivňuje jejich prožívání. Proto je důležité přistupovat k nim bez rozdílu, s respektem a akceptovat jejich individuální lidské hodnoty a potřeby i navzdory změně zdravotního stavu a funkčnímu potenciálu (Tomeš a kol., 2017, s. 79-80).

Zásadní sociální změnu v životě seniora může sehrát i stěhování, které většinou bývá podníceno seniorovou ztrátou soběstačnosti. Starší lidé se často stěhují do domácností svých dětí nebo do zařízení sociálních služeb. Schopnost adaptace jedince na nové prostředí - zejména pak na prostředí pobytových sociálních služeb - bývá ovlivněna i jeho celkovým

psychickým stavem (Venglářová, 2007, s. 16). Tímto tvrzením autorka opět poukazuje na provázanost fyzických, psychických a sociálních změn stáří.

Sociální změny jsou podle Vágnerové (2007, s. 398-401) u starších lidí patrné i v oblasti jejich osobních hodnot. Mění se jejich postoj ke světu, ostatním lidem ale i k sobě samému. Na tyto změny má vliv mnoho faktorů. Nejčastěji jsou ale způsobeny životní zkušeností, úbytkem sil a celkového zdraví.

3. Mezilidské vztahy seniorů

Americký badatel Charles Murray (dle Čeledová a kol., 2017, s 483) identifikoval čtyři nejdůležitější předpoklady dlouhodobě šťastného a smysluplného života - pevnou rodinu, přátele nebo fungující sousedskou komunitu, náboženství nebo životní filozofii a smysluplnou a sebenaplňující práci. Hned dva z těchto čtyř předpokladů autor přisuzuje sociálnímu prostředí jedince. Jeho tvrzení pak jasně dokazuje důležitost vztahů v celém životě člověka.

Mezilidské vztahy hrají zásadní roli v každém lidském životě, neboť náš život formují a dávají mu určitý význam. Vztahy s osobami, kterými se obklopujeme, jsou i jakýmsi ukazatelem kvality našeho života. Pokud je náš život plný zajímavých inspirativních lidí i těch, na které se můžeme v nesnázích spolehnout, lze předpokládat, že budeme šťastnější a spokojenější. Zdravé a pevné vztahy s rodinou a přáteli ale nejsou lehce získatelnou samozřejmostí. Vztahy je nutné budovat a neustále o ně pečovat po celý náš život, ve stáří nevyjímaje. Bohužel, ve stáří se naše možnosti k uskutečnění osobního kontaktu s rodinou a blízkými stávají omezenějšími z mnohých důvodů. Tyto důvody pak většinou mívají charakter zdravotního omezení.

Se stářím souvisí mnoho změn, které mohou ovlivňovat různé oblasti našeho života, oblast sociálních vztahů nevyjímaje. V následující kapitole pojednám o proměnách a charakteru mezilidských vztahů v pozdějším věku. Zaměřím se na proměňující se vztahy mezi stárnoucími partnery, na vztahy s jejich vrstevníky i vztahy mezigenerační, zejména pak na vztahy s rodinou a komunitou.

3.1 Partnerské vztahy

Obecně se říká, že láska v pozdějším věku bývá založena na odlišných hodnotách nežli v mládí. Podle Příbyla (2015, s. 51) je vztah s životním partnerem pro seniory tím nejvýznamnějším vztahem celého jejich života. Partnerské pouto v pozdějším věku bývá podle autora velmi silné hlavně proto, že je prověřeno mnoha životními zkušenostmi a společně strávenými lety.

Partneři se během života potýkají s nelehkými událostmi a změnami. Jednou z prvních nelehkých životních zkoušek vyššího věku pro ně podle Dvořáčkové (2012, s. 78) bývá odchod dětí z domova. Manželé se najednou ocitají sami, mnohdy se potýkají s pocity

prázdnoty a musejí hledat nové způsoby společného soužití bez dětí. Tento stav pak autorka nazývá tzv. syndromem prázdného hnízda.

Zásadním mezníkem života v pozdějším věku je odchod do důchodu. S ním souvisí především ztráta příjmu a nárůst volného času obou partnerů. Výsledky výzkumu Život ve stáří (dle Svobodová, s. 13) ale ukázaly, že ukončení ekonomické aktivity nemá na vztahovou oblast seniorů téměř žádný vliv. Negativní dopad odchodu do důchodu na partnerský vztah pak potvrdilo pouhých 3,9% dotazovaných.

Specifickým znakem vztahu stárnoucích partnerů je podle Dvořáčkové (2012, s. 50) především zvýšení jejich vzájemné citové závislosti. Partneri si často začínají uvědomovat, že jsou stále více zranitelní a pocit opory a spolehnutí se na toho druhého pro ně nabývá na hodnotě. Vzájemná podpora manželů bývá zprvu psychické povahy. V pozdějším věku se ale začíná stále více prolínat s podporou fyzickou. Manželé jsou si vzájemnými pečovateli, ať již jde o jejich fyzické či psychické zdraví. Pomoc svých dospělých dětí pak vyhledávají pouze doplňkově a jeli to nezbytně nutné (Příbyl, 2015, s. 51). Podle Říčana (dle Dvořáčková, Hrozenská, 2013, s. 40) je pocit opory pro seniory natolik důležitý, že mnohdy bývá i důvodem jejich vstupování do nových partnerských vztahů a uzavírání manželství. Dalším významným prvkem, který často vstupuje do popředí vztahu seniorů, je podle autora i potřeba uspořádání života, minulosti a pochopení skutečností z ní. Manželé často bilancují, rekapituluji a zhodnocují svá společně strávená léta či vzpomínají na dobré i špatné.

Podle Vágnerové (2007, s. 368-370) bývají partnerské vztahy ve vyšším věku spokojenější a stabilnější nežli v předchozích životních obdobích. Bývá tomu tak často proto, že senioři již nemají od vztahu tak vysoká očekávání a případné partnerské problémy vnímají jako méně závažné než páry mladších generací. V případě sporu bývají většinou méně emotivní a s větší ochotou volí kompromis. Vzhledem k mnohaletému soužití v totožných podmínkách sdílejí podobné názory a postoje. Uvědomují si důležitost vzájemného porozumění i podpory, a proto k sobě navzájem bývají shovívavější. Kromě zmíněných pozitivních vztahových změn se partneri ve vyšším věku mohou setkat i s událostmi, které jejich manželské soužití ohrozí či mnohdy i naruší. Zdrojem zhoršení společného soužití může být podle autorky například výskyt závažného onemocnění nebo větší úbytek psychických kompetencí, které mohou v důsledku změnit osobnost a prožívání jednoho či obou partnerů. Nelehkou životní událostí je i zmíněný odchod do důchodu, kdy se mění obsah jejich rolí a společenského statusu.

S vysokým věkem často souvisí i ztráta životního partnera. Tato událost pak podle Ondrušové (2011, s. 39) patří k těm nejtěžším životním zkouškám, která u staršího člověka může vést k pocitům osamělosti a bezvýznamnosti. Podle autorky bývá pro seniora, který již nežije v partnerském vztahu, podobně zdrcující ztráta poslední blízké osoby, kterou může být například jeho sourozenec (Ondrušová, 2011, s. 39). Výraznou zátěž spojenou s úmrtím partnera popisuje i Kubíčková (2001, dle Vágnerové, 2007, s. 377), podle které tato událost může ovlivnit všechny složky života ovdovělého partnera. Důsledkem ztráty partnera jedinec přichází o jeden z významných smyslů života a důležité složky své identity. Často se cítí osamělý a ohrožený. Ztrácí perspektivu plánů společné budoucnosti a většinou se mu naruší struktura navyklého denního režimu. Ovdovělý již nemá pro koho žít, mnohé plány a každodenní činnosti pro něj začínají postrádat smysl. Kromě toho se mnohdy potýká se stresem, který v něm vyvolává zhoršená finanční situace.

Se smrtí partnera se každý vyrovnává různým způsobem a po různě dlouhou dobu. Typickými reakcemi na smrt partnera je zármutek a truchlení. Negativní emoce spojené s touto nelehkou událostí se ale mohou promítnout i na zdravotním stavu pozůstalého ve formě somatických či psychosomatických symptomů (Vágnerová, 2007, s. 377-379). Zdravotní stav pozůstalého partnera se podle Tomeše a kol. (2017, s. 93) může zhoršit i proto, že postrádá dohled nad svým zdravotním stavem a případnou motivaci k vyhledání lékařské péče, kterou mu doposud poskytoval jeho zesnulý partner.

3.2 Vztahy s rodinou

Rodina sehrává v životě každého člověka již od narození významnou roli. Rodinou jsme vychováni a přejímáme od ní nejrůznější zvyklosti, dovednosti, zkušenosti a způsoby chování, které pak v důsledku ovlivňují celý náš život. Rodina pro nás představuje i zdroj pomoci a podpory v nelehkých životních obdobích. Podle Peterové, Kafkové (2010, s. 65) je rodinná podpora důležitá zprvu při etablování mladé rodiny např. v souvislosti s narozením dítěte či hledání zaměstnání a později ve vyšším věku, v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti prarodičů.

Kvalita a úroveň vztahů mezi jednotlivými rodinnými příslušníky bývá ovlivněna mnoha faktory. Podle Haškovcové (2010, s. 53-79) je charakter rodinných vztahů velkou měrou ovlivněn celkovým rozvojem společnosti. Dříve tradiční rodina, pro kterou bylo typické soužití několika generací či rozdělení rolí v rámci rodiny, se za poslední staletí pozvolna proměnila v rodinu moderní. Autorka ve své knize dále popisuje model současné společnosti:

V dnešní době je u mladých generací běžné odkládání sňatků a mateřství na pozdější věk. Mnoho lidí preferuje svobodný život či dobrovolně zůstanou bezdětní. Partnerské vztahy jsou velmi křehké a často krátkodobé. Proto bývá běžné, že výchovu dětí zajišťuje více rodičů i prarodičů. Prioritou ekonomicky aktivních pak často bývá kariéra či dobré finanční zajištění. Z toho důvodu tráví více času v zaměstnání a mnohem méně se svými dětmi a staršími rodiči. Mladí se často stěhují a většinou preferují samostatné bydlení, mnohdy vzdálené od domova rodičů. Mění se i pohled na základní rodinné role, kdy pro většinu mužů je samozřejmostí podílet se na péči o domácnost a ženy se naopak účastní se na finančním zabezpečení rodiny. Tyto současné proměny společnosti pak mají v důsledku vliv na povahu vztahů všech generací moderní rodiny (Haškovcová, 2010, 53-79).

Přítomnost seniorů v rodině je nenahraditelná, neboť i oni v ní zastávají důležité funkce a role. Jejich úkolem je především zachování a předávání vlastních zkušeností, odkazu, historické paměti, včetně symbolů, mýtů a rituálů dalším generacím. Klíčovou roli mají i ve vztahu ke svým vnoučatům – zejména pak při jejich výchově. Naplňování těchto seniorských rolí je v důsledku prospěšné pro celou rodinu. Posiluje vědomí smysluplnosti a osobní prospěšnosti seniorů a upevňuje vztahy a sounáležitost celé rodiny (Čeledová a kol., 2016, s. 44).

Vztahy seniorů s jejich dospělými dětmi jsou velmi individuální. Proto je velmi problematické zobecnit, nakolik jsou harmonické, idylické či konfliktní. Existuje ale řada faktorů, které regulují normy těchto vztahů. Nejvýznamnější normou mezigeneračních rodinných vztahů, která za poslední desetiletí prošla výraznou proměnou, je mezigenerační solidarita. Úroveň a kvalita rodinných vztahů je pak mnohdy závislá právě na tom, zda a do jaké míry děti pocítují odpovědnost vůči svým rodičům a naopak i rodiče vůči svým dětem (Petrová, Kafková, 2010, s. 64-67).

Jak už bylo ale zmíněno výše, v současné době je běžné, že širší rodina nežije společně. Většina členů rodiny bývá časově a pracovní vytížena, v důsledku čehož se pomalu ale jistě vytrácí jejich kontakt s prarodiči. Prarodiče pak přestávají být pro vnoučata vzorem v předávání rad a životních zkušeností a jejich výchovnou funkci mnohdy supluje školka či „paní na hlídání“. Vytrácí se i zodpovědnost dětí postarat se o své stárnoucí rodiče a mnohdy se všeobecně předpokládá, že záležitosti seniorů spadají pouze do kompetence státu (Šelner, 2004, s. 13-15). Tento negativní vývoj postoje k rodinné péči o staré občany je pak podle Jeřábka a kol. (2013) zapříčiněn právě zmíněnými změnami ve společnosti, kterou vystihuje individualita a nezávislost. „*Většina společnosti nežije v rodinách, ani rodinná péče tedy*

nemůže být hlavním modelem péče o seniory.“ (Jeřábek a kol., s. 55, 2013). Počet rodin pečujících o seniora v domácím prostředí bude podle autora v budoucnu stále klesat hlavně z důvodu snižujícího se počtu sňatků a rostoucího počtu rozvodů, přibývajících bezdětných manželství a poklesu porodnosti. Seniorů vyžadujících péči bude naopak vlivem stárnutí populace a prodlužování průměrného věku dožití stále přibývat. Lze tedy předpokládat, že čím dál více starých lidí bude muset vyhledávat jiné formy péče (Jeřábek a kol. 2013, s. 55).

O proměnách mezigenerační solidarity a její závislosti na transformující se společnosti, rodině a jejích hodnotách pojednává ve svém článku i Petrová, Kafková (2010). Na povahu dnešní mezigenerační solidarity mají podle autorky vliv různé socio-demografické charakteristiky dospělých dětí a jejich rodičů jako je např. gender (ženy jsou častěji v užším kontaktu s rodiči a častěji o ně pečují), jejich biografie, odlišnost názorů jednotlivých generací, bydliště, vzdělání, rodinný stav příslušníků rodiny a podobně (Petrová, Kafková, 2010, s. 66-67).

Na rozdíly ve vývoji mezigeneračních vztahů tradiční a moderní společnosti upozorňuje též Jeřábek (2013, s. 23-29), když hovoří o tzv. mechanické a organické solidaritě generací. Mechanická solidarita se podle autora váže k tradičním společenským soužitím, která byla založena na kolektivně sdílených normách, standardech a historických tradicích. Převzetí péče o chřadnoucího seniora pak bývalo v tradičních rodinách názorově považováno za věc samozřejmou. Naopak novodobá organická solidarita je spojována se vzájemnou závislostí jedinců, která je určována jejich vztahy danými dělbou práce, především jejich rolmi v dělbě práce a produkty práce. U této formy solidarity je pak typické, že jednotliví členové rodiny zauímají v péči o seniora odlišné role, které jsou vzájemně závislé a společně tvoří soudržnou jednotku. „*V organické rodinné solidaritě je obsaženo odřeknutí vlastních priorit jednotlivých členů rodiny na úkor společenských potřeb fungování rodiny jako celku*“ (Jeřábek a kol., 2013, s. 25). Členové rodiny jsou tak denně vystavováni náročným zkouškám, které vyžadují velkou míru vzájemné vstřícnosti. Její absence se pak logicky promítá na kvalitě péče o seniora, ale i chodu domácnosti a jiných závazcích (Jeřábek a kol., 2013, s. 25).

Tomeš a kol. (2017, s. 69-71) ve své publikaci poukazují na náročnost péče o blízkou osobu v domácím prostředí. Upozorňují, že dlouhodobá péče může mít dopad jak na osobní život pečujícího, který vlivem náročné péče často postrádá prostor pro odpočinek a vlastní volnočasové aktivity, ale i na jeho osobní vztah s opečovávanou osobou. Pečující osoba může vlivem dlouhodobé péče podlehnout zlosti a řadě dalších negativních emocí. Mnohdy bývá ohrožena vyhořením, v poslední fázi i zdravotními a psychickými potížemi. Podle Wiji (2017, [online]) rodinná péče mnohdy vede pečující ke zkrácení pracovního poměru nebo k úplnému

přerušeni zaměstnání. Pokles nebo úplná absence příjmu ze zaměstnání pak pro pečující mnohdy představují riziko chudoby a zpravidla mívá negativní dopad i na výši jejich budoucího starobního důchodu. Aby pečující osoby předešly výše vyjmenovaným důsledkům dlouhodobé domácí péče, je podle autora důležité zajistit jejich dostatečnou informovanost - nejlépe formou komplexního poradenství, které by jim umožnilo lépe se orientovat v systému nabízených služeb a dosáhnout na podporu, která jim ze zákona náleží.

Tyto a mnoho dalších důsledků dlouhodobé péče o seniory, která se v současnosti z velké míry týká dětí v aktivním důchodovém věku, pak opět poukazují na význam široké rodinné sítě a důležitosti její vzájemné spolupráce. Při péči v domácím prostředí sehrává důležitou roli i možnost podpory terénních či odlehčovacích sociálních služeb.

3.3 Mezigenerační vztahy - ageismus

V důsledku dlouhověkosti se v dnešní společnosti střetávají až čtyři různé generace. Každá z těchto generací je poznamenána jinou dobou – má odlišné historické zkušenosti, sociální kontext svých životních drah i rozdílné hodnoty a postoje. Vzhledem k odlišným životním názorům všechny generace preferují spíše soukromí a nezávislost, které jim nabízí oddělené bydlení. Senioři pak většinou upřednostňují takové bydlení, které jim umožní udržovat úzké kontakty s ostatními generacemi. Samostatné bydlení se ale pro seniory mnohdy stává překážkou v případě úmrtí partnera či při zhoršení jejich zdravotního stavu a celkové soběstačnosti (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 57-59).

Frekvence a četnost kontaktů seniorů s rodinou a blízkými je zpravidla závislá na kvalitě jejich vzájemných vztahů. Může být ale ovlivněna i dalšími faktory jako např. vzdáleností bydliště či povahou a náročností zaměstnání mladších generací (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 59-60). Podle Petrové, Kafkové (2010, s. 66) frekvenci kontaktu mladších generací se seniory ovlivňuje i věk a celkový zdravotní stav seniorů. Relativně málo frekventované návštěvy dospělých dětí a jejich rodičů podle autorky mění svou povahu a stávají se častějšími v souvislosti s tím, jak rodiče stárnou a roste jejich závislost na péči.

Za hlavní příčinu vznikajících mezigeneračních napětí lze považovat rozdílnost životních stylů jednotlivých generací. Mnohé mezigenerační konflikty plynou právě z odlišných potřeb a očekávání či ze skutečné frekvence kontaktů senioru s jejich rodinou a blízkými. Zdrojem konfliktu mohou být i nedorozumění či jiné komunikační bariéry. Komunikaci se seniory je proto nutné přizpůsobovat jejich schopnostem a dovednostem, naslouchat a v případě potřeby jí doplnit vhodnými prostředky – např. piktogramy (Příbyl, 2015, s. 51, 76). Je též důležité,

uvědomit si příčiny odlišnosti našich názorů a akceptovat je jako ty, kteří jsou sice jiní, ale jsou osobnostmi s mnoha zkušenostmi, prožitky a poznatky (Jirásková a kol., 2005. s. 62).

Problematikou nezdravého postoje společnosti ke stáří a seniorům se zabývá tzv. **ageismus**. Tento termín byl převzat z anglického slova age (věk, stáří) a bývá běžně používán v souvislosti s předsudky a negativními představami o seniorech (Malíková, 2011, s. 35). Podle Tošnerové (2002, dle Wija, 2018, [online]) lze za ageismus považovat „*jakýkoliv předsudek nebo diskriminaci proti jedné věkové skupině nebo v její prospěch*“. Ageismus proto nemusí být nutně spojován pouze s cílovou skupinou seniorů. Podle Vidovičové (2008, dle Wija, 2018, [online]) je diskriminace na základě věku tou vůbec nejrozšířenější formou diskriminace u nás.

Téma ageismu je v České republice velmi aktuální. Důkazem toho je i skutečnost, že většina publikací zabývajících se problematikou stárnutí a stáří věnují tomuto jevu svou nemalou část. Trusinová (2013, s. 43) pak na základě svého výzkumu konstatuje, že „*Česká republika je ve srovnání s ostatními Evropskými státy výrazně věkově strukturovaná a ageistická*“. Podle českých respondentů zapojených do jejího výzkumu přestávají být lidé mladí cca ve 40 letech, staří pak začínají být přibližně v 60 letech, což v porovnání s názory příslušníků ostatních Evropských zemí poměrně brzy (Trusinová, 2013, s. 29).

Jirásková a kolektiv (2005, s. 22-23) ve své publikaci popisují nejčastější předsudky, na kterých bývá diskriminace starších osob postavena. Stáří je podle autorů často spojováno s úbytkem krásy a poklesem duševních schopností, častým výskytem nemocí a duševních chorob, které činní seniory závislé na okolí, s impotencí, chudobou a častými depresemi, které mnohdy souvisí se samotou, izolací, či pocitem zbytečnosti a nepotřebnosti. Na základě těchto negativních charakteristik pak bývají senioři označováni jako pasivní, pohodlní, bezohlední, sobečtí, sebestřední a podobně.

Za rozšířením tohoto jevu ve společnosti stojí zejména proměna demografické struktury populace a přechod k moderní industriální společnosti, která věk považuje za zásadní měřítko úspěšnosti jak v soukromém tak pracovním životě. K pozitivní prezentaci stáří nepřispívají ani média, která neustále oslavují mládí a stáří naopak prezentují jako celospolečenskou hrozbu (Trusinová, 2013, s. 27). Příznivou změnu v postoji společnosti vůči seniorům lze podle Čeledové a kol. (2016, s. 94-95) nastolit jedině prostřednictvím rozvoje mezigenerační spolupráce, která sblíží životy mladých lidí a seniorů a povede k jejich vzájemnému porozumění. Jako vhodné formy spolupráce generací autoři uvádějí dobrovolnictví či

spolupráci na pracovním trhu podpořenou zaměstnavateli např. využitím mentoringu. Kromě toho apelují na vhodnou formu výchovy dětí s pozitivními postoji vůči starým lidem již od nejtělejšího věku.

3.4 Vztahy s širší komunitou

Další, neméně důležitou složku sociální sítě seniorů tvoří jejich komunita a sousedé. Dobré sousedské vztahy bývají pro seniory významnější nežli pro mladší generace. Sousedé pro seniory mnohdy představují jeden z mála zdrojů sociálních kontaktů ale i případné výpomoci. Vzájemná výpomoc ale i společná účast na komunitních aktivitách pak zpravidla prohlubuje jejich vzájemné vztahy a často přerůstá až v přátelství. Pevnost sousedských vztahů seniorů bývá z části závislá ochotě seniorů zapojit se do komunitní činnosti. S tou se lze častěji setkat na vesnicích nežli ve městech. Neméně významný limit jejich kontaktu se společností představuje i jejich zdravotní stav (Tomeš a kol., 2017, s. 65).

Podle Čeledové a kol. (2016, s. 94-95) je komunita ideálním prostředím pro seberealizaci seniorů. Senioři své dobrovolné aktivity pak nejčastěji realizují v klubech seniorů, v rámci seniorských hnutí či v různých zájmových organizacích a občanských sdruženích.

Tomeš a kol. (2017, s. 62-63) ve své publikaci poukazují na pozitiva udržování si kontaktu se společností do co nevyššího věku. Široká sociální síť je podle nich pro seniory důležitá hlavně z důvodu zachování jejich osobní pohody, neboť právě ona pro ně mnohdy funguje jako zprostředkovatel podpory. Poskytnutím podpory zároveň přispívá k oddálení ekonomicky nákladné institucionální péče a z celospolečenského pohledu podporuje sociální začleňování seniorů a tedy i jejich kohezi se společností.

O významu kontaktu seniorů se společností hovoří i Příbyl (2015, s. 75-76), podle kterého je důležité aktivně podporovat seniory nejen v běžném všedním kontaktu se svými vrstevníky ale i v účasti na společenském dění. Pouhá rada či sdílení zkušeností v komunitě podle něj napomáhá tomu, že se senioři v důsledku necítí zbyteční, je naplněna jejich potřeba být vyslechnut, ale i potřeba informovanosti a sounáležitosti s komunitou. Díky vědomí toho, že jsou součástí širokých vztahových sítí, ve kterých mají svou nezastupitelnou roli, se mohou cítit bezpečněji. Na svou komunitu se totiž mohou kdykoliv v případě potřeby obrátit.

4. Senioři v pobytových zařízeních sociálních služeb

Společně s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách prošel český sociální systém řadou proměn. Hlavním záměrem zákona bylo integrovat zdravotně znevýhodněné osoby do společnosti, což vyžadovalo i značnou transformaci všech doposud poskytovaných sociálních služeb. V souvislosti s pobytovými sociálními službami se začalo hovořit o tzv. deinstitucionalizaci, kterou lze vymezit jako „*proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí. Cílem je zkvalitnění života lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků*“ (MPSV, 2020 [online]). Díky deinstitucionalizaci se tedy těžiště dlouhodobé péče o nesoběstačné jedince přesunulo z institucí na místní komunitu. Při péči se začal klást větší důraz na podporu rodiny, popř. terénních či ambulantních sociálních služeb. Institucionální forma péče začala hrát svou roli až ve chvíli, „*kdy se soběstačnost starších lidí sníží natolik, že již není možné, aby žili sami ve své původní domácnosti a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující nebo úplně chybí.*“ (Dvořáčková, 2012, s. 23). Kromě změny místa poskytování služeb si deinstitucionalizace klade za cíl i změnu přístupu, jehož hlavní hodnotou by měla být možnost individuální volby a rozhodování o vlastním životě všech znevýhodněných (Furmaníková a kol., 2013, s. 50). O tématu odpovědnosti a jednotlivých rolích jednotlivců, obcí, krajů i státu při poskytování sociálních služeb blíže pojednává Bílá kniha v sociálních službách. Dokument formuluje též principy, které by měly tvořit základ všech sociálních služeb. Jedná se o tyto principy:

- Nezávislost a autonomie pro uživatele služeb, nikoliv závislost
- Začlenění a integrace, nikoliv sociální vyloučení
- Respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem
- Partnerství – pracovat společně, ne odděleně
- Kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem
- Rovnost bez diskriminace
- Standardy národní, rozhodování v místě

(MPSV, 2003, s. 6, [online])

Podle studie Long-term Care for Older People (OECD, 2005, s. 10) lze dlouhodobou péči charakterizovat jako „*dlouhodobou komplexní podporu při zvládnání základních činností každodenního života poskytovanou osobám, které nejsou z důvodu ztráty soběstačnosti*

schopny tyto činnosti vykonávat samostatně. Jedná se např. o podporu při koupání, oblékání, stravování, pohybu apod. kombinovanou se základní lékařskou péčí. Dlouhodobá péče je nejčastěji poskytována osobám seniorského věku.“ V podmínkách ČR jsou v současnosti kompetence dlouhodobé péče na národní úrovni rozdělené mezi Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví, na lokální a regionální úrovni mezi obce, kraje, zdravotní pojišťovny a rodinu. Ideálem dlouhodobé péče je tzv. sdílená péče, která kombinuje péči blízkých s podporou dostupných sociálních a zdravotních služeb. Tento model péče je ale v podmínkách ČR stále omezen zatím nedostatečně rozvinutou sítí podpůrných sociálních služeb. Rodinám proto mnohdy nezbyvá nic jiného, než se obracet na péči institucionalizovanou (MPSV, 2020, s. 10-15).

Podporu rodinám při péči o seniory v domácím prostředí by měly zajistit zejména terénní a ambulantní sociální služby. Mezi ty nejčastěji využívané pak podle Čeledové a kol. (2016, s. 70-71) patří pečovatelská služba, odlehčovací služba, služba osobní asistence, sociálně aktivizační služby, centra denních služeb a denní stacionáře. Významnou roli v podpoře života seniorů v přirozeném domácím prostředí sehrává i sociální poradenství a institut příspěvku na péči. Příspěvek na péči je nárokovou nepojistnou sociální dávkou určenou osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují podporu jiné fyzické osoby při zajištění základních životních potřeb v rozsahu vymezeném stupněm jejich závislosti (Wija, 2017, [online]). Hlavním účelem této dávky je vybavit takové jedince finančními prostředky, které jim pomohou posílit jejich pozici při volbě způsobu zajištění potřebné pomoci (Tomeš a kol., 2017, s. 117). Tyto a další služby podporující péči o nesoběstačné seniory v domácím prostředí nebudu vzhledem k relevanci tématu práce blíže rozvádět.

4.1 Pobytové sociální služby pro seniory

Institucionální péče o seniory je v podmínkách ČR v oblasti sociálních služeb zajišťována prostřednictvím služeb Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem, v oblasti zdravotnictví nemocnicemi následné péče, pomocí tzv. „sociálních lůžek“ (MPSV, 2019, s. 13). Dlouhodobou pobytovou sociální službu seniorům poskytují též Domovy s pečovatelskou službou.

Sociální služby poskytované ve zdravotních zařízeních lůžkové péče, tzv. „sociální lůžka“ jsou pobytové sociální služby pro osoby, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se nejsou schopny obejít bez pomoci jiné fyzické

osoby a z toho důvodu nemohou být ze zdravotnického zařízení lůžkové péče propuštěny. Služba je těmto osobám poskytována až do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou, jinou fyzickou osobou nebo vhodnou sociální službou (Příbyl, 2015, s. 21).

Domovy pro seniory poskytují podle § 49 zákona o sociálních službách „*pobytové služby určené osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*“. Služba má kromě ubytování a celodenní stravy seniorům zajistit pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, při zvládání běžných každodenních úkonů péče o vlastní osobu, dále při sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím nebo při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006, § 49).

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytové sociální služby určené osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, zejména pak seniorům s některou z rozvinutých forem demence (Haškovcová, 2010, s. 237). Úkony zahrnuté do základních činností této služby jsou zcela totožné s úkony základních činností domovů pro seniory, pouze jejich režim musí být přizpůsoben specifickým potřebám příjemců služby. Vzhledem k cílové skupině klientů má služba upravené podmínky ve smyslu zajištění bezpečnosti, cílené systematické aktivizace a vyššího dohledu. (Malíková, 2011, s. 33 a 114).

Stěžejním dokumentem upravujícím poskytování těchto výše uvedených sociálních služeb je **Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách** ve znění pozdějších předpisů a **vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

Poskytování služeb je umožněno pouze poskytovatelům registrovaných v tzv. Registru sociálních služeb. Podmínkou registrace je splnění zákonem stanovených podmínek, vyjmenovaných v §79 Zákona (Malíková, 2011, s. 33). Služby je dále možné poskytovat pouze na základě uzavřené smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem služby, popř. jeho zákonným zástupcem. Smlouva je výsledkem předem sjednání podmínek poskytování sociální služby mezi sociálním pracovníkem a zájemcem o službu. V podmínkách pobytových sociálních služeb pak musí mít písemnou podobu (Malíková, 2011, s. 66-67).

Pobytové sociální služby jsou z velké míry financovány z veřejných rozpočtů ve vazbě na konkrétního poskytovatele. Významnou složku jejich financování tvoří též platby uživatelů a zmíněné dávky příspěvku na péči. Dostupnost služeb všem potřebným Zákon garantuje

cenovou regulací pomocí stanovené maximální možné výše úhrady (Tomeš a kol., 2017, s. 116-120). Ve státních pobytových zařízeních pak platí podmínka, že uživatelům služeb musí po úhradě nákladů za pobyt a stravu zbýt alespoň 15% jejich příjmu (Čeledová a kol., 2016, s. 74). Do příjmu se nezahrnuje částka příspěvku na péči. Ta náleží poskytovateli péče – v tomto případě konkrétnímu pobytovému zařízení.

4.2 Téma kvality v pobytových zařízeních sociálních služeb

Kvalita našeho života je utvářena velkým množstvím sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních faktorů a jejich vzájemnou interakcí. Představuje náš individuální životní standard, včetně našich potřeb či požadavků a je velmi úzce spjata s prostředím, ve kterém žijeme (Dvořáčková, 2012, s. 56-57). Právě proto senioři většinou i přes značné ztráty soběstačnosti preferují život v domácím prostředí.

V některých případech je ale stěhování do instituce nevyhnutelné. Nejčastěji k tomu u seniorů dochází v okamžiku akutní zdravotní krize či vlivem dlouhodobého zhoršení zdravotního stavu spojeného se vznikem významnějšího stupně závislosti (Janečková, Nentvichová Novotná, 2013, s. 73). Stěhování pro seniory mnohdy představuje razantní změnu životního stylu, ale i ztrátu určité míry soukromí a dosavadních kontaktů s rodinou, přáteli a sousedy (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 72).

Senioři po nástupu do zařízení stojí před nelehkým úkolem adaptovat se na odlišné podmínky a způsob života. Adaptace je mnohdy velmi riziková, neboť přináší řadu problémů, kterým je třeba věnovat maximální pozornost. V první řadě je velmi důležité, aby stěhování bylo uskutečněno na základě seniorova dobrovolného rozhodnutí a jeho vlastní volbě konkrétního zařízení, ve kterém bude žít. Dále je třeba změnu prostředí důkladně naplánovat a předat seniorovi co nejvíce informací o tom, co ho v zařízení bude čekat. Po nástupu do zařízení je klientovi přidělen klíčový pracovník, který se mu má maximálně věnovat a pomáhat mu zvládnout toto nelehké adaptační období. V průběhu služby pak s tímto pracovníkem klient pracuje na naplňování plánu individuální péče (Matoušek, Koláčková, Kodymová a kol., 2005, s. 181-182).

Podle Tomeše a kol. (2017, s. 107) se osobní priority lidí mění v závislosti na životních podmínkách a situaci. Pro seniory žijící v pobytových zařízeních sociálních služeb bývá důležitá hlavně nezávislost a osobní autonomie, soukromí, možnost volby, strukturovanost času, sebehodnocení a adekvátní podpora v případě potřeby. K tomu, aby byly tyto i další jejich potřeby naplněny, je nezbytné, aby celá organizace směřovala k dosažení co nejvyšší

kvality ve všech oblastech své práce. Spolu s kvalitně poskytovanými službami pak lze očekávat i spokojenost klientů.

Jak by ale kvalitně poskytovaná sociální služba měla vypadat? Lze jí definovat a hodnotit? Kvalitu sociální práce nelze jednoznačně definovat, neboť podléhá neustálému vývoji, politickým a společenským změnám. Různé subjekty jí navíc vnímají rozdílně. Podle Krupy (2003, dle Malík, Holasová, 2014, s. 22) lze kvalitu sociálních služeb obecně chápat jako „*soulad nabídky služeb s potřebami a požadavky příjemce služeb, který se nachází v nepříznivé životní situaci*“.

S účinností Zákona o sociálních službách byly v České republice zavedeny **Standardy kvality sociálních služeb**. Standardy kvality jsou součástí přílohy č. 2, vyhlášky MPSV č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách. Jejich záměrem je popsat, jak má kvalitní sociální služba vypadat. Jsou sestaveny dle měřitelných kritérií, která mají umožnit objektivně posoudit naplňování jednotlivých standardů a tedy i kvalitu poskytované sociální služby (Malík, Holasová, 2014, s. 53-54). Kromě zajištění kvality sociální služby mají též chránit práva a zájmy klientů těchto služeb (Malíková, 2011, s. 134).

Standardy kvality jsou formulovány obecně pro všechny typy sociálních služeb. Poskytovatelé služeb si proto musí kritéria kvality definovat sami s ohledem na vlastní podmínky a cílovou skupinu osob, které službu poskytují. Povinností každého zařízení je mít písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro vytyčené oblasti a podle těchto pravidel při práci postupovat. Oporu při tvorbě vlastních standardů může poskytovatelům poskytnout SKSS - Výkladový sborník pro poskytovatele. Kvalita sociálních služeb je dle Zákona vyjádřena 15ti standardy, které se dále dělí do oblasti procedurální, personální a provozní. Kontrolním orgánem, který dohlíží nad naplňováním standardů v zařízeních, je inspekce kvality sociálních služeb (Malík, Holasová, 2014, s. 53-57).

Autorka dále dodává, že naplnění všech kritérií kvality nemusí nutně znamenat, že klienti službu jako kvalitní budou i hodnotit (Malík, Holasová, 2014, s. 55). Pro zlepšení kvality nejen pobytových sociálních služeb je v první řadě důležité orientovat se na individuální potřeby a cíle jednotlivých klientů, spolu s nimi pracovat na jejich naplnění a průběžně společnou práci hodnotit. Tento proces práce s klientem je v sociálních službách označován jako individuální plánování a hodnocení průběhu poskytování sociální služby.

Kvalitní pobytová sociální služba pro seniory by měla splňovat principy dlouhodobé péče. Podle Evropského rámce kvality pro služby dlouhodobé péče by měla být přístupná všem seniorům, orientovaná na osobu, komplexní, místně i cenově dostupná, poskytovaná nepřetržitě, kulturně a genderově vnímavá, preventivní a rehabilitativní, založená na důkazech a orientující se na výsledek (WeDO, [online]).

Kvalita sociálních služeb je tématem celosvětově velmi aktuálním. I proto se mu kromě Standardů kvality věnuje celá řada dalších dokumentů národních a mezinárodních organizací. Mezi nejznámější mezinárodní dokumenty zaměřující se na toto téma patří např. **Dobrovolný evropský rámec kvality v sociálních službách**, jehož záměrem „je poskytnout návod jak definovat, poskytovat, posuzovat a zlepšovat sociální služby“ (European Commission, [online]), **Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením**, **Bílá kniha v sociálních službách**, **Mezinárodní etický kodex sociální práce** a další.

4.3 Podpora kontaktu seniora s přirozeným prostředím

Jednou z logických potřeb seniorů žijících v pobytových zařízeních je zachovat si kontakt se svým přirozeným prostředím, se svými blízkými a rodinou. Převážná většina klientů si ale není schopna tento kontakt samostatně udržovat. Proto je důležitá podpora ze strany personálu zařízení.

Na tuto potřebu reaguje Zákon standardem č. **8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**. Podle prvního kritéria standardu „*poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby klienti mohli takové služby používat*“ (MPSV, 2006, [online]). Pobytové sociální služby by podle tohoto kritéria měly dokázat reagovat na potřeby klientů navštívit veřejné služby jako obchody, kavárny, restaurace, knihovny apod. V praxi je podpora takového kontaktu závislá především na zdravotním stavu daného klienta. Poskytovatel by neměl klientovi bránit tyto služby využívat a v případě potřeby mu poskytnout doprovod či jinou např. informační podporu při využívání těchto služeb. Kontakt se společností pobytové služby často podporují i různými akcemi mimo zařízení. V menších skupinkách chodí s klienty na procházky, jezdí na výlety i navštěvují společenské akce. Druhé kritérium „*po poskytovateli požaduje zprostředkování služby jiných FO a PO podle klientových individuálně určených potřeb*“ (MPSV, 2006, [online]). Zprostředkování může představovat jednak výše zmíněný doprovod nebo zajištění možnosti využití dané služby přímo prostorách zařízení. To bývá využíváno hlavně klienty, kteří nejsou schopni běžně dostupné veřejné služby pro svůj špatný zdravotní stav ani s doprovodem

využít. Poskytovatel se v takovém případě snaží zajistit, aby tyto služby tzv. „přišly za klientem“. Běžně se jedná např. o služby kadeřníka, pedikéra, fotografa apod. Poslední kritérium standardu říká, že „*poskytovatel má podporovat klienty v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím. V případě konfliktu klientů v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj.*“ (MPSV, 2006, [online]). Pracovníci podporují vztahy klientů mezi sebou navzájem např. tím, že je doprovázejí a dopravují do společných prostor (např. do kulturní místnosti, či na zahradu) za ostatními klienty. Umožňují jim účast na společenských a jiných akcích konaných přímo v zařízení. Pracovníci volnočasových aktivit pro ně plánují a připravují akce a aktivity s různým zaměřením, tak aby pokryly zájmy všech klientů. Společné akce zahrnují např. posezení u čaje a kávy, promítání filmů, poslech hudby, oslavy narozenin, státních a jiných významných svátků (Malíková, 2011, s. 120-121).

Pracovníci pobytových zařízení by při své práci se seniory neměli v žádném případě opomíjet ani jejich rodiny a blízké. Seniorsky pozitivně hodnocené rodinné a přátelské vztahy totiž jednoznačně přispívají k jejich úspěšnému sociálnímu začlenění v zařízení ale i výrazně ovlivňují jejich celkovou kvalitu života. Senioři, kteří mají dobré vztahy se svými blízkými, lépe přijímají a zvládají své zdravotní problémy, účastní se různých aktivit v zařízení a mají z nich větší potěšení. Pozitivní vztahy pro ně představují jakýsi smysl života, který jim pomáhá zvládat těžkosti spojené se stářím a životem v instituci (Janečková, Nentvichová Novotná, 2013, s. 72-82).

Důležitou součástí péče o seniory v zařízení je právě spolupráce s jejich rodinou. Ta by podle Matouška a kol. (2005, s. 182) měla nejlépe začít ještě před nástupem seniora do zařízení. Zájem o spolupráci může být ze strany zaměstnanců organizace projevem například podporou rodiny vyrovnat se s odchodem seniora do zařízení, respektem k jejich pocitům a starostem, dostatečnou informovaností o tom, co seniora v zařízení čeká apod. Za účelem podpory vztahu seniora s rodinou je též vhodné uzavřít i tzv. kontrakt o spolupráci a vymezit úkoly, které v péči o seniora i nadále zůstanou v kompetenci rodiny. Tento kontrakt je dle autorů důležitý hlavně proto, že podporuje vědomí alespoň částečně zodpovědnosti rodiny v péči o příbuzného. V důsledku toho pak méně často dochází k omezení kontaktů a ztrátě zájmu rodiny o seniora (Matoušek a kol., 2005, s. 182- 183).

Podpora vztahů seniorů ze strany organizace by neměla spočívat pouze v umožnění pravidelných návštěv. Personál by měl neustále pracovat na rozvoji partnerských vztahů s rodinnými příslušníky seniorů, zajímat se o jejich potřeby a především jim umožnit, aby pokračovali v péči o blízkého člověka a to v takovém rozsahu, který je pro ně únosný.

„Optimální model péče o nesoběstačného seniora předpokládá propojení a úzkou spolupráci neformální péče rodiny (práce z lásky) a profesionální, formální péče v pobytové službě (instituci zajišťující bydlení a potřebnou podporu a péči).“ (Janečková, Nentvichová Novotná, 2013, s. 79). Účast rodiny na péči může představovat například pomoc při jídle, doprovod při vycházce nebo společnou účast na aktivitách (Janečková, Nentvichová Novotná, 2013, s. 72-82).

Podle Kelletta (1999, dle Janečková, Nentvichová Novotná, 2013, s. 78) by pobytová zařízení měla mít zpracovanou koncepci, popisující možné způsoby průběžného zapojování rodiny do péče o seniory (rodina musí vědět, jaké jsou její možnosti ovlivnění kvality péče a kde jsou její meze). Profesionální pečovatelé by po vzoru této koncepce měli pomoci rodinám definovat jejich roli ve vztahu k blízké opečovávané osobě ale i ve vztahu k nim samotným. Na základě vymezení těchto rolí by se pečující rodina měla stát rovnocenným partnerem pečovatelského týmu, s nímž se počítá. Zárukou dobré spolupráce je především důvěra a průběžná komunikace obou stran.

Spolupráce personálu s rodinou je důležitá i z důvodu získání významným informací o seniorovi - tzv. biografie. Zjištěné informace především zpočátku pobytu usnadní jejich seznámení s životním příběhem seniora, s jeho zájmy a každodenními návyky, povahou a osobnostními rysy, s jeho mezilidskými vztahy i s prožitými traumaty a jinými událostmi. Tyto informace mohou v důsledku pomoci porozumět jeho chování a prožívaným psychickým stavům v průběhu pobytu v zařízení. Rodina se zároveň může zapojit do plánování péče nebo řešení vzniklých problémů (Zgola, 2003, dle Janečková, Nentvichová, Novotná, 2013, s. 79). Znalost životních příběhů seniorů pomáhá pracovníkům sociálních služeb porozumět jejich potřebám, poskytuje podporu v procesu plánování péče a v důsledku může přispět k celkovému zlepšení kvality služby a tedy i celkové spokojenosti seniorů. Obzvláště velký význam má biografie při práci se seniory s demencí (Brown, Wilson, 2013, s. 69-82).

Při podpoře kontaktu seniora s rodinou je nezbytné myslet i na zajištění vhodných prostor pro setkávání, která zajistí dostatek bezpečí a soukromí. V praxi se ale bohužel setkáváme s tím, že tyto prostory v pobytových zařízeních chybí. Organizace by též měla seniorům umožnit dlouhodobější pobyt u svých rodin a blízkých.

5. Metodologie výzkumu

V této kapitole práce přiblížím základní charakteristiky a specifika výzkumného šetření. Nejprve vymezím jeho hlavní cíl a k jeho zjištění nápomocné dílčí cíle. Na základě zvolených cílů představím vybranou metodu výzkumu a výzkumný nástroj potřebný ke sběru dat, které posléze charakterizuji. Popíši výzkumný soubor vybraný podle předem stanovených kritérií a přiblížím samotný proces výzkumu. Pro přiblížení uvedu též vybrané pobytové zařízení, ve kterém byl výzkum realizován. Dále prezentuji etické aspekty a rizika, která bylo nutné vzít v potaz před zahájením realizace výzkumu.

5.1 Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření práce je analyzovat a popsat charakter a vývoj vztahů seniorů žijících ve vybraném pobytovém zařízení s jejich rodinou a blízkými v průběhu pobytu, a to v kontextu podpory těchto vztahů ze strany vybraného pobytového zařízení.

Hlavní cíl je rozčleněn do dílčích cílů:

Dílčí cíl 1 – Zjistit, jaké vztahy (co do kvality) mají senioři žijící ve vybraném pobytovém zařízení ke své rodině a blízkým.

Dílčí cíl 2 – Zjistit, zda a případně jak se mění frekvence návštěv rodin a blízkých těchto seniorů v závislosti na délce jejich pobytu v zařízení. Pokud se frekvence návštěv bude měnit, zjistit, jak tyto změny případně souvisí s charakterem vztahů seniorů k jejich rodině a blízkým.

Dílčí cíl 3 – Zjistit, jaké jsou souvislosti frekvence návštěv rodin a blízkých se zdravotním stavem seniorů.

Dílčí cíl 4 – Zjistit, jak sledované zařízení podporuje či nepodporuje budování rodinných a přátelských vztahů seniorů.

Hlavní cíl je třeba transformovat do hlavní výzkumné otázky, která zní:

Jaký charakter mají a jak se vyvíjejí vztahy seniorů žijících ve vybraném pobytovém zařízení s jejich rodinou a blízkými v průběhu pobytu?

Dále je třeba transformovat dílčí cíle do dílčích cílových otázek:

Dílčí cílová otázka 1 - Jak kvalitní vztahy mají senioři žijící ve vybraném pobytovém zařízení ke své rodině a blízkým?

Dílčí cílová otázka 2 - Mění se frekvence návštěv rodin a blízkých těchto seniorů v závislosti na délce jejich pobytu v zařízení? Pokud ano, jak? Jak případné změny frekvence návštěv souvisí s charakterem vztahů seniorů k jejich rodině a blízkým?

Dílčí cílová otázka 3 – Jaké jsou souvislosti frekvence návštěv rodin a blízkých se zdravotním stavem seniorů? Souvisí frekvence návštěv rodin a blízkých se zdravotním stavem seniorů?

Dílčí cílová otázka 4 - Jak sledované zařízení podporuje či nepodporuje budování rodinných a přátelských vztahů seniorů?

5.2 Výzkumná metoda a výzkumný nástroj

Vzhledem k povaze výzkumu této práce byla zvolena **kvalitativní metody** sběru dat obsahující prvky **metody kvantitativní**.

Kvalitativní metodu je podle Strausse a Corbinové (dle Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 24) vhodné použít k odhalení a porozumění podstaty doposud málo prozkoumaných jevů a zároveň nám může pomoci získat nové, doposud neznámé názory a pohledy na tyto jevy.

Jelikož si metoda klade za cíl porozumět neznámému, nevychází z žádných předem stanovených teorií a hypotéz. Ty jsou formulovány až v samotném závěru výzkumu, na základě důkladně vyhodnocených pravidelností vycházejících z dostatečného množství sesbíraných dat (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 24).

Stěžejní zásadou kvalitativního zkoumání je podle Reichela (2009, s. 65-67) jeho otevřenost ke zkoumaným objektům včetně jejich zvláštností. Ta se projevuje především v tom, že se původní plán zkoumání, jeho podoba, zkoumané subjekty, způsob získávání a analýza získaných údajů či jiné aspekty dotvářejí až v průběhu jeho realizace. Výzkumník proto musí být schopen na tyto změny reagovat. Pro kvalitativní přístup jsou též typické relativně málo standardizované způsoby získávání informací. Data mohou mít podobu např. vlastních záznamů, fotografií, deníků, knih, korespondence, úředních dokumentů, video či audio nahrávek, přepisů poznámek z pozorování a rozhovorů apod. Při kvalitativním zkoumání se zpravidla usiluje o porozumění dané situaci a jejich kontextů. Proto, aby byly získány adekvátní informace, je pak mnohdy důležitý hluboký a dlouhodobý kontakt se sledovaným podnětem.

Jelikož jsem s vybranými participanty v pravidelném kontaktu, využila jsem při výzkumu kombinaci hned několika výzkumných nástrojů. Přímo v souvislosti s výzkumným šetřením jsem použila polostrukturované rozhovory, zúčastněné standardizované pozorování a analýzu dokumentů. Dále jsem v souvislosti s výkonem mého zaměstnání v organizaci aplikovala i nestrukturované rozhovory a zúčastněné nestandardizované pozorování. Všechny použité výzkumné nástroje níže v krátkosti představím.

Polostrukturovaný rozhovor lze podle Reichela (2009, s. 111) označit též jako rozhovor pomocí návodu nebo rozhovor částečně řízený. Při jeho použití tazatel vychází z předem připraveného souboru témat a otázek, které může v průběhu rozhovoru používat v libovolném pořadí, či je dle potřeby částečně modifikovat a doplňovat. Je však nezbytné, aby žádnou z předem připravených otázek v rozhovoru neopominul. Větší míra volnosti při dotazování též usnadňuje plynulost rozhovoru a napomáhá k vytvoření přirozenějšího kontaktu mezi tazatelem a informantem. Právě díky těmto charakteristikám bývá polostrukturovaný rozhovor v kvalitativních výzkumech poměrně hojně používán (Reichel, 2009, s. 111 – 112).

K polostrukturovanému rozhovoru byly použity tyto tazatelské otázky:

- Jaký máte vztah k rodině (manželovi/manželce/dětem/vnoučatům/ostatním blízkým)?
- Dochází za Vámi do DPS návštěvy?
- Kdo je tvoří?
- Jak často docházejí? Zdá se Vám to málo, hodně, tak akorát...?
- Jak probíhá Váš vztah s rodinou (manželem/manželkou/děťmi/vnoučaty/ostatními blízkým) po nástupu do zařízení? Mění se nějak?

Při **nestrukturovaném rozhovoru** tazatel nevychází z žádného předem připraveného plánu ani struktury. Je otevřený přizpůsobit rozhovor danému člověku a situaci tak, aby jeho průběh byl co nejpřirozenější. Otázky pokládá v různé podobě a pořadí. Při volbě otázek se drží pouze základního zadání/tématu výzkumu. Výhodou tohoto typu rozhovoru je právě jeho flexibilita a prostor pro improvizaci. Jeho nevýhoda spočívá především v náročnosti zpracování různorodých výpovědí dotazovaných (Miovský, 2006, s. 157- 159).

Standardizované pozorování je charakteristické svým vysokým stupněm formalizace. Před jeho zahájením je důležité mít předem stanovený cíl/předmět pozorování, jeho podobu,

pozorované fenomény a jejich projevy, místo a čas pozorování i soubor pozorovaných objektů. Pozorované jevy se průběžně zaznamenávají do podle pozorovacích kategorií předem připravených záznamových archů. Díky vysokému stupni formalizace umožňuje tento typ pozorování zaznamenat i kvantitativní stránku pozorovaných jevů, jako je např. frekvence určitých projevů v konkrétním čase apod. Další výhodou je též možnost zapojení většího počtu pečlivě proškolených pozorovatelů, což ve výsledku může dovolit do výzkumu zapojit větší počet sledovaných subjektů. (Reichel, 2009, s. 95).

Nestandardizované pozorování je opakem výše zmíněného standardizovaného. Při jeho použití má výzkumník stanoven zpravidla pouze cíl/předmět pozorování. O dalších aspektech pozorování si může rozhodnout dle potřeby až v průběhu realizace výzkumu. Tato varianta pozorování je díky svému velmi nízkému stupni formalizace velmi náročná na zpracování. Vzhledem ke složitosti záznamu je pak vhodné, aby výzkumný tým tvořila pouze jedna osoba. **Zúčastněné pozorování** je pak takové pozorování, při kterém se výzkumník vstupuje do skupiny sledovaných osob a stává se její součástí tzn. podílí se na skupinovém životě, na jejích aktivitách apod. (Reichel, 2009, s. 94-97).

Analýzu dokumentů lze podle Miovského (2006, s. 98) chápat jako „*analýzu jakékoliv materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům studie*“. Výzkumník v případě této metody většinou pracuje s již existujícím materiálem, který on sám v procesu výzkumu nevytvořil. Při procesu jeho sběru ovlivňuje pouze to, s jakou pečlivostí ho vyhledává a získává, zda získá všechny důležité poklady, či zda se mu podaří získat i podklady obtížně dostupné. Vhodnými předměty k analýze mohou být nejrůznější druhy textů, fotografie, filmy, zvukové nahrávky, popř. různé umělecké předměty, stavby a nástroje (Miovský, 2006, s. 98-99).

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Při volbě výzkumného souboru bylo mým prvotním záměrem sestavit ho tak, aby byl složen z co nejvíce rozdílných participantů s různou mírou soběstačnosti (s odlišnou schopností komunikace, orientace, mobility apod.), odlišnou biografií a vzdáleností bydliště rodinných příslušníků a blízkých. Samozřejmě pak ve vyrovnaném poměru žen a mužů z obou v zařízení poskytovaných služeb. Dalším kritériem při výběru participantů bylo vzhledem k cíli výzkumu práce, aby se jednalo o klienty nově nastupující.

V současnosti je sledované zařízení dlouhodobě vytiženo velkým náparem zájemců o obě nabízené služby. Přednostně jsou pak do zařízení přijímáni ti žadatelé, kteří jsou zcela

nesoběstační/závislí na péči druhé osoby. Během sledovaného období do zařízení nastupovali především žadatelé závislí na komplexní ošetrovatelské péči, převážně ženy ze služby Domov se zvláštním režimem. Vzhledem k časové náročnosti výzkumu jsem proto své původní představy nemohla dodržet. I přesto jsem se ale snažila, aby se výzkumný soubor skládal z co nejvíce různorodých klientů obou služeb.

Finální výzkumný soubor se skládá z 15 participantů – 6 z nich jsou uživatelé služby Domov pro seniory, zbylých 9 ze služby Domov se zvláštním režimem. Konkrétně se jedná o 9 žen a 6 mužů. Jména participantů jsou fiktivní, volena tak, aby již z prvního písmene bylo patrné jejich zařazení na poskytovanou službu. Jména uživatelů služby Domov pro seniory začínají písmenem A, uživatelů služby Domov se zvláštním režimem písmem B. Pro lepší přehlednost uvádím v tabulce.

| Domov pro seniory | | Domov se zvláštním režimem | |
|-------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| Ženy | Muži | Ženy | Muži |
| paní Anna | pan Antonín | paní Božena | pan Bedřich |
| paní Alena | pan Alois | paní Barbora | pan Bohuslav |
| paní Anežka | | paní Běla | pan Bořivoj |
| paní Alžběta | | paní Blažena | pan Bohdan |
| | | paní Blanka | |

Tabulka 1: Seznam participantů

Všichni sledovaní participanté nastoupili do zařízení v období od 10. 7. 2019 do 16. 1. 2020. Popis jednotlivých participantů a jejich rodin blíže uvedu v následujících odstavcích.

5.4 Představení místa šetření

Potřebná data k výzkumu práce byla získávána ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory. Název zařízení, jeho lokalitu ani zřizovatele nebudu z důvodu zachování jeho anonymity blíže uvádět. Sledované zařízení je součástí nejmenované příspěvkové organizace zřizované Magistrátem města, ve které se nachází. Tato příspěvková organizace je pak největším poskytovatelem sociálních služeb v daném kraji. Zařízení poskytuje dvě registrované sociální služby – konkrétně službu **Domov pro seniory** a **Domov se zvláštním režimem**. Celková kapacita zařízení je 297 lůžek. Služba Domov pro seniory je poskytována na třech odděleních zařízení a má kapacitu 106 lůžek, služba Domov se zvláštním režimem na zbylých pěti odděleních, které mají v součtu kapacitu 191 lůžek. Základní činnost obou služeb

vychází z §49 a 50 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zařízení je kontaktním místem České alzheimerovské společnosti.

Posláním anonymizovaného Domova je být přátelským zařízením pro uživatele služeb a jejich blízké. Nabízí optimální poměr mezi sociální, zdravotní a ošetrovatelskou péčí při kladení důrazu na bezpečné a příjemné prostředí. To vše při podpoře uživatelů v soběstačnosti s ohledem na individuální potřeby jednotlivce. Ve všech situacích se chová k uživatelům s respektem a úctou, snaží se o jejich aktivizaci. Dále uživatele v produktivním věku motivuje k aktivnímu přístupu, který předchází prohlubování jejich nepříznivé sociální situace a směřuje k jejich sociálnímu začlenění.

Služba **Domov pro seniory** je poskytována uživatelům, kteří dosáhli věku 60 let, mají sníženou soběstačnost a jejichž zdravotní či sociální situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o osoby, které nejsou schopny se o sebe postarat ve svém přirozeném prostředí, a to ani za využití podpory rodinných příslušníků a pečovatelské služby. Přednostně je služba poskytována zájemcům s trvalým pobytem v daném okrese.

Služba **Domov se zvláštním režimem** je určena uživatelům od 50 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění (Alzheimerova a jiné typy demencí) a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je přednostně poskytována uživatelům s trvalým pobytem v daném kraji.

Specifickým oddělením zařízení je oddělení služby Domov se zvláštním režimem, které poskytuje pobytové služby uživatelům od 40 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění jako je schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Ani jeden z participantů výzkumu není klientem této služby. Proto specifika tohoto oddělení nebudu blíže rozvádět.

5.5 Realizace výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno v nejmenovaném pobytovém zařízení pro seniory. Aby byly výsledky výzkumu co nejpřesnější, bylo nutné počítat s delším časovým obdobím vymezeným pro sledování potřebných poznatků u jednotlivých participantů. Po domluvě s vedoucí práce bylo staveno období 6 měsíců. Vzhledem k časové náročnosti byl výzkum u první ze sledovaných participantek započat již 10. 7. 2019. Zapojení dalších participantů do výzkumu bylo pak vzhledem k povaze a cíli výzkumu závislé na jejich nástupu do zařízení. Sledované zařízení má neustále naplněnou kapacitu, tudíž se příjem nových klientů odvíjí od

uvolňování lůžek. Dále mým záměrem bylo sestavit výzkumný vzorek z co nejvíce různorodých participantů, nejlépe ve vyrovnaném genderovém poměru, se stejným počtem zastoupení z obou v zařízení poskytovaných služeb (DPS x DZR). To se mi bohužel vzhledem k časové tísní nepodařilo. Celkem jsem do výzkumu zapojila 15 participantů. Poslední z nich byl do zařízení přijat dne 16. 1. 2020.

Před samotnou volbou tohoto výzkumu práce jsem požádala zaměstnance jednotlivých oddělení o spolupráci. Bez jejich součinnosti by totiž jeho realizace nebyla možná. Následně jsem všechny zúčastněné seznámila s jeho hlavním i dílčími cíli a předala potřebné informace k součinnosti. Zároveň jsem zaměstnancům příslušných oddělení předala předem připravené formuláře sloužící k zapisování sledovaných jevů u vybraných participantů. Formulář obsahoval následující údaje: datum návštěvy, vztah dané osoby ke klientovi a nepovinné údaje o délce návštěvy a případných reakcích klienta na danou návštěvu. Po nástupu sledovaných participantů do zařízení jsem z biografických listů získala potřebné informace o jejich rodině a blízkých (např. počet sourozenců, dětí, blízkých přátel apod.). Návštěvy v biografických listech uvedených rodinných příslušníků a blízkých přátel se pak staly sledovanými jevy. V průběhu sledovaných období jsem svým zúčastněným pozorováním a osobním kontaktem s vybranými participanty získávala doplňující informace o sledovaných jevech. O těch jsem si vedla vlastní soukromé poznámky. Po uplynutí sledovaných období jsem shromáždila veškeré získané informace a začala s jejich zpracováním. Aby byly získaná data o frekvenci návštěv participantů co nejpřesnější, doplnila jsem data z formulářů o data uvedená v knize návštěv. Dalo se totiž předpokládat, že pověření pracovníci nebudou schopni zachytit a zaznamenat všechny návštěvy sledovaných participantů. Výslednou frekvenci návštěv sledovaných participantů jsem následně zpracovala do přehledných profilů.

5.6 Etické aspekty a rizika výzkumu

Pro kvalitativní výzkumnou metodu je charakteristické, že bývá realizována na poměrně malém výzkumném souboru. V interakci s ním se výzkumník snaží porozumět vybraným sociálním jevům v různých souvislostech. Právě proto je před jeho začátkem nutné zvážit jeho možnou velkou časovou náročnost. Jelikož se výzkum zaměřuje na konkrétní jevy u poměrně malého výzkumného souboru, nelze jeho výsledky zobecnit na celou populaci a mnohdy ani není jeho realizace opakovaně možná. Dalším možnou nevýhodou tohoto typu výzkumu je, že jeho výsledky mohou být ovlivněny samotným výzkumníkem (Reichel, 2009, s. 40-41).

Za největší riziko zvoleného výzkumného šetření považuji neochotu ke spolupráci ze strany zaměstnanců jednotlivých oddělení při sledování a zaznamenávání návštěv vybraných účastníků. Bez jejich součinnosti by totiž nebylo vůbec možné výzkum tohoto typu realizovat. Další riziko by mohlo spočívat v neporozumění zadání ke sběru dat ze strany spolupracujících zaměstnanců, které by v důsledku mohlo vést ke zkresleným výsledkům výzkumu. Tomuto riziku jsem se snažila předejít tím, že jsem požadavky formulovala srozumitelně též v písemné podobě. Aby zaznamenávání dat nebylo pro spolupracující zaměstnance příliš náročné (až odrazující), definovala jsem pouze malý počet sledovaných jevů a ke každému ze sledovaných účastníků vytvořila jednoduchou tabulku k jejich záznamu. Rizikem dlouhodobé spolupráce by mohla být i stagnující motivace a pečlivost spolupracujících zaměstnanců při záznamu k výzkumu potřebných dat. Zároveň je nutné počítat se skutečností, že spolupracující zaměstnanci nemusejí být vzhledem k výkonu svého zaměstnání schopni postřehnout a zaznamenat každou z návštěv sledovaných účastníků. Riziko nepřesných záznamů dat z pozorování jsem se proto pokusila kompenzovat jejich doplněním o data z knihy návštěv. Bohužel ani v případě záznamů v knize návštěv neexistuje stoprocentní jistota, že se každý z návštěvníků při své návštěvě do knihy návštěv zapsal.

Etickým rizikem výzkumu prováděného na pracovišti může být i možný střet zájmů, kdy zaměstnanec kromě své role vyplývající z jeho pracovní pozice zastává též roli výzkumníka. V takovém případě je důležité, aby takto situovaní zaměstnanci byli schopni dostatečně reflektovat celou situaci a udržovali si vědomí rolí, ve kterých vstupují do konkrétních interakcí s vybranými účastníky/klienty – tzn., aby dodržovali předem dohodnutá základní pravidla kontaktu s nimi. V těchto pravidlech by měli mít jasno všichni účastníci výzkumu (Miovský, 2006, s. 279-280).

Rizika spojená s vedením rozhovorů se sledovanými účastníky považuji u tohoto výzkumu za zanedbatelná především díky skutečnosti, že v pozici výzkumníka/tazatele vystupuje důvěrně známá osoba – zaměstnanec sledovaného zařízení, se kterým jsou účastníci v průběhu pobytu v každodenním kontaktu. Díky této výhodě nebyly u účastníků patrné obavy a nejistota pramenící z neznalosti výzkumníka. Znalost účastníků mi zároveň umožnila formulovat otázky dle jejich individuálních potřeb, tak aby nedošlo k jejich špatnému porozumění a zkreslení odpovědí. S některými účastníky bohužel nebylo možné rozhovory z důvodu jejich špatného zdravotního stavu vést.

Neočekávaným rizikem výzkumu se v průběhu jeho realizace stala též pandemie koronaviru, díky níž musela být ve sledovaném zařízení vytvořena opatření omezující možnost návštěv

zde ubytovaných klientů. Opatření byla stanovena k 10. 3. 2020 a znemožnila dokončení sledování návštěvnosti v předem stanoveném půlročním období u 5 participantů.

Všichni vybraní participanté byli před zahájením výzkumu důkladně informováni o jeho náležitostech, cílech i způsobu zpracovávání dat. K účasti na něm mi udělili ústní informovaný souhlas, jejich zapojení do výzkumu bylo dobrovolné. Z důvodu ochrany osobních údajů byla použita data i sledované zařízení ve výzkumu anonymizováno.

6. Profily participantů výzkumného šetření

V následující kapitole uvedu profily uživatelů zapojených do výzkumného šetření. Každý z profilů obsahuje informace o rodinné anamnéze participanta, datum nástupu do zařízení, údaje vypovídající jeho o celkovém stavu, soběstačnosti a životě před nástupem do zařízení. Následuje grafické znázornění návštěvnosti blízkých osob vycházející ze sesbíraných dat v průběhu sledovaného období a shrnutí poznatků získaných z pozorování, rozhovorů a analýzy dokumentů.

6.1 Uživatelé služby Domov se zvláštním režimem

6.1.1 Paní Božena (81 let)

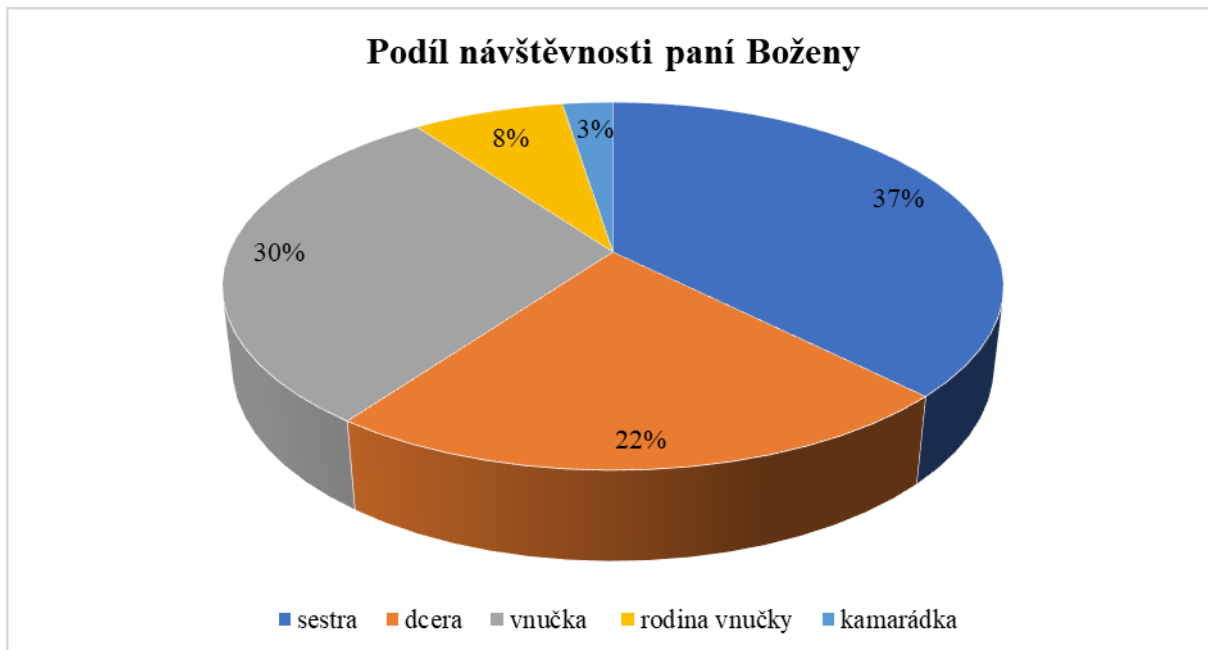
Paní Božena je vdova. Má mladší sestru, jednu dceru a jednu vnučku. Všechny žijí ve stejném městě, jako je umístěno sledované zařízení.

Paní Božena nastoupila do zařízení dne **10. 7. 2019**.

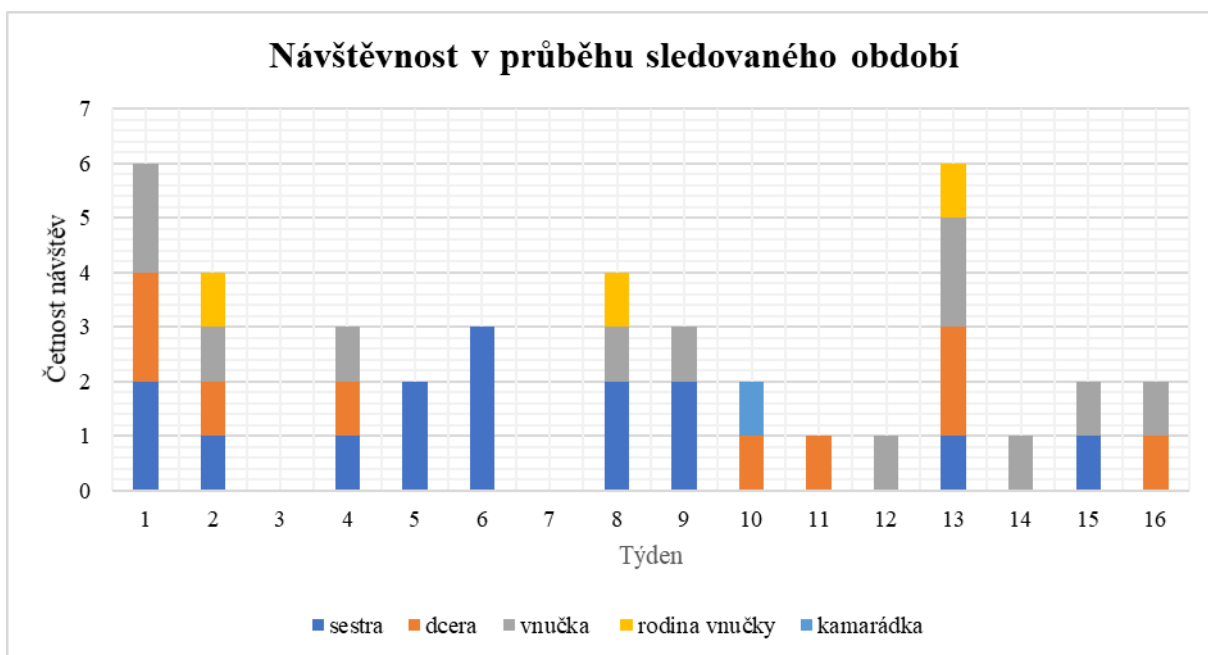
Participantka mluví plynule ve větách, které mnohdy obsahově nesouvisí s tématem hovoru. Na první pohled působí orientovaným dojmem, nicméně již po krátkém rozhovoru s ní je jasně patrné, že je zmatená a nezná odpovědi na položené otázky. Ztrátu paměti se snaží zastírat. Nemá náhled na svůj zdravotní stav, situaci zlehčuje. Její stavy zmatenosti jsou proměnlivé. Některé dny je schopna vyjádřit své potřeby, adekvátně reagovat na jednoduché otázky, jindy nikoliv. Paní Božena je plně mobilní bez použití kompenzačních pomůcek. Při pohybu v prostorách DPS však z důvodu dezorientace vyžaduje doprovod. Úkony sebeobsluhy je participantka schopna provést pouze s dohledem, slovním vedením a následnou kontrolou od personálu. To platí i v případě stravování.

Před nástupem do zařízení žila paní Božena sama v bytě v obci vzdálené 8 km od sledovaného zařízení. O svou domácnost se již v posledních letech nezvládala postarat. Proto jí pravidelně 2x týdně navštěvovala její vnučka, která jí vždy domácnost poklidila, zavezla jí nákup a vyprala špinavé oblečení. Z důvodu dezorientace paní Božena vůbec nevycházela z bytu. Dle výpovědí vnučky pouze odpočívala a kouřila cigarety. Mnohdy zapomínala i na příjem stravy a tekutin. S dcerou, která žije ve stejné obci, jako je umístěno i sledované zařízení, údajně neměla paní Božena dobré vztahy. Dcera s ní proto byla spíše pouze v telefonickém kontaktu a v domácnosti jí navštívila jen příležitostně. Před nástupem do

zařízení již nebyla participantka schopna obsluhovat mobilní telefon, měla ho neustále vypnutý.



Graf 1: Podíl návštěvnosti paní Boženy



Graf 2: Návštěvnost paní Boženy v průběhu sledovaného období

Při opakované snaze hovořit s participantkou o její rodině, nebylo vzhledem k její dezorientaci možné získat adekvátní, realitě odpovídající odpovědi. Obsahy sdělení paní Boženy povětšinou nedávaly smysl. Na tutéž otázku odpovídala pokaždé odlišně. Z pozorování jejich reakcí však bylo patrné, že všechny své rodinné příslušníky i blízkou přítelkyni poznává a z jejich návštěv má upřímnou radost. V průběhu návštěv si často popletla

jména blízkých (nejčastěji si pletla svou dceru s vnučkou a naopak). Bezprostředně po jejich odchodu většinou nedokázala určit, kdo jí navštívil. Informaci spíše hádala a nepřiznala, že jí zapomněla. Přesvědčovat paní Boženu v případě mýlky o opaku pak vzhledem k její diagnóze nebylo vhodné. Z biografického listu a výpovědi vnučky o předchozím životě participantky jsem se dozvěděla, že paní Božena neměla se svou dcerou před nástupem do zařízení nijak zvlášť dobrý vztah. Tuto skutečnost ale nebylo z pozice pozorovatele možné ověřit, neboť participantka při návštěvách dcery působila spokojeným a klidným dojmem.

Z uvedených profilů vyplývá, že paní Boženu v zařízení nejčastěji navštěvovala její sestra. Její návštěvy byly zpočátku relativně časté, participantku navštívila alespoň 1x týdně, s výjimkou 3. a 7. sledovaného týdne. Dle informací od personálu oddělení byla 7. sledovaný týden na dovolené. V posledních týdnech před úmrtím paní Boženy počet návštěv sestry výrazně poklesl. Alespoň 2x do měsíce paní Boženu navštívila i její vnučka. Její návštěvy byly na rozdíl od sestry participantky častější až na konci sledovaného období. Vnučku při návštěvách často doprovázela její matka (dcera participantky), popř. vnuččina rodina. Několikrát v průběhu pobytu paní Boženu navštívila i její blízká přítelkyně. Ani u jedné z blízkých osob participantky nelze říci, že by jejich návštěvy byly pravidelné. Nejvíce návštěv měla paní Božena v prvních týdnech svého pobytu v zařízení a v 13. sledovaném týdnu. Návštěvnost 13. týdne je výrazná především proto, že se u paní Boženy sešla v jeden den celá rodina (sestra, dcera, vnučka i rodina vnučky). Důvod této velké návštěvy však není známý. Paní Božena zemřela náhle dne 29. 10. 2019.

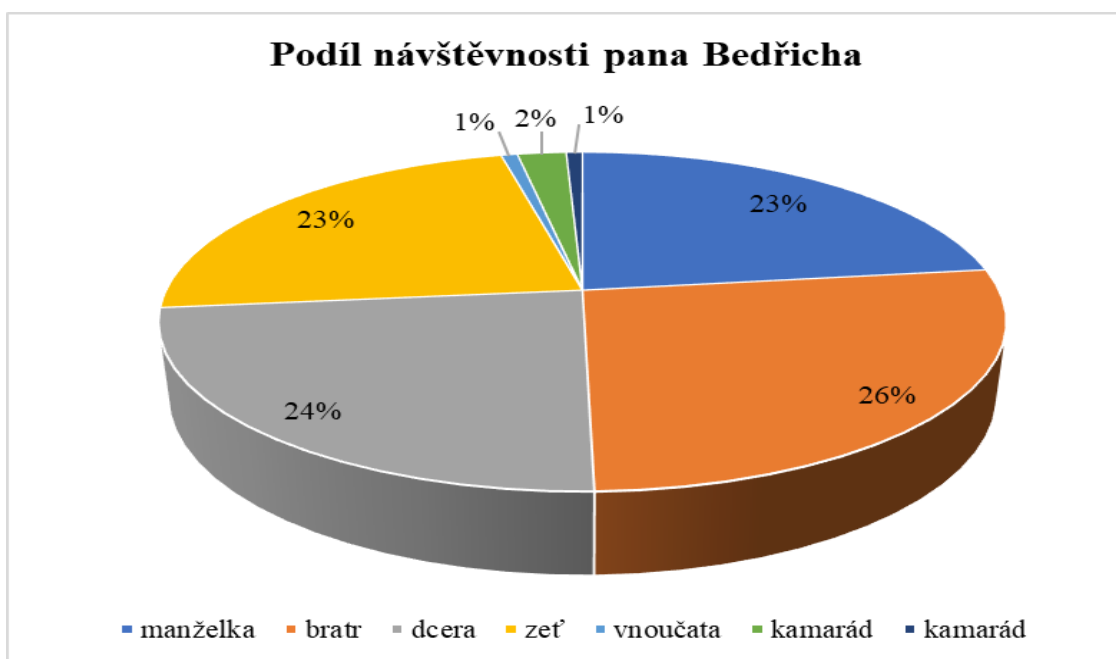
6.1.2 Pan Bedřich (97 let)

Pan Bedřich je ženatý. Měl dva bratry, jeden z nich již zemřel. Participant má dvě děti (dceru a syna) a tři vnoučata. Dcera pana Bedřicha žije s manželem ve stejném městě, jako je umístěno sledované zařízení. O synovi bohužel nemá nikdo žádné informace – není známo, z jakého důvodu není s participantem v kontaktu.

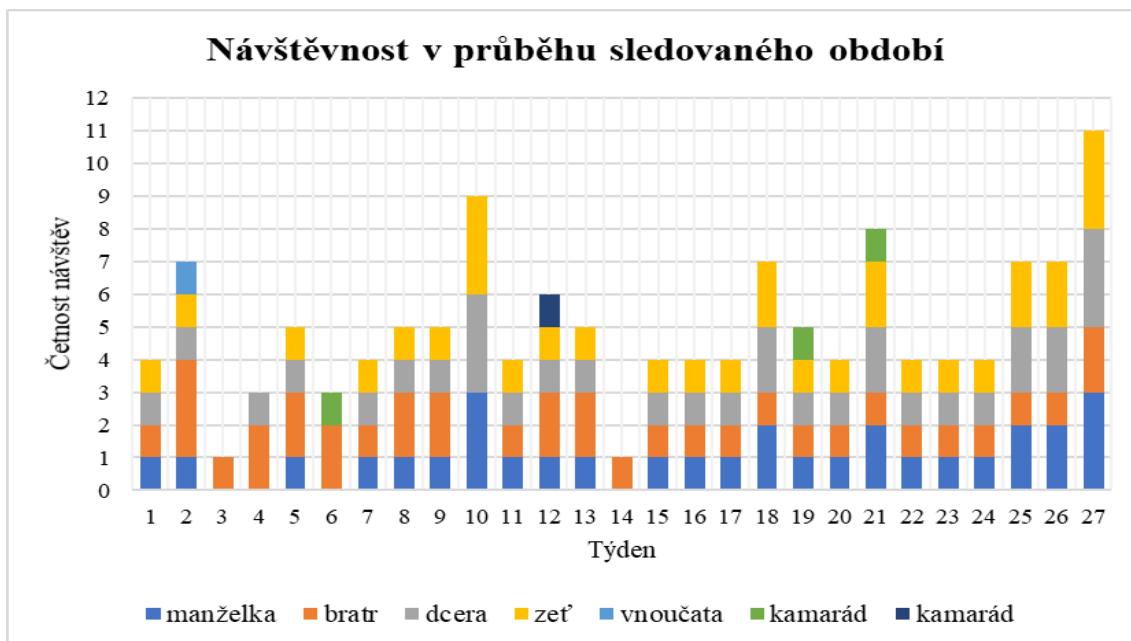
Pan Bedřich nastoupil do zařízení dne **1. 8. 2019**.

Pan Bedřich vyžaduje již od nástupu do zařízení komplexní ošetrovatelskou péči. Sedu ani stoje není schopen. Verbálně nekomunikuje. Své potřeby vyjadřuje převážně mimikou a pohyby těla. Když má lepší den, poznává své příbuzné či zvládne jednoslovně, spíše nesrozumitelně a neadekvátně odpovědět na položenou otázku. Jinak je zcela neorientovaný. Převážnou část dne prospí. S příjmem stravy pomáhá panu Bedřichovi stejně jako s ostatními úkony sebeobsluhy personál.

Pan Bedřich žil před nástupem do zařízení s manželkou v bytovém domě, který leží ve stejném městě jako sledované pobytové zařízení. Jeho zdravotní stav již delší dobu vyžaduje celodenní péči, kterou před nástupem do zařízení zajišťovala převážně manželka s pomocí dcery, zetě a pečovatelské služby. Vzhledem k vážné nemoci a vysokému věku však manželka péči o manžela přestala zvládat. Dcera s manželem docházejí do zaměstnání, a tudíž by celodenní péči o pana Bedřicha nezvládli zajistit.



Graf 3: Podíl návštěvnosti pana Bedřicha



Graf 4: Návštěvnost pana Bedřicha v průběhu sledovaného období

S panem Bedřich nebylo vzhledem k jeho zdravotnímu stavu během sledovaného období vůbec možné vést rozhovor. Participant převážnou část dne prospí. Během návštěv svých blízkých se mnohdy ani nevzbudí, na jejich hlasy nereaguje. Když zrovna nespí, reaguje na návštěvy všech svých blízkých spokojeným a klidným výrazem ve tváři.

I přes neschopnost verbálně komunikovat byly návštěvy pana Bedřicha v průběhu sledovaného období poměrně početné a pravidelné. Nejčastěji ho navštěvoval jeho bratr. Ten na návštěvy chodil většinou sám, pravidelně alespoň 1-2x týdně, spíše ve všední dny mezi 15-16 hodinou. Za celé sledované období nevynechal bez návštěvy ani jeden týden. Podobně často pana Bedřicha navštěvovala i jeho manželka s dcerou a zetěm. Ti chodili za participantem převážně společně a jejich návštěvy trvaly vždy okolo 1 hodiny. Pouze výjimečně dne 28. 8. přišla dcera na návštěvu sama. Návštěvy manželky pana Bedřicha byly vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu závislé na doprovodu druhé osoby. Zpočátku pobytu navštívila pana Bedřicha i jeho vnoučata. Jejich návštěvy se ale posléze již neopakovaly/popř. byly úplně minimální a personálem nezaznamenány. Pana Bedřicha v zařízení navštívili též jeho dva blízcí kamarádi, každý nezávisle na tom druhém. Syn se na návštěvu nedostavil zatím ani jednou.

Dle personálu oddělení, na kterém je pan Bedřich ubytovaný, je jeho rodina velmi starostlivá, zajímá se o jeho potřeby, zdravotní stav a vždy podle potřeb spolupracuje. Na základě výše uvedených zjištění lze tedy konstatovat, že se jejich přístup a láska k participantovi od jeho pobytu v domácím prostředí nijak nezměnili.

6.1.3 Pan Bohuslav (86 let)

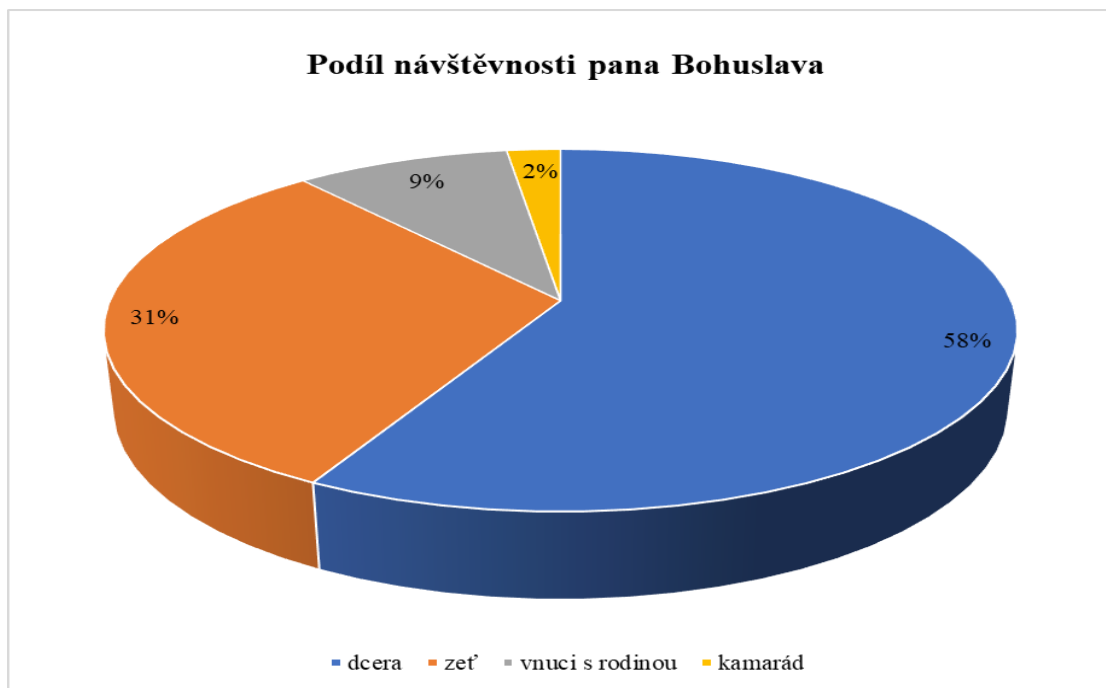
Pan Bohuslav je vdovec. Jeho jediný bratr zemřel velmi mladý. Má jednu dceru, která žije s manželem v rodinném domku v okrajové části obce, ve které leží i sledované zařízení. Dále má dva vnuky. Jeden z vnuků je svobodný, druhý má rodinu. Od ženatého vnuka má pan Bohuslav dva pravnuky. Participant je doposud v kontaktu i se svým velmi blízkým kamarádem.

Pan Bohuslav nastoupil do zařízení dne **25. 7. 2019**.

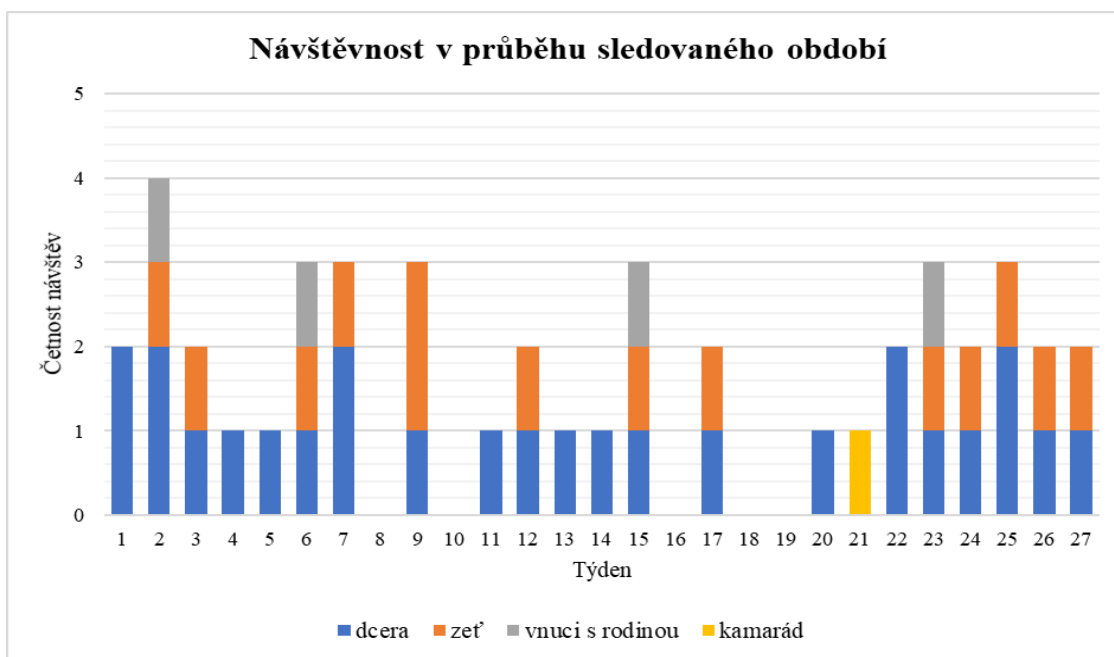
Pan Bohuslav komunikuje velmi omezeně. Na dotazy odpovídá v krátkosti a s výraznou latencí, hovor nijak zvlášť nerozvíjí. Je třeba na něj mluvit v jednodušších větách – rozvinutým slovním sdělením má potíž porozumět. Hůře slyší. Je úzkostný a spíše pasivní. Participant není orientovaný časem ani situací. Místem pouze částečně. Některé dny bývá zcela dezorientovaný a jeho sdělení jsou obsahově neadekvátní, jindy je jeho stav o poznání lepší. Blízké osoby i personál poznává. Nově nabyté informace po krátké chvíli zapomene. Pan Bohuslav se v lůžku samostatně posadí, stojí a chůze je schopen pouze s použitím vysokého chodítka za výrazné dopomoci personálu. Při přesunu na delší vzdálenost používá invalidní vozík, který musí být tlačен druhou osobou. Je pasivní, rehabilitace i jakékoliv jiné aktivity často odmítá. Nají se sám, jednoduché úkony v lůžku jako např. zajištění malé hygieny zvládá po opakovaných výzvách a následné kontrole sám. S provedením ostatních úkonů sebeobsluhy mu výrazně dopomáhá personál. Je inkontinentní.

Celková soběstačnost pana Bohuslava se během sledovaného období značně zhoršila. Při nástupu do zařízení byl participant schopen samostatné chůze na krátkou vzdálenost s nízkým chodítkem. I přesto, že již celodenně používal inkontinenční pomůcky si někdy došel sám na toaletu. Spolupracovat při oblékání, i jiných úkonech sebeobsluhy. Byl méně pasivní, vždy neodmítal zapojení do společenských aktivit či byl aktivnější v hovoru.

Pan Bohuslav žil po smrti své manželky sám v bytě ve stejné obci jako je umístěno sledované zařízení. Pravidelně dojížděl městskou hromadnou dopravou na návštěvy za svou dcerou (či ona za ním). Po zhoršení zdravotního stavu a hospitalizaci si ho dcera vzala k sobě domů do péče. Zde pobýval cca 3 roky. V průběhu tohoto období zprvu pravidelně navštěvoval místní denní stacionář, později několikrát využil služeb pobytové odlehčovací služby v asi 30 km vzdálené obci.



Graf 5: Podíl návštěvnosti pana Bohuslava



Graf 6: Návštěvnost pana Bohuslava v průběhu sledovaného období

Vést rozhovor s panem Bohuslavem nebylo během sledovaného období vždy možné. Měl-li však lepší den, byl mi schopen alespoň v krátkosti odpovědět na mé dotazy. Dle jeho slov má jednu dceru, se kterou má stále velmi pěkný vztah. Ta ho v zařízení navštěvuje. Nevzpomíná si ale, jak často a kdy ho navštívila naposledy. Dále si nedokáže vzpomenout, zda ho v zařízení navštěvuje ještě někdo jiný. I přesto má prý celou svou rodinu rád. Otázce, zda-li se změnil jeho vztah k dceři či ostatním blízkých po nástupu do zařízení patrně neporozuměl, či pro něj změna prostředí pobytu ve vztahu k blízkým nehraje žádnou roli. Reagoval slovy:

„mám je všechny rád“. Z pozorování reakcí pana Bohuslava bylo patrné, že své blízké vidí vždy rád. Návštěvy pro něj ale zřejmě byly někdy až příliš dlouhé, neboť u nich mnohdy po čase usínal. Rodina se mu své návštěvy v letních měsících snažila zpříjemnit i pobytem na čerstvém vzduchu – na terase, či v parku nedaleko sledovaného zařízení.

Profil pana Bohuslava potvrzuje, že ho jeho dcera v zařízení opravdu navštěvuje. Její návštěvy byly po celé sledované období pravidelné. Otce navštívila vždy alespoň 1x týdně, výjimkou byl pouze 8., 10. 18. a 19. sledovaný týden, kdy z neznámých důvodů nepřišla na návštěvu vůbec. Doprovod dceři při více než polovině jejich návštěv dělal její manžel – zeť pana Bohuslava. Celkem 4x za sledované období pana Bohuslava navštívila celá jeho rodina, včetně vnuků a jejich rodin. V první polovině prosince ho navštívil též jeho velmi dobrý kamarád. Na návštěvy zete a ostatních blízkých si pan Bohuslav během rozhovorů nevzpomínal, nicméně jejich návštěvy nevyvracel – je si vědom své špatné krátkodobé paměti.

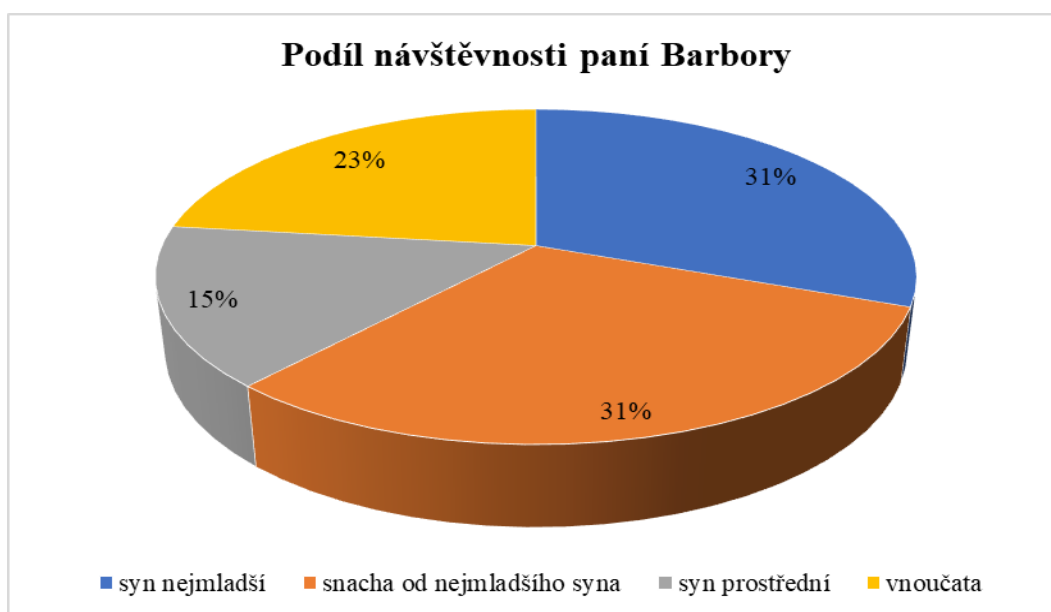
6.1.4 Paní Barbora (73 let)

Paní Barbora je vdova. Má dva sourozence (bratra a sestru), tři syny a pět vnoučat. Nejmladší syn žije s manželkou v rodinném domku, který leží v asi 3 km vzdálené obci od sledovaného pobytového zařízení. Druhý syn žije v přízemí rodinného domku vzdáleného asi 4 km od zařízení. Domácnost s ním sdílí jeho syn. Vrchní patro téhož domku obývala před umístěním do zařízení paní Barbora. O nejstarším synovi nemá rodina participantky žádné informace. Již řadu let není s matkou ani jinými rodinnými příslušníky v kontaktu.

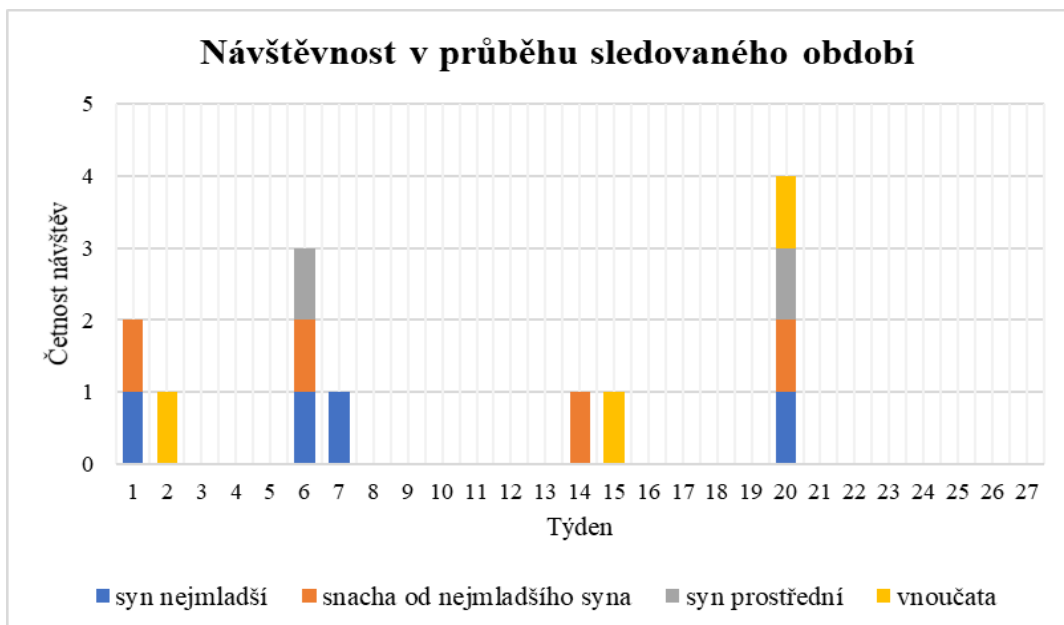
Paní Barbora nastoupila do DPS dne **5. 8. 2019**.

Vzhledem k významné ztrátě paměti je komunikace s paní Barborou velmi omezená. Participantka není schopna slovně formulovat své myšlenky. Při rozhovoru většinou opakuje poslední slova sdělení jeho ostatních účastníků. Nerozumí obsahu položených otázek – reaguje na ně většinou jejich částečným zopakováním či přitakáním. Je veselá a společenská. Při pokusu o verbální komunikaci jsou její sdělení zpravidla obsahově neadekvátní. Paní Barbora je mobilní bez použití kompenzačních pomůcek. Vzhledem k dezorientaci v prostoru ale vyžaduje neustálý dohled. Při provádění hygieny a ostatních úkonů sebeobsluhy vyžaduje výraznou pomoc personálu. Slovním výzvám většinou neporozumí, a tudíž není schopna spolupráce. Po přípravě jídla a opakovaném vybízení se samostatně nají. To samé platí i v případě hydratace.

Před nástupem do zařízení žila paní Barbora sama v prvním patře rodinného domu v obci, která je vzdálená asi 4 km od sledovaného zařízení. Přízemí domu obýval její prostřední syn s vnukem. Jelikož oba tráví převážnou část dne v zaměstnání, dojížděla za participantkou vždy alespoň 3x týdně její snacha (manželka nejmladšího syna). Ta jí připravila stravu a pomohla s potřebným. Díky výraznému zhoršení paměti paní Barbora v posledních měsících před umístěním do pobytového zařízení často zapomínala jíst a pít. Výrazně zhubla a často byla dehydratovaná. Nikdo z rodiny bohužel nebyl schopen zajistit paní Barboře celodenní dohled a péči.



Graf 7: Podíl návštěvnosti paní Barbory



Graf 8: Návštěvnost paní Barbory v průběhu sledovaného období

Z rozhovorů s paní Barborou nebylo během sledovaného období možné získat žádné adekvátní informace. Na otázky týkající se její rodiny participantka reagovala vždy stejně jako na většinu otázek z jiných oblastí – přikyvováním či slovním odsouhlasením dané skutečnosti, zopakováním posledních slov sdělení, popř. slovem „nevím“. Na otázku zda-li má nějaké děti reagovala: „noooo, nooo“ a souhlasně při tom přikyvovala hlavou. Dále rozhovor pokračoval dotazem na počet dětí a jejich jména, na což participantka opět reagovala stejným způsobem „noooo, nooo, děti.....jmenují“. Při dotazu na jejich návštěvy nebyla její reakce jiná: „noooo, joooo“. Paní Barbora si již díky své diagnóze není schopna vzpomenout na své děti ani ostatní rodinné příslušníky. Nedokáže určit, zda jí v zařízení navštěvují. Patrně si ani neuvědomuje, že již nežije v domácím prostředí. Při nástupu do sledovaného zařízení byla participantka velmi štihlá, neboť jí scházel dohled nad příjmem stravy. Během sledovaného období se její váha vrátila do normálu.

Paní Barbora měla během sledovaného období jen minimum nepravidelných návštěv. V třetím a šestém sledovaném měsíci jí nenavštívil nikdo. Při nástupu participantky do zařízení byl přítomen její nejmladší syn s manželkou. Ti jí oba posléze navštívili ještě 3x. I přes takto nízký počet byly jejich návštěvy nejpočetnější z celé rodiny. V druhém týdnu paní Barboru navštívila její vnoučata. Participantka byla během návštěvy rozrušená a po jejich odchodu musela být uklidňována personálem. Její neklid se opakoval i při druhé, větší návštěvě jejich dvou synů a snachy o měsíc později ale i při krátké návštěvě snachy v listopadu. Příčiny jejího rozrušení během návštěv lze u participantky přes bariéry v komunikaci jen stěží odhadovat. Návštěva vnoučat se ve stejně početném složení jako

poprvé opakovala ještě 2x – v listopadu a v prosinci, několik dní před Vánoci. Poslední velké návštěvy před vánočními svátky se účastnil i druhý syn a nejmladší syn s manželkou. Ani při jedné z nich již participantka nebyla rozrušená, ba naopak působila klidným dojmem. Druhý syn navštívil paní Barboru za celé sledované období pouze 2x. Nejstarší syn není s paní Barborou již řadu let v kontaktu, a tudíž jí nenavštívil vůbec.

Z reakcí paní Barbory nelze posoudit, zda své rodinné příslušníky poznává. Během sledovaných návštěv se u ní dle personálu oddělení střídaly stavy klidu i rozrušení. Jelikož je participantka běžně veselá, lze odhadovat, že pro ni návštěvy nemusely být vždy příjemné.

6.1.5 Paní Běla (88 let)

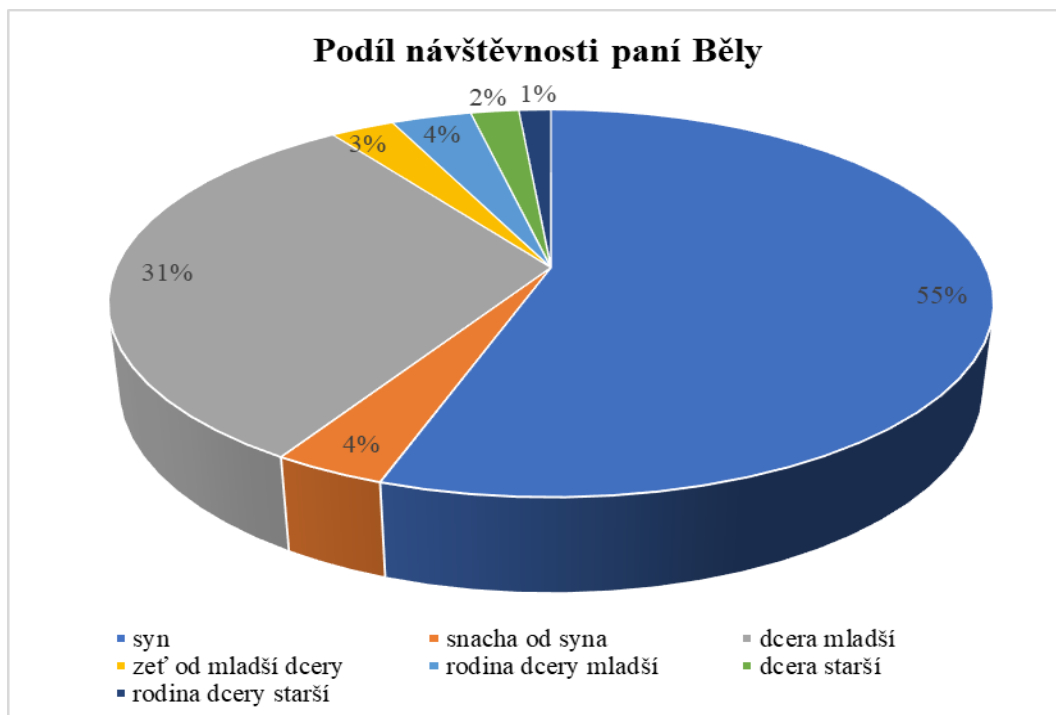
Participantka paní Běla je vdova. Má jednu sestru, která jí již vzhledem ke svému vysokému věku a špatnému zdravotnímu stavu nějaký čas nenavštěvuje. Participantka má tři děti – dvě dcery a jednoho syna. Starší dceru má z prvního manželství. Starší dcera s rodinou i druhorozený syn s manželkou žijí ve stejném městě, jako je umístěno sledované zařízení. Mladší dcera žije s manželem v rodinném domku v obci vzdálené asi 2 km od obce, ve které leží sledované zařízení. Participantka měla čtyři vnučky, jedna z nich již zemřela. S jedinou vnučkou od svého syna není dlouhodobě v kontaktu. Dále má pět pravnuček a jednoho pravnuka.

Paní Běla nastoupila do zařízení dne **5. 8. 2019**.

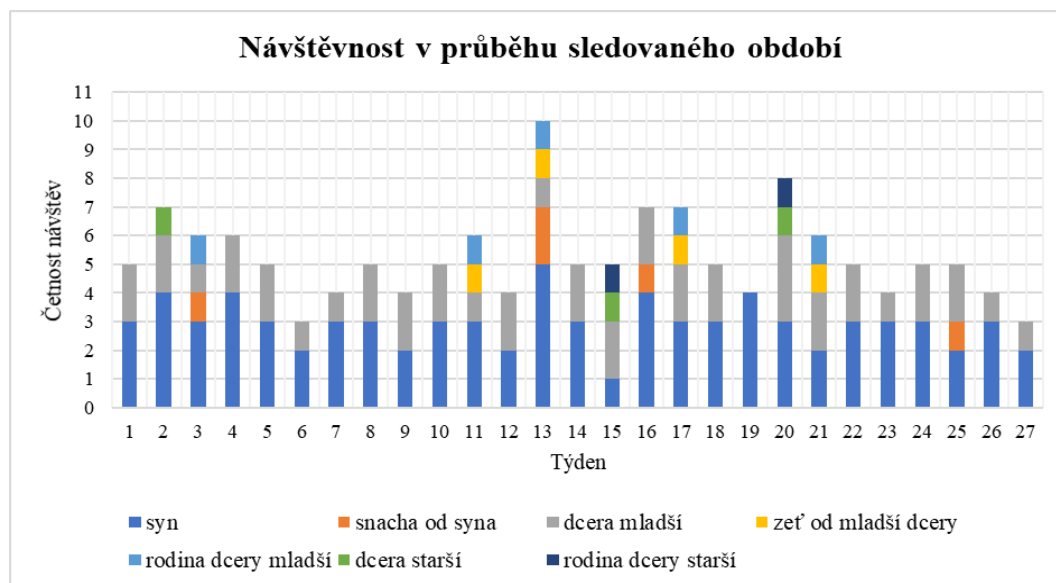
Paní Běla komunikuje ve větách, které jsou obsahově srozumitelné. Ne vždy ale odpovídají tématu hovoru. Má velmi špatnou krátkodobou paměť – nepamatuje si nově nabyté informace a nedávno proběhlé skutečnosti. Je velmi milá, společenská a má smysl pro humor. Není orientovaná místem, časem ani situací. Ani přes opakovaná připomenutí netuší, kde se nachází, neuvědomuje si svůj aktuální zdravotní stav. Svého syna i dcery poznává, dokáže je pojmenovat. Vzdálenější rodinné příslušníky (vnučata, partnery vnučat a pravnoučata) si již plete. Na návštěvy blízkých si nevzpomíná. Participantka je imobilní, převážnou část dne tráví v lůžku. Personál jí též vysazuje do kardio křesla. Její celkový stav vyžaduje komplexní ošetrovatelskou péči. I přes značná omezení se výzvám personálu snaží vyhovět, spolupracuje. Je společenská – ráda se účastní společenských aktivit na oddělení.

Participantka žila před přijetím do zařízení v přízemí rodinného domku, vzdáleného asi 3 km od obce, ve které je umístěno sledované zařízení. Vrchní patro domku obývá její dcera s

manželem, kteří o participantku před přijetím do DPS pečovali a pomáhali jí s potřebným. Domácnost participantky pravidelně cca 3x týdně navštěvoval i její syn.



Graf 9: Podíl návštěvnosti paní Běly



Graf 10: Návštěvnost paní Běly v průběhu sledovaného období

Vzhledem k výše popsanému celkovému zdravotnímu nebylo v průběhu sledovaného období možné od paní Běly získat adekvátní odpovědi na soubor předem připravených otázek. Participantka během rozhovoru opakovaně sdělovala, že jí její rodinní příslušníci pravidelně navštěvují. Nedokázala již však konkrétně určit, kdo jí navštěvuje a jak pravidelně. Na otázku zaměřující se na osobní vztah ke konkrétním rodinným příslušníkům reagovala, že má

všechny své děti, jejich partnery i vnoučata ráda stejně. Žádné změny ve vztahu k nim od přestěhování z domácího prostředí nepocítuje. Na rozhovor se nekoncentrovala, spíše odbíhala od tématu.

Ze záznamů z průběžného sledování je patrné, že paní Běla na návštěvy rodinných příslušníků reaguje velmi pozitivně. Po návštěvách všech blízkých působí spokojeně a je většinou v dobré náladě. Na uskutečněnou návštěvu však vzhledem ke své diagnóze v průběhu dne zapomene.

Participantku v průběhu sledovaného období navštěvovala celá její užší rodina. Frekvence návštěv rodinných příslušníků byla po celou dobu relativně stabilní. Nejčastěji paní Bělu navštěvoval její syn. Ten jí navštívil průměrně 3x do týdne a strávil s ní vždy okolo 20 minut. Přibližně 2x týdně participantku navštívila i její mladší dcera, která je zároveň zaměstnankyní sledovaného zařízení. Starší dcera paní Bělu během sledované období navštívila pouze 3x i přesto, že žije ve stejné obci, jako je umístěno sledované zařízení. Návštěvy ostatních rodinných příslušníků byly spíše příležitostné a většinou souvisely s návštěvami dětí participantky. V profilu návštěvami nejpočetnější 13. týden byl týden vánočních svátků.

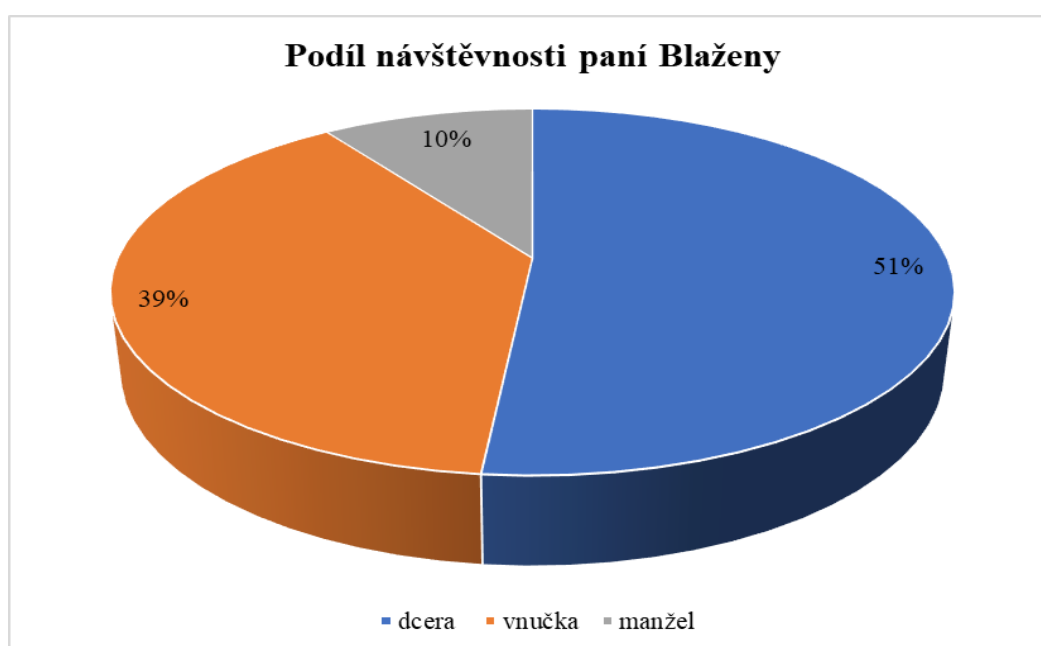
6.1.6 Paní Blažena (82 let)

Paní Blažená je vdaná. Má jednu dceru, která žije v rodinném domku v obci vzdálené asi 16 km od sledovaného DPS. Dále má jednu vnučku a jednu pravnučku. Žádné sourozence nemá.

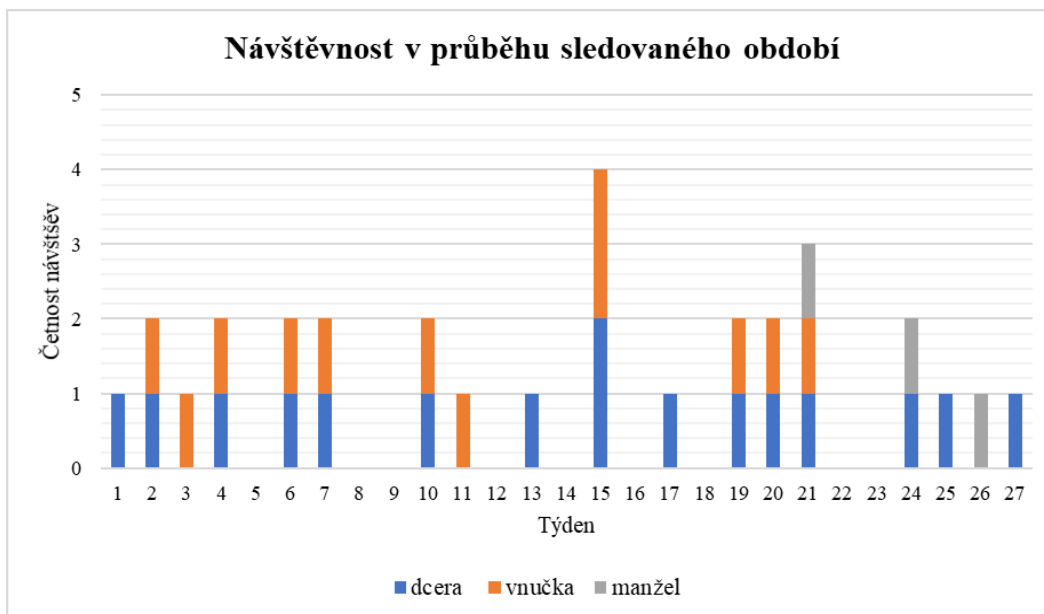
Paní Blažena nastoupila do zařízení dne **13. 8. 2019**.

Participantka komunikuje srozumitelně v celých větách a k tématu hovoru. Nepamatuje si nedávno nabyté informace a proběhlé události. Proto její sdělení vždy zcela neodpovídají realitě. Paní Blažena nemá náhled na svou aktuální situaci. I přesto, že v současnosti není schopna samostatné chůze, často tvrdí, že chodí bez pomoci a je ve všech oblastech zcela soběstačná. Chybí jí též orientace časem. Místem a osobou je orientovaná relativně dobře. Ví, kde se nachází, dokáže bez problémů hovořit o svém předchozím bydlišti, své rodině apod. Paní Blažena se v rámci lůžka obslouží – podá si potřebné, samostatně se nají, napije i si po přípravě pomůcek zajistí malou hygienu. S ostatními úkony sebeobsluhy potřebuje dopomoci. Je mobilní pouze s výraznou dopomocí personálu a vysokého chodítka. Chůzi ale v poslední době pro bolest a velké otoky dolních končetin odmítá. Personál jí proto končetiny alespoň pasivně protahuje v lůžku, vysazuje jí do geriatrického křesla či na invalidní vozík. Ten musí být tlačěn druhou osobou. V sedu se participantka bez zajištění opory zad neudrží.

Paní Blažena žila před přijetím do DPS s manželem v prvním patře rodinného domu, který leží v obci vzdálené asi 16 km od sledovaného zařízení. V přízemí téhož domu žije i její vnučka, která je momentálně na mateřské dovolené. Její jediná dcera žije ve stejné obci. Dochází však stále do zaměstnání, tudíž nebyla schopna péči o své nesoběstačné rodiče sama plně zajistit. S péčí o rodiče dceři pomáhala pečovatelská služba, která konkrétně Blaženě zajišťovala převazy dolních končetin a velkou hygienu. S nákupem potravin, praním a úklidem domácnosti vypomohla dle potřeb vnučka. Koncem roku 2018 se zdravotní stav participantky výrazně zhoršil. Byla hospitalizována a následně přeložena do LDN. Zde pobyla déle než půl roku na sociálním lůžku. Poté nastoupila do sledovaného zařízení.



Graf 11: Podíl návštěvnosti paní Blaženy



Graf 12: Návštěvnost paní Blaženy v průběhu sledovaného období

Paní Blaženu v zařízení během sledovaného období navštěvovala pouze její úzká rodina – dcera a vnučka. Se svým manželem nebyla zpočátku pobytu vůbec v kontaktu, neboť byl umístěn v poměrně vzdáleném pobytovém zařízení. Dne 3. 1. 2020 byl manžel přestěhován do téhož zařízení, na oddělení poskytující službu Domov pro seniory. Od té doby se pak manželé mohli navštěvovat dle svých potřeb a přání. Paní Blažena ale (stejně jako pan Antonín) společné návštěvy s manželem bez účasti rodiny spíše nevyhledávala. Proto se během sledovaného období vídali spíše za přítomnosti dcery a vnučky. Soukromou návštěvu manželům personál zprostředkoval pouze 1x. Její opakování pak oba odmítali. Část jednoho z mých rozhovorů s paní Blaženou zněl následovně: „Dnes jsem navštívila Vašeho manžela, viděli jste se teď v poslední době také někdy?“ *Ted' ne. Já nevím, kdy naposled, no to je jedno.* „A nechtěla byste ho vidět zase?“ „Nemusím ho vidět, my už se viděli tolika roků a už jsem si zvykla, že jsem sama.“

Paní Blažena má dle svých slov se svou dcerou i vnučkou dobrý vztah, který se za období jejího pobytu v zařízení nijak nezměnil. Opakovaně sdělovala, že její dcera nemá na příliš časté návštěvy čas, neboť stále chodí na brigády: „*chodí, ale ona chodí do práce a má toho hodně*“. Na dotaz, zda si pamatuje, kdy jí dcera navštívila naposledy, reagovala podobně: „*není to dlouho...no ona to má dost blbý, ona chodí v sobotu a v neděli do práce, když je potřeba*“. Z rozhovorů s participantkou je zřejmé, že sama patrně vnímá návštěvy své dcery jako méně časté, nicméně pro to má pochopení. Paní Blažena během našich společných rozhovorů dále sdělovala, že se domnívá, že jí dcera navštěvuje přibližně 1x za 14 dní a

vnučka ještě o něco méně často. Z uvedeného profilu vyplývá, že si četnost návštěv svých blízkých vcelku pamatuje.

Z profilu participantky vyplývá, že návštěvy její dcery byly od počátku sledovaného období vcelku pravidelné. Maminku navštěvovala 2 – 3x měsíčně. Pravidelná byla též frekvence návštěv vnučky, která paní Blaženu navštívila průměrně 2x do měsíce. Téměř v polovině případů byly návštěvy dcery a vnučky společné. Po nástupu do sledovaného zařízení dne 3. 1. 2020 se k návštěvám dcery a vnučky připojil i její manžel. Žádné jiné blízké osoby paní Blaženu v zařízení nenavštěvují.

6.1.7 Paní Blanka (85 let)

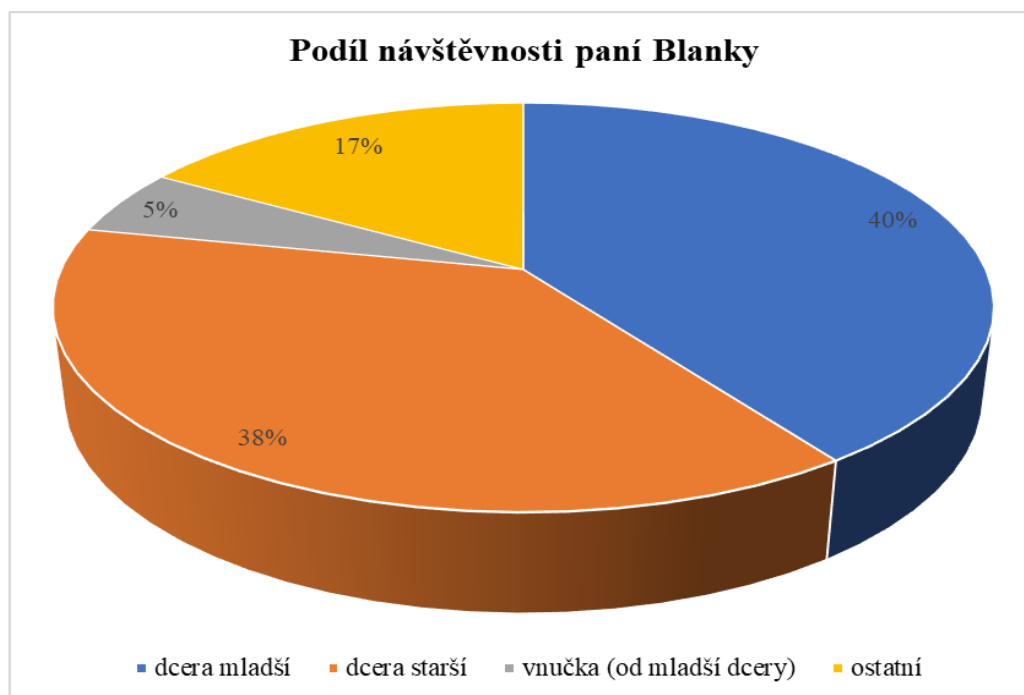
Paní Blanka je vdova. Její tři sourozenci již zemřeli. Má dvě dcery, pět vnoučat a pět pravnoučat. Starší dcera žije s manželem ve stejné obci, jako žila paní Blanka před přijetím do zařízení. Od této dcery má participantka dva vnuky. Jeden z nich je ženatý a má dvě dcery. Mladší dcera paní Blanky žije s rodinou ve stejné obci jako sledované zařízení. Má tři děti (dva syny a jednu dceru). Její nejstarší syn má dvě děti (syna a dceru). Druhý syn mladší dcery participantky má jednoho syna. S rodinou žije v sousedním domku vedle domku paní Blanky. Kromě zmíněných osob je participantka v kontaktu s řadou dalších blízkých. Patří mezi ně např. zeť od starší dcery, manželky a přítelkyně vnuků, bratranec s manželkou, kamarádky, spolupracovnice a další.

Paní Blanka nastoupila do zařízení dne **29. 8. 2019**.

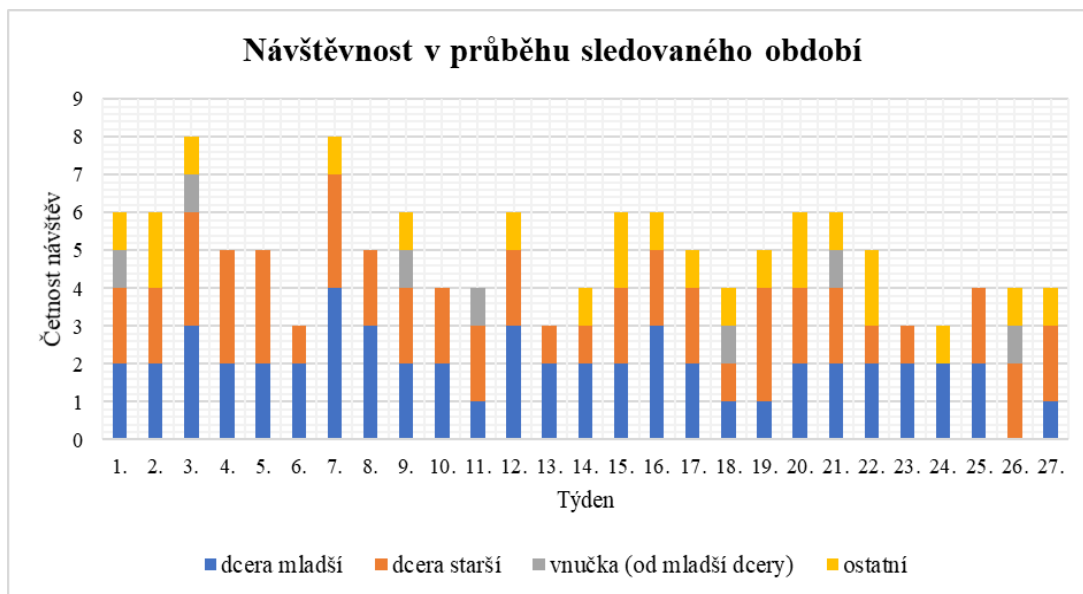
Paní Blanka komunikuje velmi omezeně - pouze jednoslovně a velmi pomalu či vůbec. Na její odpovědi je nutné vyčkat, popř. jí k nim vybízet. Pokud odpoví, jsou její sdělení převážně neadekvátní. Participantka má velmi špatný zrak - vidí pouze obrysy. Sluch má dobrý. Není orientovaná místem, časem ani situací. Všechny své blízké si pamatuje a poznává. Paní Blanka je zcela imobilní. Sedu a stoje není ani s výraznou dopomocí schopna. Personál jí pravidelně vysazuje do kardio křesla a polohuje v lůžku. Celkový zdravotní stav participantky vyžaduje komplexní ošetrovatelskou péči. S příjmem stravy jí též dopomáhá personál.

Paní Blanka žila před nástupem do zařízení sama v rodinném domku v obci vzdálené asi 12 km od sledovaného zařízení. Její zdravotní stav již více než rok před přijetím do zařízení vyžadoval celodenní péči a dohled. Denně za ní dojížděly její dvě dcery, které jí pomáhaly s potřebným. V čase, kdy byly dcery v zaměstnání, domácnost navštěvovaly pečovatelky a osobní asistentky. V případě nutnosti v péči o paní Blanku vypomohl i její vnuk, který žije

s rodinou v sousedním domě. Krátce před přijetím do sledovaného DPS byla participantka pro vážné zdravotní komplikace hospitalizována a následně přeložena do LDN. Zde ale její rodina nebyla spokojena s péčí. Proto si maminku vzali zpět do domácí péče. V té době již musela mladší dcera kvůli náročnosti péče na čas přerušit své zaměstnání. Paní Blanka měla dle výpovědí dcer celý život velmi pěkné vztahy s celou svou rodinou a na kvalitě těchto vztahů si vždy zakládala. I po zhoršení zdravotního stavu přijímala ve své domácnosti návštěvy nejbližších (kontakt s blízkými z velké míry podporovaly její dvě dcery).



Graf 13: Podíl návštěvnosti paní Blanky



Graf 14: Návštěvnost paní Blanky v průběhu sledovaného období

Z pozorování návštěv paní Blanky bylo na první pohled patrné, že jí má celá její rodina velmi ráda a na osobním kontaktu s ní jim velmi záleží. I přesto, že paní Blanka téměř nekomunikuje a nevidí, přijímala během sledovaného období nejvíce návštěv ze všech sledovaných participantů. Nejčastěji paní Blanku navštěvovaly její dvě dcery, které přicházely samostatně ale i za doprovodu jiných osob. Obě dcery participantku navštěvovaly alespoň 2x týdně. Mladší dcera docházela většinou v odpoledních hodinách, starší mnohdy i dopoledne. Velký počet návštěv měla participantka i od vnučky od své mladší dcery. Kromě těchto žen navštívilo participantku během sledovaného období poměrně velké množství osob, u kterých nebylo známo, jaký k ní mají vztah. Tyto osoby přicházely vždy v doprovodu jedné z dcer paní Blanky, pokaždé v jiném počtu a seskupení. Záznam návštěv těchto osob byl velmi problematický především proto, že jich bylo vždy více, personál je neznal a jejich návštěvy nebyly v návštěvní knize nikdy zaznamenány (v návštěvní knize při jejich návštěvách figurovala vždy jen jedna z dcer). Z toho důvodu jsem je v profilu uvedla souhrnně pod názvem „ostatní“. Zároveň je též možné, že návštěvy některých neznámých osob byly mnohem častější, než je v profilu uvedeno, neboť jak už bylo řečeno, přicházely vždy v doprovodu jedné z dcer participantky. Je tedy možné, že personál do předem připravené tabulky uvedl během těchto početných návštěv pouze jméno přítomné dcery. Dle personálu oddělení byly součástí velkých návštěv nejen příslušníci širší rodiny paní Blanky, ale i kamarádky jejích dcer, sousedé a jiní známí.

S paní Blankou nebylo možné během celého sledovaného období vést rozhovor o jejím vztahu k rodině a blízkým. Z neverbálních projevů bylo ale vždy zjevné, že je všechny ráda vidí.

Trvala-li návštěva příliš dlouho, participantka v jejím průběhu mnohdy únavou usnula. Paní Blanka si dle sdělení dcer během života zakládala na dobrých vztazích a pravidelném kontaktu rodiny, která se scházela ve velkém počtu v její domácnosti. Pravidelnými návštěvami v širokém kruhu v prostředí DPS dcery patrně udržovaly tradici, kterou v rodině zavedla jejich maminka.

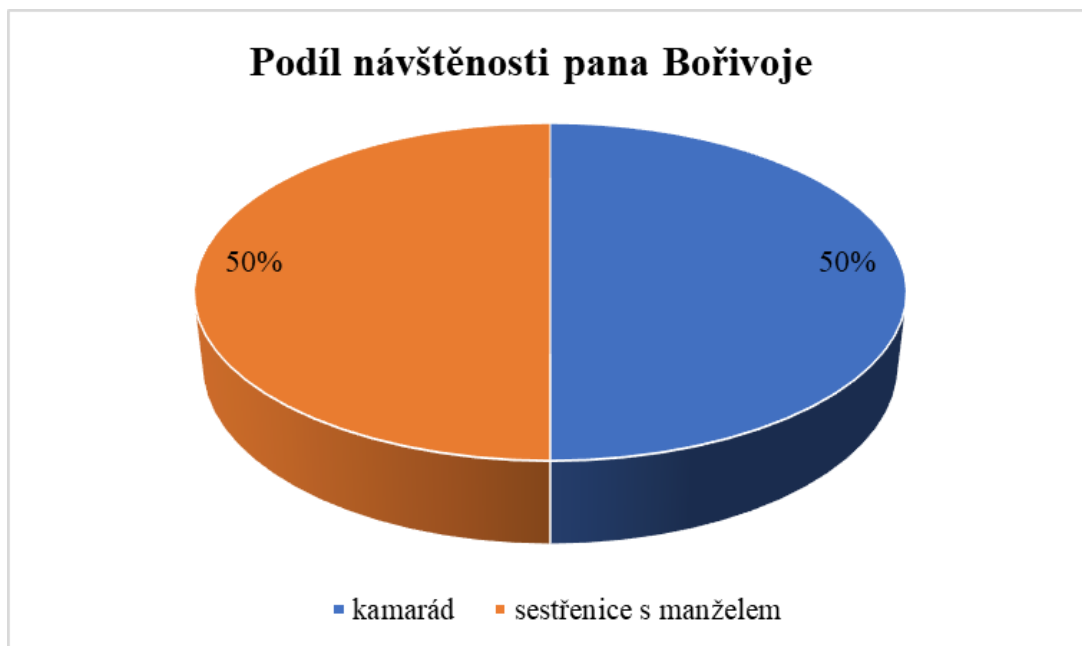
6.1.8 Pan Bořivoj (72 let)

Pan Bořivoj je svobodný. Nemá žádné sourozence, děti ani partnerku. Jedinou jeho blízkou příbuznou je jeho sestřenice, která žije s manželem asi 20 km od DPS. Pan Bořivoj má též velmi blízkého kamaráda, který byl dne 4. 2. 2020 soudem stanoven jeho opatrovníkem.

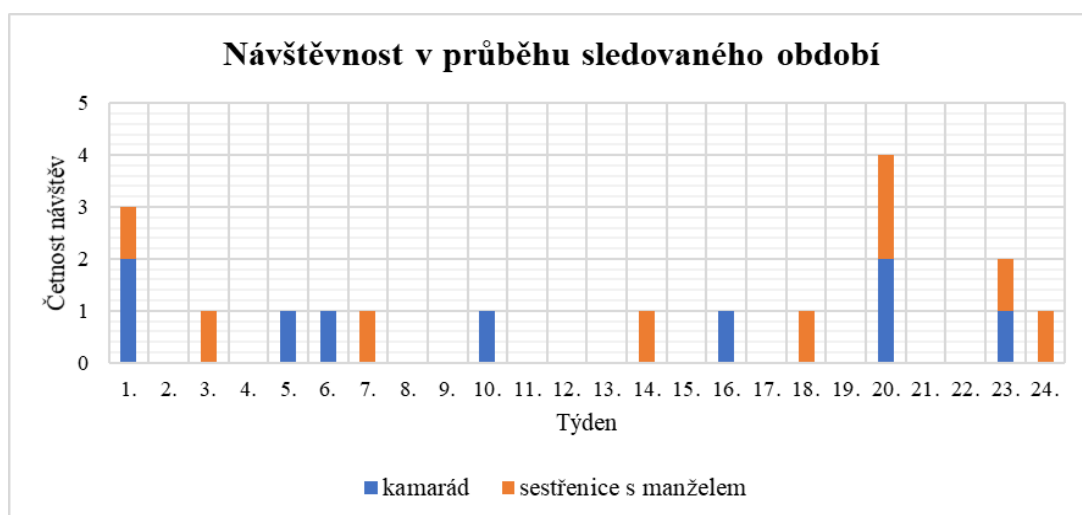
Pan Bořivoj nastoupil do zařízení dne **24. 9. 2019**.

Participant komunikuje velmi omezeně. Má potíže slovně vyjádřit své myšlenky a potřeby. Slovní odpovědi mu je často nutné předkládat, on posléze dá najevo, kterou měl na mysli. Na většinu otázek nezná odpověď, reaguje převážně slovem „nevím“. Z neznalosti odpovědi bývá někdy rozrušen. Komunikaci není schopen pro svá omezení rozvíjet, nicméně se snaží reagovat alespoň neverbálně. Pan Bořivoj je zcela neorientovaný. Na minulost si vzpomíná pouze útržkovitě. Z jeho reakcí je patrné, že si vzpomíná na svůj byt i svého psa, o kterého se staral před zhoršením zdravotního stavu. Svě blízké poznává, ale nedokáže je pojmenovat. Při sdělení jména jeho sestřenice a blízkého přítele reaguje radostně, to platí i v případě jejich návštěv. Pan Bořivoj si je vědom, že je svobodný a nemá žádné děti. Je mobilní bez použití kompenzačních pomůcek. Po oddělení se pohybuje bez doprovodu, pouze z důvodu prostorové dezorientace potřebuje od personálu často připomenout, kde má svůj pokoj. Participant je při provádění úkonů sebeobsluhy zcela závislý na pomoci personálu – slovním výzvám často neporozumí, a tudíž není schopen jim vyhovět. Při jídle též potřebuje slovní vedení.

Před přijetím do zařízení žil pan Bořivoj sám ve svém bytě ve stejném městě, kde se leží DPS. Byl zcela soběstačný. Sám si nakupoval, vařil, staral o domácnost apod. Měl psa, se kterým denně chodil na procházky. Později se u něj začaly objevovat ztráty paměti, které rychle postupovaly. Se vším potřebným mu proto začal vypomáhat jeho blízký kamarád (kolega ze zaměstnání). Poté, co se jeho zdravotní stav zhoršil natolik, že již nebyl schopen žít sám, následovala hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Zde participant pobyl cca 1 rok. Poté se přestěhoval do sledovaného zařízení.



Graf 15: Podíl návštěvnosti pana Bořivoje



Graf 16: Návštěvnost pana Bořivoje v průběhu sledovaného období

Pan Bořivoj není schopen sám hovořit o své rodině a blízkých. Na dotaz, zda má sestřenici, souhlasně přikyvuje. Na její jméno a bydliště si ale nevzpomíná – na dotaz dlouho nereaguje, po zopakování dotazu krčí rameny a smutným tónem hlasu sděluje, že neví. Jeho reakce jsou totožné i při dotazech na jeho blízkého přítele.

Pan Bořivoj měl během sledovaného období nejmenší počet návštěv ze všech sledovaných participantů. Bylo tomu tak především z důvodu, že jako jediný nemá žádné děti ani sourozence. Při jeho nástupu do zařízení byl přítomen jeho blízký kamarád a kolega ze zaměstnání, který mu po zhoršení zdravotního stavu pomáhá se vším potřebným a stará se o jeho psa. Pan Bořivoj na jeho přítomnost reaguje s velkým nadšením. Lze tedy soudit, že

jejich přátelství bylo opravdu silné. Přítel pana Bořivoje nám při nástupu sdělil, že participant má ještě sestřenici. Ani on, ani personál psychiatrické nemocnice, kde byl pan Bořivoj před přijetím do zařízení umístěn, na ní neměli žádný kontakt. Koncem prvního sledovaného týdne se ale sestřenice ozvala telefonicky sama. Z hovoru s ní bylo patrné, že má o pana Bořivoje velký zájem. Sdělovala, že by ho ráda navštívila, nicméně jí to její zdravotní stav dle jejích slov neumožňoval. Její telefonické hovory se pak ještě několikrát nepravidelně opakovaly. Dne 4. 2. (20. sledovaný týden) se na místně příslušném soudě konalo řízení o omezení svéprávnosti pana Bořivoje, k němuž před časem podala podnět sociální pracovnice psychiatrické nemocnice. Jednání se kromě blízkého přítele pana Bořivoje, který byl následně stanoven jeho opatrovníkem, účastnila i jeho sestřenice s manželem. Z reakcí pana Bořivoje bylo patrné, že sestřenici i jejího manžela poznává a je z jejich přítomnosti potěšen. Po osobním kontaktu u soudu sestřenice pana Bořivoje navštívila ještě 2x a 1x mu zatelefonovala. Další návštěvy již nemohly být z důvodu zákazu návštěv uskutečněny. Blízký přítel pana Bořivoje během sledovaného období navštívil celkem 9x, zpočátku byly jeho návštěvy častější.

6.1.9 Pan Bohdan (85 let)

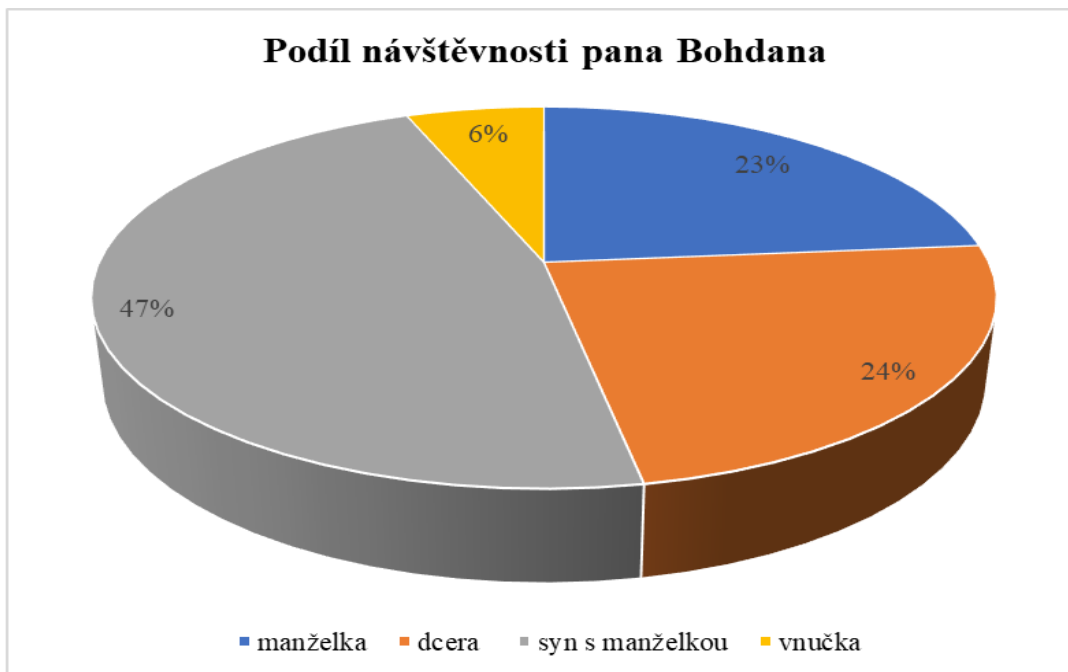
Pan Bohdan je ženatý. Má dvě děti – dceru a syna. Dcera pana Bohdana je bezdětná a žije ve městě vzdáleném asi 215 km od sledovaného zařízení. Od svého syna má participant jednu vnučku. Syn žije s rodinou asi v 10 km vzdálené obci. Pan Bohdan nemá žádné sourozence. Se svou sestřenicí se dle sdělení rodiny již několik let neviděl.

Pan Bohdan nastoupil do zařízení dne **25. 9. 2020**.

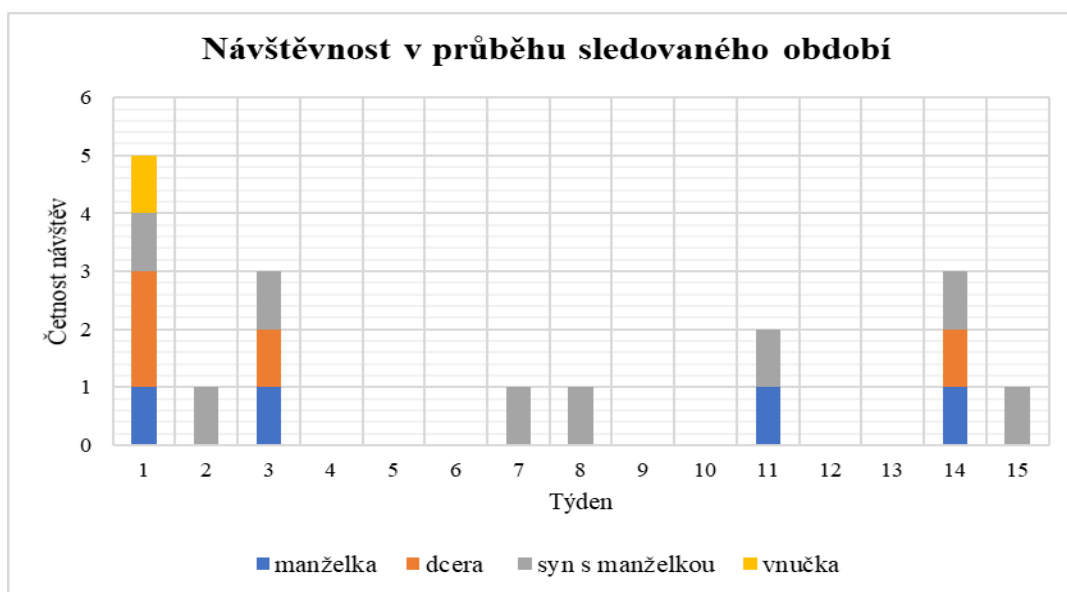
Před přijetím do zařízení žil pan Bohdan se svou manželkou v rodinném domku, který leží ve stejném městě jako sledované zařízení. Před časem se u participanta začaly objevovat problémy s orientací a ztráty paměti, které se postupně zhoršovaly. Péči o domácnost včetně praní a nákupů proto zajišťovala jeho manželka za občasné výpomoci dcery, která rodiče navštěvovala cca 1x za 14 dní. Syn údajně mamince s péčí nevypomáhal, pouze výjimečně rodiče navštívil. Obědy manželům vozila dovážková služba. Později se zdravotní stav pana Bohdana zhoršil natolik, že začal vyžadovat podporu a dohled při provádění všech úkonů sebeobsluhy. Jelikož manželka přestala náročnou péčí zvládat, byla podána žádost o přijetí pana Bohdana do našeho zařízení.

Pan Bohdan reaguje na jednoduché dotazy s velkou latencí, pouze jednoslovně a obsahově neadekvátně, popř. má-li horší den, nereaguje vůbec a pouze sleduje své okolí. Vzhledem

k jeho celkovému stavu lze odhadovat, že je prakticky neorientovaný. Pouze své blízké dle neverbálních projevů a mimiky patrně většinou pozná. Participant vyžaduje komplexní celodenní péči od personálu. Stravu se snaží přijímat sám, nicméně posléze mu většinou musí být s příjmem dopomoženo. Je imobilní a při manipulaci nespolupracuje. Personál ho vysazuje do geriatrického křesla.



Graf 17: Podíl návštěvnosti pana Bohdana



Graf 18: Návštěvnost pana Bohdana v průběhu sledovaného období

Při pozorování neverbálních projevů pana Bohdana během jeho návštěv bylo na první pohled zjevné, že své blízké většinou poznává. Při návštěvách své manželky, obou dětí, snachy i vnučky se převážně usmíval a vypadal spokojeně. Lze tedy tvrdit, že všechny členy rodiny viděl vždy rád. Zdravotní stav participanta byl již od nástupu do zařízení velmi kolísavý. Některé návštěvy svých blízkých celé prospal. Při pokusu o rozhovor o jeho blízkých byli jeho odpovědi převážně neadekvátní, či na dotazy nereagoval vůbec. Během sledovaného období musel být pan Bohdan pro zdravotní komplikace několikrát hospitalizovaný. Poprvé byl hospitalizovaný hned třetí den po nástupu do zařízení dne 27. 9. a zpět z nemocnice se vrátil dne 1. 10. Druhá hospitalizace následovala dne 15. 10. a byla ukončena dne 23. 10. Naposledy byl pan Bohdan hospitalizovaný dne 2. 1. 2020. Z nemocnice se již ale bohužel do zařízení nevrátil. Zemřel dne 5. 1. 2020.

Za panem Bohdanem během sledovaného období docházela celá jeho rodina, vyjma sestřence, kterou již dle sdělení dcery několik let vzhledem ke svému zhoršenému zdravotnímu stavu neviděl. Frekvence návštěv rodinných příslušníků uvedená výše v profilu byla do jisté míry ovlivněna opakovanou hospitalizací participanta (pan Bohdan byl hospitalizovaný v přelomu 1. a 2. sledovaného týdne, v průběhu 4. a 5. týdne a nakonec 15. sledovaný týden). Hned druhý den po nástupu do zařízení měl pan Bohdan největší návštěvu za celé sledované období. Navštívila ho celá jeho rodina (manželka, dcera, syn, snacha i vnučka). Takto početná návštěva se bohužel již neopakovala. Vnučka dokonce participanta v zařízení již nenavštívila vůbec. Nejčastěji pana Bohdana navštěvoval jeho syn, který přicházel vždy v doprovodu manželky. Manželé participanta navštěvovali alespoň 1-2x za měsíc. Jejich návštěvy nebyly zcela pravidelné, nicméně neměly klesající tendenci. Dcera pana Bohdana navštívila několikrát z počátku pobytu a poté až téměř po 3 měsících. Její nízká návštěvnost byla patrně ovlivněna jejím velmi vzdáleným bydlištěm. Manželka přišla pana Bohdana navštívit pouze v doprovodu svých dětí.

6.2 Uživatelé služby Domov pro seniory

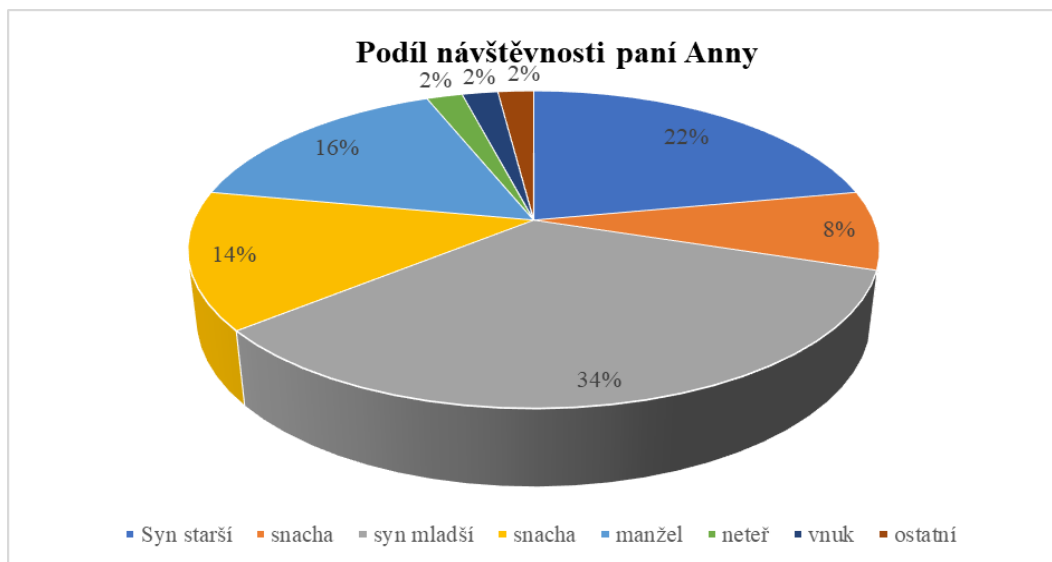
6.2.1 Paní Anna (81 let)

Paní Anna je vdaná. Její manžel je též klientem sledovaného zařízení. Participantka má dva syny, kteří žijí s manželkami ve stejném městě, jako je umístěno sledované zařízení. Dále má pět vnoučat (tři vnučky a dva vnuky). Její dva bratři již nežijí. Paní Anna je ale stále v osobním kontaktu se svými švagrovými.

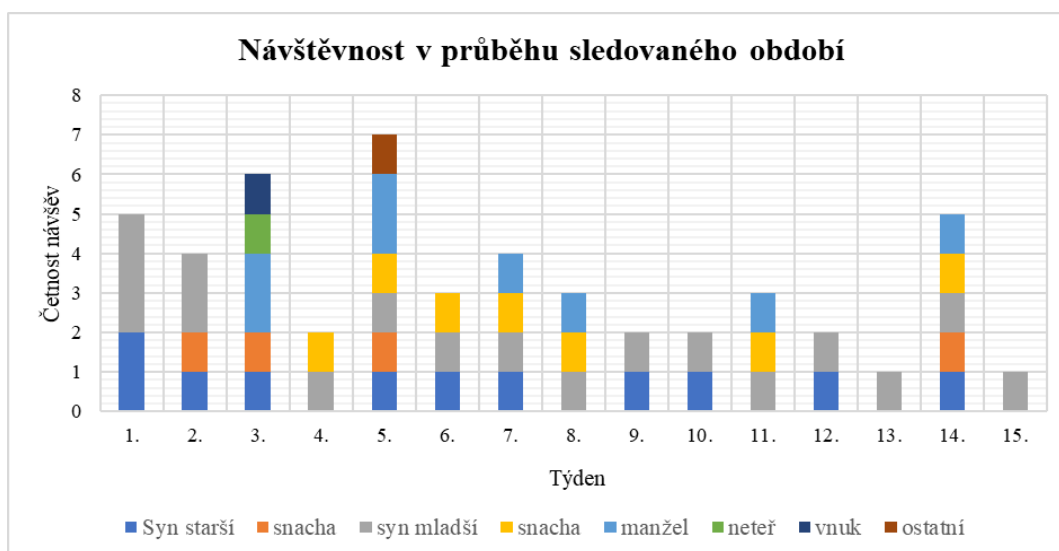
Pan Anna nastoupila do zařízení dne **16. 9. 2019.**

Paní Anna po nástupu do zařízení komunikovala zcela bez problémů – srozumitelně a orientovaně. Její soběstačnost byla výrazně omezena absencí kyčelního kloubu pravé nohy. Z toho důvodu musela při chůzi používat speciálně upravenou obuv a vysoké chodítko. Jelikož jí trápily velké bolesti a otoky postižené končetiny, trávila převážnost část dne v lůžku. Chůzi pro bolesti spíše odmítala. Později s ní souhlasila pouze v souvislosti s přesunem na toaletu. Se všemi úkony sebeobsluhy potřebovala pomoci od personálu. Cca po dvou měsících pobytu v zařízení přestala paní Anna zcela chodit. Trápily jí stále větší bolesti, na které opakovaně upozorňovala – vyžadovala péči a porozumění. Krátce před úmrtím byla dezorientovaná, často pospávala. Při příjmu stravy i tekutin vyžadovala podporu personálu. Paní Anna zemřela v zařízení dne 1. 1. 2020.

Participantka žila před nástupem do zařízení sama v rodinném domku v obci, která je vzdálená asi 15 km od sledovaného DPS. Její manžel je již cca rok umístěn v témže zařízení. Paní Anna byla po operaci kyčelního kloubu výrazně omezena v pohybu. Bez pomoci si nezvládla zajistit velkou hygienu, zajít si na nákup či k lékaři, uvařit si ani poklidit domácnost. Se zmíněnými i jinými úkony jí proto vypomáhali její synové a snachy, popř. její sousedka. Denně za ní dojížděla i pečovatelská služba a domácí ošetrovatelská služba, která jí zajišťovala převazy postižené končetiny. Obědy odebírala z místní mateřské školy.



Graf 19: Podíl návštěvnosti paní Anny



Graf 20: Návštěvnost paní Anny v průběhu sledovaného období

Jak už bylo uvedeno výše, zdravotní stav paní Anny se v průběhu sledovaného období postupně horšil. Se zhoršujícím se zdravotním stavem se měnila i její schopnost komunikace a orientace. Zpočátku byla participantka velmi komunikativní, aktivně a vcelku pohotově odpovídala na mé dotazy, hovor rozvíjela. Bez potíží orientovaně vyprávěla o své rodině a blízkých. V rozhovorech často zmiňovala své dva syny, kteří jí byli před přijetím do zařízení velkou oporou. Umístění do zařízení si sama velmi přála, neboť měla pocit, že je svým synům stále více na obtíž. Z jejích slov bylo cítit, že má své syny oba ráda a nedělá mezi nimi rozdíly. Jelikož byl nástup do DPS jejím přáním nepociťovala ani žádné změny ve vztahu k nim, ba naopak byla ráda, že za ní synové nemusí nijak daleko dojíždět. Až do listopadu (3. sledovaný měsíc), kdy se její zdravotní stav výrazně zhoršil, si byla vědoma všech svých návštěv a téměř s přesností dokázala říci, jaký den jí kdo navštívil. Na návštěvy svých blízkých nahlížela realisticky, nevyžadovala je a zjevně jí přišly dostačující. Z návštěv blízkých byla vždy potěšena. Zároveň se jí vždy ulevilo, když mohla s blízkými sdílet své pocity pramenící z jejích po zdravotní stránce neřešitelných bolestí. O svém manželovi hovořila též pěkně, ale za poslední roky si zvykla na život bez něj. Proto jí vyhovovaly pouze občasné společné návštěvy ve společnosti synů. Dne 20. 10. jí manžel jedinkrát navštívil za doprovodu personálu sám. Paní Anně sice zjevně jeho přítomnost nevadila, nicméně asi po 10 minutách návštěvy sdělovala, že je unavená a přála si, aby personál manžela zavezl zpět na jeho pokoj. Poté jí již manžel navštěvoval jen za přítomnosti rodiny. Po zhoršení zdravotního stavu byla paní Anna často unavená a pospávala. Přítomnost blízkých jí sice těšila, ale již se moc nezapojovala do rozhovorů s nimi.

Paní Annu během sledovaného období navštěvovala celá její široká rodina. Nejčastěji a nejstabilněji, vždy alespoň 1x týdně, jí navštívil její mladší syn. Toho při návštěvách někdy doprovázela i jeho manželka. Výjimkou nebyla ani společná návštěva obou synů. Při návštěvách paní Anny rodina nezapomínala ani na jejího manžela, který je ubytovaný na oddělení se zvláštním režimem. Toho vždy na invalidním vozíku zavezli na pokoj za paní Annou a společně strávili nějaký čas. Poté otce vrátili zpět na jeho pokoj. Bez doprovodu rodiny se manželé v zařízení prakticky nenavštěvovali. Společný kontakt nevyhledávali a příjemnější jim bylo setkání za přítomnosti ostatních rodinných příslušníků. Personál proto jejich přáním vyhověl. O něco méně často než mladší syn, navštívil paní Annu její starší syn. Jeho návštěvy byly též pravidelné. To nelze říci o návštěvách jeho manželky, která paní Annu navštívila několikrát zpočátku pobytu a poté až při velké rodinné návštěvě před vánočními svátky (14. sledovaný týden). Nejpočetnější na návštěvnost byl pro paní Annu 5. týden, kdy jí kromě obou synů, snach a manžela navštívila i její susedka, která jí spolu se syny před umístěním do zařízení pomáhala s potřebným. Třetí sledovaný týden paní Annu navštívil společně se synem, snachou a manželem i její vnuk. Jeho návštěvy se již ale nikdy neopakovaly. Stejný týden navštívila paní Annu i její neteř, která za ní na návštěvu zavezla i jejího manžela. Návštěvy neteře se již znovu neopakovaly. Na narozeninový den paní Annu nikdo nenavštívil, celá rodina přišla až o den později. Dle výše uvedeného profilu měly návštěvy paní Anny klesající tendenci. Pouze její dva synové jí navštěvovali pravidelně.

6.2.2 Paní Alena (89 let)

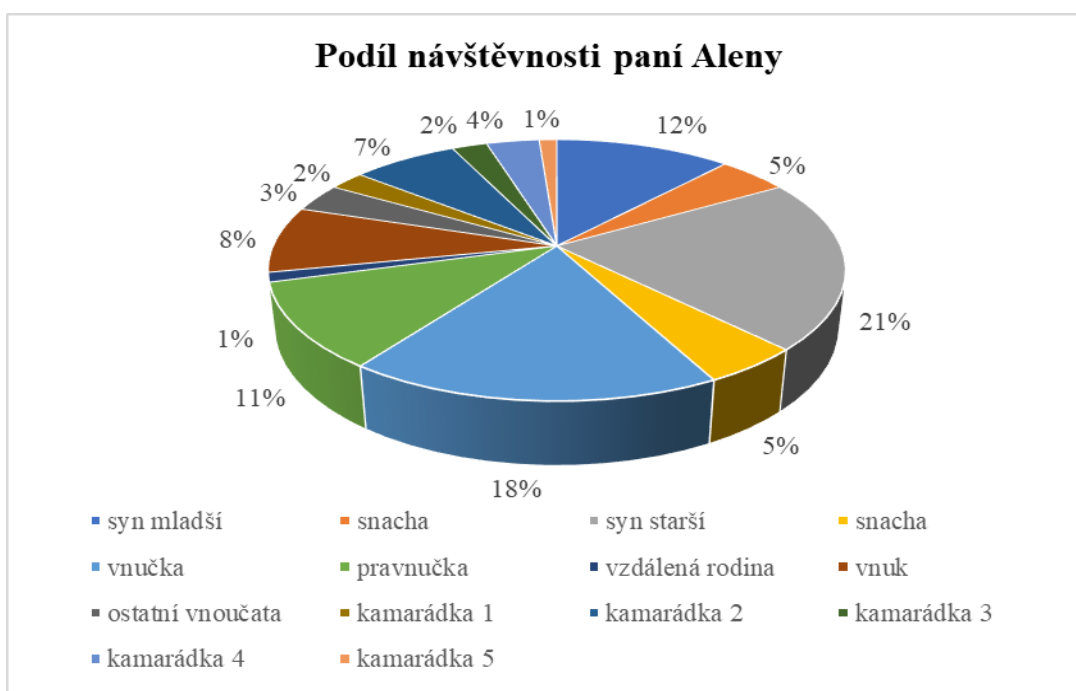
Paní Alena je vdova. Žádné sourozence nemá. Má dva syny, kteří žijí ve stejném městě, jako je umístěno sledované zařízení. Dále má čtyři vnoučata (dva vnuky a dvě vnučky) a jednu pravnučku. Participantka se stále stýká se svými blízkými přítelkyněmi.

Paní Alena nastoupila do DPS dne **30. 9. 2019**.

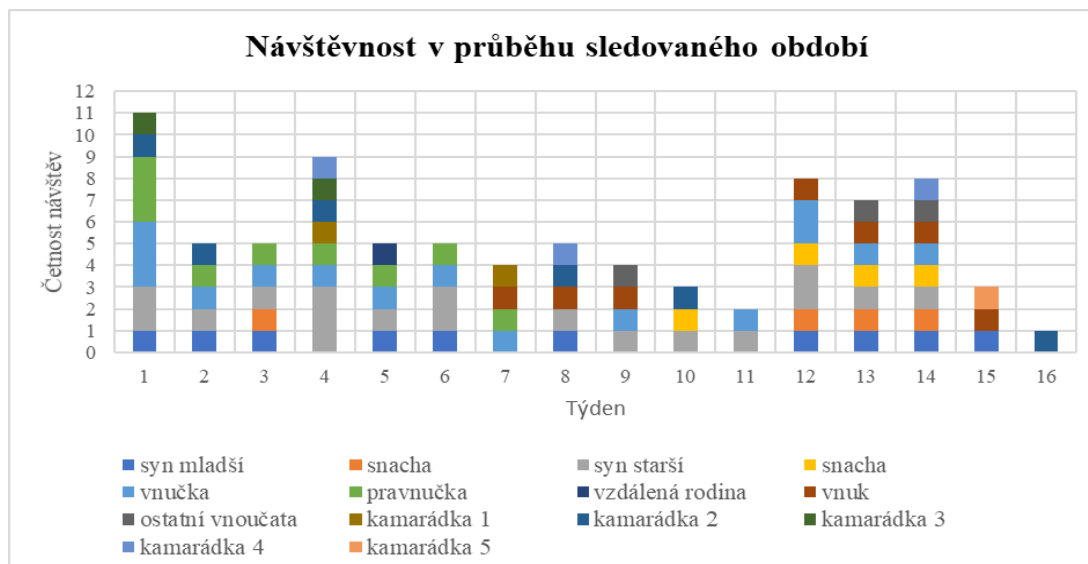
Při nástupu do zařízení paní Alena komunikovala relativně bez potíží, jen na dotazy odpovídala s mírnou latencí. Měla problémy pouze s časovou orientací. Byla mobilní s pomocí nízkého chodítka za doprovodu personálu. V oblasti péče o vlastní osobu potřebovala menší podporu při provádění všech úkonů z důvodu nejistoty a obav z pádu. V průběhu pobytu v DPS se ale její zdravotní stav pozvolna horšil. Na podzim již nebyla vůbec schopna chůze. Personál jí pravidelně vysazoval do geriatrického křesla a zajišťoval komplexní ošetrovatelskou péči. Krátce před smrtí již paní Alena vyžadovala podporu i při

příjmu stravy, byla dezorientovaná, komunikovala velmi stroze. Kontakt s rodinou, kterou vždy viděla moc ráda, jí velmi vyčerpával.

Po smrti manžela žila paní Alena sama v rodinném domku na okraji města, ve kterém se nachází i sledované zařízení. Péči o domácnost a svou osobu zvládala pouze s nepatrnou výpomocí svých synů. Koncem roku 2018 musela být následkem pádu hospitalizována. Poté byla přeložena do LDN k rehabilitaci. Z LDN posléze nastoupila do vzdálenějšího domova pro seniory. Umístění v tomto zařízení jí ale nevyhovovalo z důvodu velké vzdálenosti a špatné dostupnosti pro rodinu a blízké. Po čase proto nabídku volného místa ze strany sledovaného zařízení přijala a přestěhovala se.



Graf 21: Podíl návštěvnosti paní Aleny



Graf 22: Návštěvnost paní Aleny v průběhu sledovaného období

Před zhoršením zdravotního stavu byla paní Alena velmi společenská, ráda vyprávěla o svém životě a svých zážitcích. Uvědomovala si, že by již doma sama být nemohla a svůj pobyt ve sledovaném zařízení přijímala již od prvního dne bez potíží. Její adaptace byla rychlá zřejmě i proto, že před přijetím žila několik měsíců v poměrně vzdáleném zařízení, které bylo špatně dostupné pro její rodinu a blízké. Participantka se netajila tím, že je pro ní kontakt s nejbližšími velmi důležitý a jejich návštěvy jí naplňují. Sdělovala, že se její vztahy s blízkým díky přestěhování zpět do rodného města zlepšily. Vztahy vnímala jako kvalitnější hlavně proto, že pro ní blízcí nebyli tak vzdálení a mohli jí navštěvovat častěji. Velmi si cenila i možnosti kontaktu se svými kamarádkami, které během pobytu ve vzdáleném zařízení vidět nemohla. Byla velmi vlídná a s radostí přijímala každou návštěvu. Z jejich sdělení bylo zřejmé, že mezi svými blízkými nedělá rozdíly a to, jak často za ní jednotliví rodinní příslušníci docházeli, vůbec neřešila. Jejich návštěvy vnímala jako dostačující. Pokud byla návštěva nedávná, zvládla si vzpomenout, kdo jí naposledy navštívil, jinak již nikoliv. Sdělovala, že za ní na návštěvy dochází „vnučka, synové, kamarádky a někdy i zbytek rodiny“, tudíž lze tvrdit, že o svých návštěvách měla poměrně přehled. Po návštěvách působila spokojeným dojmem. Po zhoršení zdravotního stavu ztratila paní Alena svou radost ze života. Byla stále unavená a kontakt se společností jí vyčerpával. Patrně převážně díky této skutečnosti se délky návštěv blízkých v posledních týdnech před úmrtím participantky nepatrně zkrátily. V období od 2. 1. do 8. 1. musela být paní Alena hospitalizována v místní nemocnici. Z toho důvodu je i návštěvnost posledního sledovaného týdne nižší.

Z profilu participantky je na první pohled patrné, že jí během sledovaného období navštěvovalo poměrně velké množství osob. Nejčastěji a zároveň nejpravidelněji jí

navštěvoval její starší syn (navštívil jí alespoň 1x týdně). Poměrně velké množství návštěv měla i své od vnučky (dcery staršího syna). Návštěvy mladšího syna byly třetí nejpočetnější. Rodina participantku navštěvovala v různém seskupení. Někdy její členové přišli nezávisle na sobě a jindy se na společné návštěvě domluvily. Starší syn mnohdy docházel v doprovodu své dcery. Manželky obou synů na návštěvy spíše nechodily. Vnučka zpočátku na návštěvy brala i svou novorozenou dceru. Poté, co se zdravotní stav paní Aleny začal výrazně horšit (7 sledovaný týden/polovina listopadu) jí personál doporučil, aby zvažila návštěvy své několika měsíční dcery. Od té doby vnučka svou dceru na návštěvy babičky nevezala. Několikrát a spíše bez doprovodu navštívil paní Alenu v zařízení i její vnuk, o které bohužel nemám žádné bližší informace. Ostatní vnučata přijela babičku (vyjma dvou velkých rodinných návštěv o vánočních svátcích) navštívit pouze jednou. Jejich návštěva byla společná. Na Štědrý den navštívila paní Alenu celá její rodina - synové, obě snachy i všechna vnučata. Stejná návštěva se opakovala ještě 30.12. Početné zastoupení měly v návštěvách i kamarádky participantky, které jsem v profilu označila čísly 1-5. Kamarádky č. 2 a 3 přišly paní Alenu 2x navštívit společně. Jinak byly návštěvy kamarádek zcela nezávislé a různě pravidelné. Největší počet návštěv měla participantka během prvního týdne od nástupu do zařízení a v období vánočních svátků. Pozorování návštěvnosti bylo ukončeno úmrtím paní Aleny dne 14. 1. 2020.

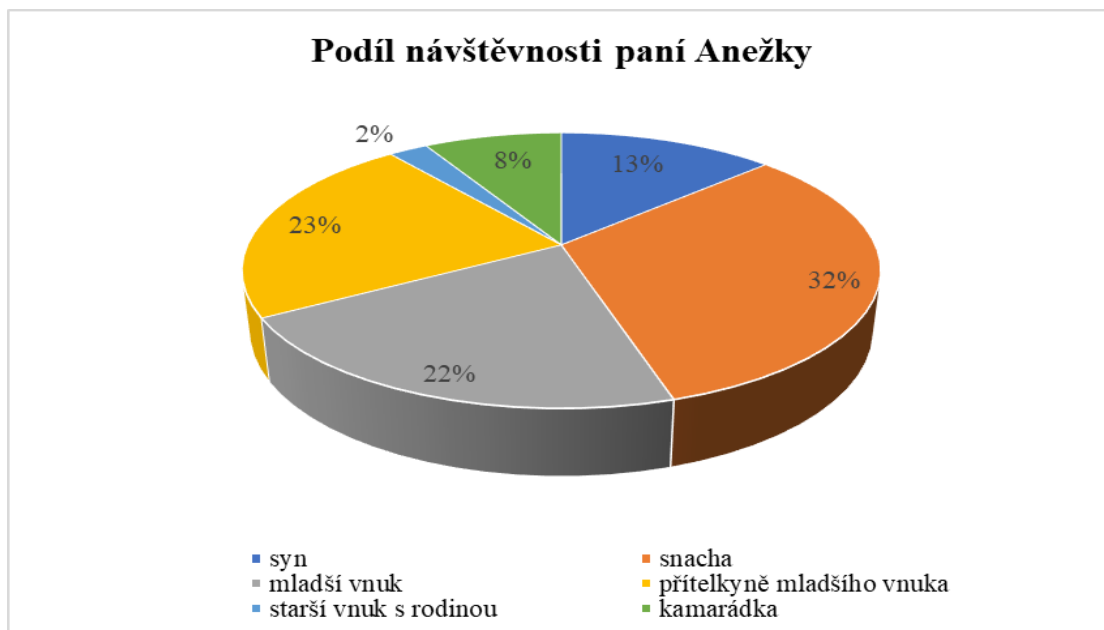
6.2.3 Paní Anežka (82 let)

Paní Anežka je vdova. Její jediný bratr zemřel již cca před 20 lety. Má jednoho syna, který žije s manželkou v obci, kde je umístěno i sledované zařízení. Od svého syna má dva vnuky. Starší vnuk je ženatý a má tři děti (pravnuky). Mladší vnuk je svobodný. Paní Anežka má velmi hezký vztah s jeho přítelkyní. Kromě zmíněných osob je participantka stále v kontaktu se svou švagrovou – bývalou manželkou jejího zesnulého bratra.

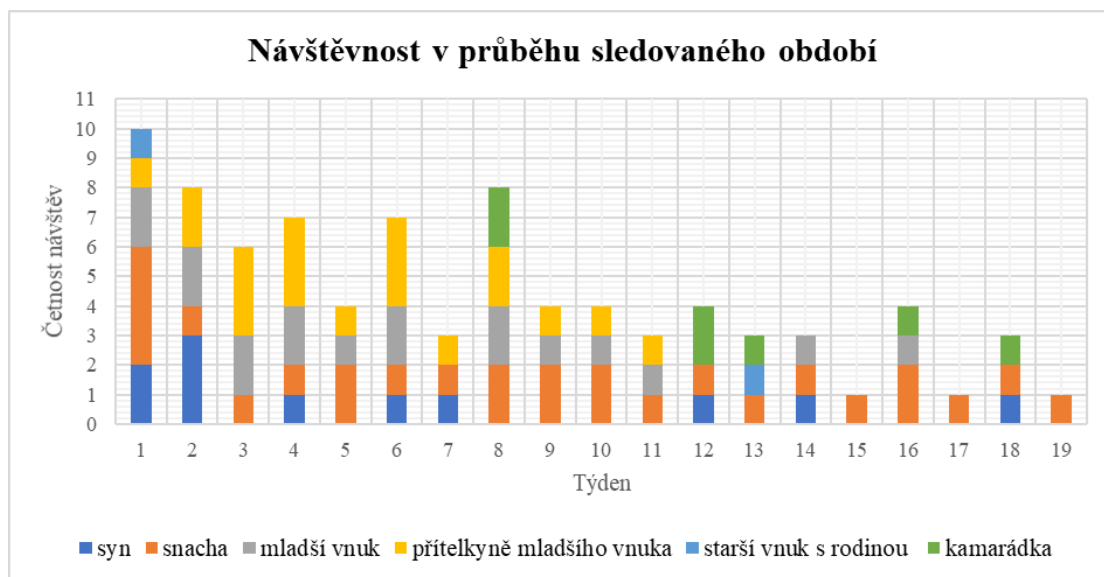
Paní Anežka nastoupila do zařízení dne **29. 10. 2019**.

Paní Anežka komunikuje zcela bez potíží. Na dotazy reaguje adekvátně, pouze příležitostně potřebuje podpořit s výbavností slov. Je tichá a má ráda své soukromí. O společenské aktivity spíše nejví zájem. Paní Anežka je orientovaná všemi směry. V prostorách DPS se pohybuje s pomocí nízkého chodítka. Při chůzi je ale velmi nejistá. Proto je ráda, když jí doprovází druhá osoba. V rámci lůžka je samostatná, při provádění složitějších úkonů sebeobsluhy vyžaduje z důvodu nejistoty a obav z pádu podporu personálu.

Před přijetím do DPS žila paní Anežka sama v bytě (3. patro bez výtahu) ve stejném městě, jako je umístěno sledované zařízení. Poté, co začala mít potíže se zvládnutím péče o sebe a svou domácnost se načas přestěhovala ke svému synovi, který žije v přízemním rodinném domku v tomtéž městě. Ten jí spolu s manželkou poskytoval potřebnou podporu. Po uplynutí několika týdnů byla participantka na doporučení praktického lékaře přijata do LDN, odkud následně nastoupila do sledovaného zařízení.



Graf 23: Podíl návštěvnosti paní Anežky



Graf 24: Návštěvnost paní Anežky v průběhu sledovaného období

Paní Anežka nebyla při našich společných rozhovorech na téma její rodiny nijak zvlášť sdílná. To, že by jí téma bylo nějak nepříjemné, ale nikdy nepotvrdila. Patrně se na toto téma nikdy nerozpovídala proto, že je obecně tišší povahy a své soukromí si ráda střeží. Při

návštěvách všech svých blízkých působila (ostatně jako vždy) neutrálně - nebyla na ní na první pohled vidět radost ani zklamání. Při nástupu do zařízení její mladší vnuk sděloval, že má velkou slabost pro jeho přítelkyni. Tato skutečnost však pro mne ani pro ostatní personál nebyla nijak zjevně pozorovatelná. Paní Anežka svou náklonnost k přítelkyni jejího vnuka dala najevo až během jednoho z našich společných rozhovorů poté, co jí vnukova přítelkyně přestala z neznámých důvodů navštěvovat. Z jejích sdělení a tónu hlasu bylo patrné, že jí na ní velmi záleží a to, že jí již nenavštěvuje, jí velmi mrzí. Během rozhovoru sdělovala: „*Nevím, proč už nechodí....mám jí moc ráda, tak mě to mrzí, že ani nedala vědět....vnuk mi nic neřekl a mě je hloupé se ho vyptávat...*“ To, že se na skutečnost svého vnuka nezeptala, opět patrně prozrazuje něco o její povaze. Jelikož participantka nedává nijak najevo své emoce a své soukromí si řádně chrání, nelze odhadovat, jaké vztahy se svou rodinou ve skutečnosti má. Při přímých otázkách na jejího syna vždy reagovala uhýbavě, měnila téma hovoru či na otázku neodpověděla vůbec. Je tedy možné, že se svým synem nemá příliš dobrý vztah a tudíž o něm nerada hovoří. Skutečnosti nasvědčuje i to, že jí syn v zařízení příliš často nenavštěvuje. Vše jsou ale jen nepotvrzené odhady. Participantka je orientovaná, tudíž si je dobře vědoma, jak početnou má rodinu. Tuší též přibližně, kdo jí jak často navštěvuje.

Návštěvnost paní Anežky měla během sledovaného období poměrně klesající tendenci. Nejčastější a nejpravidelnější návštěvy měla paní Anežka od své snachy. Ta jí navštěvovala téměř každou neděli a vždy bez doprovodu. Výjimečně pak přišla i ve všední den. Poměrně často za paní Anežkou docházel i její mladší vnuk s přítelkyní. Z počátku sledovaného období partneři participantku navštěvovali 2x týdně. Poté frekvence jejich návštěv klesla na 1x týdně. Na Štědrý den si partneři participantku v zařízení vyzvedli, aby s nimi strávila vánoční svátky. Během svátků se paní Anežka dle svých slov viděla s celou rodinou. Jedenáctý sledovaný týden byl posledním týdnem, kdy přišla na návštěvu vnukova přítelkyně. Následující týden vnuk paní Anežku navštěvoval již o poznání méně často. Na návštěvy přišel vždy sám. Syn paní Anežku v zařízení navštěvoval poměrně nepravidelně a nepříliš často. Od 8. sledovaného týdne začala paní Anežku navštěvovat i její kamarádka, která byla zároveň i její dlouholetou kolegyní v zaměstnání. Paní Anežka nepoužívá mobilní telefon (a ani personálu nesdělila potřebu se s kamarádkou spojit), proto je možné, že se kamarádka o jejím pobytu v DPS dozvěděla až později. Participantka během našich společných rozhovorů sdělovala: „*S kamarádkou se navštěvujeme už léta. Vlastně už od té doby, co jsme spolu pracovaly, a to už je hrozně let. Ale poslední dobou za mnou musela jezdit ona, protože já už jsem nemohla*“. Starší vnuk paní Anežky žije s rodinou v asi 120 km vzdáleném městě. Patrně vzhledem

k velké vzdálenosti babičku v zařízení s rodinou navštívil pouze 2x. Devatenáctý sledovaný týden (dne 5. 3.) musela být paní Anežka pro náhlé zdravotní komplikace hospitalizována. Po jejím návratu z nemocnice již jí nikdo z blízkých z důvodu vyhlášené celostátní karantény navštívit nemohl.

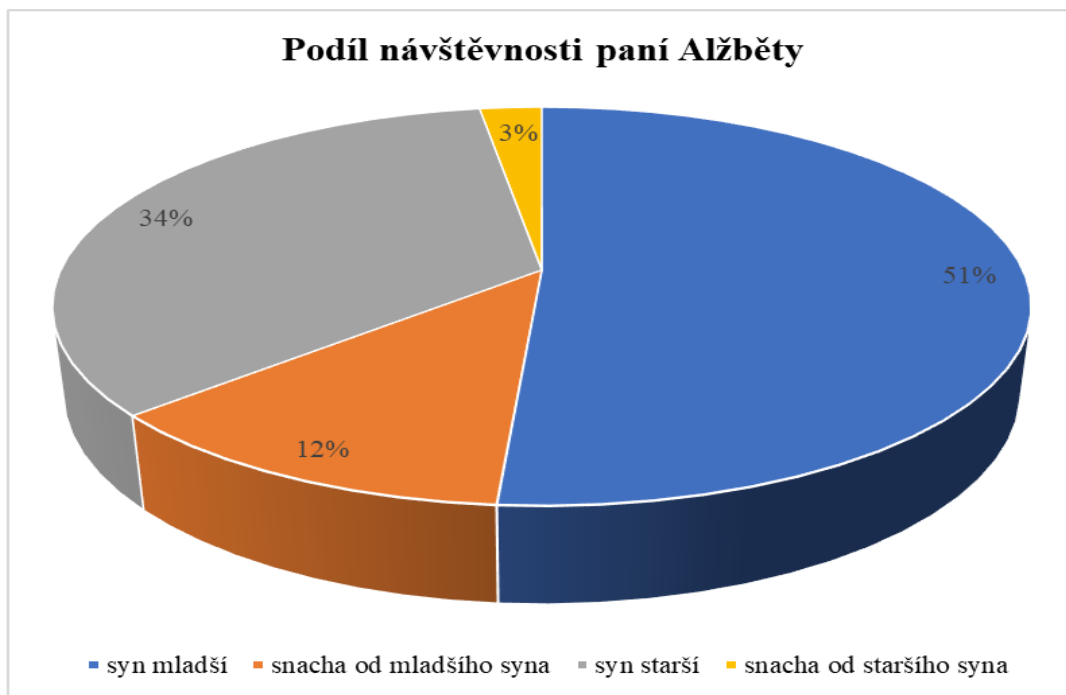
6.2.4 Paní Alžběta (80 let)

Paní Alžběta je vdova. Má jednoho bratra a dva syny. Oba synové žijí s manželkami v okrajových částech města, ve kterém je umístěno sledované zařízení. Participantka má celkem 4 vnoučata (dva vnuky a dvě vnučky) a dvě pravnoučata.

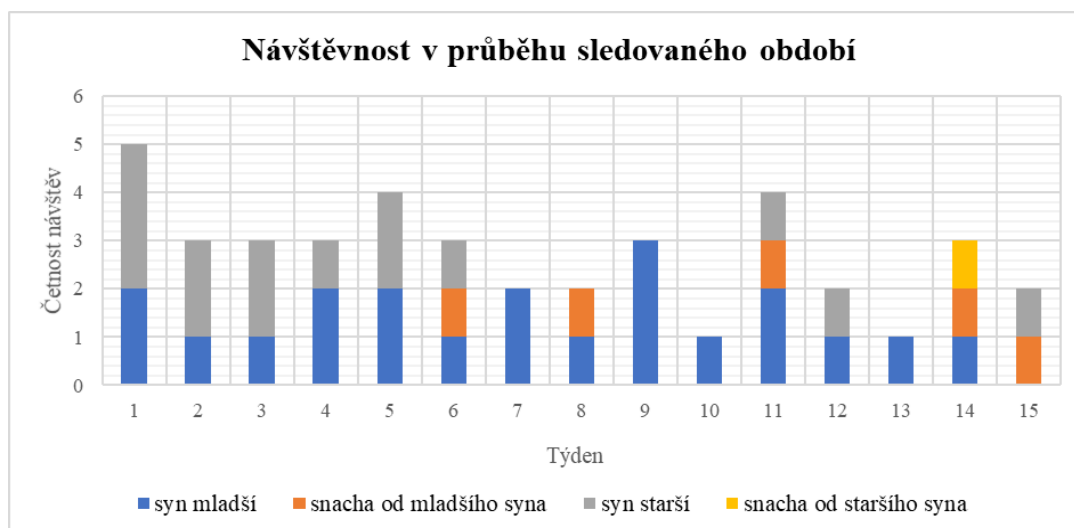
Paní Alžběta nastoupila do zařízení dne **25. 11. 2019**.

Participantka komunikuje bez potíží – srozumitelně a adekvátně k tématu hovoru. Hůře se orientuje v čase, jinak je vcelku orientovaná. Má horší krátkodobou paměť. Rodinné příslušníky poznává, bez problémů o nich vypráví. Je společenská a velmi hovorná. Paní Alžběta je mobilní s pomocí dvou francouzských holí, při chůzi doprovod druhé osoby nevyžaduje. Samostatně se nají i zajistí ranní hygienu u umyvadla. Dopomoc personálu potřebuje při oblékání, výměně inkontinenčních pomůcek, velké hygieně a jiných složitějších úkonech.

Před přijetím do DPS žila paní Alžběta sama v prvním patře bytového domu na okraji města, ve kterém je též umístěno i sledované zařízení. Poblíž ní žije v rodinném domku její mladší syn, který jí s pomocí manželky a druhého bratra zajišťoval vše potřebné (např. obědy, nákupy, úklid, doprovod k lékaři, pomoc při vyřizování úředních záležitostí apod.). Starší syn paní Alžběty žije též poblíž, asi v 3 km vzdálené obci. Koncem května roku 2018 se zdravotní stav paní Alžběty zhoršil. Po pádu musela být hospitalizována a následně přeložena do LDN. V průběhu pobytu v LDN se její mobilita výrazně zlepšila. Původně nacvičovala chůzi s pomocí vysokého chodítka. Před propuštěním ale už byla mobilní pouze za pomoci dvou francouzských holí. Nízké chodítko jí při chůzi nevyhovuje.



Graf 25: Podíl návštěvnosti paní Alžběty



Graf 26: Návštěvnost paní Alžběty v průběhu sledovaného období

Paní Alžběta je dobře orientovaná osobou, tudíž všechny své blízké bez problémů poznává a dokáže o nich dlouze vyprávět. Během jednoho z našich společných rozhovorů participantka sdělovala, že jí všichni její blízcí, včetně vnučat a pravnoučat navštěvují. Bohužel však nedokázala říci, jak často. Část jednoho z našich rozhovorů zněl takto: ...*“Máte nějaká vnučata? „Mám, ježiš marja“ „A určitě i pravnoučata, že ano?“ (přikyvuje) “A ty Vás navštěvují?“ „Nóó ano. Oni to mají kousek, jsou z (jmenovala okrajové části města, ve kterém je též umístěno sledované zařízení).“....* Bohužel, personál během sledování návštěv paní Alžběty nezaznamenal ani jednu z návštěv vnučat a pravnoučat. Jejich návštěvy nepotvrdila ani kniha návštěv. Je tedy možné, že vnučata (a popř. i pravnoučata) přicházela na návštěvy

v doprovodu synů paní Alžběty a do návštěvní knihy se nikdy nezapsala. Pokud však na návštěvy docházela, lze předpokládat, že nebyly příliš časté, neboť je personál oddělení nikdy neviděl. Paní Alžběta má mimo jiné špatnou krátkodobou paměť a např. již druhý den po návštěvě jednoho ze synů si nedokáže bez podpory vybavit, kdy jí navštívil naposledy. Paní Alžběta si je vědoma, že její synové i ostatní rodinní příslušníci mají svůj vlastní život a povinnosti, a proto jejich časté návštěvy neočekává. Naopak je vždy příjemně potěšena, když si rodina najde čas a navštíví jí. Tuto skutečnost potvrzuje následující přepis části našeho rozhovoru: „*To víte, choděj do práce, doma mají práci, no tak když jim zbyde čas tak přijdou, ale choděj. Choděj třeba k večeru po práci*“ „*A víte, kdy tu byly naposledy?*“ „*No (směje se) to nevím, ale chodí oba. Choděj taky do práce a doma toho mají okolo baráku a kluk je pejskař, takže ještě s pejskama chodí, tak má co dělat. Na a na baráku je vždycky co dělat, že jo.*“ Dále participantka sdělovala, že má s celou svou rodinou pěkné vztahy. Jediné, co se podle ní od nástupu do zařízení změnilo, je to, že už se se svou rodinou nevidá tak často, jako tomu bylo před přijetím, když žila sama ve svém bytě. To jí ale dle jejích slov nevadí. Z jejích opakovaných vyprávění by se dalo říci, že se jí spíše stýkalo po jejím bytě a práci v kulturním domě, která jí velmi naplňovala. Často vyprávěla: „*Já žila v bytě v kulturním domě.*“ *Přímo v kulturním domě?*“ „*No to byl kulturní dům a vedle toho byla bytovka.*“ „*To jste tam měla určitě často hluk, že?*“ „*Ne, já jsem neslyšela nic... Jo nebylo to tam špatný. No a tam byla i hospoda a v tý já jsem dělala. Tak jste to měla do práce kousek. No a tam byly taneční a všechno, velký sál tam byl. Tam to bylo furt v permanenci. Bylo to tam pěkný, velký sál, zábavy tam byly, takže práce bylo až až. Jak mě to bavilo.*“ Paní Alžběta si byla vědoma svého zdravotního stavu a situace, nicméně ráda na toto životní období vzpomínala.

Paní Alžbětu v zařízení během sledovaného období nejčastěji navštěvoval její mladší syn. Jeho návštěvy byly pravidelné. Navštívil jí zpravidla alespoň 1x týdně. O něco méně časté byly návštěvy jejího staršího syna. Jeho pravidelné návštěvy v prvních 6. týdnech byly z neznámých důvodů přerušeny čtyřtýdenní pauzou bez návštěvy. Poté již byly jeho návštěvy, v porovnání se začátkem sledovaného období, střídmější. Manželka mladšího syna navštívila paní Alžbětu poprvé až 6. sledovaný týden. Její návštěva se posléze ještě 4x opakovala. V doprovodu svého manžela přišla ale pouze jednou. Manželka staršího syna svou tchýni v zařízení navštívila pouze jednou. Jak už bylo uvedeno výše, paní Alžbětu patrně několikrát navštívila i její vnoučata. Jejich návštěvy si ale nikdo z personálu příslušného oddělení nikdy nevšiml a nezaznamenal. V profilu 5. záznamný týden je týdnem vánočních svátků. Štědrý den a první svátek vánoční strávila paní Alžběta v kruhu své rodiny v domácím prostředí.

Návštěva domácího prostředí se opakovala ještě dne 25. 1. V den narozenin jí v zařízení navštívil pouze její starší syn.

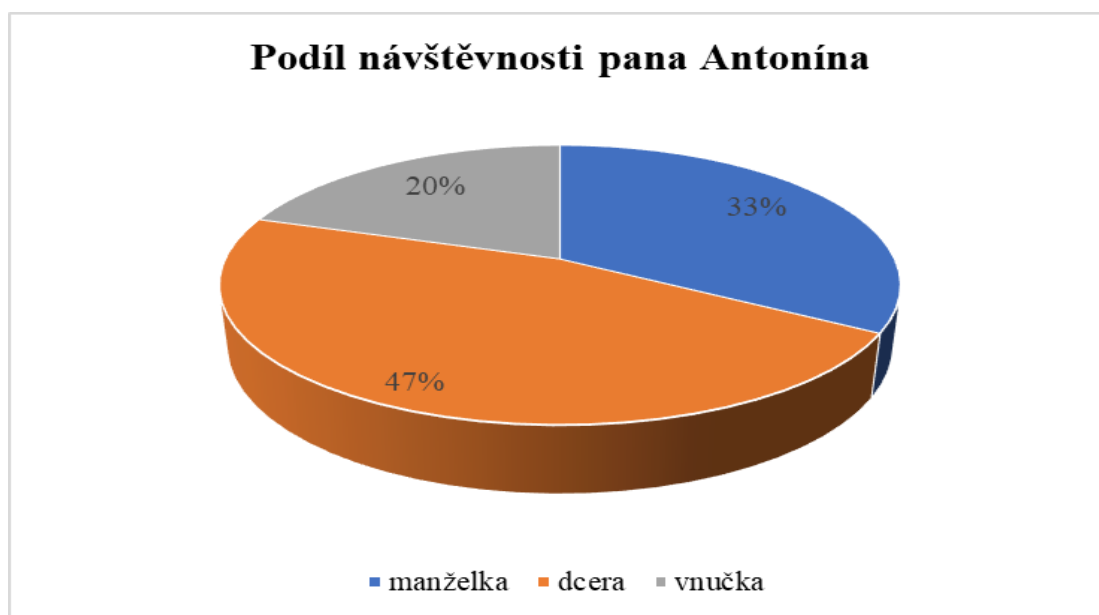
6.2.5 Pan Antonín (87 let)

Pan Antonín je ženatý. Má jednu dceru, která žije v rodinném domku v obci vzdálené asi 16 km od sledovaného zařízení. Dále má jednu vnučku a jednu pravnučku. Jeho dva bratři již zemřeli. Pan Antonín je manželem participantky paní Blaženy.

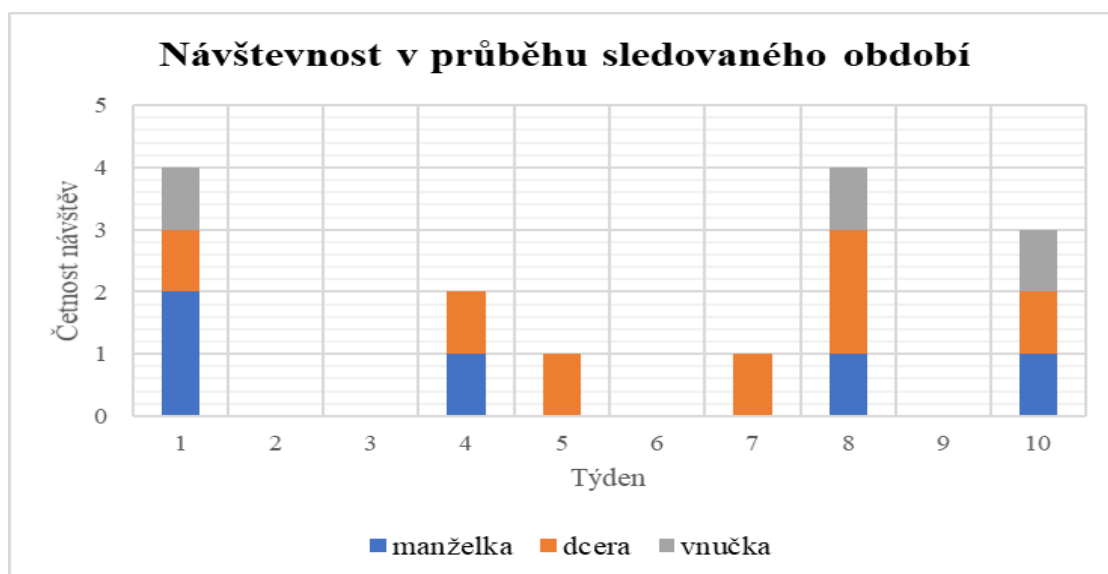
Pan Antonín nastoupil do zařízení dne **3. 1. 2020**.

Pan Antonín komunikuje spíše v kratších větách. Při rozhovoru často dlouze přemýšlí, jak formulovat svou myšlenku. Je mu hůře rozumět a jeho odpovědi nejsou vždy zcela adekvátní. Má stejně jako manželka problémy s krátkodobou pamětí. Není orientovaný časem a částečně ani místem. Mnohdy si nedokáže vzpomenout, kde se nachází (je si vědom pouze toho, že není doma). Pan Antonín je imobilní. Návčik chůze u něj není možný. Personál zařízení ho pravidelně vysazuje do geriatrického křesla. Sedu je schopen sám za pomoci madla a nad lůžkem nebo s pomocí personálu. Bez opory zad se v něm ale dlouho neudrží. Snaží se být v rámci lůžka soběstačný - samostatně se v lůžku přetočí, podá si pití a nají se. Při všech úkonech sebeobsluhy potřebuje dohled a menší či větší dopomoc personálu. Je tvrdohlavý, výzvam personálu ne vždy vyhoví.

Pan Antonín žil před nástupem do zařízení s manželkou v prvním patře rodinného domu, který leží v obci vzdálené asi 16 km od sledovaného zařízení. V přízemí téhož domu žije jeho vnučka s rodinou. Ta je momentálně na mateřské dovolené. Jeho jediná dcera žije sama v domku ve stejné obci a stále dochází na brigády do obchodu, který leží ve stejném městě jako sledovaného pobytové zařízení. Vzhledem ke svému pracovnímu vytížení dcera v posledních letech nezvládala pečovat o své nesoběstačné rodiče. Při úklidu jejich domácnosti, praní a zajišťování nákupů se proto střídala se svou dcerou (vnučkou manželů). Domácnost manželů dále navštěvovala pečovatelská služba, která konkrétně panu Antonínovi pomáhala s velkou hygienou a následným oblékáním. Na jaře roku 2018 pan Antonín upadl a musel být hospitalizován. Posléze byl přeložen do LDN, odkud v létě téhož roku nastoupil do pobytového zařízení vzdáleného asi 28 km od místa jeho původního bydliště. V tomto zařízení žil až do ledna roku 2020, kdy byl po nabídce volného místa přestěhován do sledovaného DPS. Zde již nějaký čas žije i jeho manželka.



Graf 27: Podíl návštěvnosti pana Antonína



Graf 28: Návštěvnost pana Antonína v průběhu sledovaného období

Pan Antonín byl během mých návštěv téměř vždy schopen alespoň v krátkosti odpovídat na jednoduché otázky týkající se jeho blízkých. Byl si dobře vědom, že ho v zařízení navštěvuje pouze jeho dcera a vnučka. Na dotaz, jak často ho v zařízení navštěvuje jeho dcera, reagoval podobně jako manželka: „*Dcera chodí, ale ta chodí do toho, jak jsou ty tašky a...*“ Jelikož měl potíže s výbavností slov, bylo nutné ho mnohdy podpořit a nabídnout mu vhodná slova. Rozhovor pokračoval takto: „*Do obchodu?*“ „*Jo v obchodě je.*“ „*Pracuje v obchodě?*“ „*Jo.*“ „*A když zrovna nepracuje tak se zastaví?*“ „*No a někdy už ani ne. Byla tady, no já ani jsem tady nebyl...přijela z ničeho nic, tak to máte no.*“ Z uvedené citace je zřejmé, že výpovědi pana Antonína, nebyly vždy zcela adekvátní. Zároveň lze říci, že si uvědomoval, že návštěvy

dcery nebyly příliš časté a jejich nepravidelnost přikládal jejímu pracovnímu vytížení. Dále například sděloval: „*To víte, oni obě chodí do práce, starají se o dům, tak toho mají hodně a není to jednoduchý. Vyžadovat to nemůžu.*“. Na základě tohoto tvrzení lze říci, že mu častý kontakt s dcerou a vnučkou patrně scházel, nicméně (stejně jako manželka) chápal jejich vytížení, a proto jejich častější návštěvy nevyžadoval. Dále sděloval, že se jeho vztah s nimi během pobytu v zařízení nijak nezměnil. Stejně hezky o svých blízkých hovořil z počátku pobytu i po několika měsících.

Pana Antonína navštěvovaly v zařízení během sledovaného období pouze tři blízké osoby – jeho dcera, vnučka a manželka. Pravnučku vnučka na návštěvy nebrala. Již druhý den po nástupu do zařízení ho navštívila spolu s dcerou a vnučkou jeho manželka, kterou vzhledem ke svému pobytu ve vzdálenějším pobytovém zařízení delší čas neviděl. Jeho manželka – paní Blažena je ubytována ve stejné budově na oddělení se zvláštním režimem. Pan Antonín (stejně jako paní Blažena) společné návštěvy s manželkou bez přítomnosti rodiny spíše nevyhledával. Na dotaz, jak často se vídá se svou manželkou, reagoval během jednoho z našich rozhovorů slovy: „*Moc často ne, prostě už to není taková ta harmonie, jak oni to mají všechno přejmenovaný, tak se jednou za čas vidíme a stačí nám to*“. Během sledovaného období se pak manželé bez přítomnosti rodiny navštívili pouze jednou. Nejpočetnější návštěvy měl pan Antonín (stejně jako jeho manželka) od své jediné dcery. Její návštěvy byly poměrně nepravidelné. První sledovaný měsíc ho navštívila 2x, druhý 4x. Sledování návštěvnosti bylo v 3. měsíci bohužel přerušeno zákazem návštěv, který byl nařízen kvůli pandemii koronaviru. Dcera pana Antonína navštěvovala spíše samostatně. Celkem 3x pana Antonína navštívila celá rodina (dcera, vnučka a manželka). Vnučka na rozdíl od návštěv babičky na návštěvu dědečka samostatně nepřišla nikdy. V období karantény dcera pravidelně nosila rodičům na vrátnici sladkosti a potřebné hygienické potřeby.

6.2.6 Pan Alois (81 let)

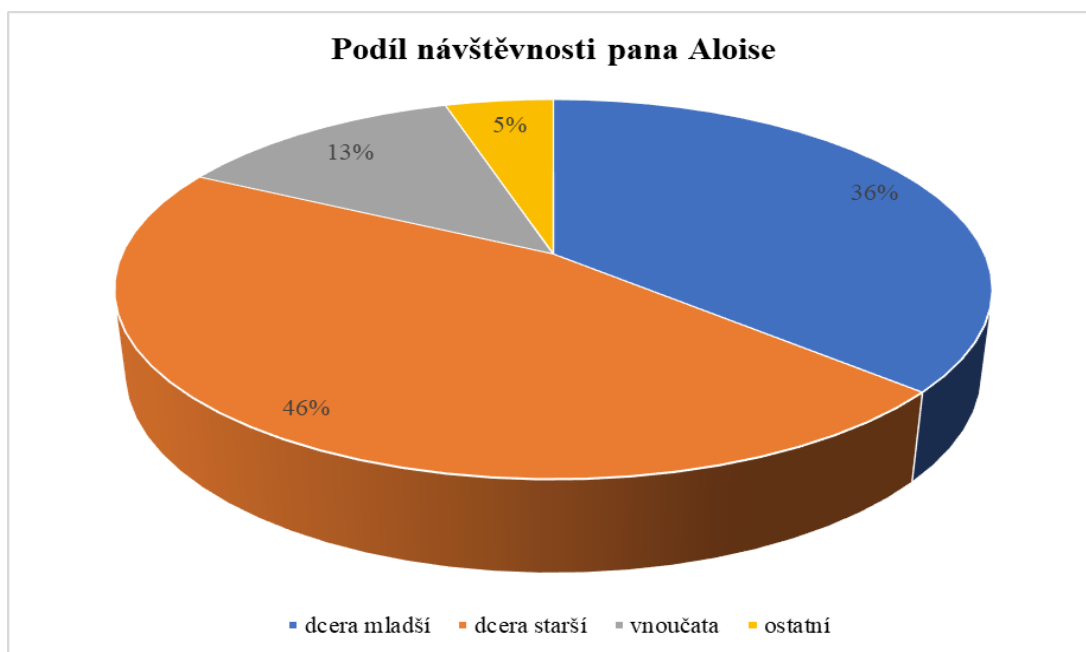
Pan Alois je vdovec. Má dvě dcery, které obě žijí ve stejném městě, jako je umístěno sledované zařízení. Dále má čtyři vnoučata (tři vnučky a jednoho vnuka) a jednoho pravnuka. Žádné sourozence nemá.

Pan Alois nastoupil do zařízení dne **16. 1. 2020**.

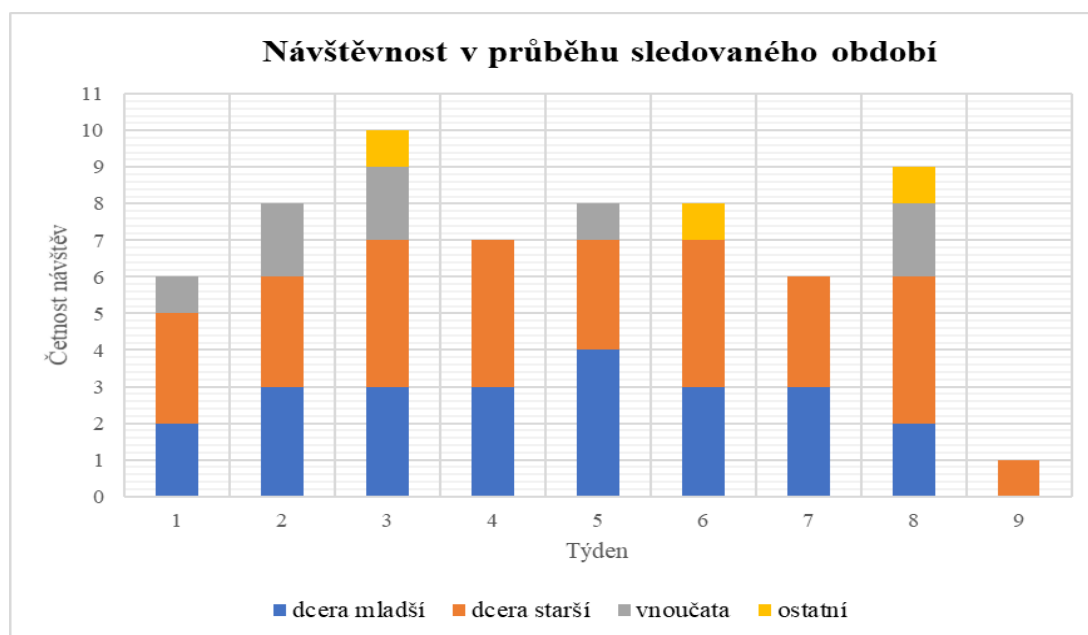
V oblasti komunikace a orientace nepotřebuje pan Alois žádnou podporu. Je plně orientovaný. K časové orientaci si dopomáhá stolním kalendářem. Pravidelně též sleduje aktuality v TV. Participant je po amputaci obou dolních končetin. Do sedu potřebuje dopomoci, nicméně i

přes zajištění opory zad se v něm udrží pouze krátkou chvílí. Z důvodu zmíněných pohybových omezení potřebuje podporu při provádění všech úkonů péče o vlastní osobu. V rámci lůžka se pan Alois v rámci svých možností obslouží – po přípravě pomůcek si zvládne zajistit malou hygienu, sám se nají i napije. Při všech činnostech se snaží spolupracovat.

Pan Alois žil před nástupem do zařízení v přízemí rodinného domu v centru města, ve které leží i sledované pobytové zařízení. V prvním patře téhož domu žije jeho starší dcera s rodinou. Před hospitalizací byl participant relativně soběstačný. V prostorách domu si přešel, obsloužil se. Obědy mu denně vyzvedávala jeho starší dcera v místní jídelně. Dle potřeby mu též vypomohla s úklidem domácnosti. Potřebnou podporu (např. doprovod k lékaři) mu v případě potřeby poskytla i jeho mladší dcera, která ho v jeho domácnosti navštěvovala i několikrát týdně. V létě minulého roku musel být pan Alois pro zdravotní komplikace hospitalizován. V nemocnici mu byla amputována levá dolní končetina. Během pobytu v LDN však bylo lékařem konstatováno, že bude muset být amputována i končetina pravá. Po druhé amputaci a opakovaném pobytu v LDN byl pan Alois přijat do sledovaného pobytového zařízení.



Graf 29: Podíl návštěvnosti pana Aloise



Graf 30: Návštěvnost pana Aloise v průběhu sledovaného období

Pan Alois je relativně dobře orientovaný všemi směry, tudíž mu nedělá problém téměř s přesností určit, kdo z blízkých ho v posledních dnech naposledy navštívil. Obě dcery ho navštěvují pravidelně každý druhý den a on vždy dopředu ví, která z nich má daný den přijít. Na jejich pravidelné návštěvy byl zvyklý již z domácího prostředí, tudíž se dá říci, že s nimi počítá a očekává je. Je zjevné, že návštěvami svých dcer žije a znamenají pro něj hodně. Účastní-li se nějaká aktivita, vždy si hlídá čas, aby byl v dobu, kdy jeho dcery přicházejí již na svém pokoji, popř. aktivitu kvůli blížící se návštěvě odmítne. Pokud ho dcery dopředu neinformují, tak o návštěvách ostatních blízkých většinou netuší. Mobilní telefon pro komunikaci s rodinou nepoužívá.

Návštěvy obou dcer pana Aloise byly po celé sledované období časté a stabilní. Dcery se při návštěvách střídaly obden tak, aby tatínek nebyl jediný den bez návštěvy. Toho, jak pravidelně a často dcery na návštěvy chodí, si je pan Antonín dobře vědom a denně ve stanovený čas očekává příchod jedné z nich. Skutečnost zmiňoval i v jednom z našich společných rozhovorů: „*Jo, se tady střídaly každý den.*“. O něco častěji navštívila pana Aloise během sledovaného období jeho starší dcera. Obě dcery pak docházely v podobných časech, vždy okolo 14-16 hodiny, při cestě ze zaměstnání. Společně s dcerami přišla několikrát na návštěvu i vnoučata. Svého pravnuka pan Antonín viděl naposledy před svou hospitalizací. Rodina mu proto nosí alespoň jeho fotografie, na kterých pan Antonín sleduje, jak jeho vnuk roste. Na dotaz, zda ho pravnouček již v zařízení také navštívil, reagoval slovy: „*Né, on je ještě malinkej, mu nejsou ani 3 roky*“. Z jeho sdělení dále vyplynulo, že chápe

důvody, proč rodina pravnoučka na návštěvy nebere. Poslední, 9. sledovaný týden byla návštěvnost pana Aloise velmi nízká proto, že hned z kraje týdne (v úterý 10. 3.) byl z důvodu pandemie koronaviru vyhlášen zákaz návštěv.

7. Výzkumná zjištění

V následujících podkapitolách se budu věnovat výzkumným zjištěním plynoucích z dílčích výzkumných otázek.

7.1 Prezentování povahy osobních vztahů jako samozřejmě dobrých

Při hledání odpovědi na otázku, jejímž cílem je odhalit úroveň kvality vztahů, je v první řadě důležité mít na paměti, že kvalita v jakémkoliv spojení a souvislosti není objektivně měřitelná. Je tedy třeba počítat s tím, že níže uvedené zhodnocení kvality vztahů seniorů vybraného pobytového zařízení podléhá mému subjektivnímu dojmu a je možné, že jiná osoba v pozici výzkumníka by danou otázku vyhodnotila zcela odlišně. Zároveň je nutné předpokládat, že téma kvality vztahů s rodinnými příslušníky a přáteli mohou někteří jedinci vnímat jako velmi důvěrné až citlivé a nemusejí chtít své pocity související s tímto tématem s nikým sdílet, popř. jejich prezentace může být zkreslená a ne zcela odpovídající realitě.

Přestože mě vybraní participanti znají a dovolím si tvrdit, že i důvěřují, nelze se 100% jistotou říci, že se jejich prezentace povahy osobních vztahů během našich společných rozhovorů skutečně shodovala s jejich reálnými pocity a vnímáním. Všichni participanti, se kterými bylo možné vést během sledovaného období rozhovor, sdělovali, že mají se všemi svými rodinnými příslušníky i ostatními blízkými hezké vztahy. Vybraní participanti sdělovali: pan Bohuslav: „*mám je všechny rád*“, paní Běla: „*Mám všechny své děti, vnoučata i ostatní ráda stejně.*“ Pan Antonín: „*No pěkný, to je přeci jasný.*“ Reakce všech orientovaných i dezorientovaných participantů na příchozí návštěvy byly převážně pozitivní, v některých případech neutrální. Neutrálně pak reagovaly zejména dezorientovaní participanti jako např. pan Bedřich a pan Bohdan, kteří si svých návštěv díky svému špatnému zdravotnímu stavu mnohdy zřejmě ani nebyli vědomi, či paní Anežka, pro kterou byl tento typ reakce charakteristický v mnoha oblastech, a tudíž ho nelze přisuzovat pouze konkrétním návštěvám.

Vzhledem k tomu, že většina participantů působila při i po návštěvách svých nejbližších spokojeným dojmem, soudím, že jejich vztahy nejsou nikterak špatné. Dalším kritériem pro hodnocení kvality vztahů vybraných participantů s rodinou a blízkými by mohla být i frekvence jejich návštěv. Podle tohoto kritéria si ale nedovolím jejich společné vztahy hodnotit, neboť jejich frekvence návštěv mohla být kromě úrovně jejich společného vztahu ovlivněna i např. vzdáleností místa bydliště blízkých, dopravní dostupností, pracovním vytížením, zdravotním stavem a řadou dalších jiných faktorů.

7.2 Rozrušení jako nejednoznačný znak nekvalitního vztahu

V průběhu sledovaného období jsem zaznamenala negativní reakce na příchozí návštěvy pouze u paní Barbory, která byla po ukončení několika návštěv jejich blízkých nepříjemně rozrušena. S participantkou bohužel nebylo z důvodu zdravotních omezení možné vést adekvátní rozhovor na dané téma. Pokládaným otázkám nikdy neporozuměla a nedokázala na ně smysluplně reagovat. Kvalitu jejich vztahů s blízkými proto můžeme na základě tohoto nejednoznačného důkazu pouze odhadovat. Vzhledem k tomu, že návštěvnost jejich blízkých byla během sledovaného období opravdu minimální, lze odhadovat, že mohla být rozrušena např. z náhlé neočekávané změny denního režimu, neočekávaného velkého množství podnětů (návštěva většího počtu lidí, kteří na ní mluvili jeden přes druhého), či své blízké nemusela poznat, mohla se jí vybavit nepříjemná zkušenost apod.

7.3 Různorodost frekvence návštěv rodinných příslušníků a blízkých

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že se frekvence návštěv rodinných příslušníků a blízkých přátel participantů během sledovaného období neodvídala od délky pobytu participantů v zařízení. Frekvence návštěv jednotlivých rodinných příslušníků a blízkých přátel participantů byla během sledovaného období velmi různorodá. Někteří blízcí přicházeli po celé sledované období na návštěvy pravidelně, mnohdy i ve stále stejný čas. Příkladem byl např. syn paní Běly, který přicházel za maminkou pravidelně 3x týdně, vždy v čase okolo 14-15 hodiny, nebo bratr pana Bedřicha, který docházel po celé období alespoň 1x týdně vždy mezi 15–16 hodinou, popř. dcery pana Aloise, které se v návštěvách tatínka střídaly vždy obden. Pokud byly návštěvy participantů velmi časté, s neměnicí se četností, jednalo se zpravidla o návštěvy z užšího rodinného kruhu – nejčastěji dětí a sourozenců. Jelikož většina blízkých participantů docházela na návštěvy v různých intervalech, nicméně průběžně po celé sledované období, lze souhrnně říci, že **frekvence jejich návštěv nebyla závislá na délce pobytu seniorů v zařízení.**

7.4 Stabilita charakteru vztahů bez spojitosti se změnou frekvencí návštěv

Viditelný pokles četnosti návštěv jsem v průběhu sledovaného období zaznamenala pouze u sestry paní Boženy, snachy paní Anny, mladšího vnuka a přítelkyně mladšího vnuka paní Anežky, staršího syna paní Alžběty a pravnučky paní Aleny, kterou přestala vnučka na návštěvy babičky brát na doporučení personálu oddělení. Pokles návštěv těchto blízkých pak nebyl nikterak závislý na charakteru vztahu, který k nim daní participanti měli. Konkrétně

paní Anna, Anežka i Alžběta změny v povaze vztahu k blízkým, jejichž návštěvnost klesla, popřely a jejich méně častých návštěv si vůbec nebyly vědomi. Paní Božena pak nebyla vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vůbec schopna změny návštěvnosti její sestry posoudit a patrně je ani vůbec nezaznamenala. Naopak vzestupnou tendenci měla návštěvnost obou snach a vnuka paní Aleny, či kamarádky paní Anežky, která patrně o jejím umístění v DPS zpočátku neměla tušení. Návštěvy všech ostatních rodinných příslušníků a blízkých osob participantů byly po celé sledované období poměrně stabilní.

Z výsledků šetření dále vyplynulo, že vztahy participantů s blízkými navzájem zůstaly od počátku až ke konci sledovaného období neměnné, patrně pořád stejně kvalitní jako před nástupem do sledovaného zařízení. Skutečnost potvrdila tvrzení vybraných participantů. Paní Blažena: *„S dcerou a vnučkou máme pořád dobrý vztah.“*, paní Alžběta: *„Mám s celou rodinou pěkné vztahy. Jediný, co se změnilo je, že se nevidáme tak jako dřív, ale to mi nevadí.“* Paní Anna: *„No ano, mám oba syny ráda stejně. Nedělám mezi nimi rozdíly. Do domova důchodců jsem chtěla sama, takže nemám důvod je mít najednou ráda míň.“* Pan Antonín: *„Ne nic se nezměnilo, furt se máme rádi.“* Paní Alena své vztahy po umístění do zařízení vnímala ještě kvalitnější, nežli tomu bylo před časem, kdy byla umístěna ve vzdálenějším pobytovém zařízení: *„Teď je to všechno pro mě lepší, než to bylo, když jsem byla v (jmenovala vzdálené pobytové zařízení), nebo tak to mám aspoň já, protože je mám všechny blíž.“*

7.5 Frekvence návštěv jako odraz vztahů a zvyklostí z doby před nástupem do zařízení

Výše uvedené profily ukazují, že neorientovaní a nekomunikující klienti služby Domov se zvláštním režimem jako např. pan Bedřich, paní Běla a paní Blanka, přijímali během sledovaného období podstatně více návštěv než někteří participanté ze služby Domov pro seniory. Tyto výsledky pak dokazují, že frekvence návštěv rodin a blízkých nikterak nesouvisela se zdravotním stavem participantů. Z výsledku šetření lze soudit, že frekvence návštěv blízkých do jisté míry patrně souvisela se zvyklostmi a úrovní vztahů, kterou si vybraní participanté se svými blízkými vytvořili v průběhu života, před umístěním do zařízení. Životní příběhy participantů, kteří přijímali během sledovaného období největší počet návštěv, byly velmi často úzce spjaty s rodinou a blízkými. Např. paní Blanka si dle výpovědí dcer na pravidelném kontaktu a dobrých vztazích se svými blízkými v průběhu života velmi zakládala a všichni její rodinní příslušníci jí v domácím prostředí navštěvovali i několikrát týdně. Tento zvyk si pak zachovali i po přijetí paní Blanky do zařízení. To samé též platilo i

v případě syna paní Běly, který byl dříve zvyklí maminku v její domácnosti navštěvovat 3x týdně a navštěvuje jí stejně často i nyní. Paní Alena byla dle svých slov a informací z biografického listu během života velmi aktivní. S manželem vedla klub seniorů, a dokud byla schopna, jezdila s přáteli na výlety a udržovala s nimi pravidelný kontakt. Zmíněné přítelkyně jí pak v zařízení navštěvovaly i nadále. Skutečnost, že návštěvnost blízkých nijak nesouvisela se zdravotním stavem, potvrzují i profily participantů, jejichž zdravotní stav se výrazně zhoršil až v průběhu sledovaného období. Konkrétně se jednalo o pana Bohuslava, paní Annu a Alenu. U paní Anny a Aleny byla změna zdravotního stavu velmi výrazná a značně ovlivnila jejich schopnost sebeobsluhy, komunikace, orientace apod. I přes tyto nově vzniklé bariéry ovlivňující povahu návštěv, zůstala návštěvnost všech blízkých neměnná a v některých případech dokonce nepatrně vzrostla.

7.6 Podpora budování rodinných a přátelských vztahů klientů ze strany zařízení

Skutečnost, že zařízení vnímá rodinu a blízké uživatelů jako na součást kvalitně poskytované služby je očividná již z jeho poslání, které začíná větou: *"posláním naší pobytové služby je být přátelským zařízením pro uživatele služeb i jejich blízké"*. Jedním z cílů, definovaných zařízením ve **Standardu č. 1** je *"mít spokojené uživatele"*. Toho chce zařízení dosáhnout dodržováním konkrétních postupů, mezi které patří např. požadavek na *"zachovávání přirozené vztahové sítě uživatele - kontakty s rodinou, známými a blízkým okolím"*. Dalším požadavkem podobného charakteru uvedený v tomto standardu je i *"snažit se o předcházení sociální izolace uživatelů a tím přispívat k celkovému dobrému stavu"*. Ve **Standardu č. 2** sledovaného zařízení je v souvislosti s tématem diplomové práce formulován požadavek na ochranu soukromí a osobního života: *„Každý uživatel má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života“*. Zařízení proto dbá na to, aby uživatelům bylo při návštěvách zajištěno soukromí a jejich setkání s rodinou a blízkými probíhalo co možná nejpříjemněji, dle jejich představ. Aby zařízení předešlo neoprávněným zásahům personálu do soukromí návštěv uživatelů, definovalo následující pravidla: *„Běžně umožňujeme soukromé návštěvy bez omezení, kromě doby nočního klidu uvedené ve vnitřních pravidlech. Uživatelé mají možnost trávit s návštěvou čas ve společných prostorách na oddělení nebo ve společenských místnostech. Zároveň je možné, po dohodě se spolubydlícím, trávit určitý čas na pokoji a zároveň mají návštěvy možnost volného pohybu jak po areálu, tak i mimo něj.“* Zásah do soukromí uživatelů představuje i neumožnění volného telefonování s rodinou a blízkými. Pravidla pro předcházení nežádoucího jednání personálu jako je např.

neinformování o možnosti telefonovat, neumožnění volného telefonování apod. zní následovně: „*Uživatelé mají možnost vlastnit mobilní telefon. Pokud zdravotní stav uživatele neumožňuje bezproblémovou obsluhu telefonu, personál zajistí uživateli pomoc, či potřebnou asistenci.*“ Riziku porušování práva uživatelů na kontakt s rodinou a přáteli (např. bránění kontaktu či neodůvodněné omezení návštěv ze strany personálu) se zařízení snaží čelit dodržováním ve Standardu č. 2 citového pravidla: „*V našem zařízení umožňujeme kontakt s rodinou kdykoli, zohledňujeme pouze provozní možnosti kromě doby nočního klidu uvedené ve vnitřních pravidlech. Podporujeme kontakty s rodinami uživatelů a snažíme se o vytváření podmínek (společenské místnosti volně přístupné, kantýna apod.)...Kontakt uživatelů s přáteli a známými mimo zařízení podporujeme chováním, postojem, vstřícností. Přítomnost přátel a známých vítáme i na společenských akcích v rámci zařízení i mimo něj*“. (Standardy kvality vybraného pobytového zařízení)

Podpora vztahů seniorů ze strany vybraného pobytového zařízení je upravena též ve vnitřních pravidlech a metodických pokynech daného zařízení. Vnitřní pravidla např. upravují časové rozmezí, během kterého mohou uživatele přijímat návštěvy: „*Uživatelé služeb mohou přijímat návštěvy neomezeně s výjimkou doby nočního klidu tj. od 22.00 do 6.00 hod.*“ Při příchodu pak musí každá návštěva na recepci z bezpečnostních důvodů uvést své jméno a jméno uživatele, kterého jdou navštívit. Tyto údaje se zapisují do tzv. knihy návštěv. Kromě návštěv blízkých se uživatelé mohou též navštěvovat navzájem. Je však za každých okolností důležité, aby respektovali soukromí a přání ostatní spolubydlících. Omezit či dokonce zakázat návštěvy může zařízení pouze při mimořádných událostech, jako je epidemie či technické a bezpečnostní důvody. Kromě možnosti návštěv v zařízení vnitřní pravidla upravují též možnost pohybu a pobytu uživatelů mimo jeho prostory. V zařízení jsou umožněny volné vycházky všem uživatelům, vyjma těch, u nichž jejich omezení navrhl ze zdravotních či epidemiologických důvodů lékař nebo vedoucí zdravotního oddělení. V každém případě je v zájmu vlastní bezpečnosti uživatelů důležité, aby oni sami či jejich rodinní příslušníci pohyb mimo areál zařízení nahlásili příslušnému personálu a zároveň uvedli i předpokládanou dobu jejich návratu. Uživatelům s demencí, u kterých hrozí riziko, že by se nemuseli být schopni do zařízení sami vrátit, je umožněn pohyb mimo oddělení/zařízení pouze v doprovodu druhé osoby (např. personál, návštěva, dobrovolník apod.). Pohyb neorientovaných uživatelů v doprovodu druhé osoby mimo zařízení je vždy na příslušném oddělení zaznamenán. Do záznamu se uvádějí též údaje o doprovázející osobě. Pokud je doba pobytu mimo zařízení delší než jeden kalendářní den, měl by uživatel, jeho rodinný příslušník či opatrovník tuto

skutečnost alespoň jeden den před odchodem nahlásit vedoucí příslušného zdravotního oddělení, popř. sestře ve službě. Na základě této informace je pak uživateli na dny nepřítomnosti odhlášena strava. Ve vnitřních pravidlech je mimo jiné definována maximální doba pobytu mimo zařízení, která je vzhledem k nedostatku volných míst pro poskytování pobytových služeb, stanovena jednorázově v délce 14 dní, ve výjimečných případech až 3 týdny. Celková doba pobytu mimo zařízení (vyjma hospitalizace) by pak neměla přesáhnout 100 dní v roce.

Prímý kontakt uživatelů se svou rodinou a blízkými personál podporuje tím, že usiluje o zajištění maximálního soukromí při návštěvách (např. nabídne využití prostor terasy, návštěvní místnosti, kantýny či venkovních prostor). Dále aktivně informuje rodinné příslušníky o možnosti společné účasti na aktivitách a společenských akcích probíhajících v zařízení a pravidelně telefonicky oznamuje jakékoliv změny kontaktním osobám a vybízí je k pravidelnému kontaktu a návštěvám uživatelů. Během návštěv podporuje i účast a zapojení rodinných příslušníků na péči (např. pokud si to rodina přeje, je jí umožněno dopomoci blízkému s příjmem stravy, při nácviu chůze apod.). Návštěvu a pobyt v domácího prostředí podporuje jednak tím, že o možnosti rodinu informuje a dále např. tím, že pomůže připravit věci potřebné pro pobyt mimo zařízení.

Kromě přímého kontaktu s blízkými pomáhá personál uživatelům zprostředkovat též jejich písemný či telefonický kontakt. Již při nástupu do zařízení sociální pracovnice informuje rodinu i blízké o možnosti se s uživatelem spojit prostřednictvím mobilního telefonu a tabletu, jež jsou k dispozici na každém oddělení. Personál příslušného oddělení pak podle potřeby pomůže uživatelům s obsluhou těchto služebních, či popř. jejich osobních elektronických zařízení (dobití baterie, kreditu, vytočení čísla, přidržení telefonu/tabletu v blízkosti uživatele apod.). Je-li uživatel schopen bez podpory mobilní telefon/tablet/notebook používat, personál respektuje jeho soukromí při telefonování. Pokud uživatel postrádá telefonní číslo či adresu svých blízkých, personál mu je (pokud je má k dispozici v počítači) poskytne. Dále personál uživatelům v případě potřeby pomáhá s přečtením korespondence, nákupem pohledů a poštovní známky, s napsáním dopisu a zajištěním jeho odeslání.

7.7 Podpora klientů při využívání běžně dostupných služeb ze strany zařízení

Pro zajištění kvality poskytovaných služeb je též nezbytné, aby personál uživatelům vytvářel příležitosti a poskytl jim potřebnou podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb.

Způsob této podpory upravuje **Standardu č. 8 - Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**. S ohledem na podmínky uvedené v tomto standardu, je všem uživatelům zařízení umožněno využívat služby, navštěvovat instituce, úřady i jiné organizace či se účastnit akcí konaných mimo prostory zařízení. Aby byli uživatelé o akcích konaných mimo zařízení informováni, vyvěšuje personál každý měsíc na informační tabule příslušných oddělení plán těchto akcí (program kin, divadla, rozpis mší pořádaných v nedalekém kostele či jiné akce pořádané ve městě apod.). O plánovaných veřejných akcích se mohou uživatelé dozvědět též prostřednictvím internetu z volně přístupných počítačů v zařízení. Personál též dle potřeby pomáhá s obsluhou těchto počítačů, popř. má-li uživatel vlastní notebook či tablet nabízí a zajišťuje pomoc s připojením k WiFi. Dále se uživatelé o akcích mohou dozvědět i z novin, jejichž předplatné jim podle zájmu zajišťuje sociální pracovníce.

Pokud uživatelé vyjádří zájem využít veřejné služby, organizace apod., personál jim k tomu zprostředkuje podporu dle individuálních potřeb. Orientovaným uživatelům s vyšší mírou soběstačnosti a mobility mnohdy postačí pouze rada (např. kde se služba nachází, jak se na dané místo dopravit, kde si koupit lístek/vstupenku, co si vzít s sebou, jak se obléci atd.). U uživatelů se sníženou soběstačností je tato podpora velmi individuální. Personál v takovém případě např. aktivně zjišťuje, o jaké služby mají uživatelé zájem. Před odchodem jim např. pomůže s úpravou zevnějšku, hygienou či výměnou inkontinenčních pomůcek, spolu s uživateli vybere vhodné oblečení. Dále dohlédne, aby uživatelé měli potřebné kompenzační pomůcky, popř. potřebné peníze či osobní doklady. Pokud se jedná o odchod na delší dobu, zajistí též dle potřeby pití, jídlo, léky a další věci dle osobní potřeby. Dle individuálních potřeb uživatelů zajistí též doprovod (pěšky, prostřednictvím MHD, sanitním vozem, nebo služebním vozem jako fakultativní činnost). Personál zařízení též spolupracuje s institucemi, prostřednictvím kterých dochází k dobrovolné aktivizaci některých uživatelů (např. chráněné dílny, osobní asistence).

V zařízení je ubytováno velké množství uživatelů, jejichž celkový zdravotní stav využívání veřejných služeb a organizací (ani za výrazné podpory personálu) bohužel neumožňuje. Zařízení proto svým uživatelům pomáhá kontakt se společenským prostředím zprostředkovat i přímo v prostorách zařízení pořádáním kulturních akcí a aktivizační činností. Aby byli uživatelé i jejich rodinní příslušníci o plánovaných akcích informováni, vyvěšuje personál každý měsíc na informační tabule jednotlivých oddělení rozpis těchto akcí, popř. je aktivizační pracovníce o akcích informuje přímo. Každý uživatel si pak může zvolit, které akce se zúčastní a které nikoliv. Podpora od personálu v tomto případě kromě informování o

plánované akci představuje též přípravu uživatele a jeho doprovod na akci a zpět. Všechny akce pořádané v zařízení jsou též volně přístupné pro blízké uživatelů. Ti jsou o možnosti účasti na akcích zpočátku pobytu informováni. *„Při plánování využívání volného času, aktivizaci uživatelů, jsou vždy zohledňovány individuální potřeby uživatele, jsou respektována jeho přání a zájmy. Vždy je také přihlíženo k aktuálnímu zdravotnímu stavu uživatele“.*

Uživatelům, kteří nejsou z důvodu zdravotních omezení ani pomoci personálu či jiné osoby schopni (či nechtějí) využívat veřejně dostupné služby (kadeřník, pedikúra, notář apod.), nabízí personál zařízení možnost využití těchto služeb přímo v prostorách DPS. Uživatelé či jejich rodinní příslušníci si mohou návštěvu těchto služeb zajistit sami, či jim příslušný personál pomůže s jejich zprostředkováním. Nesoběstačným klientům personál též zajišťuje nákupy dle jejich požadavků.

Velkou výhodou zařízení je z hlediska dostupnosti veřejných služeb jeho umístění v centru nejmenovaného krajského města. Nedaleko zařízení je např. restaurace, dva menší obchody se smíšeným zbožím, kadeřnictví a sezónní stánek se zmrzlinou. Ani další obchody s jiným sortimentem pak nejsou díky jeho lokaci příliš vzdálené. V těsné blízkosti zařízení je též zastávka MHD, na které staví hned několik autobusových linek z různých krajů obce. Lze tedy říci, že zařízení je poměrně snadno dostupné. Nevýhodou, která opět souvisí s jeho umístěním, je relativně omezený prostor pro parkování a menší soukromá zahrada, kterou není možné vzhledem okolní zástavbě rozšířit. Omezené venkovní prostory Domova často pracovníci i většina rodinných příslušníků při návštěvách kompenzuje návštěvou blízkého rozlehlého parku.

8. Závěr

Hlavním cílem této práce bylo analyzovat a popsat charakter a vývoj vztahů seniorů žijících ve vybraném pobytovém zařízení s jejich rodinou a blízkými v průběhu pobytu, a to v kontextu podpory těchto vztahů ze strany vybraného pobytového zařízení. V konceptuální části práce jsem se věnovala základním pojmům a skutečnostem spojených s problematikou stáří a stárnutí. Pojednala jsem v ní obecně o povaze vztahů seniorů s partnery, rodinou, širší komunitou ale i o stále aktuálnějších třecích plochách v mezigeneračních vztazích – ageismu. V poslední kapitole této části práce jsem se zabývala životem seniorů v podmínkách pobytových zařízení sociálních služeb. Charakterizovala jsem tyto zařízení, přiblížila zákonné normy i téma kvality života v těchto zařízeních obecně. V závěru jsem se blíže zaměřila na oblast podpory kontaktu seniorů žijících v pobytovém zařízení s jejich přirozeným prostředím. K výzkumnému šetření jsem použila kvalitativní metodu a sběr dat uskutečnila pomocí hned několika výzkumných nástrojů – standardizovaného a nestandardizovaného pozorování, polostrukturovaných a nestrukturovaných rozhovorů a analýzy dokumentů. Výzkum jsem realizovala v nejmenovaném pobytovém zařízení v období od července 2019 do března 2020 a zapojila do něj celkem 15 do zařízení nově nastupujících uživatelů – 9 ze služby Domov se zvláštním režimem a 6 ze služby Domov pro seniory.

Profily jednotlivých participantů vypracované na základě sesbíraných dat potvrzují, že vztahy jako takové jsou obecně velmi specifické, různorodé a pro třetí osobu velmi těžko odhalitelné. Každý z participantů zapojených do šetření měl různě velkou vztahovou síť a odlišnou životní historii, která pro mě jako pro výzkumníka zůstala z velké části neznámou. Z pozorování a rozhovorů s vybranými participanty nicméně vyplynulo, že jejich vztahy k rodině a blízkým mají spíše pozitivní charakter. Jejich reakce na příchozí návštěvy byly až na občasné výjimky příznivé a viditelně se odráželi na jejich celkové spokojenosti. Dále bylo výzkumem zjištěno, že návštěvnost rodin a blízkých zůstávala téměř u všech participantů po celé sledované období neměnná. Stejně často jako z počátku pobytu navštěvovali seniory i po několika měsících. Pokles návštěv, který jsem zaznamenala jen u několika málo blízkých participantů, nijak nesouvisel s charakterem vztahu, který k nim daní participanti měli. Dále bylo výzkumem odhaleno, že frekvence návštěv nijak nesouvisely se zdravotním stavem vybraných participantů. Participanti, jejichž zdravotní stav vyžadoval komplexní ošetrovatelskou péči, v některých případech paradoxně přijímali více návštěv než ti, jejichž celkový zdravotní stav byl o poznání lepší. Čestnost návštěv participantů, jejichž zdravotní stav změnil až během

pobytu v zařízení, byla též neměnná. Je tedy pravděpodobné, že se návštěvnost patrně odvíjela od povahy vztahů, které participanti se svými blízkými měli vytvořené již z minulosti. Při výzkumu se též potvrdilo, že význam a důležitost podpory vztahů seniorů s blízkými je v organizační kultuře vybraného pobytového zařízení silně zakořeněn. Zařízení aktivně podporuje kontakt uživatelů s rodinnou, blízkými ale i celým společenským prostředím všemi možnými způsoby. Všechny postupy má pak řádně zpracované ve vnitřních dokumentech.

Výzkumné šetření nám poskytlo náhled na povahu vztahů vybraných participantů v průběhu prvního půl roku života ve sledovaném pobytovém zařízení. Jednotlivé profily pak potvrdily specifičnost vztahové problematiky u každého z nich.

Kvalita života seniorů je v podmínkách pobytových zařízení poměrně často řešeným tématem. Pro spokojenost a kvalitní život uživatelů je pak důležité, aby zařízení při poskytování služby podporovalo jejich kontakt s rodinami, blízkými a celkově jejich přirozeným prostředím. Tímto výzkumným šetřením jsem chtěla poukázat na důležitost udržování těchto přirozených kontaktů uživatelů. Výsledky výzkumu by pak mohly být použity k osvětě zaměstnanců vybraného i jiných pobytových zařízení, aby neustále usilovali o zkvalitňování způsobů podpory těchto kontaktů. Dále by mohly motivovat rodinné příslušníky a blízké k častějším návštěvám (zejména osamělých) seniorů.

Seznam použité literatury a pramenů

BLATNÝ, Marek (ed.). 2016. *Psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3

BROWN, WILSON, Christine. 2013. *Caring for older people and shared approach*. Vyd. 1. London: Sage Publications Ltd. ISBN 978-1-4462-4096-0

ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ, Z. HOLČÍK a P. KUBŮ. 2014. *Sociální gerontologie – Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČELEDOVÁ, L., Z. KALVACH a R. ČEVELA. 2016. *Úvod do gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3

ČELEDOVÁ, Libuše a kolektiv. 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci – Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4138-3.

HROZENSKÁ Martina a DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. 2013. *Sociální péče o seniory*. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4139-0.

EUROPEN COMMISSION. *Access to high-quality social services*. [online]. [cit. 21. 3. 2020]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1169&langId=en>

FURMANÍKOVÁ, L., Z. HAVRDOVÁ, B. TOLLAROVÁ a P. VRZÁČEK. 2013. K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb?. *Sociální práce/Sociální práca*, č. 1, s. 49-60. ISSN 1213-6204.

GRUSS, Peter. 2009. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-605-6.

HÁŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOFMANOVÁ, Vratislava. *Bezvěká společnost. Výraz pro ideální život nebo nesmysl?*. [online]. [cit. 16. 2. 2020]. Dostupné z <https://www.i60.cz/clanek/detail/24743/bezveka-spolecnost-vyraz-pro-idealni-zivot-nebo-nesmysl>

INSTITUT PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM, z. s. *Aktualizovaná koncepce rodinné politiky (květen 2019) Trend č. 2: Stárnutí populace* [online]. [cit. 16. 2. 2020]. Dostupné z https://socialnipolitika.eu/2019/09/aktualizovana-koncepce-rodinne-politiky-29-kvetna-2019/#_Toc

JANEČKOVÁ, Hana a Renáta NENTVICHOVÁ, NOVOTNÁ. 2013. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 1, s. 72-82. ISSN 1213-6204. http://www.socialniprace.cz/soubory/cas_vol13_iss1-150407093434.pdf

JEŘÁBEK, Hynek. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-117-6.

JIRÁSKOVÁ, Věra a kol. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Vyd. 1. Praha: EUROLEX BOHEMIA, s. r. o. ISBN 80-86861-80-5.

KOLEKTIV AUTORŮ. 2012. WeDO. *European Quality Framework for long-term care services. Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance*. [online]. [cit. 19. 3. 2020]. Dostupné z: https://www.age-platform.eu/sites/default/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_EN_WEB.pdf

KONRÁD, Jiří. 2005. *Kognitivní poruchy ve stáří. Psychiatria pre prax*. [online]. [cit. 16. 2. 2020]. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/05/04.pdf>

MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.

MALÍK, HOLASOVÁ, Věra. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4315-8.

MATOUŠEK O., J. KOLEČKÁŘOVÁ, P. KODYMOVÁ a kol. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2003. *Bílá kniha v sociálních službách*. [online]. [cit. 15. 3. 2020]. Dostupné z http://www.apsscr.cz/files/bila_kniha.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. [cit. 15. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2020. *Transformace sociálních služeb*. [online]. [cit. 8. 3. 2020]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2019. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025*, [online]. [cit. 12. 3. 2020]. Dostupné z: http://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-p%C5%99%C3%ADpravy-na-st%C3%A1rnut%C3%AD-spole%C4%8Dnosti-2019-2025-ma_ALSBADJYUA2.pdf

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. 2011. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.

OECD, 2005, *The OECD Health Project: Long-Term Care for Older People* [online]. [cit. 20. 2. 2020], Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en

PETROVÁ, KAFKOVÁ, Marcela. 2010. Mezigenerační solidarita ve stárnoucí společnosti. *Sociální studia- České hodnotové proměny 1991-2008 (European Values Study)*, č. 4, s. 63-84. ISSN 1803-6104.

PŘIBYL, Hugo. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Vyd. 1. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.

SVOBODOVÁ, Kamila. 2009. *Příprava na stáří a odchod do důchodu*. [online]. [cit. 16. 2. 2020]. Dostupné z:

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjyK6fQq4_oAhVMfMAKHeJIADAQFjAAegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fwww.czech-ggs.cz%2Ffile%2F98%2Fsbornik_svobodova_vse_2009.pdf&usg=AOvVaw3TAZxsqkCd30o289OZJWf5

THOROVÁ, Kateřina. 2015. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6

TOMEŠ, Igor a Kateřina ŠÁMALOVÁ a kol. 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.

TRUSINOVÁ, Romana. 2013. Ageismus a mezigenerační vztahy. In: VLACHOVÁ, Klára (ed.). *Česká republika 2002–2012: hodnoty, postoje, chování - Sociální report projektu European Social Survey*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. s. 27-44. ISBN 978-80-7330-224-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOHRALÍKOVÁ, Lenka a Ladislav RABUŠIC. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV. [online]. [cit. 16. 2. 2020]. Dostupné z http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf

ŠELNER, Ivo. 2004. Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 2, s. 12-20. ISSN 1213-624.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

WIJA, Petr. 2018. Ageismus. Mýty a stereotypy o stáří a stárnutí. In: *Metodický portál inspirace a zkušenosti učitelů* [online]. 13. 2. 2018 [cit. 7. 3. 2020]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/G/21662/AGEISMUS-MYTY-A-STEREOTYPY-O-STARI-A-STARNUTI.html/>

WIJA, Petr. 2017. Péče o blízkou osobu: doma, nebo v zařízení? Jaká je situace pečujících o blízkou osobu a jaké možnosti podpory mají?. In: *Metodický portál inspirace a zkušenosti učitelů* [online]. 1. 2. 2017. [cit. 7. 3. 2020]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/s/S/21253/PECE-O-BLIZKOU-OSOBU-DOMA-NEBO-V-ZARIZENI-JAKA-JE-SITUACE-PECUJICICH-O-BLIZKOU-OSOBU-A-JAKE-MOZNOSTI-PODPORY-MAJI.html/>

WHOQOL. PROGRAMME ON MENTAL HEALTH. 1997. *Measuring quality of life*. [online]. [cit. 5. 2. 2020]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf?fbclid=IwAR2dTnX4va96vx96nylW4FZMhwAWaUyEc4oO-YmZ1HKtgMfr86n1HW4i6Iw

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit. 15. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více

Český statistický úřad. 2020. Senioři. [online]. [cit. 16. 2. 2020]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

Obrázek 2: Naděje dožití při narození a kojenecká úmrtnost

Český statistický úřad. 2020. Obyvatelstvo - roční časové řady. [online]. [cit. 16. 2. 2020]. Dostupné z https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_hu

Seznam tabulek

Tabulka 1: Seznam participantů 34

Seznam grafů

Graf 1: Podíl návštěvnosti paní Boženy 40

Graf 2: Návštěvnost paní Boženy v průběhu sledovaného období 40

Graf 3: Podíl návštěvnosti pana Bedřicha 42

Graf 4: Návštěvnost pana Bedřicha v průběhu sledovaného období 43

Graf 5: Podíl návštěvnosti pana Bohuslava..... 45

Graf 6: Návštěvnost pana Bohuslava v průběhu sledovaného období 45

Graf 7: Podíl návštěvnosti paní Barbory 47

Graf 8: Návštěvnost paní Barbory v průběhu sledovaného období 48

Graf 9: Podíl návštěvnosti paní Běly..... 50

Graf 10: Návštěvnost paní Běly v průběhu sledovaného období 50

Graf 11: Podíl návštěvnosti paní Blaženy 52

Graf 12: Návštěvnost paní Blaženy v průběhu sledovaného období 53

Graf 13: Podíl návštěvnosti paní Blanky..... 55

Graf 14: Návštěvnost paní Blanky v průběhu sledovaného období 56

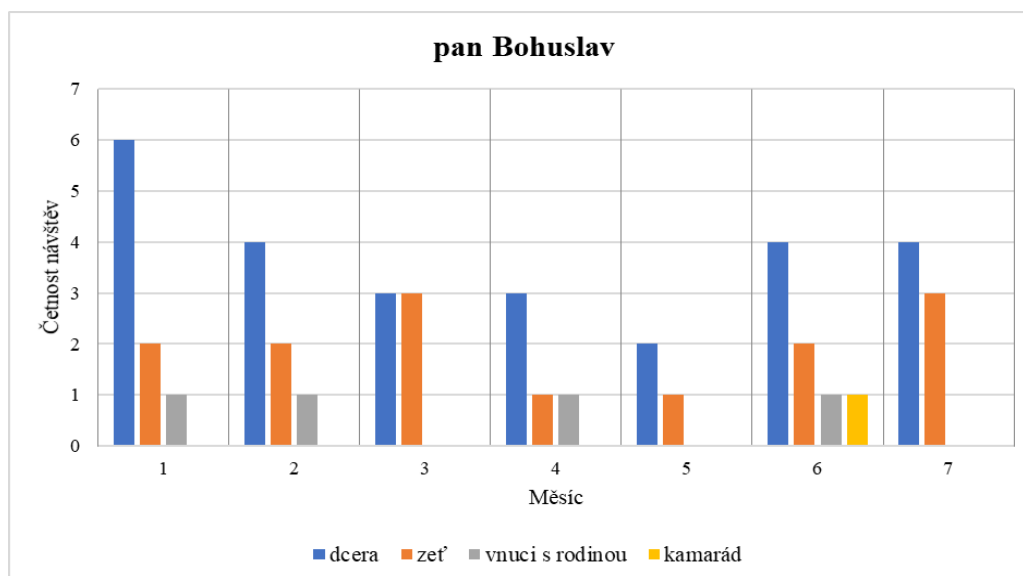
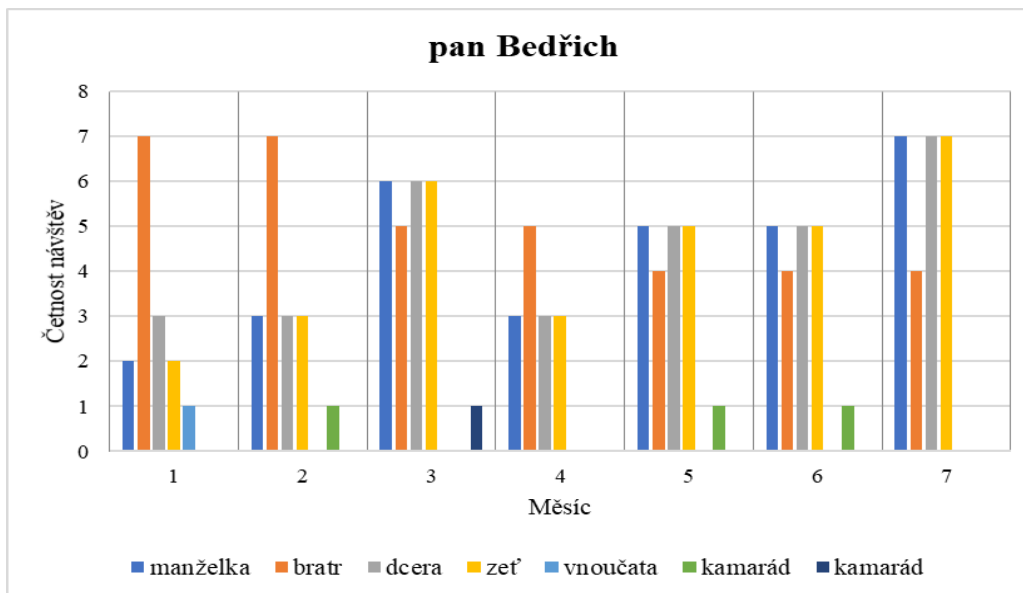
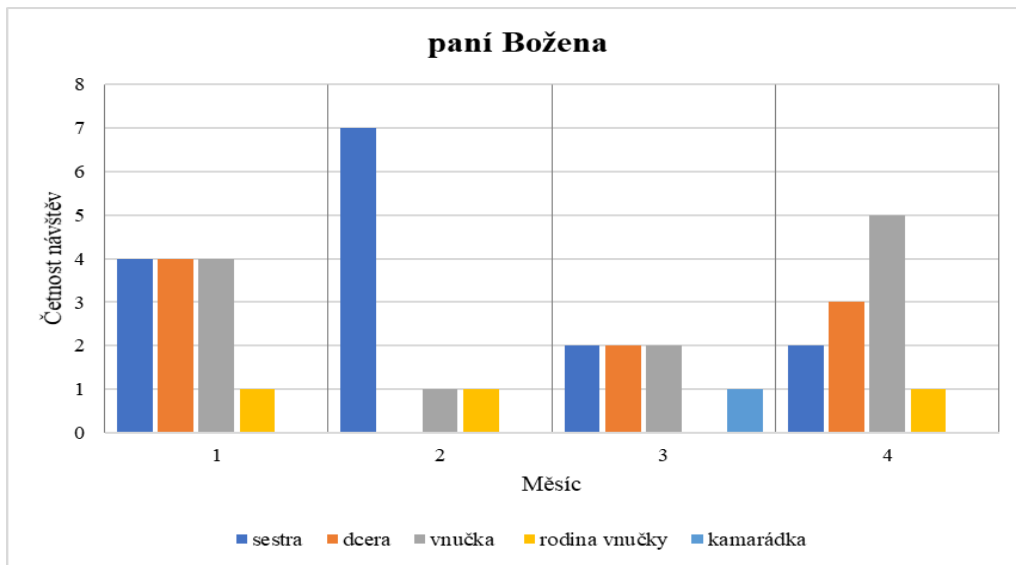
| | |
|--|----|
| Graf 17: Podíl návštěvnosti pana Bořivoje | 58 |
| Graf 18: Návštěvnost pana Bořivoje v průběhu sledovaného období..... | 58 |
| Graf 19: Podíl návštěvnosti pana Bohdana | 60 |
| Graf 20: Návštěvnost pana Bohdana v průběhu sledovaného období..... | 60 |
| Graf 15: Podíl návštěvnosti paní Anny | 62 |
| Graf 16: Návštěvnost paní Anny v průběhu sledovaného období..... | 63 |
| Graf 21: Podíl návštěvnosti paní Aleny | 65 |
| Graf 22: Návštěvnost paní Aleny v průběhu sledovaného období..... | 66 |
| Graf 23: Podíl návštěvnosti paní Anežky..... | 68 |
| Graf 24: Návštěvnost paní Anežky v průběhu sledovaného období | 68 |
| Graf 25: Podíl návštěvnosti paní Alžběty | 71 |
| Graf 26: Návštěvnost paní Alžběty v průběhu sledovaného období..... | 71 |
| Graf 27: Podíl návštěvnosti pana Antonína..... | 74 |
| Graf 28: Návštěvnost pana Antonína v průběhu sledovaného období..... | 74 |
| Graf 29: Podíl návštěvnosti pana Aloise | 76 |
| Graf 30: Návštěvnost pana Aloise v průběhu sledovaného období | 77 |

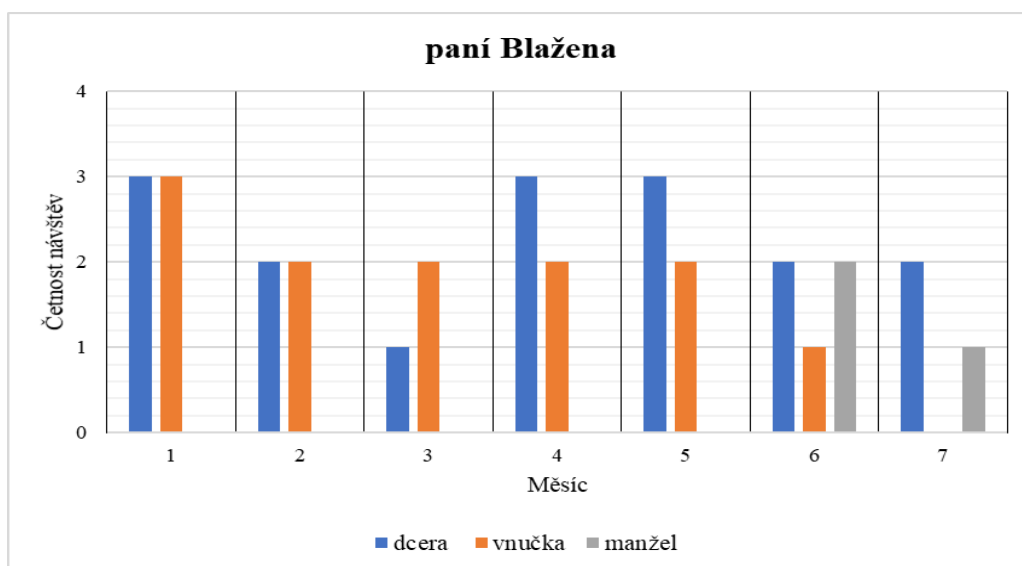
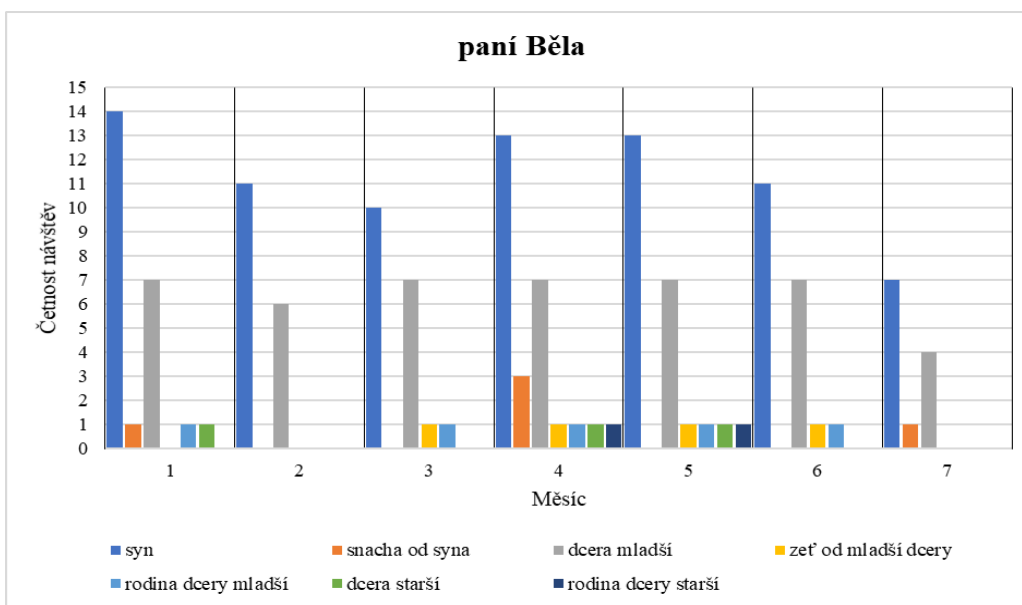
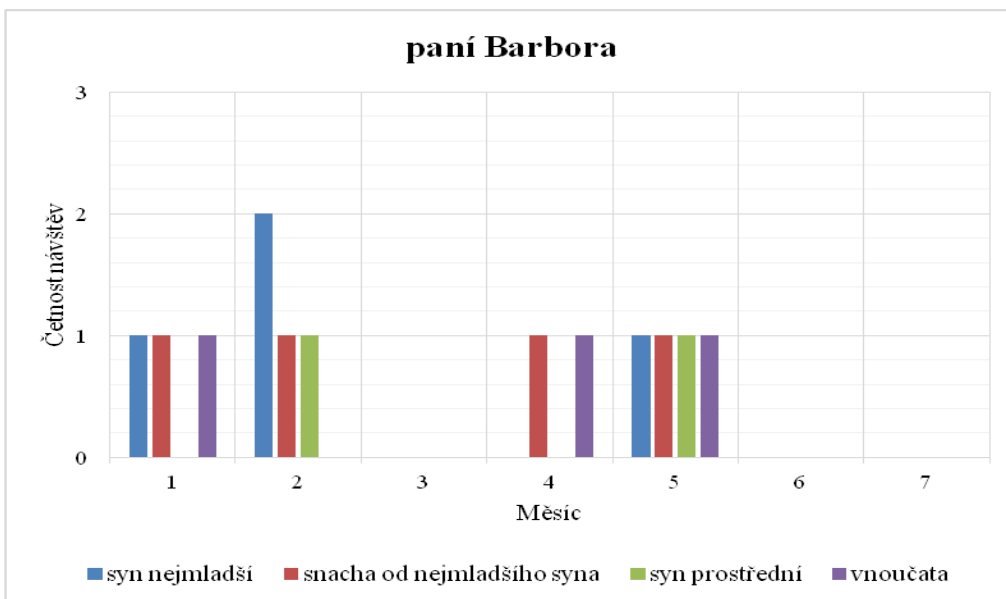
Seznam příloh

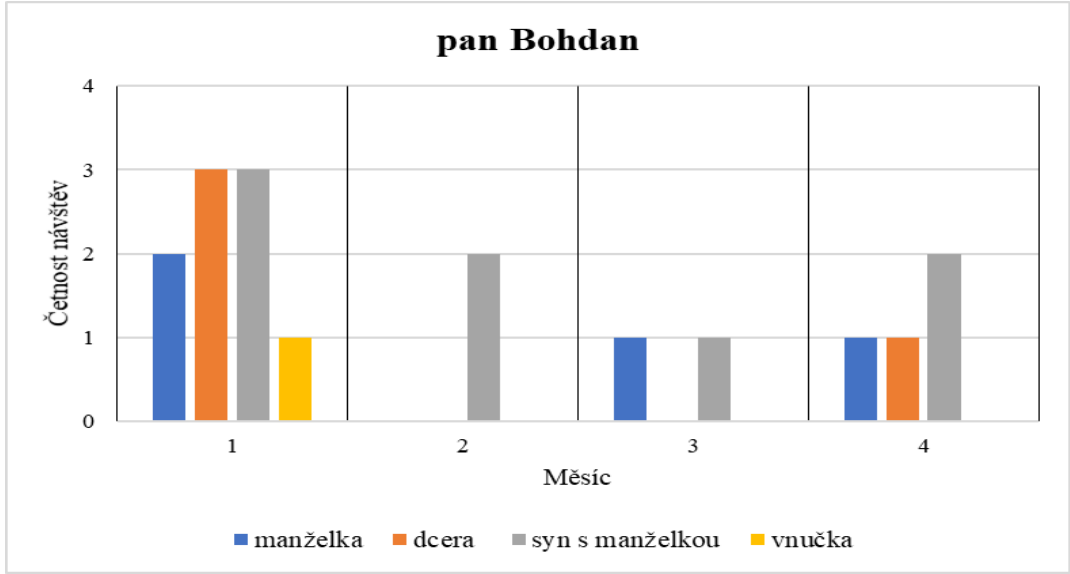
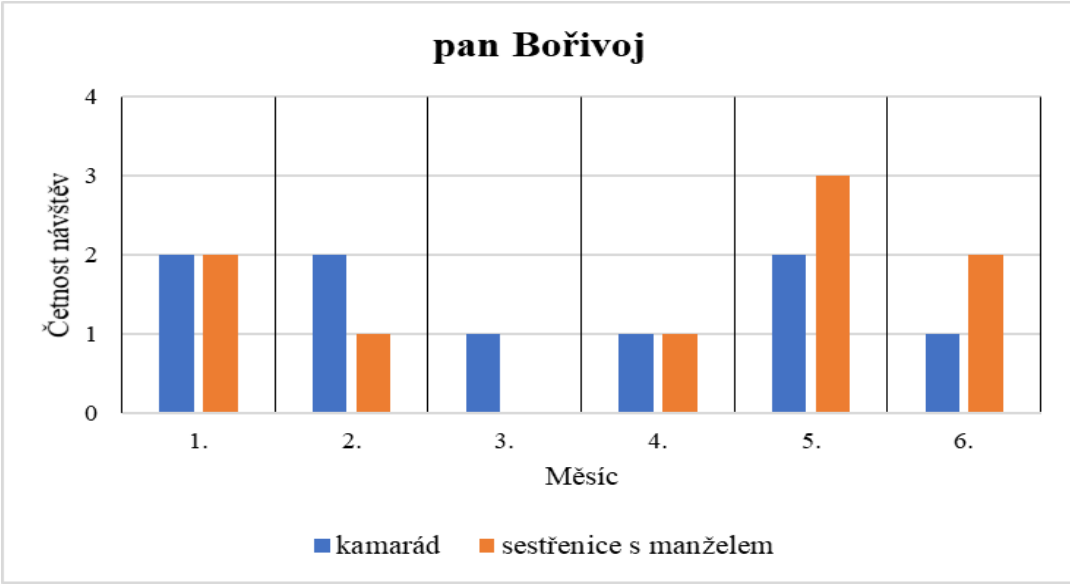
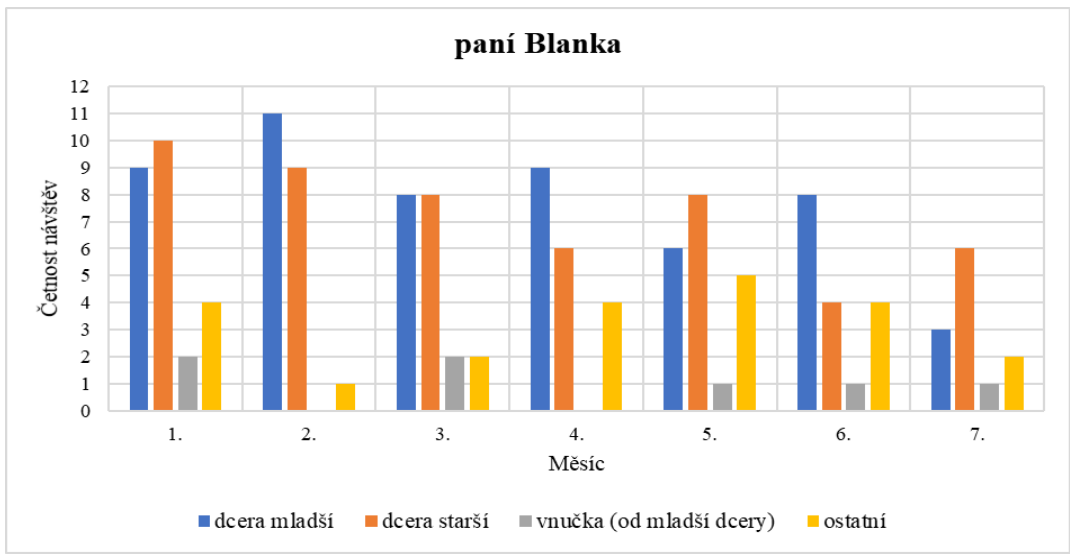
Příloha č. 1: Přehled návštěvnosti vybraných participantů v měsících

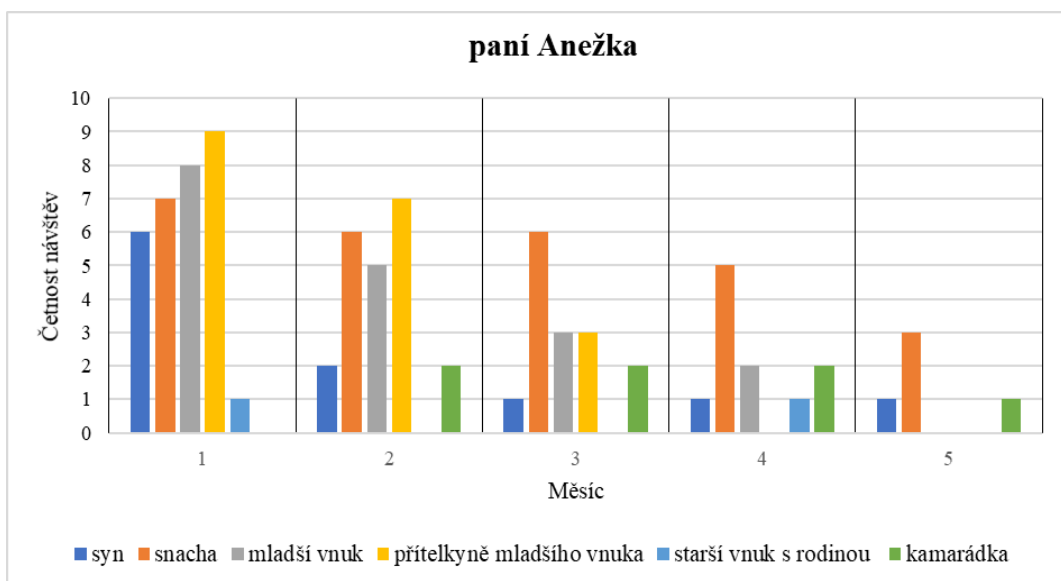
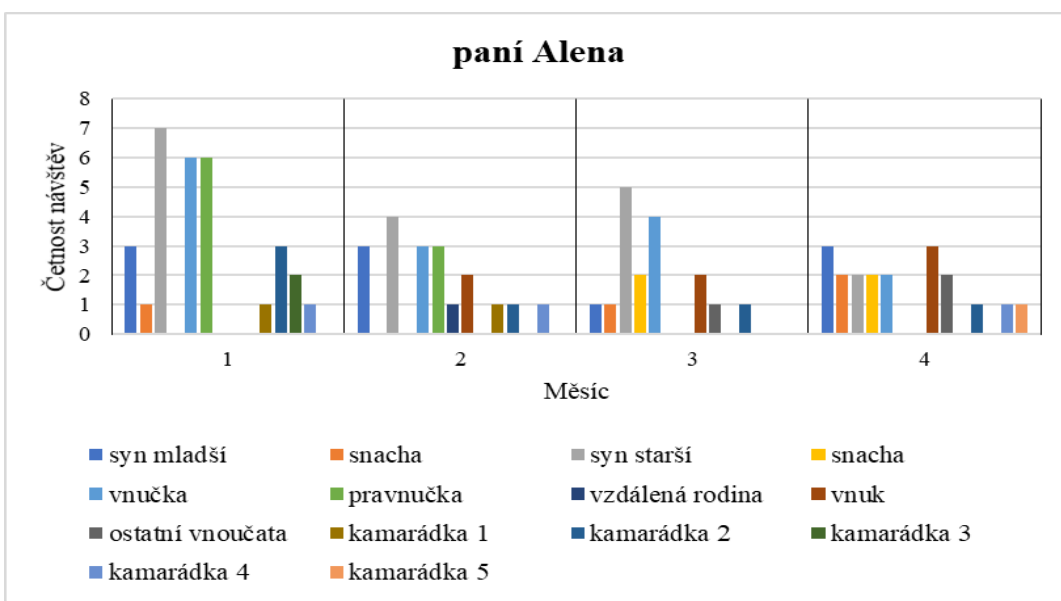
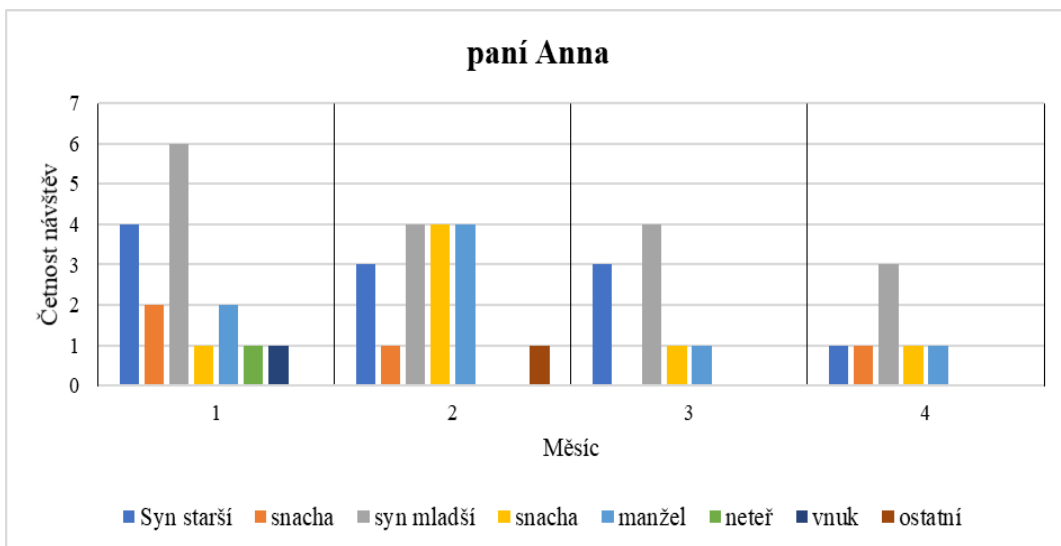
Příloha č. 2: Biografický list sledovaného zařízení

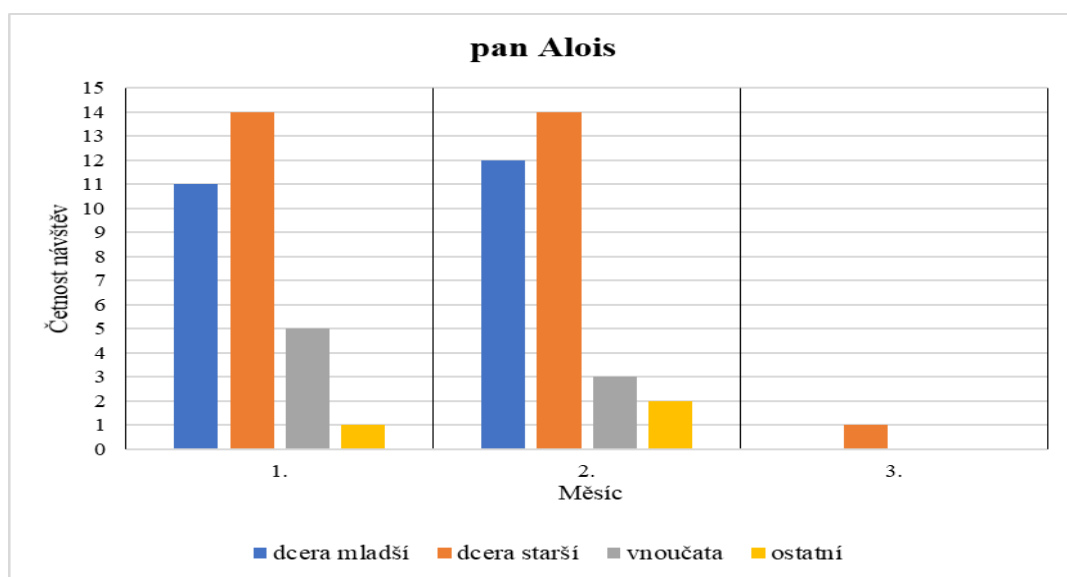
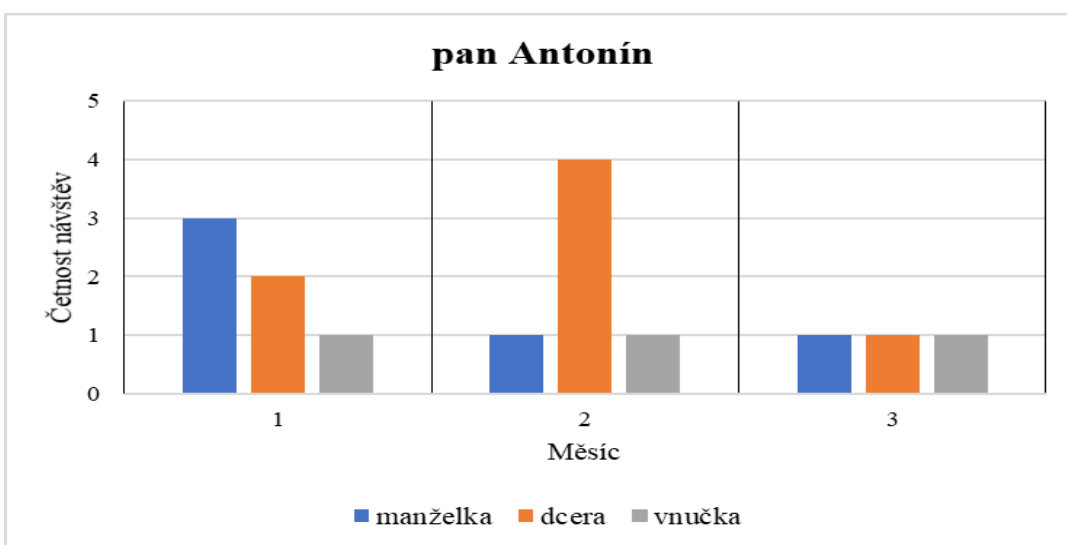
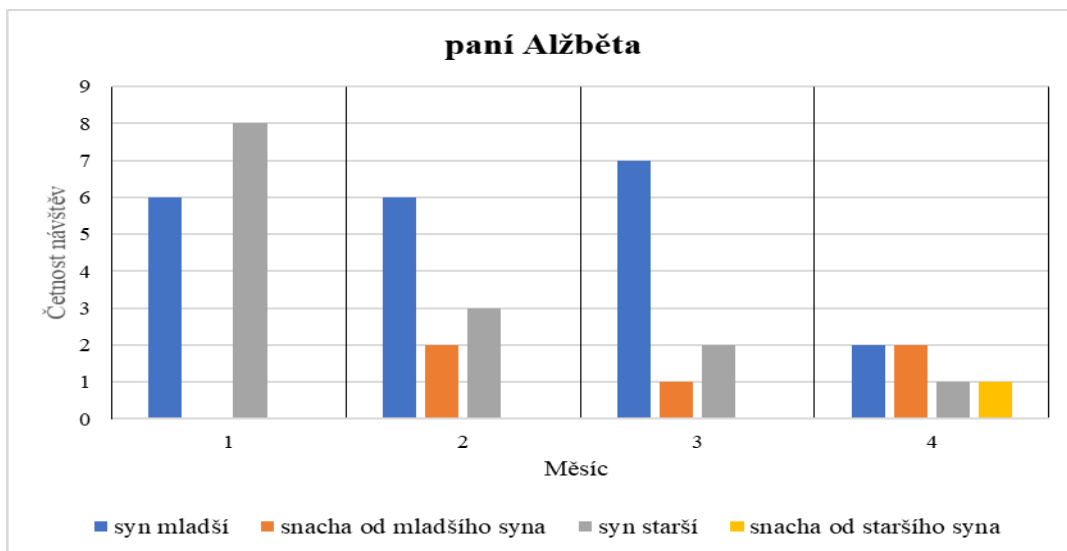
Příloha č. 1: Přehled návštěvnosti vybraných participantů v měsících











Příloha č. 2: Biografický list sledovaného zařízení

Žádost o spolupráci

Vážená paní/vážený pane,

rádi bychom Vás požádali o zodpovězení otázek v přiloženém formuláři (Biografický list).

Jednou z důležitých zásad pro zajištění kvalitní péče je znalost a představa o životě našich klientů ještě před nástupem do zařízení. Životní příběh pomáhá porozumět seniorovi, jeho potřebám, psychice a životním návykům. Biografie vede k individualizaci v rámci plánování péče a umožňuje vnímat klienty našich služeb jako jednotlivé osobnosti. Díky těmto informacím je následně usnadněn adaptační proces v novém prostředí a nastavení podpory a péče může vycházet z životních návyků, prožitků, zvyklostí, denních aktivit nebo z toho, jak klient dříve trávil volný čas. Znalost biografie umožňuje pracovníkům podpořit osobnost seniora, zvolit správné motivační přístupy a podpořit jeho soběstačnost v souvislosti s naučenými rituály.

Neumožňuje-li Váš zdravotní stav vyplnit formulář, žádáme o pomoc při vyplnění formuláře rodinné příslušníky.

Děkuji za Vaši ochotu poskytnout potřebné informace, které nám umožní kvalitnější přístup při zajištění poskytované sociální péče.

Biografický list

Jméno a příjmení:

Rodinná situace a vztahy

Rodiče (jméno a jejich povolání)

otec:

matka:

Sourozenci (počet a jména):

.....
.....
.....

Životní partner (jméno a povolání):

.....
.....
.....

Děti (počet a jména):

.....

.....

.....

.....

Vnoučata (počet a jména):

.....

.....

.....

.....

Další blízké osoby (jméno a vztah):

.....

.....

.....

.....

Bydlení

Místo narození

.....

(typ bydlení - domek, činžovní dům, panelový byt):

.....

Bydlení během života (Místo a typ bydlení)

.....

.....

.....

Vzdělání

Dosažené vzdělání:

.....

.....

.....

Poslední zaměstnání a významná zaměstnání během života

.....

.....

.....

Trávení volného času

Zájmy a koníčky (četba, sledování TV, poslech rádia, hudba, společenské hry, křížovky, sportovní aktivity, ruční práce, společenské a kulturní akce apod...):

Významné aktivity během života

.....

.....

.....

Aktuální zájmy a trávení volného času

.....

.....

.....

Aktuální návyky a zvyky denního života:

.....

.....

.....

.....

.....

.....