

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj
v Českých Budějovicích, p. o.**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Svatava Hančlová, DiS
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.
Datum odevzdání práce: 21. 5. 2012

Abstrakt

Sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích Sociální rehabilitace je souborem činností podporujících nezávislost, soběstačnost a sociální integraci klientů domova pro seniory. Cílem práce je zhodnotit průběh sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích.

K dosažení cílů této práce byl proveden kvalitativní výzkum. Za účelem zjištění subjektivního hodnocení sociální rehabilitace bylo vybráno pět klientů, se kterými byly vedeny polostandardizované rozhovory. Byla uplatněna metoda pozorování při zapojování se do aktivit v domově pro seniory i mimo zařízení a metoda analýzy dokumentů. Získané informace jsou obsaženy v případových studiích a byly analyzovány metodou zakotvené teorie. Rovněž byly vedeny polostandardizované rozhovory ke zjištění postojů odborného personálu a řídicích pracovníků k sociální rehabilitaci. Faktory ovlivňující sociální fungování klientů byly sledovány také v průběhu pozorování. Informace z rozhovorů s personálem a pozorování byly opět analyzovány metodou zakotvené teorie.

Práce potvrzuje zjištění obdobně zaměřených výzkumů. Dokládá, že průběh sociální rehabilitace je ovlivňován institucionálními, osobnostními a ekonomickými vlivy. Efekt používaných metod a technik sociální rehabilitace závisí na přístupu personálu i klientů a na kvalitě sociálních vztahů klientů.

Výzkum potvrdil, že začleňování klientů v zařízení i mimo něj je podporováno širokou nabídkou volno časových aktivit. I když mají klienti v domově pro seniory dostatek příležitostí pro vzájemná setkávání, plnohodnotná přátelství se jim daří navazovat spíše výjimečně a velmi často se cítí osamělí. Přestože je v Domově pro seniory Máj podporována soběstačnost klientů podle jejich individuálních potřeb, jsou prováděny terapeutické činnosti a klienti se účastní pohybových aktivit, se míra jejich soběstačnosti snižuje.

Výsledky diplomové práce jsou podnětné pro pracovníky Domova pro seniory Máj i pro další zřizovatele a poskytovatele sociálních služeb.

Abstract

A social rehabilitation in the Seniors' Home "Máj" in České Budějovice A social rehabilitation is a complex of activities encouraging an independence, self-sufficiency and social integration of clients of the Seniors' Home. An aim of the thesis is to evaluate a progress of the social rehabilitation in the Seniors' Home "Máj" in České Budějovice.

A qualitative research was carried out to achieve objectives of the thesis. Five clients were chosen in order to determine a subjective evaluation of the social rehabilitation. Semi-standardized interviews were conducted with them. An observation method was applied at their engaging in activities in the Seniors' Home as well as at seniors outside this facility, and a method of document analysis. Obtained information has been contained in case studies and they were analysed by using a grounded theory. Semi-standardized interviews were also conducted to find out attitudes of the professional staff and managers to the social rehabilitation. Factors affecting clients' social functioning were also monitored in a course of the observation. Information from the interviews with the staff and the observation were again analysed through a method of the grounded theory.

The thesis confirms findings of similarly oriented researches. It shows that the course of the social rehabilitation is influenced by institutional, personal and economic influences. The effect of applied methods and techniques of the social rehabilitation depends on an approach of the staff as well as clients and a quality of the clients' social relations.

The research has proven that an integration of clients in the facility as well as outside is supported by a wide offer of leisure time activities. Even if the clients in the Seniors' Home have enough opportunities for mutual meetings, they are not usually successful in establishing a fully-fledged friendship and they often feel lonely. Although there is encouraged self-sufficiency per clients' individual needs in the Seniors' Home "Máj", therapeutic activities are conducted and clients participate in physical activities, their level of self-sufficiency reduces.

Results of the diploma thesis are stimulating for the staff of the Seniors' Home "Máj" as well as for other social service founders and providers.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 21. 5. 2012

.....
Bc. Svatava Hančlová, DiS

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce a cenné připomínky při jejím zpracování.

Poděkování rovněž patří mým spolupracovníkům a klientům Domova pro seniory Máj za umožnění realizace mého výzkumu.

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav.....	8
1.1 Rehabilitace.....	10
1.2 Sociální rehabilitace seniorů.....	14
1.3 Stáří a osobnost seniora.....	18
1.4 Postavení seniorů ve společnosti.....	26
1.5 Zdravotně sociální problémy seniorů.....	33
1.6 Domovy pro seniory.....	39
2 Cíl práce.....	49
2.1 Hlavní cíl.....	49
2.2 Dílčí cíle.....	49
2.3 Výzkumné otázky.....	49
2.4 Operacionalizace pojmů.....	49
3 Metodika.....	53
3.1 Realizace výzkumu.....	53
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	53
3.3 Použitá metodika – metoda sběru dat.....	54
3.4 Zpracování výsledků.....	61
4 Výsledky.....	62
4.1 Charakteristika Domova pro seniory Máj.....	62
4.2 Průběh sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj.....	62
4.3 Zakotvená teorie – vliv sociální rehabilitace na životní situaci a sociální fungování klientů.....	66
4.4 Zakotvená teorie – postoje odborného personálu k sociální rehabilitaci	90
5 Diskuze.....	115
5.1 Diskuze k vlivu sociální rehabilitace na sociální fungování klientů.....	115
5.2 Diskuze k postojům odborného personálu a řídicích pracovníků na sociální rehabilitaci.....	120
6 Závěr.....	124
7 Seznam informačních zdrojů.....	127
8 Klíčová slova.....	134
9 Seznam příloh.....	135

Úvod

Stárnutí populace je v současnosti velmi aktuálním tématem pro své sociálně ekonomické důsledky. Přibývá osob, které se z důvodu vysokého věku či zdravotního stavu, popřípadě kombinací obou příčin nejsou schopny o sebe postarat a je jim třeba potřebnou péči zajistit. Proměna populační struktury je ve společnosti často vnímána negativně. Na stáří je nahlíženo jako na problémovou a neúčinnou fázi života. Tato nálada ve společnosti může vést k sociálnímu vylučování seniorů a jejich diskriminaci. Stárnutí obyvatelstva má dopad nejen na mezigenerační vztahy, ale také na subjektivní prožívání stáří. Sociální rehabilitace je intervencí snažící se o prevenci či zmírnění negativních důsledků stáří.

Dané téma jsem si vybrala proto, že pracuji jako ergoterapeutka v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích. Posláním Domova pro seniory Máj je vytváření podmínek pro důstojný, spokojený a smysluplný život pro toho, kdo vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a sociální situaci potřebuje péči, kterou není možné zajistit v domácím prostředí. Úkolem ergoterapeuta je pomáhat klientům dosáhnout co nejvyšší možné míry soběstačnosti, podporovat jejich nezávislost a motivovat je k sociálnímu začleňování. Proto mě zajímá, jaký efekt poskytovaná sociální rehabilitace pro klienty má. Dalším důvodem, proč jsem si zvolila toto téma, je, že se domnívám, že i po vstupu seniora do zařízení sociálních služeb, je pro klienty důležité být soběstačný, udržovat své stávající a navazovat nové sociální vztahy.

Práce je koncipována do dvou částí – teoretické a praktické. V teoretické části je vymezena úloha sociální rehabilitace v konceptu ucelené rehabilitace. Další kapitoly jsou věnovány stárnutí a stáří, postavení seniorů ve společnosti, jejich společenskému fungování a zdravotně sociální problematice. V závěrečné kapitole teoretické části je popsán průběh sociální rehabilitace v domovech pro seniory. Praktická část obsahuje analýzy případových studií klientů a analýzy rozhovorů s personálem, které jsou doplněny o zjištění z pozorování. Dále v této části práce poukazuji na možnosti a přínosy efektivně poskytované sociální rehabilitace pro klienty domova pro seniory a upozorňuji na aspekty ovlivňující její průběh.

Cílem práce je zhodnotit průběh sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj.

1 Současný stav

Po roce 1989 došlo k výraznému rozvoji všech forem rehabilitace, tedy i sociální. K jejímu rozvoji přispěly zejména nestátní subjekty, především občanská sdružení zdravotně postižených, zdravotnická zařízení, nadace aj., které začaly uvádět do provozu centra, kde se lidé se zdravotním postižením učili základním dovednostem v oblasti sebeobsluhy, soběstačnosti, nácviku orientace apod. a kde jim začaly být poskytovány potřebné poradenské služby. V posledních letech se provádění sociální rehabilitace začíná prosazovat i v rámci tradičních sociálních služeb.¹

Stárnutí jako takové je poměrně novým fenoménem. Z historického pohledu se nikdy takové množství lidí stáří nedoživalo. V současnosti se stává celosvětovým jevem. Týká se zdravotní péče, sociálních služeb a zabezpečení a vůbec celé společnosti včetně jejích politiků na centrální, regionální, ale zejména na lokální úrovni, kteří budou stále častěji čelit výzvám a problémům plynoucím ze stárnutí populace.^{2,3}

Ve vyspělých zemích narůstá počet osob, které se o sebe nejsou schopny postarat vlastními silami z důvodu vysokého věku či zdravotního stavu, nebo kombinace obou příčin. Zdravotní stav těchto seniorů je stabilizován natolik, že nevyžaduje akutní lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, ale zároveň jim neumožňuje vést samostatný život.⁴ Údaje o nesoběstačnosti jsou v mnoha zemích Evropské unie nedostatečné, nicméně na základě některých dat je možné odhadnout, že v České republice žije asi 500 000 lidí 65letých a starších s omezenou soběstačností a celkem asi 150 000 lidí starších 80 let s omezenou soběstačností. Odhady ukazují, že 80 – 90 % osob starších 65 let je soběstačných s pomocí rodiny a nejbližšího okolí, 13 % potřebuje pomoc v domácnosti, 7 – 8 % potřebuje soustavnější domácí péči a 2 % (někdy je uváděno

1 ŠTASTNÝ, J. *Základy komprehenzivní rehabilitace*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=80>>.

2 KART, C. S. *The realities of aging: an introduction to gerontology*. 4. vyd. Boston: Allyn and Bacon, 1994. ISBN 0-205-14047-5.

3 HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

4 ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D., PECHANOVÁ, M. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-87007-35-2.

5 %) potřebují institucionální péči.⁵

V roce 2005 byl podíl osob nad 80 let v Evropské unii 4 %, v roce 2015 se odhaduje, že toto číslo vzroste na 5,2 %. V roce 2025 se očekává, že podíl osob nad 60 let v Evropské unii bude 33 %.⁶ Mezi země s nejstarší populací v Evropě patří Itálie, Řecko, Švédsko, Španělsko a Německo.⁵ Naopak mezi země s nejmladší populací patří Turecko a Rumunsko. Předpokládá se, že populace osob důchodového věku bude přibývat až do roku 2025. K poklesu by mělo dojít až po roce 2030.⁶

Také v České republice je jedním z nejvíce diskutovaných fenoménů stárnutí populace.⁷ Střední délka života se u nás prodlužuje nejrychleji ve střední Evropě. U mužů v roce 2007 dosáhla 73,7 roku a u žen 79,9 roku.⁸ O stárnutí populace vypovídá index stáří. Vyjadřuje kolik obyvatel ve věku nad 65 let připadá na 100 dětí do 14 let. Tento údaj také stále narůstá. Vývoj indexu stáří od roku 1990 ukazuje tabulka 1.

Tabulka 1. Vývoj indexu stáří v ČR v letech 1990 – 2010

Ukazatel	1990	2000	2010
Počet obyvatel ve věku 65+	1302451	1423003	1596512
Počet dětí 0-14	2193682	1664434	1400028
Index stáří	59,4	85,5	114,1

Zdroj: ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D., PECHANOVÁ, M⁹

V České republice máme v současné době asi 13 % osob ve věku nad 65 let. Je-li ve společnosti 8 % lidí nad 65 let, pak tato situace neznámá prakticky žádný problém. Zvýší-li se však tento podíl nad 10 %, začíná se objevovat potřeba vzniku institucí.

5 HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

6 JANATOVÁ, H. *Zdravé stárnutí – výzva pro Evropu*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.szu.cz/uploads/images/czpz/healthy_ageing/Zdrave_starnuti_vyzva_pro_Evropu.pdf>.

7 MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.

8 ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Demografie - pramenná díla*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie>.

9 ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D., PECHANOVÁ, M. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetřovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-87007-35-2.

Nárůst na 14 % způsobí, že se péče o tyto osoby stává základním zdravotně-sociálním problémem.¹⁰

Výše uvedené statistické údaje dokládají, že je zapotřebí hledat způsoby, jak řešit problémy stále početnějších seniorů.

1.1 *Rehabilitace*

Rehabilitace je slovo latinského původu, které můžeme přeložit jako znovunabytí dřívějších schopností. Jedná se o koordinované a plynulé úsilí zahrnující zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematiku, jehož cílem je sociální integrace jedince.¹¹

Světová zdravotnická organizace v roce 1969 rehabilitaci definovala jako kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovuvýcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti. Později v roce 1994 je touto organizací rehabilitace definována jako proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti.¹² V roce 2001 Světová zdravotnická organizace vymezuje rehabilitaci jako obnovu nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci, nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka.¹³

Hlavními cíli rehabilitace je pomoci člověku s postižením dosáhnout soběstačnosti v denních činnostech a chůzi, bránit apatii, negativnímu vlivu nemoci a institucionálního prostředí na psychiku, udržovat vědomí důstojnosti, užitečnosti starého člověka a jeho sociálních vazeb.¹⁴

V dnešním moderním pojetí rehabilitace jde o rovnováhu těla, duše a ducha, ale i o rovnováhu se svým okolím a prostředím, tj. o rehabilitaci sociální.¹⁵

10 IVANOVÁ, K., KRÁLOVÁ, J. *Sociálně právní ochrana a pomoc seniorům*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0696-9.

11 KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

12 JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Výbrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.

13 ŠVESTKOVÁ, O. *Rehabilitace (ucelená) – Teorie a skutečnost*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.recepis.cz/ke_stazeni/ucelenasvestkova.recepis.pdf>.

14 PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Rehabilitace s využitím techniky*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1983.

15 FIALA, P. *Osoby s postižením – Zdravotně sociální problematika: Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.lf1.cz/upload/socialni.doc>>.

1.1.1 Ucelená rehabilitace

Ucelená neboli komprehensivní rehabilitace je celospolečenský proces, který představuje koordinovanou a dlouhodobou činnost všech složek společnosti od jednotlivců, přes organizace a instituce až po stát.¹⁶ Představuje současné pojetí rehabilitace, která již není chápána jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje kromě zdravotnické péče také péči sociálně právní, pedagogickou, psychologickou a pracovní.¹⁷

Smyslem a cílem komprehensivní rehabilitace je optimální začlenění lidí se zdravotním postižením do společnosti a minimalizace přímých i nepřímých důsledků trvalého nebo dlouhodobého postižení.^{17,18} Cílovou skupinou, které je ucelená rehabilitace určena, tvoří osoby se zdravotním postižením bez omezení věku.¹⁸ Přičemž osoba se zdravotním postižením je pro účely zákona o sociálních službách definována jako osoba s tělesným, mentálním, duševním, smyslovým nebo kombinovaným postižením, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.¹⁹ Votava pak osobu se zdravotním postižením vymezuje takto: „Člověk, který má taková funkční omezení, že to vytváří mimořádné požadavky na jeho životní, případně pracovní podmínky.“²⁰

1.1.2 Složky ucelené rehabilitace

Ucelená rehabilitace zahrnuje složku léčebnou, pedagogickou, pracovní a sociální. V praxi dochází velmi často k vzájemnému prolínání.²¹

- *Léčebná rehabilitace*

Léčebná rehabilitace zahrnuje postupy a procesy, které navazují na léčbu. Primární úsilí této složky ucelené rehabilitace je směřováno k odstranění defektů a funkčních poruch. Sekundárně se snaží o odstraňování následků zdravotního postižení.²¹

16 FIALA, P. *Osoby s postižením – Zdravotně sociální problematika: Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.lf1.cz/upload/socialni.doc>>.

17 JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

18 KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

19 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

20 VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

21 JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

K léčebným prostředkům rehabilitace patří fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova, ergoterapie, animoterapie, další specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie) a postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace (léčba pomocí chirurgických zákroků, farmakoterapie, úprava životosprávy, manipulační léčba).²²

- *Sociální rehabilitace*

Úloha sociální rehabilitace spočívá v zajištění materiálního zabezpečení a legislativní ochrany, pomoci při začleňování člověka do společnosti a podpory při uplatnění osobnostního potenciálu. Zahrnuje (re)socializaci, komunitní podporu a socioterapii. Důležitá je totiž také náprava nebo usměrnění vztahů vůči komunitě, posílení statutu jedince, rodiny či minoritní skupiny.²³ Jedná se o soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav.²⁴

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je v §70 sociální rehabilitace definována jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.²⁵

- *Pedagogická rehabilitace*

Pedagogická rehabilitace se snaží vychovávat, vzdělávat, rozvíjet soběstačnost, schopnosti a nadání jedince.²³ I když výchovu a vzdělávání chápeme jako permanentní proces, přesto pedagogická rehabilitace je nejvýznamnější v období dětství a dospívání.²⁶ Předmětem zkoumání pedagogické rehabilitace je působení výchovně rehabilitačních prostředků. Cílem je obnovení kontinuity speciální výchovy osob se

22 JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

23 NOVOSAD, L, NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. ISBN80-7083-383-1.

24 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální služby*: [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.

25 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

26 JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Výbrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.

zdravotním postižením. K realizaci svých cílů používá kombinace pedagogických, psychologických, enkulturačních, ergonomických, technických i léčebně rehabilitačních prostředků. V postupech, metodách a technikách vychází z obecné a speciální pedagogiky.²⁷

- *Pracovní rehabilitace*

Pracovní rehabilitace pomáhá osobám se zdravotním postižením s profesní přípravou, nalezením pracovního uplatnění, poskytuje kariérové poradenství, provádí průzkum trhu a podílí se na vytváření pracovních příležitostí.²⁸

Novosad ještě kromě výše zmíněných složek uvádí rehabilitaci psychologickou a volnočasovou.²⁸

- *Psychologická rehabilitace*

Se zaměřuje například na zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdravotního stavu, o změnu v sebehodnocení a životní orientaci člověka s postižením.

- *Volnočasová rehabilitace*

Se týká zájmových, sportovních, kulturních a vzdělávacích aktivit.²⁹

1.1.3 *Rehabilitace seniorů a její specifika*

Období senia je patrně nejnáročnějším obdobím, jak z hlediska rehabilitace, tak i sociálního začlenění. Z hlediska rehabilitace proto, že s věkem a stupněm závažnosti choroby výrazně klesá tzv. „rehabilitační potenciál“.³⁰

Začlenění do společnosti ztěžují situace, jako je úmrtí životního partnera, osamocení způsobená odchodem dětí z domova, byt ve vyšším poschodí bez výtahu, vzdálená možnost nákupu a ostatních služeb atd.³¹

Cílem rehabilitace v geriatrici je aktivně vytvářet předpoklady pro maximální

27 JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

28 NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. ISBN 80-7083-383-1.

29 MATOUŠEK, O., KOLÁŘOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

30 FIALA, P. *Osoby s postižením – zdravotně sociální problematika: Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.lf1.cz/upload/socialni.doc>>.

31 PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Rehabilitace s využitím techniky*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1983.

soběstačnost, pomoci seniorům dosáhnout soběstačnosti v denních činnostech a chůzi (popřípadě v jízdě na vozíku), bránit apatii a negativnímu vlivu nemoci a ústavního prostředí na psychiku, udržovat vědomí důstojnosti a užitečnosti starého člověka a udržování jeho sociálních vazeb. Měla by úzce navazovat na ošetrovatelskou péči.³²

Prioritou v oblasti ošetrovatelské rehabilitace je zpomalit ztrátu funkčních schopností klienta a zabránit vzniku nepříznivých sekundárních změn. V rámci ošetrovatelské rehabilitace je prováděna prevence imobilizačního syndromu, prevence trofických změn, zejména ztuhlosti a dekubitů. Ošetrovatelskou rehabilitaci můžeme rozdělit na aktivní a pasivní. Součástí aktivní ošetrovatelské rehabilitace je kondiční cvičení, které vede ke zlepšení fyzické zdatnosti a pohyblivosti klienta, ke zmírnění bolestí, lepšímu prokrvení organismu a zlepšení dýchání. Polohování a pasivní pohyby jsou součástí pasivní ošetrovatelské rehabilitace. Polohování brání vzniku deformit, omezení hybnosti v kloubech a vzniku dekubitů. Pasivní pohyby udržují rozsah pohybu v kloubech a zabraňují vzniku kontraktur.³³

1.2 Sociální rehabilitace seniorů

Sociální rehabilitace je Společností mezinárodní rehabilitace definována jako proces, jehož cílem je dosáhnout u člověka s postižením schopnosti normálního sociálního fungování. V praxi dochází velmi často ke vzájemnému prolínání jednotlivých složek rehabilitace. Prioritní snahou sociální rehabilitace seniorů je přispívat k jejich životní pohodě a zlepšovat jejich možnosti integrace.³⁴

Sociální rehabilitace u seniorů přispívá ke zvyšování kvality života, zejména podporou nezávislosti. Platí princip upřednostňování rehabilitace před péčí. Nadbytku paternalistické péče je třeba se vyvarovat a naopak je zapotřebí podporovat soběstačnost, aktivitu a rozvíjet schopnosti seniorů. Sociální rehabilitace přispívá k podpoře komunikačních dovedností, pomáhá seniorům při navazování nových sociálních kontaktů poskytováním příležitostí ke vzájemnému setkávání. Přispívá tedy k udržení a zlepšování sociálních dovedností. Aktivizace seniorů má vliv na utváření

32 PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Rehabilitace s využitím techniky*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1983.

33 KRÁTKÁ, M.; STEJSKALOVÁ, V. *Ošetrovatelská rehabilitace*. Sestra [online]. 2008, č. 10, [cit. 2011-04-04]. Dostupný z: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestrapriloha/osetrovatelska-rehabilitace-383392>>. ISSN 1210-0404.

34 JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

pozitivního sebehodnocení.³⁵

1.2.1 *Metody sociální rehabilitace*

Metodami sociální rehabilitace jsou reedukace, kompenzace a akceptace.

a) *Metoda reedukace* se zaměřuje na využívání a rozvoj zachovaných funkcí. Zahrnuje i používání reedukačních pomůcek, jakými jsou například optické pomůcky, zvětšený tisk, naslouchadla, pračky vzduchu, inzulinové pumpy a invalidní vozíky.

b) *Metoda kompenzace* znamená rozvoj náhradních nepostižených funkcí a schopností. Zahrnuje v sobě i nácvik používání speciálních prostředků a technik (znaková řeč, reliéfové bodové písmo, tyflografika, počítačová a zvuková technika, výcviky v používání protetických a kompenzačních pomůcek, psací telefon, protézy a francouzské hole).

c) *Metoda akceptace* spočívá v přestavbě hodnotových struktur, aby člověk dokázal přijmout život s postižením.^{36,37}

1.2.2 *Techniky sociální rehabilitace*

- *Technika mluveného slova*

Součástí této techniky je vysvětlování a motivace klienta ke změně. Používá se například při provádění praktické činnosti a má široké uplatnění při rozvíjení mezilidské komunikace.

- *Technika meditace*

Má pro klienty význam zejména při vyrovnávání se s postižením, při tvorbě hodnotových systémů a životních postojů. Jsou využívány takové prostředky jako poslouchání hudby, četba, pozorování krajiny atd.

- *Technika pohybového rozvoje a orientace*

Tato technika v sobě zahrnuje zvládnutí různých druhů pohybů charakteristických

35 SEEL, M., HURLING, E. *Die Pflege des Menschen im Alter*. 2. vyd. Brigitte Kunz Verlag, 2003. ISBN 3-87706-982-7.

36 JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Výbrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.

37 JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

pro řešení nejrůznějších životních situací.

- *Technika rehabilitačního působení umění*

Situace spojené s příjemnými zážitky u postiženého člověka uvolňují napětí, rozptylují egocentrismus a jiné negativní rysy chování a umožňují aktivně se projevit.

- *Technika rehabilitačního působení pracovními činnostmi*

Přispívá k uvolnění napětí a zvyšuje sebevědomí. Má široký rozsah od nácviku sebeobslužných dovedností, všedních denních činností až po volnočasové aktivity a pracovní přípravu.

- *Technika relaxace*

Mezi relaxační techniky patří nejrůznější druhy aktivit a cvičení, které se zaměřují na pohybové, dýchací a jiné funkce organismu. Střídáním napětí a uvolnění dochází k odbourávání stavů napětí. Blahodárně působí na psychickou i fyzickou kondici.

- *Technika rekreace a rekondice*

Hlavním cílem této techniky je regenerace fyzických i psychických sil. V rámci této techniky převládají aktivity pohybové. Patří sem i sportovní činnosti a hry.

- *Technika povzbuzování*

Tato technika souvisí s potřebou vyrovnat se s potížemi. Může být prováděna různě jako povzbudivé gesto, slovní pochvala, veřejné uznání, diplomy a ceny. Pomáhá překonávat pocity méněcennosti.

- *Technika situační hry a aplikace humoru*

Vychází z předpokladu, že řešení reálných situací může být pro člověka s postižením vysoce konfliktní. Jestliže si řešení takové situace nacvičuje formou hry, je pro něj konfliktnost téměř zanedbatelná a dovede ji relativně spolehlivě řešit. Pak tato řešení z her může přenášet do reálu. Hraní těchto her někdy bývá spojeno s humorem, protože řešit tíživé problémy s humorem vede ke snižování tenze a celá situace je tak přenesena do optimisticky laděné atmosféry.

- *Technika soutěživosti*

Vychází z potřeb člověka vyniknout, prosadit se a být oceněn. Nevhodná aplikace této techniky může mít negativní efekt.

- *Technika represe*

Tato technika slouží k potlačování nežádoucích projevů. Patří sem zesměšňování

a trestání způsoby, které neohrožují zdraví člověka s postižením. Nejčastěji bývají používány u dětí, u dospělých postižených bývají používány zřídka.³⁸

1.2.3 Sociálně rehabilitační programy

Mezi základní reedukační činnosti a programy patří:

Nácvik sebeobsluhy a vedení domácnosti zahrnuje především provádění osobní hygieny, oblékání a péči o celkový vzhled, přípravu jídel a nápojů, dovednosti spojené s používáním jídelního nádobí a příborů, obsluhu běžných přístrojů v domácnosti, údržbu domácnosti, znalosti a dovednosti optimálního uspořádání bytového zařízení.

Součástí *nácviku prostorové orientace a samostatného pohybu* je nácvik samostatného a bezpečného pohybu, zvládnutí samostatné orientace v bytě a v okolí bydliště, výcvik v překonávání architektonických bariér a používání prostředků městské hromadné dopravy.

Nácvik sociální komunikace je zaměřen zejména na komunikaci s rodinou, komunikaci s personálem, výcvik samostatného projednávání na úřadech, navazování a udržování kontaktu včetně způsobu požádání o pomoc případně její odmítnutí, chování a vystupování na kulturních akcích.

Poradenství zahrnuje širokou škálu oblastí, ve kterých je potřebné osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám pomáhat při začlenění do života společnosti a při řešení osobních problémů a krizí.

Nácvik speciálních komunikačních dovedností zahrnuje výuku čtení a psaní Braillova písma, nácvik techniky ručního psaní včetně vlastnoručního podpisu, výcvik psaní strojem, výuku znakové řeči a odezírání.

Nácvik používání kompenzačních pomůcek se týká používání a využívání dostupných kompenzačních a rehabilitačních pomůcek při sebeobsluze, péči o domácnost, komunikaci, pro samostatný pohyb a orientaci, vzdělávání atd.³⁹

38 JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

39 ŠTĀSTNÝ, J. *Základy komprehenzivní rehabilitace*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=80>>.

1.3 *Stáří a osobnost seniora*

1.3.1 *Stárnutí a stáří*

Stárnutí je „působení času na lidskou bytost“.⁴⁰ Jedná se o přirozený proces, který zasahuje do celého bio-psycho-socio-spirituálního spektra života jednotlivce.⁴¹

Stáří je obecným označením pozdní fáze ontogeneze, přirozeného průběhu života, je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných především chorobami, životním způsobem a celoživotními podmínkami. Je spojeno s řadou významných sociálních změn, ke kterým patří osamostatnění dětí, penzionování a změny sociálních rolí.⁴² Za počátek stáří z lékařského i demografického pohledu považujeme obvykle věk 65 let.⁴³ Podle Světové zdravotnické organizace rozlišujeme rané stáří 60 – 75 let, vlastní stáří 75 – 90 let a dlouhověkost nad 90 let.⁴⁴ Stáří bývá spojováno s nevyhnutelným fyzickým a duševním chátráním. Často chybí jen krůček, aby nebylo ztotožněno s inkompetencí, tj. s pasivitou, neschopností samostatně a odpovědně rozhodovat a jednat.⁴⁵ Ve skutečnosti je ale stáří pro mnoho lidí nejtěšnější etapou života, ve které převažuje radost a klid. Odpoutání se od životního shonu a velké zkušenosti se mohou stát zdrojem laskavosti, trpělivosti naslouchat mladým a schopnosti být jim citlivou oporou. Stáří přináší nejen řadu úkolů, ale také možností.⁴⁶

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů) obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza). Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily.⁴¹

Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu

40 PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

41 BALOGOVÁ, B. *Seniori*. 3. vyd. Prešov: Akcent, 2009. ISBN 978-80-89295-18-0.

42 MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

43 HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Výbrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

44 ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7

45 SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

46 ŘÍČAN, P. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-406-9.

i ekonomického zajištění. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost.⁴⁷

1.3.2 Strategie zvládání stáří dle D. B. Bromleye

- *Strategie konstruktivnosti*

Představuje ideální formu adaptace na stáří. Člověk, který se tímto způsobem vyrovnává se svým stářím, se těší ze života, je otevřený, přizpůsobivý a tolerantní. Poměrně snadno navazuje vztahy. Jeho optimismus umožňuje nejen moudře hodnotit dosavadní život, ale i reálně přijímat možnosti budoucího života ve stáří.

- *Strategie závislosti*

Člověk, který se adaptuje na své stáří tímto způsobem, je závislý a pasivní, spoléhá na druhé a věří, že se o něho postarají jak po hmotné, tak i citové stránce. Není ctižádostivý, a proto se poměrně snadno vyrovnává s odchodem do penze. Dává přednost klidnému rodinnému zázemí, bezpečí, pohodlí všeho druhu a možnost odpočinku v ústraní v podstatě vítá.

- *Strategie obranného postoje*

Tuto strategii zaujímají lidé, kteří byli zvyklí žít aktivně. Zapojovali se do veškerého společenského dění, plnili dobře různé funkce v politických i společenských organizacích. Odmítají se podrobit diktátu stáří. Bojí se závislosti. Bojují o udržení svých pozic a do penze odcházejí až poté, co je k tomu okolnosti přinutí.

- *Strategie nepřátelství*

Je typická pro osoby, které nebyly ve svém životě příliš úspěšné, ač po úspěchu vždy toužily. K jejich typickým vlastnostem patří podezíravost, agresivita a za svůj „nepodařený“ život obviňují druhé. Stáří přijímají jako další nepřízeň osudu. Jsou mrzutí, závistiví, nepříjemní a zůstávají v ústraní.

- *Sebenenávist*

Na rozdíl od výše uvedené kategorie zastánci této strategie jsou rozzlobeni sami na sebe. Nemají se rádi, hodnotí sebe i svůj dosavadní život s pohrdáním. Jsou lítostiví, mají sklony k depresím. Život byl pro ně „neštěstím“ a oni jsou hříčkou náhod, které je přivedly do stáří. Cítí se osamělí a zbyteční.⁴⁸

47 MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

48 HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

1.3.3 Osobnost seniora

Slovo osobnost se v běžném hovoru užívá jako hodnotící pojem. Osobností respektive „skutečnou osobností“ je jedinec, který je nějak pozoruhodný, v něčem vynikající především v pozitivním smyslu. Smékal definuje osobnost takto: Člověk je osobností tehdy, když má svou tvář, když je autorem svých činů, když nekopíruje a nenapodobuje, ale když zodpovědně stojí za tím, co dělá, když jedná s vědomím důsledků svých činů. Osobnost je dána především tím, jak dovede kontrolovat svou činnost svým svědomím a tím, jak uvědoměle, odpovědně a ohleduplně řeší úkoly svého života.⁴⁹

Pětifaktorový model osobnosti (velká pětka) slouží jako přijatelný rámeček pro výklad osobnosti. Její dimenze představují základní osobnostní tendence, které se projevují v převažujícím způsobu prožívání, uvažování, chování i vnímání a hodnocení dění kolem sebe. Lze je také chápat jako adaptační dispozice, jako předpoklady zvládnutí požadavků různých především sociálních situací. Každý z těchto faktorů velké pětky zahrnuje dva podřazené rysy nižšího řádu a šest dílčích specifitějších osobnostních charakteristik.

- *Extraverze – introverze*

Extraverze vyjadřuje zaměřenost na okolní svět, na aktivní angažovanost v něm a potřebu sociálních kontaktů. K dílčím rysům faktoru extraverze patří přátelská vřelost, zájem o lidi, družnost, tendence vyhledávat společnost, radost z kontaktu, sklon k dominantnímu sebeprosazování až panovačnosti, aktivnost, energičnost, tendence žít v rychlém tempu, sklon vyhledávat vzrušující zážitky, převaha pozitivních citových prožitků, optimismus a pocit životní pohody.

Introverze je spojena s opačným zaměřením – se samotářstvím a s tendencí distancovat se od společenského dění. Introverti nemají příliš velkou potřebu sociálního kontaktu, jejich otažitost může být důvodem, proč je ostatní hůře chápou. Introverti bývají klidnější, preferují rutinu a stabilní životní styl, jsou přemýšlivější, zodpovědnější a odmítají zbytečné riziko.

49 ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 6. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.

- *Neuroticismus – emoční stabilita*

Vyjadřuje míru, v jaké člověk vnímá okolní svět jako zdroj stresujících zkušeností a ohrožení. Vyznačuje se sklonem k negativnímu emočnímu prožívání a neúčelnými způsoby reagování. Neurotici mají sklon k obavám, strach z toho, jak vše dopadne, sklon k hněvu, nepřátelství, zatrpklosti, sklon k depresivnímu ladění, smutku, zoufalství, sklon k pocitům studu, rozpaků, pochybnostem o sobě, sklon k impulzivité, neschopnost odolávat pokušení, psychickou zranitelnost a tendenci prožívat i běžné události jako stresující.

Emoční stabilita je opakem neuroticismu. Je charakteristická klidem, vyrovnaností a zvýšenou odolností vůči zátěži. Obvykle mají dobré vztahy s lidmi, jsou akceptováni a jsou schopni udržet si dostatečně velkou sociální síť. Mají přiměřené sebehodnocení, nejsou limitováni nízkou sebedůvěrou a zbytečnými obavami ze selhání.

- *Svědomitost – nezodpovědnost a nedisciplinovanost*

Svědomitost vyjadřuje vztah k práci a povinnostem. Je jedna ze dvou dimenzí, která se vztahuje k úrovni sociability (společenského přizpůsobení).⁵⁰ Sociabilní lidé mají touhu pečovat o druhé, starat se o jejich blaho, chovají se družně a přívětivě.⁵¹ Dílčími rysy svědomitosti jsou připravenost k účinnému řešení a zvládání úkolů, systematickosti jako preferovaný způsob zvládání úkolů, zodpovědnost v plnění povinností a tendence dodržovat určitý řád, cílevědomost a snaha o dobrý výkon, disciplinovanost, důkladnost a vytrvalost, schopnost odolávat rušivým vlivům, rozvážnost a tendence všechno předem promýšlet.

Opakem svědomitosti jsou *nezodpovědnost a nedisciplinovanost*. Takoví lidé nedokážou dělat nic systematicky, nejsou cílevědomí a vytrvalí. Mají spíše tendenci reagovat bez rozmyslu podle momentální nálady. Nedostatek sebekontroly a neschopnost sebeovládání se projevuje i větším sklonem k abuzu alkoholu či jiných drog. Nezodpovědnost bývá příčinou různých nehod.

- *Vstřícnost – netrpělivost a nedostatek ohleduplnosti*

Má rovněž vztah ke společenské adaptabilitě. Je charakterizována vztahem k lidem,

50 VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.

51 ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Výbrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

který se pohybuje v rozmezí od vřelosti a soucitnosti ke lhostejnosti, chladnosti až hostilitě. Vstřícní lidé mají sklon důvěřovat jiným lidem, jednat čestně a upřímně, jsou laskaví a ohleduplní. Cítí potřebu harmonie. Dávají přednost spolupráci před soutěžením. Jsou skromní, slušní vůči druhým a mají tendenci pomáhat druhým.

Netrpělivost a nedostatek ohleduplnosti se nachází na druhé straně tohoto spektra. U těchto osob se setkáváme s chladností, neempatičností a mnohdy bývají i konfliktní a agresivní. Nedokážou si udržet a leckdy ani navázat trvalejší a hlubší vztahy. Běžné konflikty řeší radikálně a bez ohledu na druhé. Nelze jim důvěřovat, očekávat od nich pomoc nebo podporu. To je také důvod, proč nebývají ostatními příliš akceptováni.

- *Otevřenost ke zkušenosti – rigidita, konzervatismus a ulpívání*

Tato osobnostní dimenze charakterizuje kognitivní aspekt vztahu ke světu. Má i motivační složku, která se projevuje zájmem o nové zkušenosti. Lidé, kteří jsou otevření ke zkušenosti, mají představivost a fantazii, sklon k vytváření bohatého vnitřního světa, mají smysl pro krásu a umění, uvědomují si a rozlišují poznatky emočního charakteru, pouštějí se do nových činností, jsou intelektuálně zvědaví, otevření nekonvenčním myšlenkám a řešením, mají sklon ověřovat si obecně uznávané hodnoty a dogmata.

Rigidita, konzervatismus a ulpívání je protipólem otevřenosti. Takovým lidem stačí zafixovaná dogmata, nemají potřebu je měnit. Nejsou zvědaví a odmítají nekonvenční úvahy. Osvojená rutina jim vyhovuje, představuje pro ně určitou jistotu a její zpochybnění by vyvolalo úzkost.⁵²

1.3.4 *Vliv stáří na osobnost člověka*

Pro kvalitu psychického stavu ve stáří má větší význam osobnost člověka a její úroveň než kalendářní věk. Rozhodující je, kdo stárne. Stáří karikuje svou vlastní povahu. Nedůvěřivý člověk se např. stává sudičem, citlivý má sklon k depresivním reakcím. Introvertovi se lépe vede v druhé polovině života, extravertovi v první.⁵³

Ani zde neplatí žádné obecné pravidlo. Introverze se může stupňovat v samotářství. Extravert se často stává povrchním, žvanivým, obtížným, stereotypním. Zůstávají mu

52 VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.

53 PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

tedy nepříjemné vlastnosti a ztrácí zábavnost, jiskru a společenské kouzlo. Z úzkostného člověka se ve stáří může stát obtížný hypochondr, šetrnost se může stupňovat v lakotu, opatrnost a ostražitost v nedůvěřivost. U těch, kteří byli sobečtí se stupňuje egocentrismus. Mají úzké zájmy, vyžadují ohledy, urážlivými poznámkami vymáhají posazení v tramvaji, bez rozhledu se vrhají mimo přechody do vozovky, nadávají bezdůvodně řidičům, chvástají se, obtěžují opakováním stále týčž historek a zásluh, vyvolávají scény, jsou tvrdohlaví. Některé psychické funkce se s přibývajícím věkem nemění. Slovní zásoba, stejně jako jazykové dovednosti, zůstávají zpravidla zachovány.

Při stárnutí a stáří ne všechny změny směřují k horšímu, naopak. Často se zvyšuje vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné i duševní činnosti. Starý člověk projevuje větší stálost ve svých názorech a ve svých vztazích. Ve vlastním jednání je opatrnější a obezřetnější.⁵⁴

Staří lidé jsou citlivější, vnímavější k obtížím každodenního života a o to více na ně všechny změn působí.⁵⁵

1.3.5 *Potřeby seniorů*

Porozumění různým lidem a jejich osobnosti vyžaduje i poznání toho, co tito jedinci chtějí či nechťejí. Důvody, proč všichni lidé nehodnotí různé události stejně a proč jednájí odlišně, jsou mimo jiné dány i jejich potřebami a osobně významnými motivy.⁵⁶

Subjektivní potřeby jsou potřeby pociťované jedincem bez vlivu okolí. Jiné potřeby jsou přebírány ze sociálního prostředí. Jestliže člověk chce věc, protože ji mají významní druzí, s nimiž se porovnává, pak se jedná o komparativní potřeby. Jedinec se srovnává s nositeli stejného sociálního statusu a snaží se mu dostat. Normativní potřeby jsou takové, které člověk pociťuje tehdy, nechce-li se lišit od většiny. Jedná se o přizpůsobení sociálním normám.⁵⁷

Potřeby seniorů nejsou homogenní, ale naopak přísně individuální. Jsou utvářeny

54 PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

55 ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Výbrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

56 VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.

57 NOVOTNÁ, E. *Sociologie sociálních skupin*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2957-2.

celoživotním stylem, hodnotovým žebříčkem každého člověka a korespondují se vzdělaností.⁵⁸ Struktura potřeb seniorů je stejná jako u všech ostatních příslušníků společnosti. S příchodem stáří se struktura potřeb nemění, ale může se projevit změna v zaměření potřeb i jejich subjektivní význam. Vágnerová uvádí např. pokles stimulace, snížení potřeby učení, změna v charakteru sociálního kontaktu, zvyšování potřeby jistoty a bezpečí, růst deficitu u potřeby seberealizace, posilování potřeby otevřené budoucnosti a naděje.⁵⁹

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.⁶⁰

- *Fyziologické potřeby*

Fyziologické potřeby jsou potřebami základními. Do této skupiny patří potřeba výživy, vylučování, dýchání, spánek a odpočinek, pohyb, hygiena, správná teplota, zdraví, tišení bolestí, smích, pláč a fyzické kontakty. Pokud u někoho nejsou uspokojeny fyziologické potřeby, není možné u něj postoupit k vyšším stupňům potřeb.⁶⁰

- *Potřeba bezpečí*

Potřeba jistoty a bezpečí znamená dle A. Maslowa nejen pocit tělesného bezpečí, ale i spolehlivost řádu a pravidel, která umožňují dosažení pocitu jistoty. Ta je dána

58 ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Výbrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

59 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. Vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

60 PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

schopností orientovat se ve světě a možností předvídat především takové situace, které by mohly být ohrožující. Zpravidla se jedná o potřebu bezpečných vztahů s lidmi, o preferenci známého prostředí, dostatek finančních prostředků na živobytí, atd.⁶¹

Potřeba fyzického bezpečí u starších lidí, kteří mají často obavy z pádů, může být posílena kompenzačními pomůckami nebo také oporou od člena rodiny nebo pečovatele. Velmi často se při pomoci starším lidem ve snaze zajistit jim pocit bezpečí a jistoty setkáváme s příliš ochrannými tendencemi, které se snaží vyloučit veškeré riziko.⁶²

- *Sociální potřeby*

Základem těchto potřeb je potřeba sociálního kontaktu. Preference intenzity a četnosti styku s druhými lidmi je u každého člověka rozdílná. Sociální potřeby zahrnují několik druhů potřeb, ke kterým patří potřeba informovanosti, sounáležitosti a akceptace druhými lidmi a potřeba intimity a lásky.⁶²

Potřeba informovanosti souvisí s tím, že má-li člověk nedostatek informací o světě, městě a čtvrti, ve které žije, ocitá se odtržen od světa. To se velmi často stává starým lidem.

Potřeba náležet k nějaké skupině – být členem nějaké skupiny, ať už rodiny, skupiny přátel, klubu atd. Problémy nastávají při přestěhování do jiného města nebo čtvrti, ale také tehdy, není-li možné zúčastňovat se setkávání vrstevníků, zájmových akcí, navštěvovat přátele, rodinu a oni se nemohou podívat na něj. Snaha uspokojit své potřeby nás přivádí do sociálních skupin, ve kterých je uspokojíme snáze než sami.⁶³

Potřeba intimity a lásky se projevuje touhou po vzájemné blízkosti a sdílení, otevřeností hlubší komunikaci, ochotou naslouchat, ale i ochotou se otevřít.⁶¹ Pro člověka je velmi důležité mít někoho rád a přijímat tento cit od druhého.⁶²

Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut se týká toho, aby měl člověk možnost hovořit s někým a vyjádřit svůj názor. Někdo potřebuje hodně mluvit, jinému stačí být s ostatními.

61 VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.

62 PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

63 NOVOTNÁ, E. *Sociologie sociálních skupin*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2957-2.

- *Potřeba autonomie*

Pro porozumění osobnosti jakéhokoli člověka je důležité vědět, jaké místo v osobní hierarchii zaujímá autonomie. Lidé s vysokou potřebou autonomie si udržují určitý odstup, nechtějí, aby byli čímkoli omezováni a pro zachování své nezávislosti jsou ochotni hodně obětovat. Jedinci s nízkou mírou autonomie bývají nejistí a úzkostní, nedokáží odolávat různým nátlakům a omezením. Svě nezávislosti se snadno vzdávají ve prospěch udržení vztahu, bývají závislí na jiných lidech, na jejich pomoci podpoře či dokonce rozhodování. Tak tomu bývá u lidí s nižší sebedůvěrou, kteří se necítí být dostatečně kompetentní nebo je trápí pocity bezmoci.⁶⁴

- *Potřeba seberealizace*

Motivuje člověka, aby rozvinul všechny své předpoklady a aby se stal vším, čím se může stát.⁶⁴ Tato potřeba je spojena s touhou nalézt smysl svého života.⁶⁵ Tendenci k seberozvoji oslabuje úzkost, strach ze ztráty jistoty, který vede k ulpívání v současném stavu a k preferenci zachování toho, co již bylo dosaženo.⁶⁴

Lidské potřeby jsou přirozenou součástí každé osobnosti, je jen rozdíl v tom, jakým způsobem může jedinec tyto potřeby uspokojovat. Staří lidé potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako mladí.⁶⁶

1.4 Postavení seniorů ve společnosti

Sociální struktura každé společnosti je spojena společenskými vztahy. Společenské vztahy se vždy promítají do hodnocení i sebehodnocení stáří určitou společností. S tím souvisí společenská role seniorů, jejich sociální status, který je vždy vymezen určitými právy a požadavky.⁶⁷

Sociální role je očekávaný způsob chování jedince, který se nachází v určité společenské pozici. Role v podstatě určuje, co člověk může, co by měl, co musí a co nesmí. Status je určité sociální postavení a role reprezentuje dynamický aspekt (činnost,

64 VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.

65 PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

66 NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. ISBN 80-7083-383-1.

67 PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

výkon), který odpovídá tomuto statusu.⁶⁸ Každý člověk potřebuje někam patřit, mít své role v rodině, v práci a ve společnosti. Ve stáří dochází ke ztrátě těchto rolí a přibývá sociálních změn. Senior přichází o svou pracovní roli a stává se důchodcem. Dospělé děti opouštějí domov a dochází ke změně v roli otec – matka. Nastávají změny v partnerské roli spojené s rozvodem, nemocí nebo smrtí partnera.⁶⁹

Jedním ze záporných rysů současné společnosti je stále ještě přetrvávající představa stáří jako klidného a pasivního období života typického závislosti na okolí. Seniori jsou vnímáni jako nepotřebná a nesamostatná komunita, která je přímým ohrožením národního životního standardu. Toto pro seniory negativní společenské klima se promítá i do jejich postavení v rodině. Často jsou v rodině vnímáni jako zátěž, zejména kvůli špatnému zdravotnímu stavu a nesoběstačnosti, kdy jim rodiny poskytují péči na úkor vlastního profesního či soukromého života. Pouze menšině seniorů se daří zapojit aktivním způsobem do života společnosti i rodiny.⁷⁰

Senior se cítí vyřazen ze společnosti právě do té míry, jak se k němu chová či jak s ním zachází jeho okolí.⁷¹

Velký vliv na vnímání a přijímání seniorů společností má to, jak je tato sociální skupina pojímána a prezentována médii. Seniori se objevují v médiích velmi zřídka. Většinou v nich bývají spojováni s násilnými trestnými činy či ekonomickou kriminalitou, kde figurují jako naivní a snadné oběti. Jasně dominují politicko-ekonomická témata. V této souvislosti lze zmínit například vysokou nákladnost důchodového systému, zátěž státního rozpočtu, prohlubování státního dluhu v souvislosti s nízkou či žádnou ekonomickou aktivitou seniorů. Na aktivního seniora bývá poukazováno jako na něco výjimečného. Při informování o seniorech užívají média bulvarizační jazyk. Jazyk, obrazy a reprezentace, které média využívají nejsou jen reprodukcemi sociálního světa, ale sociální svět je jimi také konstruován. Odlišná pojmenovávání iniciují odlišné zacházení. Něco jiného si představíme, pokud použijeme

68 PELÁN, Z. *Sociální role*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/socialni-role>>.

69 KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

70 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní koncepce rodinné politiky*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce_rodina.pdf>.

71 MATOUŠEK, O., KOLÁŘOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

výraz důchodce a něco jiného pod výrazem senior. Zatímco důchodce odkazuje spíše k tomu, že se jedná o ekonomicky neaktivní osobu, senior se těmto souvislostem vyhýbá a poukazuje na další aspekty seniorského života.⁷²

Stáří bylo v historii akceptováno, někdy uctíváno a oslavováno, častěji odmítáno. Obecně lze říci, že dokud bylo málo pravděpodobné, že se člověk dožije vyššího či vysokého věku, bylo stáří spíše ctěno a bylo považováno za záležitost individuální než společenskou. Na stáří bylo pohlíženo jako na výjimečnost, starcům byla připisována moudrost a mimořádné vlastnosti. Se zvyšující se pravděpodobností dožít se vysokého věku se stáří stává společenský jevem.⁷³

Výsledky výzkumů týkající se postavení seniora ve společnosti se různí. Na jedné straně se setkáváme s pozitivním vztahem obyvatel k seniorům, kdy jsou oceňovány především jejich životní zkušenosti, je uznávána jejich pevná pozice ve společnosti a že nejsou vnímáni jako skupina osob, která je na obtíž.⁷⁴

Na druhé straně je na ně pohlíženo jako na skupinu, která zabírá místa v zaměstnání, byty a na kterou se musí vydělávat. Tedy jsou vnímáni jako parazitující sociální skupina. Sami senioři vnímají své postavení ve společnosti jako marginalizované. Někteří ve svých odpovědích uvádějí, že být v současné společnosti seniorem je potupa.⁷⁵

1.4.1 Sociální fungování seniorů ve společnosti

Sociální fungování je proces, který se uskutečňuje v rámci sociálních interakcí mezi nároky prostředí a jedincem, který v tomto prostředí žije.⁷⁶ Sociální fungování seniorů je možné hodnotit v oblasti společenských kontaktů, při zvládnání provozu domácnosti, podle úrovně stravování, způsobu zacházení s penězi, úrovně péče o zevnějšek nebo o vlastní zdraví.⁷⁷ Sociální fungování je podmíněno naplněním fyziologických,

72 SOKAČOVÁ, L. A KOL. *Reprezentace seniorů a senierek v médiích*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=649657>>.

73 PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

74 DOBROVOLNICKÉ CENTRUM, O.S. ÚSTÍ NAD LABEM. *Obdivuhodní senioři*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.hest.cz/res/data/006/000999.pdf>>.

75 SAK, P., KOLESÁROVÁ-SAKOVÁ, K. *Proměna sociálního obsahu kategorie generace seniorů*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.insoma.cz/2_8.pdf>.

76 KAPPL, M. *Teze k formulaci přístupu sociální práce s příslušníky menšinových skupin*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://kappl.czechcore.cz/vyuka_ucebni_texty_det.php?predmet=1&lekce=104>.

77 MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

psychologických, sociálních a duchovních potřeb. Pro podporu sociálního fungování klienta je zapotřebí porozumět jeho životní situaci.⁷⁸

Změnu životní situace člověka ve stáří lze vymezit skrze funkční potenciál jedince, který tvoří tři složky: fyzická, psychická a sociální.

Fyzická dimenze – vyjadřuje biologické stárnutí organismu, tzn. funkčnost orgánů a smyslů, změny tkání a struktur, přítomnost či absence nemoci, vnější tělesné změny (barva vlasů, vrásky na kůži, pigmentové skvrny), schopnost adaptace organismu, odolnosti imunitního systému k zátěži.

Psychická dimenze – zahrnuje kognitivní funkce (paměť, schopnost zpracovávat informace, řešení problémů), mentální funkce, emoční složku. Významnou složkou jsou jedincovy osobnostní rysy a způsob nazírání vlastního „já“, které ovlivňují reakci na vlastní stáří (tzn. „člověk je starý tak, jak se sám cítí“).

Sociální dimenze – představuje vztahy ke společnosti, začlenění do sociálních sítí, nahlížení druhých lidí v okolí, ochota participovat na aktivitách atd.

Funkční potenciál ovlivňuje individuální kompetence uspokojovat své potřeby. Dysfunkce biologické, psychické, sociální složky nebo jejich kombinace či dysfunkce všech složek může způsobit poruchu sociálního fungování seniora ve společnosti.⁷⁹ K problémům v oblasti sociálního fungování dochází tehdy, jestliže dojde k poruše rovnováhy mezi nároky prostředí a schopností člověka tyto nároky zvládat.⁷⁶

1.4.2 *Společenská angažovanost a začleňování*

Sociální začleňování ve stáří nabývá podobu sociální angažovanosti seniorů v bohatých neformálních sítích, dobrovolné samoty „introvertních“ seniorů a nedobrovolné osamělosti.⁸⁰

Občanská angažovanost souvisí s představou účasti na společenském životě. Lze ji rozdělit na politickou participaci, která se zaměřuje na účast seniorů ve volbách, členství v politických sdruženích a zájmových skupinách a sociální participaci, která se týká

78 KAPPL, M. *Teze k formulaci přístupu sociální práce s příslušníky menšinových skupin*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://kappl.czechcore.cz/vyuka_ucebni_texty_det.php?predmet=1&lekce=104>.

79 KUBALČÍKOVÁ, K. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <www.socialnipece.brno.cz/useruploads/files/expertiza_-_senioři.doc>.

80 SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

zájmu o zakotvení do socio-kulturní sféry. Při těchto aktivitách jde o seberozvoj a vlastní blaho jednotlivce (např. návštěvy koncertů, kurzy, sportovní kluby) a zakotvení v osobních sociálních sítích.⁸¹

Sociální začleňování je definováno v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách jako proces, který zajišťuje osobám sociálně vyloučeným nebo sociálním vyloučením ohroženým dosáhnout příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.⁸²

Snahou každé vyspělé společnosti by mělo být seniory do společnosti integrovat a ne je segregovat. Ze strany seniora může být chuť začleňovat se do společnosti ovlivněna nejen společenskou atmosférou, ale i jeho individualitou, protože každý má své názory a vlastní filozofii, jakým způsobem nejlépe prožít stáří. Participace starého člověka na společenském životě může být dále omezena z důvodu přibývajících zdravotních potíží. To se týká především aktivit, kvůli nimž musí starý člověk opouštět svůj byt (návštěvy divadel, kulturních podniků apod.). A v neposlední řadě zde hraje svou roli i nabídka příležitostí pro aktivní život seniorů.⁸³

1.4.3 Sociální kontakty

Sociální kontakty chápeme jako moment realizace společenské vazby, kdy dochází ke vzájemnému působení lidí a k výměně hodnot, kterým obě strany přikládají nějaký význam (může jít např. o výměnu předmětů, zkušeností apod.).⁸⁴

Člověk je tvor společenský. Většina lidí potřebuje společnost a kontakty s druhými lidmi. Pokud člověk ztratí schopnost komunikovat, orientovat se v běžných situacích, okolí se odsune stranou.⁸⁵ V důsledku smyslových a kognitivních změn mohou také

81 VOGELWIESCHE, U., SPORKET, B. *Strategien zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen in Deutschland und den Niederlanden*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.engagement-conference.info/resources/D-NL-Expertise.pdf>>.

82 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

83 ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Výbrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

84 BEDNÁŘ, R. *Učební text sociologie*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.zcu.cz/fpe/about/celozivotni_vzdelavani/ESF_mistri/materialy2011/ZS_podpory/KPG_SOC_studijn_i_material.pdf>.

85 VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

sociální kontakty pro seniory znamenat námahu, zátěž a vyvolávat v nich pocity sociální distance, dezintegrace či omezení osobní autonomie.⁸⁶ Podle teorie odcizování Cumminga a Henryho (1961) se kontakty stárnoucích lidí se světem stávají stále méně častými. Toto odpoutávání od kontaktů s ostatními lidmi způsobuje ztráta partnerů a přátel, stejně jako další faktory vedoucí k sociálnímu odcizování například odchod do důchodu. Tento proces byl prohlášen Cummingem a Henrym za logický, neboť je odstartován samotným seniorem, živen společenskými konvencemi a svým zbavováním se vazeb k hmotnému světu připomíná přípravu starých lidí na smrt. Odcizování je však v mnoha zemích třetího světa jev prakticky neznámý, protože v nich staří lidé hrají aktivní roli v životě komunity.⁸⁷

1.4.4 Společenské vztahy

Jsou vytvářeny třemi stránkami společenského styku: sociální komunikací, sociální interakcí a percepcí.

Sociální komunikace znamená předávání informací a vzájemnou výměnu názorů mezi lidmi ve společnosti při sociálním styku. Úroveň naší komunikace je podmíněna sociálně, tzn., že souvisí s tím, jaké místo zaujímáme v sociální struktuře společnosti. Ve středních a vyšších vrstvách společnosti se používá obvykle jiný způsob vyjadřování než v nižších vrstvách.

Sociální interakce je formou sociálního styku, kde dochází k vzájemnému působení lidí, které je systematické a trvalejší. Strukturu sociální interakce ovlivňují zejména dva faktory: společenské hodnoty a normy a sociální pozice a role.⁸⁸ V sociální interakci seniorů převažuje osobní setkání a při větší geografické vzdálenosti je nahrazeno telefonickým a písemným kontaktem. Do okruhu každodenní sociální interakce patří i prodavačky v obchodě, trafikantky, spoluobčané se kterými se setkávají, když někam jdou nebo při jízdě v autobuse.⁸⁶

Sociální percepce znamená proces vzájemného pozorování, zkoumání a vnímání

86 SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5

87 HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

88 BEDNÁŘ, R. *Učební text sociologie*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.zcu.cz/fpe/about/celozivotni_vzdelavani/ESF_mistri/materialy2011/ZS_podpory/KPG_SOC_studijn_i_material.pdf>.

člověka, skupiny či jiné pospolitosti, instituce apod. Nejedná se však o pouhé poznávání, ale jde o hlubší pochopení druhého. Schopnost percepce je snižována např. různými duševními chorobami, strachem, úzkostí apod.⁸⁹

Charakter sociálních vztahů může být označován z různých hledisek jako kooperativní, příbuzenský, spojenecký. Na vzniku a trvání dlouhodobějších vztahů se podílejí především sociální emoce – hrdost, vina, závist, stud, rozpaky, nenávisť, ponížení, žárlivost, soucit, lítost, důvěra, jistota, spokojenost. Sociální emoce vznikají jako důsledek srovnání s jinými lidmi (hrdost, závist), se sociálními normami společnosti i osobními morálními hodnotami (stud, vina, rozpaky), ale také jako důsledek přímého ohrožení já (nenávisť, ponížení, žárlivost) nebo výsledkem empatie (soucit, lítost). Patří sem také emoce spojené s attachmentem (základní interpersonální citová vazba) a intimitou (důvěra, jistota, spokojenost) nebo s poskytnutím pomoci jako vděčnosti a nebo urovnání konfliktu (usmíření).⁹⁰

- *Vztah s životním partnerem*

Je seniory prožíván jako vztah spolehlivý a prověřený v průběhu dlouhého soužití. U seniorů bývá spojován s důvěrou v pomoc a podporu, vzájemným porozuměním, úctou, ohleduplností a v neposlední řadě s citovým poutem.

- *Vztah s dospělými dětmi*

V reflexi vztahů s dospělými dětmi hrají podstatnou roli sociální kontakty a jejich četnost. Pro seniory je důležité být s nimi v kontaktu, vidět se s nimi, být pohromadě a povídat si. Absenci kontaktů s dětmi prožívají senioři velmi těžce. Špatné vztahy mezi generacemi vzdalují spíše dospělé děti od starých rodičů než rodiče od dětí. Partneri dospělých dětí stojí ve výpovědích seniorů spíše v pozadí, což nevylučuje dobré vztahy, přesto senioři vnímají tento typ vazby jako pouto zprostředkované, existující a mající smysl „skrze dítě“.

- *Vztahy s vnoučaty*

Senioři vnímají vnoučata jinak než své děti. Chybí zde pocit přímé rodičovské

89 BEDNÁŘ, R. *Učební text sociologie*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.zcu.cz/fpe/about/celezivotni_vzdelavani/ESF_mistri/materialy2011/ZS_podpory/KPG_SOC_studijn_i_material.pdf>.

90 VÝROST, J., SLAMĚNÍK I. a kol. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0042-5

odpovědnosti, mají odlišná očekávání, včetně představy o kontaktech s nimi, o pomoci a podpoře. Ve vztazích s vnoučaty jde primárně jen o emocionalitu. Narušené vztahy s vnoučaty jsou obvykle odrazem konfliktních vztahů seniorů s dospělými dětmi, někdy i „složitějšího dospívání“ vnoučat.

- *Vztahy se sourozenci*

Vztahům se sourozenci senioři také připisují především citový rozměr. Pojí je společné pouto k rodině. Sourozenecké pouto je prožíváno obzvláště intenzivně u svobodných, ovdovělých či bezdětných seniorů. Význam sourozenců interpretují senioři rovněž prostřednictvím sociálních kontaktů.

- *Vztahy s přáteli*

Vztahy, které jsou založeny na dřívější profesi, někdy i letitá sousedství. I zde hraje zásadní roli dlouhodobost vztahu. Podstatu vztahu vystihuje nejčastěji důvěra, vzájemná setkávání naplněná volnočasovými aktivitami. Přátelé jsou pro seniory lidé, se kterými se rádi setkávají, cítí se s nimi dobře, důvěřují jim.

- *Vztahy se sousedy*

Senioři charakterizují sousedy především prostorovou blízkostí a snadnou dosažitelností jak pro sociální kontakty, tak pro případnou instrumentální pomoc. Pro sousedství je významná kvalita vztahu a generační blízkost. Senioři se stýkají také s lidmi z klubů. Věřící lidé se stýkají s lidmi s kostela.⁹¹

1.5 Zdravotně sociální problémy seniorů

I ve stáří je za normální stav považováno dobré fyzické zdraví a duševní kondice. Je však třeba připustit, že stáří je obdobím, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji a s tím také souvisí pokles či ztráta schopnosti vést plný, kvalitní a nezávislý život.⁹²

91 SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

92 HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Výbrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

1.5.1 Ztráta autonomie

Autonomie je pojem, který může být definován jako schopnost rozhodovat o vlastním životě, vést život podle vlastních pravidel a dosahovat svých cílů.⁹³

Studie Andrewa Sixmithe z roku 1986 ukázala, že pro seniory autonomie znamená nezávislost jako schopnost pečovat o sebe, kapacitu pro sebeřízení a svobodu volit vlastní aktivity a nebýt zavázán druhým. Senioři chápou autonomii jako fyzickou soběstačnost, finanční soběstačnost, volnost a svobodu. Představy seniorů o autonomii jsou o svobodě, respektive o samostatnosti v názorech, rozhodování, jednání ale i o odpovědnosti.⁹⁴

S ubýváním fyzických sil a psychických schopností nastávají problémy v oblasti autonomie seniorů, kteří jsou často omezeni buď ve schopnostech učinit validní rozhodnutí nebo jej realizovat.⁹⁵

Ztráta autonomie je spojena s omezením schopnosti být sám sebou, s omezením možnosti volit místo, čas, osoby, činnosti s druhými lidmi, ztrátou kontroly nad svým životem, snížením míry odpovědnosti za svá rozhodnutí.⁹⁶

Někteří staří lidé nejsou schopni projevit svou vůli. Jiní se jí snaží vehementně prosazovat a ohrožují tak nejen sebe, ale i druhé. Další skupinu tvoří senioři, kteří na svou autonomii rezignovali. To jim přináší úlevu od psychické zátěže při rozhodování. Autonomie, kontrola a kompetence se vztahují k sociálnímu prostředí – ke kulturním očekáváním, výkonnosti v určité životní fázi.⁹⁴

1.5.2 Snížení míry soběstačnosti a vznik závislosti na pomoci jiné osoby

Soběstačnost je schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a o svoji domácnost. Zahrnuje stránku fyzickou, tj. především pohyblivost, psychickou (zejména schopnost zařizovat si své věci samostatně), ekonomickou (dostačující příjmy)

93 VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

94 SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

95 SMUTEK, M., ŠVEŘEPA, M. *Sociální práce a sociální služby*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-105-6.

96 KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

a sociální (úroveň integrace s rodinou a společností).⁹⁷ Soběstačnost je schopnost klienta uspokojovat své fyziologické potřeby v konkrétních životních podmínkách prostřednictvím tzv. aktivit denního života. Základními aktivitami denního života jsou najedení, napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči a stolice, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli nebo vozík, chůze po rovině. Jako instrumentální aktivity denního života jsou označovány jízda dopravním prostředkem, nákup potravin, uvaření, jednoduché domácí práce, vyprání osobního prádla, telefonování, užívání léků, odeslání peněz na poště nebo zacházení s platební kartou.⁹⁸

Omezení v instrumentálních aktivitách denního života vede ke zhoršení kvality života seniora, ale nepředstavuje ještě potřebu péče druhé osoby na rozdíl od omezení v základních aktivitách denního života.⁹⁹

Mezi faktory, které nejčastěji ovlivňují soběstačnost, patří chronické choroby a vady. Nejčastěji se jedná o onemocnění pohybového aparátu. Dále jsou to pak smyslové poruchy, neurologická a psychická onemocnění, onemocnění kardiovaskulárního systému a choroby, které mají zvýšené nároky na ošetření, úpravu životosprávy a používání kompenzačních pomůcek.

Dojde-li k poklesu funkčního potenciálu, zvyšují se požadavky na úpravu prostředí. Senior přestává zvládat samostatné bydlení, jestliže například bydlí ve špatně vybaveném bytě bez telefonu, ve vyšším patře bez výtahu nebo má topení na tuhá paliva.⁹⁷ V geriatrii posuzujeme soběstačnost pomocí různých škál. Hovoříme o škálách základních a instrumentálních aktivit denního života (ADL, IADL). Na základě těchto testů je pak dle dosaženého počtu bodů určen stupeň závislosti na pomoci jiné osoby.⁹⁹ Závislost je stav, kdy člověk potřebuje pomoc nebo dohled při činnostech každodenního života.¹⁰⁰ Pravděpodobnost vzniku závislosti v seniorském věku se zvyšuje.¹⁰¹ Nejdříve dochází ke snížení schopnosti vykonávat všední denní činnosti jako je cestování dopravními prostředky, používání telefonu nebo zvládnání vedení domácnosti. Při dalším

97 ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

98 HOLMEROVÁ, I. *Testovník – soubor testů pro gerontologii*. 2. vyd. Praha: ČALS, 2003. ISBN 80-86541-11-8.

99 HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

100 PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

101 SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

poškození mohou nastat i problémy se zajištěním sebeobsluhy.¹⁰²

Závislost na pomoci jiné osoby se dle zákona 108/2006 Sb. stanovuje ve čtyřech stupních:

- Stupeň I – lehká závislost
- Stupeň II – středně těžká závislost
- Stupeň III – těžká závislost
- Stupeň IV – úplná závislost.¹⁰³

Nesoběstačnost vážně nemocných a imobilních jedinců vede k omezení kontroly nad svým životem a jejímu přenesení na členy rodiny nebo instituce.¹⁰⁴

Příčinou vzniku závislosti na pomoci druhé osoby není vždy nezbytně objektivní pokles funkčního potenciálu, ale k jejímu vzniku přispívají také přístupy společnosti ke stáří a starým lidem, které se zakládají na mylných představách a postupech.¹⁰⁵ Někdy v souvislosti s pobytem v domově pro seniory dochází k tzv. sociálnímu stárnutí, kterým se označuje situace, kdy u seniora v důsledku života v instituci dochází k úbytku samostatnosti a zvýšení závislosti.¹⁰⁶ Klient ztrácí vůli a motivaci pro zachování vlastní nezávislosti, smiřuje se se svou pasivní rolí, která mu byla udělena a přenechává výkon svých práv a svobod instituci.¹⁰⁷ Se závislým chováním se u seniorů můžeme setkat nejen jako s projevem naučené bezmocnosti, ale také se strategií, jak získat pozornost druhých, stává se prostředkem pro vytvoření příležitosti k fyzickému a sociálnímu kontaktu.^{104, 108}

1.5.3 Osamělost seniorů

Osamělost není synonymem pro samotu. Samotu lze pozorovat zvnějšku, zatímco osamělost je subjektivním vnímáním sociálních interakcí. O osamělosti seniorů

102 ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

103 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

104 SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

105 KUBALČÍKOVÁ, K. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z: <http://www.socialnipecer.brno.cz/useruploads/files/expertiza_-_senioři.doc>.

106 DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální vyloučení seniorů*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z: <<http://www.senio.cz/archive.php?w=art&id=2497&rub=14&s=>>>.

107 MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

108 VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

hovoříme tehdy, jestliže zapojení do sociálních vztahů je méně uspokojivé, než by si dotyčný jedinec přál. Existují lidé, kterým ani velké množství sociálních kontaktů nepomáhá překonat osamělost.

Více než kvantita je důležitější kvalita existujících vztahů. Osamělost není možné zjistit pouhým pozorováním, protože člověk se může cítit sám, i když je obklopený lidmi. V souvislosti s osamělostí lidé zažívají pocity zoufalství, deprese a sebelítosti.

Rozlišujeme dva typy osamělosti, a to emocionální a sociální. Emocionální osamělost nastává v případě absence důvěrného vztahu s jednou konkrétní osobou. Sociální osamělost znamená chybění přátel, známých, respektive nedostatek takových sociálních vazeb, při kterých dochází ke vzájemnému sdílení aktivit a zájmů.

Někteří lidé mají tendence k silnějšímu prožívání osamělosti. Osamělost bývá spojována s dramatickými změnami v životě. Takovou situací je například opuštění domácího rodinného prostředí. Ženy a muži prožívají osamělost téměř stejně, ale ženy hovoří o své osamělosti častěji než muži, kteří mají tendenci spíše svou osamělost popírat. Za příčiny vzniku osamělosti jsou považovány zvýšená úroveň sociální úzkosti, stydlivosti, nižší stupeň sebeúcty a asertivity.

Osamělí lidé jsou introvertní, úzkostliví a přecitlivělí. Mají problémy s navazováním přátelských vztahů a se svým zapojováním do společenských a skupinových aktivit. Nedostatek vztahů může být způsoben příliš kritickým posuzováním sebe i jiných lidí. Přecitlivělost pak vede osamělé lidi k tomu, že vnímají jakékoliv nepatrné podněty jako projevy odmítání.

Interakce s jinými lidmi se pak nestává zdrojem potěšení a příjemných zážitků, ale je zdrojem různých nepříjemností. Dochází k uzavírání seniorů ve své osamělosti.

Stejně jako jsou různé příčiny osamělosti, nacházíme i různé reakce reakce na ni. K typickým reakcím patří pláč, spánek, bezcílné dívání se na televizi, přejídání se, pití alkoholu nebo užívání drog. Někteří lidé se snaží překonat svou samotu tím, že se věnují svým koníčkům, studují, cvičí, zajdou si do kina nebo se snaží navázat sociální kontakt.

Jedním z nejvhodnějších způsobů, jak lze předcházet vzniku osamělosti je formování plnohodnotných přátelství.¹⁰⁹

109 VÝROST, J., SLAMĚNÍK I. a kol. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0042-5.

1.5.4 Sociální izolace a vyloučení

Ztráta kontaktů se společenským prostředím vede k sociální izolaci a ve svém důsledku může vést až ke smrti. Do sociální izolace se dostává starý člověk tehdy, když žije sám a neudrhuje kontakty se svojí rodinou nebo známými, ale může k ní dojít i u manželské dvojice, pokud nenavazuje kontakty s okolím.¹¹⁰

Sociální vyloučení je v platném znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezeno jako vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti, kdy v důsledku své nepříznivé sociální situace se nemohou do něj zapojit.¹¹¹

Sociální vyloučení je možné definovat jako proces, kdy jsou jednotlivci i celé skupiny osob zbavovány přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení se do sociálních ekonomických a politických aktivit.¹¹² Sociální vyloučení seniorů je možné chápat jako proces úpadku a rozpad vztahů mezi jedincem či určitou minoritou a majoritní společností. Je spojováno s pocitem ztráty sounáležitosti, sdílení, vzájemného chápání, vzájemné vstřícnosti, pomoci a respektu.¹¹³

Dochází k vytlačení jedince na okraj společnosti. Lidé vzhledem ke své chudobě, nedostatečnému přístupu k možnostem celoživotního vzdělávání nebo kvůli diskriminaci nemohou plně participovat na životě společnosti.¹¹⁴

Mezi nejčastější příčiny vzniku sociální izolace patří přibývajících zdravotní problémy, ztráta životního partnera a blízkých vrstevníků. S odchodem do důchodu pak souvisí ztráta zaměstnání a společenské prestiže, což vede k vytržení ze společenského prostředí stejně jako přemístění seniora do ústavní péče.¹¹⁵

Vysokým rizikem sociálního vyloučení jsou ohroženi senioři v ústavní péči. Tito lidé mohou být ohroženi sociálním vyloučením z důvodu nedostatku finančních prostředků, sociálních vztahů a kontaktů, občanských aktivit a prostorového vyloučení

110 ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

111 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

112 FORINT: FÓRUM PRO INTEGRACI. *Co je to sociální exkluze*. [online]. [cit. 2011-02-24]. Dostupný z: <<http://www.forint.cz/portal/co-je-to-socialni-exkluze/>>.

113 KALVACH, Z. *Aktivní stáří, geriatrická křehkost a technická pomoc*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/01_Kalvach.pdf>.

114 *Informační bulletin SKOK pro organizace působící v sociálně zdravotní oblasti*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z: <<http://komplan-bruntal.wz.cz/skok/skok0305.doc>>.

115 *Chudoba napříč generacemi*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z: <http://ec.europa.eu/employment_social/2010againstpoverty/export/sites/default/downloads/Topic_of_the_month/CS_Thematic_Article_Poverty_Across_Generations.pdf>.

z přirozeného prostředí.¹¹⁶

1.6 Domovy pro seniory

Účel domovů pro seniory je vymezen v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje dlouhodobou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.¹¹⁷

Domovy pro seniory představují klasickou formu institucionální péče o seniory. Poskytují trvalé ubytování a široké spektrum služeb od péče o domácnost klienta, přes nejrůznější programy aktivit až po náročnou ošetrovatelskou a rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající. Rozhodnutí odejít do rezidenčního zařízení činí staří lidé buď dobrovolně (z ekonomických či rodinných důvodů opouštějí své původní bydliště a volí menší byt v instituci, kde mají navíc k dispozici i služby), nebo jsou donuceni okolnostmi, zejména radikální změnou svého zdravotního stavu při současné nepřipravenosti přirozeného prostředí kompenzovat funkční ztráty a zajistit péči.¹¹⁸

1.6.1 Principy péče v rezidenčních zařízeních a sociální rehabilitace

Rezidenční péče by měla starým lidem nabídnout možnost zlepšit kvalitu jejich života tím, že jim poskytne bezpečné, pohodlné a jejich silám odpovídající životní prostředí, podporu a stimulaci k maximalizování jejich fyzických, intelektuálních, emocionálních a sociálních možností. Klienti by měli být přítomni u všech rozhodnutí, která ovlivňují jejich život, s výjimkou případů, kdy to není prokazatelně možné. Rozhodnutí týkající se péče by měla být založena na předpokladu, že obyvatelé jsou

116 DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální vyloučení seniorů*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z: <http://www.senio.cz/archive.php?w=art&id=2497&rub=14&s=>>.

117 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

118 MATOUŠEK, O., KOLÁŘOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

schopni rozhodovat o svém životě. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory závisí na množství faktorů, které lze shrnout do následujících hodnot:

- *Soukromí* – právo jedince na vlastní samotu bez vyrušování a nežádoucí pozornosti či zásahů veřejnosti do jeho záležitostí.
- *Důstojnost* – uznání vnitřní hodnoty člověka bez ohledu na okolnosti a to respektováním jeho jedinečnosti a osobních potřeb, jednání s respektem.
- *Nezávislost* – příležitost jednat a myslet bez zásahu jiné osoby a ochota vystavit se kalkulovanému riziku.
- *Volba* – příležitost samostatně si vybrat z řady možností.
- *Práva* – disponování všemi oprávněními plynoucími z občanství.
- *Seberealizace* – realizace osobních aspirací a schopností ve všech aspektech každodenního života.¹¹⁹

1.6.2 Sociální rehabilitace v domově pro seniory

Sociální rehabilitace je službou sociální prevence. Jejím úkolem je zabránit sociálnímu vyloučení ohrožených osob.

Pojmy sociální péče a sociální rehabilitace by se neměly směřovat. Péče je nutná služba u stabilizovaných a někdy i postupně se horšících klientů. Sociální rehabilitace představuje program, který by měl sociální situaci osob se zdravotním postižením zlepšovat. Člověk s postižením by se měl stále více začleňovat do společnosti.¹²⁰ Cílem sociální rehabilitace v domově pro seniory je resocializace, adaptace a podpora nezávislosti klientů.

- *Resocializace klientů domova pro seniory, zprostředkování společenského kontaktu*

Socializace je proces, který se uskutečňuje prostřednictvím sociálních interakcí s druhými lidmi v sociálním prostředí. Jedná se o proces celoživotní. Jedinec se neustále nachází v nových sociálních situacích a setkává se s dalšími sociálními skupinami, jimž musí či chce porozumět a s jejichž hodnotami a normami se konfrontovat, případně je

119 GREAT BRITAIN. SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Homes are for Living in*. 2. vyd. London: H.M.S.O., 1989. ISBN 0-11-321229-1.

120 VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

přijmout za své a stát se členem oněch skupin.

Při socializaci v užším slova smyslu jde o začleňování jedince do sociálních vztahů. Cílem je naučit ho hrát sociální role adekvátní jeho sociálním pozicím.

Resocializace znamená znovuoobnovení socializace po její ztrátě. Jejím cílem je včlenění člověka zpět do společnosti (osvojení si jejích hodnot, norem chování, jednání). Je celoživotním procesem.

V socializačním procesu má významné místo adaptace. Z tohoto hlediska je možno socializační proces považovat za sled adaptačních procesů, ke kterým dochází v podstatě vždy při změnách vnějších faktorů existence nebo sociálního prostředí, protože člověk se musí neustále přizpůsobovat proměnám prostředí.¹²¹

- *Adaptace*

Adaptací označujeme proces interakce jedince s prostředím, ve kterém se jedinec vyrovnává se změnami sociálního prostředí a přizpůsobuje se mu – včleňuje se do něj.

Z tohoto pohledu rozlišujeme adaptaci pasivní, kdy se člověk přizpůsobuje vnějšímu prostředí a adaptaci aktivní, která se projevuje snahou člověka o změnu prostředí v souladu s jeho potřebami. Adaptace je výsledkem přizpůsobení člověka prostředí, ale i procesem, ve kterém k tomuto přizpůsobení dochází. Jestliže člověk žije se svým prostředím v napětí a konfliktech, pak hovoříme o maladaptaci.¹²¹

Příchod do domova pro seniory neznamena jen změnu trvalého bydliště a to s vědomím, že je to navždy, ale přináší s sebou také celou řadu sociálních změn. Klienti žijící v domově pro seniory se kromě zdravotních potíží potýkají s celou řadou dalších problémů, ke kterým patří: zpretrhání až ztráta vazeb s rodinou, ztráta společenských kontaktů, omezení soukromí, dezorientace v novém prostředí, pocit ztráty plnoprávné občanské pozice a ztráta motivace a vůle k zachování vlastní nezávislosti.¹²² Úkolem seniora je adaptovat se na všechny nově vzniklé situace, ke kterým s příchodem do domova dochází. Adaptace na prostředí domova má tři fáze. Začíná fází očekávání, která představuje časové období od rozhodnutí a podání žádosti do domova pro seniory po nástup. Další fází je vlastní adaptace, která nastupuje těsně po přijetí do a trvá

121 PALÁN, Z. *Základy andragogiky*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://sstanleys.sweb.cz/Zaklady_andragogiky.pdf>.

122 MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

v průměru šest měsíců. V průběhu poslední fáze dochází k doznívání stresové reakce. Na základě výsledků výzkumů z minulosti byly např. ve zdravotně sociálních službách rozšířeny tři typy adaptace:

Dobrá adaptace – obyvatel je aktivní, zapojuje se do všech činností od prvních dní svého pobytu, bezprostředně navazuje kontakty s personálem i s obyvateli, je spokojený, optimistický, s chutí přijímá potravu, aktivně se pohybuje po zařízení i jeho okolí a projevuje zájem o dění v domově i mimo něj.

Vyhovující adaptace – obyvatel neprojevuje aktivní zájem o okolí, ale nestaví se k němu negativně. K výzvám personálu má pasivní postoj a plní je bez zájmu, do rozhovoru se spolubydlícími se nezapojuje, ale rozhovor poslouchá, jídlo přijímá bez chuti a jeho nálada je převážně pesimistická.

Špatná adaptace – obyvatel nemá zájem o nové prostředí, nespolupracuje s personálem, je apatický, depresivní, plačtivý, jídlo přijímá jen s donucením, sedí zahloubaný do sebe a odmítá vykonávat jakoukoliv činnost.¹²³

Procesu adaptace na nové prostředí je třeba věnovat maximální pozornost. Je to úkol pro celý tým. Je důležité, aby nový klient hned na počátku dostal svého klíčového pracovníka – osobu na niž se může s důvěrou obrátit. Je zapotřebí, aby měl dostatek informací o prostředí, aby byl podpořen v navázání nových přátelských a sousedských kontaktů, aby se stal členem různých skupin a dostal příležitost věnovat se aktivitám, které mu připadají smysluplné.

- *Podpora soběstačnosti a nezávislosti klientů*

Snahou poskytovaných služeb klientům je zvýšení kvality života. Přičemž klientům by měla být poskytována pouze nezbytná péče, aby se nestali zcela závislými na sociálních službách, ale naopak aby byly udržovány a individuálně dále rozvíjeny jejich dovednosti a schopnosti, aby zůstali co nejdéle soběstační.

Jednou z možností podpory nezávislosti je vytváření individuálních plánů péče. Plán vychází z hodnocení zdravotního a duševního stavu klienta, posouzení jeho soběstačnosti a potřeb. V plánu jsou stanoveny nejzávažnější problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho aktuální stav (například

¹²³ HROZENSKÁ, M. *Sociální práce so staršími ľud'mi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.

rehabilitací, ošetrovatelskou péčí, úpravou kontaktu s rodinou, vytvoření příležitostí k aktivitám). Plán stanoví časový horizont a úkoly pro jednotlivé členy týmu.¹²⁴

1.6.3 Socioterapie

Socioterapie zahrnuje přístupy a opatření, při nichž se využívá léčivého potenciálu lidského společenství. Jedná se o působení lidským prostředím a společenskými aktivitami. Patří sem aktivity uplatňované v komunitní péči, ale i činnosti, které jsou součástí terapeutických programů (ergoterapie, pohybové aktivity pacientů).

V praxi se nejčastěji setkáváme s těmito typy socioterapie:

- a) *léčba prostředím* (např. akceptující, solidární a povzbudivá atmosféra zdravotnického zařízení, esteticky a harmonicky působící okolí, jestliže je klienti spoluvytvářejí),
- b) *léčebné společenství* (např. podílení se klientů na léčbě),
- c) *sociorehabilitační programy* (např. rozvoj praktických dovedností, zapojení do života),
- d) *svépomocné programy* (např. skupiny klientů se stejným postižením se navzájem informují, organizují společné akce, výlety).¹²⁵

Poskytování sociálně terapeutických činností vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností. Podporují sociální začleňování seniorů. Zajišťují je sociální pracovníce a klíčový pracovník, kteří vedou zejména rozhovory s uživateli, zjišťují jejich potřeby, přání, schopnosti, dovednosti, mobilizují vnitřní zdroje uživatele. Společně s uživatelem hledají cestu možné podpory tak, aby uživatel byl v rámci svých možností co nejméně závislý na poskytované službě, využíval pouze adekvátní služby, čímž se zvyšuje kvalita jeho života. Individuálně plánují s uživatelem průběh poskytované služby. Důležitá je spolupráce nejen s uživatelem služby, ale i jeho rodinou. Sociální pracovníce úzce spolupracuje nejen s uživatelem, ale i jeho rodinou.¹²⁶

124 MATOUŠEK, O., KOLÁŘOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

125 VYMĚTAL, J. *Psychoterapie, socioterapie a farmakoterapie*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://uhsl.wz.cz/elearning/3ZSpsychosocf.doc>>.

126 ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE PRO MLÁDEŽ KVASINY. *Sociálně terapeutické činnosti*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://uspkvasiny.cz/domov-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim/poskytovane-cinnosti/57-socialne-terapeuticke-cinnosti?format=phocapdf>>.

1.6.4 Volnočasová rehabilitace

Rehabilitace volnočasová souvisí s hledáním a nabízením příležitostí pro sebevzdělávání, sportovní a kulturní vyžití.¹²⁷ Možnosti kvalitního využívání volného času jsou zároveň prevencí pasivity, alkoholismu nebo jiných negativních návyků.¹²⁸ součástí práce s klienty je volba vhodné míry aktivizace. Programy jsou vybírány vždy pro konkrétní skupinu klientů, účast na aktivitě je dobrovolná a na utváření programu participuje také klient a jeho blízcí. Mezi volnočasové aktivity patří cestování, tvůrčí činnosti (výtvarné techniky, literární tvorba, fotografie, filmování, provozování hudby, ruční práce), práce s počítačem, návštěva kulturních akcí, kognitivní terapie (trénink paměti, orientace, nácvik základních dovedností), tělesná cvičení ve skupině nebo reminiscenční terapie.^{128, 129}

Při společné aktivitě dochází ke zlepšení schopnosti, na kterou je aktivita zaměřena, ale také přináší vedlejší zisky. Klient získává lepší vládu nad svým tělem nebo pamětí. V důsledku toho se zlepšuje i jeho nálada. Během aktivit, které probíhají ve skupině, se klient seznamuje s dalšími. Vidí, že podobné problémy mají i další lidé a získává důvěru v pomoc personálu. Součástí vhodného aktivizačního programu je reflexe průběhu dne – aktivity na podporu paměti, společenské hry, plánovaných cílů, kterých mělo být dosaženo a hodnocení, do jaké míry se je podařilo splnit.¹²⁹

- *Ergoterapie*

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, při které jsou využívány specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, popřípadě činnosti. Cílem ergoterapie je reedukace funkční schopnosti, pomoc při dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života.¹³⁰ Prostřednictvím vhodně zvolených, cílených a pro osobu smysluplných aktivit se ergoterapeut snaží dosáhnout maximální úrovně fungování v aktivitách denního života, v pracovních činnostech a v aktivitách volného času. Pro dosažení

127 NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. ISBN 80-7083-383-1.

128 VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

129 VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

130 ŠVESTKOVÁ, O. a kol. *Metodika hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.komora.cz/download.aspx?dontparse=true&FileID=1612>>.

tohoto cíle je nutná interdisciplinární spolupráce v rehabilitačním týmu s lékaři, fyzioterapeuty, zdravotními sestrami, psychology, sociálními pracovníky, popřípadě se speciálními pedagogy, zaměstnavateli a ostatními profesionály. Nezbytnou součástí týmu je i sám klient a jeho rodina či blízké sociální okolí, bez jejichž aktivní participace není možné stanovených cílů dosáhnout.¹³¹

- *Arteterapie*

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako samostatný obor. Nejčastěji se rozlišují dva základní proudy – terapie uměním (klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné) a artpsychoterapie (výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovány). Výtvarné techniky usnadňují klientům vyjadřovat jejich pocity. Terapeutovi jsou tak zpřístupněny některé osobnostní rysy, které mohou být jinak stěží rozpoznatelné. Kresby též vyjadřují chorobné změny, ohlašující začínající psychotický proces nebo jeho recidivu, ještě dříve, než je to možné postihnout jinou klinickou metodou. Užívá tvořivého procesu jako prostředníka urovnání emocionálních konfliktů a podporuje růst sebevědomí a osobnostní růst člověka. U některých klientů je neverbální technika jediným prostředkem komunikace mezi klientem a terapeutem. Umělecká tvorba patří k nejčastějším aktivitám, které lze vykonávat až do pozdního věku.¹³²

- *Muzikoterapie*

Muzikoterapie využívá hudebních prostředků k léčebným účelům, zpravidla v kombinaci s jinými psychoterapeutickými metodami. Forma muzikoterapie může být buď aktivní nebo pasivní. Aktivní muzikoterapie spočívá v hudební improvizaci či reprodukci s použitím individuálních výrazových prostředků (hlasu, tleskání) či jednoduchých nástrojů (tzv. instrumentaria C. Orfea). Zatímco při pasivní muzikoterapii jedinec hudbu poslouchá, relaxuje a dochází ke sdělování prožitků v rámci skupiny.

131 VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

132 UHLÍŘ, P. *Pohybová cvičení seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1902-2.

K hudbě neodmyslitelně patří pohyb a dramatické postupy.¹³³

- *Trénování paměti*

Cvičení paměti patří mezi nefarmakologické přístupy snažící se o zlepšení jejího fungování. Trénink paměti je kombinací kognitivního tréninku a relaxujících psychomotorických cvičení. Cílem trénování paměti je naučit seniory techniky a strategie vedoucí ke zlepšení zapamatování tak, aby je byli schopni využívat v každodenním životě. I ve stáří je zachována schopnost učit se a dále se psychicky rozvíjet. Problémy s pamětí ve stáří je možné u zdravých starších osob přisuzovat nedostatečnému tréninku. Trénování paměti je právě tak důležité jako trénink tělesný.¹³⁴

- *Canisterapie*

Canisterapie je druhem terapie, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen přesně podle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Základem pro zooterapie v geriatricii se stal poznatek, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v osamění a v nemoci je zvíře. Vlastnit doma zvíře nebo mít alespoň možnost se s ním například v domově pro seniory setkávat je prospěšné především pro udržení rovnováhy citového, společenského a duševního života.¹³⁵

- *Skupinové hry*

Hra je činnost jednoho či více lidí, která nemusí mít konkrétní smysl, ale přitom má za cíl radost či relaxaci. Hry se hrají především pro zábavu, ale mohou také sloužit například ke vzdělávání. Mají svá pravidla, cíl a přinášejí pocit napětí a radosti, zároveň vědomí odlišnosti od všedního života. Využívají se buď pohybové hry (kuželky, ringo kroužky, hod míčkem na terč) nebo hry klidové (člověče nezlob se, šachy, dáma, domino, karty apod.).

1.6.5 *Komunitní podpora poskytovaná seniorům*

Sociální práce zaměřená na skupinu seniorů se týká podpory jejich sociálního

133 UHLÍŘ, P. *Pohybová cvičení seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1902-2.

134 ČESKÁ SPOLEČNOST PRO TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI A MOZKOVÝ JOGGING. *Materiály ze základního kurzu pro trenéry paměti konaného 14. – 18. 2. 2005 v Praze*.

135 GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.

začlenění do komunity s cílem zdravotní a sociální prevence.

- *Komunitní programy*

Komunitní programy obsahují nabídku v oblasti služeb, kultury, sportu, vzdělávání, ve kterých mohou staří lidé najít své pracovní i volnočasové uplatnění. Prospěšné jsou skupinové aktivity a programy, které vznikají na intergenerační bázi. Kromě integrace a edukace by tyto programy měly zlepšovat i fyzickou kondici seniorů s důrazem na dostatek pohybu, racionální výživu a bezpečnost.

- *Komunitní centra pro starší občany*

Nabízejí pestrou škálu programů jakými jsou přednášky, cvičení, vycházky, výlety, kulturní programy, výtvarné a jiné rukodělné činnosti, divadlo, reminiscenční skupiny, rehabilitaci i hygienické služby.

- *Principy komunitní sociální práce*

Jedním z principů komunitní sociální práce je počítat s heterogenitou starší populace. Dalším principem je integrovat seniory do společnosti, nevytvářet ghetta starých lidí, otevírat zařízení veřejnosti a rozvíjet to, čím může jedna generace obohatit druhou. Dále jde o podporu soběstačnosti, aktivity a vzdělávání. Služby by měly přicházet za seniory. Důraz musí být na zajištění bezpečnosti a pocitu bezpečí. Nutnost interdisciplinární spolupráce. Rezidenční zařízení budovat jako součást komunity – malá, s důrazem na bydlení v centru obce, otevřená komunitě, s rodinným způsobem života.¹³⁶

- *Komunita vstřícná ke stáří*

Vstřícnost ke stáří znamená lepší bezpečnost na ulicích, zejména bezpečné chodníky pro chůzi, dostupné veřejné toalety, dobré dopravní značení, světelné značení na přechodech, které bude respektovat skutečnost, že senioři potřebují delší čas na přecházení vozovky. Měly by existovat také pohybové programy pro seniory přispívající ke zlepšení mobility, rekonvalescenci a zachování svalové síly. Celoživotní vzdělávací programy přispívají nejen vzděláváním seniorů, ale také k rozvoji jejich kontaktů. Komunita musí disponovat dostatečným počtem kompenzačních pomůcek pro smyslové poruchy. Samozřejmostí je bezbariérový přístup ve zdravotnických zařízeních

¹³⁶ MATOUŠEK, O., KOLÁŘOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

a možnost účasti na rehabilitačních programech ¹³⁷

- *Otevřenost domovů pro seniory okolní komunitě*

Domov pro seniory by měl být přirozenou součástí komunity, aby jejich klienti mohli nadále co nejvíce participovat na jejím životě. Např. zařízení představuje zázemí i pro jiné typy služeb jako je kadeřnictví, zubní ordinace, obchod, restaurace, které využívají i další cílové skupiny.

Rozšiřovat nabídku možností, jak rozvíjet aktivitu, by mělo být zájmem každé komunity.¹³⁸

137 HOLMEROVÁ, I. *Aktivní stárnutí – strategie Světové zdravotnické organizace*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/s/2006/36/pril2.html>>.

138 ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Výbrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

2 Cíl práce

2.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zhodnotit průběh sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj, p. o. v Českých Budějovicích.

2.2 Dílčí cíle

- Popsat průběh sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj
- Zjistit subjektivní hodnocení sociální rehabilitace klienty domova pro seniory
- Zjistit postoje odborného personálu a řídicích pracovníků k sociální rehabilitaci
- Určit faktory ovlivňující sociální fungování klienta

2.3 Výzkumné otázky

S ohledem na výše uvedené cíle byly koncipovány tyto výzkumné otázky:

- Jaké jsou klientům Domova pro seniory Máj nabízeny příležitosti a možnosti participovat na životě společnosti?
- Jakým způsobem je v Domově pro seniory Máj realizována podpora soběstačnosti, nezávislosti a sociálního začleňování klientů?
- Jaký vliv má sociální rehabilitace na životní situaci klientů?
- Jaký vliv na sociální fungování seniora ve společnosti má skutečnost, že je klientem domova pro seniory?

2.4 Operacionalizace pojmů

Sociální rehabilitace – je definována v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v §70 jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných

činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.

Senior – pro účely této práce je senior definován dle měřítek Světové zdravotnické organizace jako osoba starší 60 let.

Participace na životě společnosti – termín používaný pro spoluúčast na jakékoliv činnosti v rámci společnosti:

a) *Účast na životě v komunitě* – znamená účastnit se všech aspektů společenského života komunity. Zahrnuje neformální a formální asociace a obřady. *Neformální asociace*: členství ve společenských nebo komunálních asociacích, členství v organizacích lidí se společnými zájmy, jako jsou místní společenské kluby a etnické skupiny. *Formální asociace*: účast v profesionálních nebo jiných uzavřených společenských skupinách jako asociace právníků, lékařů nebo akademiků. *Obřady*: účast na nenáboženských rituálech nebo společenských obřadech, jako jsou svatby, pohřby nebo iniciační obřady.

b) *Rekreace a volný čas* – je účast na hře, rekreaci nebo odpočinkové aktivitě, jako neformální nebo organizované hře a sportech, programech tělesné zdatnosti, relaxace, zábavy a rozptýlení, návštěva uměleckých galerií, biografů, divadel, hra na hudební nástroje, vyhlídkové zájezdy, turistika, cestování.

c) *Společenská setkání* – znamená účastnit se neformálních nebo cílených setkání, návštěv přátel, příbuzných, neformální setkání na veřejných místech.

d) *Náboženství a duchovní život* – znamená účast na náboženských a duchovních aktivitách, zapojení do akcí v církvi, kostele, mešitě nebo synagoze.

e) *Politický život a občanství* – zahrnuje účast ve společenském, politickém a řídicím životě občanů, právo volit a soutěžit o politickou roli, utvářet politické asociace, prosazovat práva a svobody spojené s občanstvím.¹³⁹

Domovy pro seniory – definice domova pro seniory a poskytované služby jsou upraveny v §49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Domov pro seniory poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domov pro

139 PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.

seniory zajišťuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.¹⁴⁰

Klient – osoba, které je poskytována sociální služba v domově pro seniory.

Odborný personál – zaměstnanci mající potřebnou kvalifikaci pro poskytování zdravotní péče nebo sociálních služeb klientům domova pro seniory.

Řídící pracovník – pracovník zastávající v domově pro seniory vedoucí funkci.

Soběstačnost – schopnost vést samostatný život a postarat se o sebe sama bez cizí pomoci v přirozeném prostředí.¹⁴¹

a) *soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života*: schopnost vykonávat běžné úkony každodenního života – doprava, nákup, zacházení s financemi, obstarání domácnosti atd,

b) *soběstačnost základních sebeobslužných aktivit*: schopnost obstarat základní sebeobslužné výkony – jídlo, hygiena, toaleta, přesuny, atd.¹⁴²

Nezávislost – svobodné rozhodování o místě a způsobu života. Faktory podmiňující nezávislost:

a) *soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života a základních sebeobslužných aktivitách*,

b) *kontrola sfinkterů*: kontinence moči, kontinence stolice,

c) *mobilita (přesuny)*: postel, židle, vozík, WC, vana, sprcha,

d) *lokomoce*: chůze, vozík, schody,

e) *komunikace*: vnímání, vyjadřování,

f) *sociální adaptabilita*: sociální začlenění, řešení problémů, paměť.¹⁴³

Sociální začleňování – proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo

140 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

141 HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

142 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR*. [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobá_peče_CR.pdf>.

143 ZAHRADNICKÁ, I. *Hodnocení soběstačnosti*. [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupný z: <http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf>.

sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný¹⁴⁴

Sociální fungování – proces uskutečňovaný v rámci sociálních interakcí mezi nároky prostředí a jedincem žijícím v tomto prostředí. Problémy v oblasti sociálního fungování nastávají, když je porušena rovnováha mezi nároky prostředí a schopností člověka tyto nároky zvládat.

Životní situace – výsledek interakce mezi člověkem a jeho prostředím. Jedná se o individuální uspořádání bariér a předpokladů klientova sociálního fungování. Životní situace má svou stránku dynamickou a statickou.

Dynamická stránka životní situace: udržení rovnováhy mezi schopností člověka zvládat nároky prostředí.

Statická stránka životní situace: věk, pohlaví, stav, složení domácnosti, rodinná struktura a vztahy (biologické děti, nevlastní děti, rodiče atd.), zaměstnanost, postavení v zaměstnání a jeho charakter, sociální aktivity a zájmy (koníčky a rekreační aktivity atd.), členství ve formálních skupinách (církve, odborový svaz atd.), zdroje podpory a napětí v sociálních interakcích (mezi lidmi, mezi lidmi a komunikačními systémy), využití formálních zdrojů (sociální zabezpečení, lékařská péče atd.), neformální zdroje (širší rodina, příbuzní, přátelé, sousedé, svépomocné skupiny).¹⁴⁵

144 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

145 NAVRÁTIL, P., JANEBOVÁ, R. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-038-2.

3 Metodika

3.1 Realizace výzkumu

Výzkum sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích byl realizován se souhlasem ředitele zařízení a probíhal od září 2010 do února 2011.

Toto zařízení je nejen klinickým pracovištěm Zdravotně sociální fakulty, ale zároveň v něm pracuji jako ergoterapeutka, takže vstup do terénu byl pro mě snadný. Vedení domova i mým kolegům jsem představila svou práci a její záměr. Z jejich strany jsem se setkala s ochotou a vstřícností podělit se o své zkušenosti.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kapacita Domova pro seniory Máj umožňuje bydlení 127 klientům. Výběr klientů i odborného personálu byl proveden účelově.

Původním záměrem bylo vypracovat 10 případových studií, protože by však rozsah práce byl příliš velký, byl jejich počet snížen. Bylo vybráno 5 klientů, tři ženy a dva muži, se kterými byly provedeny rozhovory, byli sledováni při zapojování se do aktivit v domově pro seniory i mimo zařízení. Informace z rozhovorů, pozorování, zdravotní, sociální i osobní dokumentace byly integrovány v případových studiích. Jedním z kritérií pro zařazení do výzkumu byla délka pobytu klientů v domově pro seniory. Do výzkumu byly zařazeni klienti, kteří jsou v zařízení 7 let a byli přijati jako soběstační klienti. Dalším kritériem byla jejich komunikační kompetence. Poslední podmínkou byla ochota oslovených klientů spolupracovat a účastnit se výzkumu.

Kritériem pro výběr respondentů z řad odborného personálu byl jejich přímý podíl na podpoře soběstačnosti, nezávislosti a integrace klientů do společnosti. Rozhovory byly provedeny se třemi sociálními pracovníky, třemi pracovníky pro nepedagogickou činnost a dvěma rehabilitačními pracovníky, kteří byli ochotni účastnit se výzkumu a sdělit mi potřebné informace. Tyto rozhovory byly ještě doplněny o rozhovory se dvěma řídicími pracovníky.

3.3 *Použitá metodika – metoda sběru dat*

Pro výzkum sociální rehabilitace v domově pro seniory Máj jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum využívá induktivní logiku. Je zapotřebí shromáždit všechna data a informace a pak v nich hledat pravidelnosti a formulovat předběžné závěry. Výstupem kvalitativního zkoumání mohou být nově formulované hypotézy nebo teorie.¹⁴⁶

Pro získání potřebných dat jsem využila metodu dotazování, pozorování a analýzu dokumentů.

3.3.1 *Metoda dotazování – polostandardizovaný rozhovor*

Ve svém výzkumu jsem použila metodu dotazování, kdy potřebná data byla získávána technikou polostandardizovaného rozhovoru s klienty a odborným personálem.

V kvalitativním výzkumu patří k nejčastěji používaným technikám sběru dat rozhovor. Označení hloubkový rozhovor zahrnuje polostrukturovaný a nestrukturovaný nebo narativní rozhovor.

Polostrukturovaný (polostandardizovaný) rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek.¹⁴⁷ Polostrukturované rozhovory jsem vedla s klienty, odborným personálem a vedoucími pracovníky Domova pro seniory Máj. Na základě prostudované teorie sociální rehabilitace jsem si vytvořila schéma 7 základních témat, která ovlivňují průběh sociální rehabilitace u klientů a která vytvořila osnovu pro vedení rozhovoru s nimi:

Konkrétně se jednalo o témata:

- důvod rozhodnutí odejít do domova pro seniory,
- sociální sítě seniorů,
- potřeba společenského kontaktu,
- proměna sociální role,

146 DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7

147 ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

- vliv faktorů prostředí na životní situaci seniora,
- sociální fungování v současnosti a před příchodem do domova pro seniory,
- osobní spokojenost.

Se všemi klienty byl veden rozhovor „face to face“ (tváří v tvář), který probíhal v soukromí mezi tazatelem a respondentem na pokoji klienta. Všem byly položeny stejné otázky. Pořadí otázek nebylo rigidní. Respondentům byl poskytnutý potřebný prostor pro upřesnění a vysvětlení svých odpovědí. Zároveň jsem si ověřovala, zda správně jejich odpovědím rozumím. Doba trvání jednotlivých rozhovorů se pohybovala v rozmezí 40 – 60 minut.

Všichni vybraní respondenti souhlasili s participací na výzkumu, byli požádáni o souhlas, abych si jejich odpovědi nahrávala na diktafon, přičemž byli ujištěni o anonymitě probíhajícího rozhovoru.

Na základě prostudované teorie sociální rehabilitace byly stanoveny kategorie, které vytvořily kostru pro vedení rozhovoru s odborným personálem:

- význam sociální rehabilitace pro klienty domova pro seniory,
- postoj odborného personálu k sociální rehabilitaci,
- možnosti a příležitosti participovat na životě společnosti nabízené klientům,
- podpora soběstačnosti,
- podpora nezávislosti.

I odbornému personálu byly kladeny stejné otázky s možností upřesnění a vysvětlení své odpovědi. Rozhovory rovněž probíhaly v soukromí mezi čtyřma očima pouze v přítomnosti výzkumníka a odborného pracovníka v jeho kanceláři. Dotazování jsou moji kolegové, takže bylo možné vynechat úvodní seznamovací část rozhovoru¹⁴⁸ a představovala jsem téma své práce a záměr. Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí 20 – 40 minut. Všichni oslovení respondenti souhlasili s účastí na výzkumu, s nahráváním rozhovorů na diktafon a byli ujištěni o zachování anonymity.

Doslovné přepisy rozhovorů jsou uloženy na CD, které je volně vložené do diplomové práce – viz příloha A.

148 ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

3.3.2 *Pozorování – zúčastněné pozorování*

Při zúčastněném pozorování se výzkumník účastní každodenního života lidí, které studuje. Tato participace je nástrojem k porozumění problémů lidí. Výzkumník se ponoří do života lidí a situací a snaží se jim porozumět. Účelem pozorování je deskriptivně zachytit, jak vypadá daná situace. Popis by měl být přesný, detailní a neměl by obsahovat triviální informace. Pozorování umožňuje pozorovateli zachytit situace, o kterých respondenti zřídka vyprávějí v rozhovorech. Zúčastněný pozorovatel je účastníkem interakcí, ale liší se od ostatních účastníků mírou účasti na aktivitách. Aktivity spíše sleduje, než aby je inicioval.¹⁴⁹

Předmětem pozorování bylo určení faktorů, které ovlivňují sociální fungování klienta. Zaměřila jsem se na chování klientů při volnočasové aktivitě, na jejich postoj k prováděné činnosti a na interakci mezi klienty a terapeutem volnočasových aktivit. Bylo sledováno zapojování klientů do společenského života v zařízení i mimo něj. U odborného personálu byl sledován způsob organizace a styl vedení aktivity, používané techniky sociální rehabilitace a interakce s klienty.

Informace získané pozorováním klientů a odborného personálu při volnočasových aktivitách a kulturních akcích byly zapisovány formou terénních poznámek. Takto jsem si zaznamenávala pozorované interakce, probíhající rozhovory mezi klienty nebo klienty a personálem, nebo své poznámky a nápady.

3.3.3 *Analýza dokumentů – sekundární analýza dat*

Informace získané z rozhovorů s respondenty a pozorování byly doplněny o informace získané technikou sekundární analýzy dat. Za tímto účelem byly použity údaje ze zdravotnické, sociální a osobní dokumentace klienta. Protokoly zdravotnické dokumentace obsahují osobní údaje o klientovi, zdravotní a ošetřovatelský záznam. Součástí sociální dokumentace je žádost o umístění do domova pro seniory, vyjádření lékaře, důchodový výměr a jeho aktualizace, rozhodnutí o výši přiznaného příspěvku na péči a záznamy o sociálním šetření a řešení sociálních situací. V osobní dokumentaci klienta je záznam o prvním kontaktu s klientem při příjmu do zařízení, záznam denních

149 DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

činností, záznam souhlasu s poskytováním informací, záznam o průběhu adaptace, posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost.

3.3.4 Případové studie

Případová studie patří k základním výzkumným designům. Detailní studium jednoho nebo několika případů je považováno za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům. Případová studie je empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málu případům. V případové studii výzkumník usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Cílem je interpretovat interakce mezi případem a okolím. Výsledky ze všech použitých metod interpretujeme v případových studiích dohromady, neboť cílem je vyložit případ jako integrovaný systém a ne upozornit na jeho dílčí části.¹⁵⁰

Pro nalezení odpovědí na výzkumné otázky byla data získaná z dokumentace, polostandardizovaných rozhovorů s klienty a jejich pozorování při začleňování do kulturních, společenských a volnočasových aktivit zpracována v případových studiích.

Do případových studií bylo zařazeno hodnocení soběstačnosti a nezávislosti klientů při vstupu do zařízení a po 7 letech pobytu v domově pro seniory. Pro hodnocení soběstačnosti a nezávislosti klientů byl použit Test instrumentálních denních aktivit (IADL), Test základních všedních činností podle Barthelové (ADL) a Test funkční soběstačnosti (Functional Independence Measure – FIM).

Test základních všedních činností podle Barthelové obsahuje 10 položek. Hodnotí soběstačnost klienta v těchto činnostech: najedení, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence stolice, kontinence moči, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině a chůze po schodech. V testu jsou klienti hodnoceni podle toho, zda jsou schopni činnost provést samostatně, s pomocí či vůbec nejsou schopni činnost provést. Celkové rozpětí skóre je 0 – 100 bodů. Klienti, kteří v tomto testu dosáhnou 0 – 40 bodů jsou hodnoceni jako vysoce závislý, počet bodů v rozmezí je 45 – 60 bodů znamená závislost středního stupně, hodnocení 65 – 95 bodů označuje lehkou závislost a dosažení 100

150 ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

bodů nezávislost v základních všedních činnostech.

Test instrumentálních všedních činností je 8položkový. Klienti jsou hodnoceni v těchto oblastech: telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků a finance. Celkové rozpětí skóre je 0 – 80 bodů. Jestliže klient provede činnost samostatně je hodnocen 10 body, při provedení činnosti za pomoci jiné osoby je hodnocen 5 body a jestliže činnost neprovede 0 bodů. Při zisku 0 – 40 bodů jsou klienti závislí, dosažení 45 – 75 bodů znamená částečnou závislost, a hodnocení 80 body znamená nezávislost v instrumentálních všedních činnostech.

Test funkční soběstačnosti (Functional Independence Measure – FIM) hodnotí 18 činností v 6 kategoriích: osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty. Každá kategorie je hodnocena sedmistupňovou bodovou škálou. Jedním bodem je hodnocen klient odkázaný na plnou pomoc jiné osoby a sedmi body plně soběstačný pacient. Celkové rozpětí skóre je 18 – 126 bodů. V testu jsou hodnoceny motorické dovednosti, maximální možný počet bodů v této části je 91 bodů, a kognitivní funkce s maximem 35 bodů.

Do případových studií byl zahrnut popis životní situace a sociálního fungování před vstupem do zařízení a po 7 letech pobytu v zařízení. Jako nástroj pro hodnocení byla použita MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností). Pro grafické znázornění životní situace jsem využila ICF biopsychosociální model.¹⁵¹ Cílem klasifikace MKF je poskytnutí jednotného standardizovaného jazyka a rámce pro popis zdraví a stavů, které se ke zdraví vztahují. MKF je rozdělena na dvě části. První část pojednává o funkční schopnosti a disabilitě, druhá část se zabývá spolupůsobícími faktory. Každá část má dvě komponenty.

Část 1: Funkční schopnost a disabilita

a) Tělesné funkce a struktury

Tělesné funkce se značí malým písmenem „b“

- Mentální funkce (b 110 – b 199)
- Smyslové funkce a bolest (b 210 – b 299)
- Funkce hlasu a řeči (b 310 – b 399)

151 ŠVESTKOVÁ, O. *Metodika hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu*. [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupný z: <<http://www.komora.cz/download.aspx?dontparse=true&FileID=1608>>.

- Funkce kardiovaskulárního, hematologického, imunologického a respiračního systému (b 410 – b 499)
- Funkce metabolického, zažívacího a endokrinního systému (b 510 – b 599)
- Funkce urogenitální a reprodukční (b 610 – b 699)
- Funkce neuromuskuloskeletární a funkce vztahující se k pohybu (b 710 – b 799)
- Funkce kůže a k ní se vztahujících struktur (b 810 – b 899)

Tělesné struktury se značí malým písmenem „s“

- Struktury nervového systému (s 110 – s 199)
- Oko, ucho a příslušné struktury (s 210 – s 299)
- Struktury vztahující se ke hlasu a řeči (s 310 – s 399)
- Struktury kardiovaskulárního, imunitního a respiračního systému (s 410 – s 499)
- Struktury vztahující se k zažívání, metabolismu a endokrinnímu systému (s 510 – s 599)
- Struktury vztahující se k urogenitálnímu a reprodukčnímu systému (s 610 – s 699)
- Struktury vztahující se k pohybu (s 710 – s 799)
- Kůže a k ní se vztahující struktury (s 810 – s 899)

Je-li některá funkce nebo struktura problémová, jeví se u ní signifikantní odchylka nebo ztráta, pak se používá pojmu porucha nebo porušení dané funkce či struktury (impairment).

b) Aktivity a participace se značí malým písmenem „d“.

Je-li aktivita limitována nebo participace restringována, jde o vznik disability.

- Učení se a aplikace znalostí (d 110 – d 199)
- Všeobecné úkoly a požadavky (d 210 – d 299)
- Komunikace (d 310 – d 399)
- Pohyblivost (d 410 – d 499)
- Péče o sebe (d 510 – d 599)
- Domácí život (d 610 – d 699)

- Mezilidská jednání a vztahy (d 710 – d 799)
- Hlavní oblasti života (d 810 – d 899)
- Komunita, sociální a občanský život (d 910 – d 999)

Část 2: Spolupůsobící faktory

a) Faktory prostředí se značí malým písmenem „e“

- Produkty a technologie (e 110 – e 199)
- Přírodní prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí (e 210 – e 299)
- Podpora a vztahy (e 310 – e 399)
- Postoje (e 410 – e 499)
- Služby, systémy a principy řízení (e 510 – e 599)¹⁵²

b) Osobní faktory – jsou vnitřní vlivy, které působí na funkční schopnost člověka. Jedná se o osobní kvality člověka nezávislé na poruchách. Označují individuální vlastnosti jedince.¹⁵³ Osobnost je charakterizována věkem, pohlavím, vzděláním, předchozím životním stylem, schopnostmi, povahovými a charakterovými rysy, kulturními, rodinnými a historickými vlivy prostředí.¹⁵⁴ Komponenta není zatím přesně vymezena.¹⁵³

Klasifikace výše uvedených částí se provádí prostřednictvím jednotného kvalifikačního systému pomocí tzv. kvalifikátorů.¹⁵² Kvalifikátory se umísťují za tečku kódu. Jde o pětistupňovou hodnotící škálu:

0 – žádný problém (nepřítomen, zanedbatelný); 0 – 4 %

1 – lehký problém (malý, nepatrný, nízký); 5 – 24 %

2 – střední problém (mírný, snesitelný); 25 – 49 %

3 – těžký problém (vysoký, extrémní); 50 – 95 %

4 – úplný problém (totální); 96 – 100 %

Pokud jde o faktor prostředí, pak se ještě k hodnotám, které označují stupeň bariér přidává místo tečky znaménko + nebo -, podle toho, jestli je prostředí facilitující, nebo

152 PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.

153 KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

154 ŠVESTKOVÁ, O. *Metodika hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu*. [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupný z: <<http://www.komora.cz/download.aspx?dontparse=true&FileID=1608>>.

plně bezbariérové či bariérové.¹⁵⁵

+0 – *žádná facilitace* (nepřítomná, zanedbatelná); 0 – 4 %

+1 – *lehká facilitace* (nízká); 5 – 24 %

+2 – *středně těžká facilitace* (zřetelná, větší); 25 – 49 %

+3 – *těžká facilitace* (vysoká, extrémní); 50 – 95 %

+4 – *úplná facilitace* (totální); 96 – 100 %¹⁵⁶

Případové studie jsou uloženy na CD, které je volně vložené do diplomové práce – viz příloha B.

3.4 *Zpracování výsledků*

Data získaná pozorováním, z polostandardizovaných rozhovorů a data nashromážděná v případových studiích klientů byla dále analyzována metodou zakotvené teorie. Informace z rozhovorů s personálem a pozorování byly rovněž analyzovány metodou zakotvené teorie. Zakotvená teorie (grounded theory) je strategií výzkumu a zároveň způsob analýzy získaných dat. Přístup označovaný jako zakotvená teorie vyvinuli Strauss a Glasser v roce 1967. V roce 1992 byl dále modifikován Glasserem, v roce 1994 Straussem, respektive Straussem a Corbinovou.¹⁵⁷

V rámci zakotvené teorie dochází ke třem druhům kódování:

Otevřené kódování znamená prvotní odhalování pojmů v terénních poznámkách, prepisech rozhovorů a v případových studiích. Získané pojmy sdružujeme do kategorií podle podobnosti. V této fázi je také důležité určit vlastnosti náležející kategorii a dimenze. Vlastnosti a dimenze jsou důležité při následném *axiálním kódování*, kde se nejprve určují vztahy mezi kategoriemi a jejich subkategoriemi. Při *axiálním kódování* výzkumník uvažuje o příčinách a důsledcích, podmínkách a interakcích. Vytvářejí se osy propojující jednotlivé kategorie. Při *selektivním kódování* dochází k integraci výsledků a identifikaci hlavních témat výzkumu a organizaci jednotlivých částí teorie.¹⁵⁸

155 KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

156 PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.

157 HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

158 MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika Domova pro seniory Máj

Domov pro seniory se nachází na sídlišti Máj. V blízkosti domova jsou dostupné potřebné obchody a služby, např. banky, pošta, poliklinika, lékárna, zastávka MHD, atd.

Kapacita čtyřpodlažního domova umožňuje bydlení 127 klientům. Zařízení je vnitřně členěno na stanice A, B a C. Obyvateli stanice A jsou soběstační klienti, stanice B je určena imobilním klientům a stanice C klientům s Alzheimerovou demencí.

4.2 Průběh sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj¹⁵⁹

4.2.1 Podpora soběstačnosti

Podpora soběstačnosti v sebeobslužných úkonech a aktivitách denního života je poskytována všeobecnými sestrami, nižším zdravotnickým personálem, pracovníky sociální péče v přímé obslužné činnosti, zároveň je i součástí fyzioterapeutických a ergoterapeutických intervencí.

Soběstačnost klientů je hodnocena pomocí Barthelova indexu a Testu instrumentálních všedních činností. Testování je prováděno zdravotními sestrami.

Podle individuálních potřeb klienta je v rámci tréninku aktivit denního života podporována samostatnost při vykonávání každodenních úkonů, jako např. oblékání, základní hygiena, stravování se, apod. Dále je klientům poskytována pomoc při případném výběru pomůcek pro sebeobsluhu

a) Hygiena

Klienti Domova pro seniory Máj pečují o osobní čistotu, čistotu šatstva, prádla, o pořádek na pokojích, ve skříních, nočních stolcích a ve všech společných prostorech Domova pro seniory Máj, kde pobývají.

Zdravotnický personál má povinnost kontrolovat dodržování čistoty a pořádku v osobních věcech, ve skříních a nočních stolcích. Zdravotnický personál při kontrole dodržování hygieny postupuje korektně a dbá o zachování důstojnosti klientů.

Klienti dodržují podle svých možností zásady osobní hygieny nebo ji provádějí za

¹⁵⁹ Domácí řád Domova pro seniory Máj.

asistence či pomoci zdravotnických pracovníků. Sprchují se v koupelnách na pokojích. Podle individuální potřeby se alespoň jedenkrát týdně koupou v centrálních koupelnách.

Součástí komplexní ošetrovatelské péče je respektování sociálních tabu, zajištění tělesného pohodlí, soukromí a udržování čistoty pokožky. V případě potřeby jsou zdravotnickým personálem klientům nabízeny vhodné inkontinenční pomůcky.

Pomoc při vyměšování je spojena s respektováním sociálních tabu, zajištěním tělesného pohodlí, soukromí a udržováním čistoty pokožky. Klientům jsou doporučovány vhodné inkontinenční pomůcky.

b) Jídlo a pitný režim

Strava je přizpůsobena svým složením, množstvím a způsobem úpravy věku a zdravotnímu stavu klientů. Jídelní lístek sestavuje dietní sestra na celý týden. Dietní stravování navrhuje ošetřující lékař.

Chodícím klientům se podávají hlavní jídla v jídelně nebo na jejich přání i na pokoji. Při krátkodobém onemocnění chodícího klienta nebo nevolnosti je strava podávána přímo na jeho pokoji. Strava na stanicích A, B a C je podávána v jídelnách jednotlivých oddělení, klientům upoutaným na lůžko přímo na pokoji.

Na jednotlivých odděleních domova mají klienti po celý den k dispozici nápojový automat se stolní vodou. Na jednotlivé pokoje klientů jsou pak denně rozdávány termosky s čajem dle diety. O dostatečný příjem tekutin se stará zdravotnický personál.

Při poskytování pomoci je úkolem personálu respektovat návyky klientů, podporovat estetický dojem jídla, povzbuzovat klienta v příjmu stravy a tekutin, umožnit mu jídlo bez stresu, nabízet jídlo jako příjemný zážitek, umožnit mu společnost (např. transport na vozíku do jídelny, je-li to jeho přání). Krmení je pro klienta nepříjemné, proto tento způsob příjmu potravy je volen pouze tehdy, když není schopen jíst sám. Je třeba respektovat tempo a množství při konzumaci jídla a pití. V rámci nácvičku soběstačnosti při jídle je provedeno vhodné a aktivní nastavení klienta k příjmu potravy a tekutin. Je-li potřeba, klient využije a naučí se cíleně používat kompenzační pomůcky, které mu pomohou být soběstačným.

c) Oblékání

Osobní prádlo si klienti vyměňují podle potřeby, nebo na doporučení personálu.

Praní, žehlení a opravu osobního prádla zajišťují pracovníce prádelny. Při pomoci při volbě vhodného oděvu a obuvi je brán zřetel na funkčnost, individualitu, ochranu a estetiku. Pomoc při oblékání, svlékání, obouvání a zouvání je klientům poskytována podle zdravotního stavu.

Nácvik oblékání, svlékání, obouvání a zouvání je spojen s procvičováním hrubé a jemné motoriky, obratnosti a koordinace.

d) Výcvik vertikalizace a lokomoce

Schopnost pohybovat se je nezbytná pro uspokojení základních fyziologických potřeb. Slouží k seberealizaci a sebe prezentaci, umožňuje navazovat sociální kontakty, výkon občanských práv a svobod, mnohdy je zdrojem zábavy a efektivního způsobu, jak trávit volný čas.

Výcvik vertikalizace a lokomoce a doporučení vhodných kompenzačních pomůcek provádějí v domově pro seniory fyzioterapeutky. Snaží se udržovat případně zlepšovat pohyblivost v jednotlivých kloubech i celého organismu, vzpřímení a aktivní pohyb klienta z místa na místo. Sed, stoj, chůze s pomocí jsou prvky důležité pro aktivizaci a samostatnost klienta.

e) Udržení a zlepšení jemné motoriky a nácvik úchopů

Jemná motorika zahrnuje koordinaci rukou, prstů a úchopovou funkci. Úchop je hlavní funkcí ruky, je potřebný pro manipulaci s předměty, což je nezbytné pro vykonávání aktivit denního života. Nácvik potřebných dovedností je s klienty prováděn na základě jejich individuálních potřeb v rámci individuální ergoterapie a prostřednictvím vhodných terapeutických činností při skupinové ergoterapii.

f) Udržování pořádku na pokojích

Všechny pokoje a jiné místnosti Domova pro seniory Máj se pravidelně větrají a provádí se denně běžný úklid.

4.2.2 Podpora nezávislosti – individuální plánování

Jedním ze způsobů podpory nezávislosti v Domově pro seniory Máj je individuální plánování. Individuální plán obsahuje osobní cíle klienta, které má služba naplňovat, jeho přání, zvyklosti a potřeby. Snahou personálu v domově pro seniory je zajistit

klientům služby, potřeby odpovídající jejich požadavkům a přáním a motivovat je vhodnou formou k udržování či zlepšování dovedností, znalostí a schopností.

Každý klient má svého klíčového pracovníka, který dbá na dodržování plánu, provádí jeho hodnocení, jak se daří plnění stanoveného cíle. Spolu s klientem navrhuje případnou změnu plánu s ohledem na jeho osobní cíle, potřeby, schopnosti a zdravotní stav.

Cílem individuálního plánování je vedení klienta k větší samostatnosti a snížení závislosti na pomoci druhých. Klienti jsou zapojováni do běžných denních činností a je podporován jejich zájem o okolní dění. Prostřednictvím individuálního plánování jsou klienti podporováni v samostatném myšlení, rozhodování a uplatňování své vlastní vůle.

4.2.3 Sociální začleňování

Kulturní a zájmová činnost je nedílnou součástí pobytu v domově. Pravidelně jsou pořádány kulturní akce, kterých se mohou libovolně zúčastňovat klienti i v doprovodu své rodiny či přátel. K co možná nejširšímu uspokojení rozličných potřeb klientů a udržení jejich aktivity funguje v zařízení ergoterapeutická dílna, která dle svého harmonogramu slouží všem klientům domova. Dalšími pravidelnými volnočasovými aktivitami pro klienty jsou muzikoterapie, canisterapie, trénování paměti a arteterapie.

Klienti se mohou účastnit pravidelně se konaných sobotních bohoslužeb v kapli Domova pro seniory Máj.

Na jídelně stanice A je klientům k dispozici počítač s připojením na internet, který mohou užívat zdarma.

Příležitosti pro sociální začleňování uvnitř domova pro seniory: pravidelně organizované aktivity, přednášky, kulturní a společenské akce – viz příloha 1.

Příležitosti pro sociální začleňování mimo domov pro seniory: výlety, výstavy a komunitní aktivity – viz příloha 2.

4.3 Zakotvená teorie – vliv sociální rehabilitace na životní situaci a sociální fungování klientů

4.3.1 Otevřené kódování

Na základě prostudované teorie, rozboru poznatků získaných z rozhovorů, z terénních poznámek a případových studií probíhalo kódování, jehož výsledkem je vymezení 6 následujících kategorií.¹⁶⁰

První kategorie: Důvod příchodu do domova pro seniory

Neschopnost žít samostatně bez cizí pomoci přivedla klienty k rozhodnutí odejít do domova pro seniory. Kategorie zahrnuje pojmy: zhoršující se zdravotní stav, závislost na pomoci druhé osoby, nevyhovující bytové podmínky, zájem rodiny zajistit potřebnou péči a o čem klienti nehovoří.

Jako důvody svého příchodu do domova pro seniory dotazovaní klienti uvedli:

a) Zhoršující se zdravotní stav

Paní L.: „Svůj zdravotní stav. Byla jsem čtyřikrát po sobě na operaci. Nezvládala jsem se o sebe postarat.“

Paní J.: „Kvůli manželovi. Trpěl s nervama a hodně se zhoršil. Potřeboval pomoc. Bylo to rozhodnutí, který bych už dneska neudělala.“

b) Nevyhovující bytové podmínky

Pan B.: „Měli jsme s manželkou tři roky žádost na penzion. Bydleli jsme ve čtvrtém patře bez výtahu a manželka měla artrózu.“

c) Závislost na pomoci druhé osoby

Pan J.: „Umřeli mi rodiče. Když rodiče zemřeli, tak to bylo pro mě těžké. Musel jsem si uvařit, vyprat, vyžehlit (...) Nejhorší bylo to placení. S penězma to byla hrůza. Když jsem potřeboval něco vyřídit, tak mi pomáhala sousedka.“

d) Zájem rodiny zajistit potřebnou péči

Paní K.: „Kluk chtěl, abych sem šla.“

Důvody, o kterých ve svých odpovědích klienti nehovořili, jsem našla v jejich dokumentaci. Vliv na průběh sociální rehabilitace má i to, s jakými pocity klienti do

¹⁶⁰ Případové studie a záznamy rozhovorů s klienty jsou uloženy na CD, které je volně vloženo do diplomové práce.

domova přicházejí. Jestliže klienti přicházejí s pocity zbytečnosti, vlastní neužitečnosti a toho, že už je člověk jen na obtíž, pak taková situace celý průběh sociální rehabilitace velmi ztěžuje. Velmi důležitý je rovněž aspekt dobrovolnosti rozhodnutí, nebo zda k němu byli donuceni pod tlakem vnějších okolností. Pro klienty je velmi důležitá jejich rodina, být dobrý rodič a mít dobré vztahy s rodinou. Klienti v rozhovorech uvádějí pouze příznivý obraz své rodiny a vzájemných vztahů. Více než své problémy zdůrazňují zdravotní problémy svých partnerů.

e) O čem klienti nehovoří

Paní L. nehovoří o tom, že bydlela s dcerou alkoholičkou v bytě, který patřil jejímu vnukovi. Docházelo zde často ke vzniku konfliktů a paní L. se v bytě cítila utiskovaná. Podle mého názoru se paní L. se stydí za problémy své dcery a chování vnuka. Zřejmě pociťuje i svůj díl viny.

Pan B. v rozhovoru uvedl, že do domova pro seniory přišli kvůli manželce, že měla artrózu. O svých potížích s chůzí nemluvil. Pan B. nemluvil o tom, že zvládání schodů vzhledem k jeho poruše chůze znamenalo také pro něj velký problém.

Paní J. nemluví o nátlaku rodiny. Její syn na ní hodně tlačil. Po příchodu manželů do domova pro seniory se do jejich bytu přestěhovala jejich vnučka. Klientka vůbec nemluví o svém zdravotním stavu, o chemoterapii, kterou absolvovala, o svém hubnutí a úbytku fyzických sil.

Paní K. nemluví o tom, že raději odešla do domova pro seniory, než aby byla synovi na obtíž.

Druhá kategorie: Životní situace klientů

Životní situace souvisí s funkčním potenciálem a saturací potřeb v bio-psycho-sociálně-duchovním rozměru.

Druhá kategorie zahrnuje oblasti: praktické fungování, sebeobslužné dovednosti, nezávislost, psychické problémy, sociální fungování klienta v zařízení, osamělost a vztahy s rodinou.

a) Praktické fungování

Pro všechny dotazované klienty bylo před příchodem do domova pro seniory velkým problémem zvládnout z důvodu úbytku fyzických sil, mentálních schopností

a existence fyzických bariér v prostředí činnosti v oblasti praktického fungování – běžný nákup, úklid, cestu dopravním prostředkem nebo vyřízení potřebných věcí na úřadě. Všichni potřebovali pomoc a oporu, kterou jim poskytovali rodinní příslušníci. Panu J. pomáhala sousedka.

Paní L.: Do svého příchodu do domova pro seniory klientka žila se svojí dcerou a vnukem ve společné domácnosti. Dcera v té době představovala pro klientku hlavní sociální oporu. Poskytovala jí potřebnou pomoc a péči: „Nezvládala jsem nakupování. To mi na nákupy chodila dcera.“ „Když jsem potřebovala něco vyřídit, tak mi pomáhala dcera.“

Pan B.: Před příchodem do domova pro něj hlavní sociální oporu představovala jeho manželka. O úkoly spojené se zajištěním chodu domácnosti se starali společně. „... o to se starala hlavně manželka. Já jsem byl spokojený s tím, jak udržovala pořádek v bytě. Placení účtů, složenek, úřední jednání (...) To všechno jsme zvládali. Nakupovat jsme jezdili autem, ale bylo už to náročné. Údržbu domácnosti, tak to jsem dělal sám. Takový běžný řemesla jsem zvládal.“

Paní J.: Před příchodem do domova pro seniory bydlela s manželem v bytě 2+1. Potřebovala pomoc s vyřizováním úředních záležitostí a péči o svého manžela. Hlavní oporou jí byl syn.

Pan J.: Hlavní sociální oporu před příchodem do domova pro seniory pro pana J. představovala jeho matka, na jejíž péči a pomoci byl závislý: „Dokud maminka žila, tak to šlo, ale když zemřela, tak to bylo horší. Když bylo doma třeba něco opravit, tak to dělal tatínek. Když rodiče zemřeli, tak to bylo pro mě těžké. Musel jsem si uvařit, vyprat, vyžehlit. Nejhorší bylo to placení. S penězma to byla hrůza.“ Po smrti maminky se jeho hlavní sociální oporou stala sousedka. Pomáhala mu s řešením situací, které nebyl schopen řešit bez pomoci.

Paní K.: Hlavní sociální oporu pro ni představoval její syn, nakupoval jí a pomáhal s vyřizováním úředních záležitostí.

Závislost v instrumentálních denních činnostech se zhoršila u všech klientů kromě paní K. Všichni klienti jsou v této oblasti zcela závislí na pomoci jiné osoby. Paní K. je závislá částečně.

Klienti jsou limitováni v péči o domácnost, vykonávání domácích prací, přípravě jídla a nakupování. Všechny tyto činnosti jsou v zařízení za klienty vykonávány. Klienti se stali v těchto činnostech zcela závislí na personálu. S řešením problémů potřebují pomoc všichni kromě pana B. Úprava diety je zapotřebí u pana J., paní K. a paní J.

b) Sebeobslužné dovednosti

Být soběstačný po fyzické stránce je pro klienty důležité z hlediska kontroly nad svým životem. U pana J. a paní K. v průběhu 7 let pobytu v domově pro seniory nedošlo v této oblasti k žádné změně, jsou dle testu Barthelové nezávislí. U paní L., pana B. a paní J. došlo ke zhoršení chůze, jejich závislost je po 7letém pobytu dle testu Barthelové hodnocena jako lehká. U všech třech klientů se zhoršila schopnost chůze, přestali zvládat chůzi do schodů. Paní L. a paní J. při chůzi začali používat chodítko. Paní L. a paní J. se staly závislé na pomoci jiné osoby při koupání na centrální koupelně.

c) Nezávislost

Podle testu FIM i po 7 letech pan B. a paní K. zůstávají zcela nezávislí. U pana J. zůstalo celkové skóre v tomto testu beze změny – modifikovaná závislost. U paní L. a paní J., které rovněž podle tohoto testu v době svého příchodu do domova byly zcela nezávislé, došlo po 7 letech ke snížení celkového skóre a jejich nezávislost je hodnocena jako modifikovaná.

d) Psychické problémy

Paní L. bývá situačně depresivně laděná. Zhoršování nálady u klientky podle údajů ze zdravotnické dokumentace spouští klientčin strach z nemocí. Tyto obavy se u klientky začínají objevovat, jestliže dojde ke zhoršení jejího zdravotního stavu. Sníženou sebedůvěru má paní L. a paní K. Paní K. má sníženou sebedůvěru, poruchu psychické stability a poruchu spánku.

Úbytek psychických sil souvisí se zvládáním zátěžových situací. S úmrtím partnera se museli vyrovnat paní K., paní J. a pan B. Na existenci psychických potíží paní L má také svůj podíl smrt jejich přítelkyň. Psychickou pohodu pana J. ovlivnila smrt jeho matky. Rovněž se všichni museli vyrovnat s vynucenou změnou životního stylu, ke které došlo v souvislosti s přestěhováním do domova pro seniory.

e) Sociální fungování klienta v zařízení i mimo něj

Sociální fungování lze hodnotit podle frekvence sociálních kontaktů seniorů a jejich účasti na aktivitách. Participace klientů na společenském životě byla před příchodem do domova u všech klientů omezena v možnostech a příležitostech vytvářet formální i neformální vztahy, v oblasti rekreace a způsobu trávení volného času. Pobyt v zařízení klientům poskytuje více příležitostí a možností pro kulturní vyžití a vlastní realizaci při účasti na volnočasových aktivitách.

f) Osamělost

Všichni klienti mají v domově mnohem více příležitostí pro navazování sociálních kontaktů. Klienti se účastní kulturních a společenských akcí pořádaných v zařízení. I když jsou zde obklopeni svými vrstevníky, nikomu z dotazovaných se nepodařilo navázat plnohodnotné přátelství, které by jim vydrželo. Cítí se osamělí.

U paní L. a paní K. se jedná o psychické důvody osamělosti. Obě mají nízké sebevědomí, jsou depresivně laděné a mají strach z reakcí okolí. U pana B. se jedná o dobrovolnou samotu, kterou sám vyhledává, stejně jako paní L. U paní K. nacházíme ještě společenské důvody její osamělosti – úmrtí manžela a úbytek přátel. Pan J. je izolován od kontaktů se svými vrstevníky umístěním do domova pro seniory.

Všichni klienti z hlediska sociální integrace jsou převážně rodinně orientovaní a jsou v kontaktu se svou rodinou, kromě pana J. Před příchodem do domova pro seniory paní K. navštěvovala Klub důchodců, ale po jejím přestěhování tam přestala chodit a rovněž v souvislosti s jejím přestěhováním došlo ke zprůtrhání vazeb i s jejími přáteli.

g) Vztahy s rodinou

Vztahy s rodinou klienti charakterizovali pomocí frekvence návštěv:

Pan B.: „Rodina za mnou chodí na návštěvy. Každý týden mě navštěvuje dcera. Pak mě navštěvuje vnučka s manželem. Ona se před rokem vdala a já jsem rád, že se jí podařilo najít hodného manžela a že jsou spolu spokojeni.“

Pan J.: „Rodina – sourozenci, bratřenci, sestřenice – žádnej za mnou nepřijde.“

Paní L.: „Dcera mě navštěvuje několikrát týdně. Jedenkrát měsíčně mě navštěvuje kamarádka. S bratrem z Prahy si telefonujeme obden. Navštěvuje mě pětkrát ročně.“

Paní J.: „Syn mě navštěvuje každý týden. Vnučky mě navštěvují občas.“

Paní K.: „Synové mě navštěvují jednou až dvakrát týdně. Zajdu k příbuzným. Navštěvuji neteře.“

Třetí kategorie: Individuální faktory

Aktivita a sociální začleňování ve stáří je ovlivněna individualitou seniorů. Každý má svou filozofii ohledně prožití vlastního stáří, která je ovlivněna celým předcházejícím životem, zkušenostmi, vzděláním, charakterem práce. Třetí kategorie zahrnuje pojmy: osobnost klienta, zdravotní stav, akceptace vlastního stáří, sociální dovednosti, psychická pohoda, finanční situace a vztahy s rodinou.

a) Osobnost klienta

- Introverze – extraverze

Paní L. a pan B. jsou introvertními osobnostmi. V jejich chování lze pozorovat tendence k samotářství, distancování se od společenského dění a jejich potřeba sociálních kontaktů je nižší. Paní J., pan J. a paní K. jsou extravertními osobnostmi. Jejich zaměření na okolní svět a potřeba sociálních kontaktů je vyšší.

- Neurotismus – emoční stabilita

Okolní svět vnímají jako stresující zkušenosti paní L. a paní K. Jejich odolnost vůči zátěži je nižší. Negativní emoční prožívání lze pozorovat u paní J., paní L. a paní K. Naopak s vyšší odolností vůči zátěži, s klidem a vyrovnaností se lze setkat u pana B. U pana J. lze pozorovat negativní emoční prožívání a nižší odolnost vůči zátěži, ale i klidný a vyrovnaný přístup při řešení problémů.

- Svědomitost – nezodpovědnost

Svědomitost, důkladnost a vytrvalost byla pozorována u paní K., paní L. a pana B. Pan J. nedokáže obvykle pracovat systematicky, ale je sociabilní – pomáhá nakupovat lidem, kteří jsou na vozíčku, když něco potřebují. Vytrvalost paní J. při aktivitě je nižší a při vykonávání činnosti je méně důkladná. Při řešení problémů potřebují všichni dotazovaní klienti podporu.

- Vstřícnost – nedostatek ohleduplnosti

Vstřícnost ve vztahu k jiným lidem, laskavost a ohleduplnost nacházíme u pana B., pana J., paní K. a paní L. Jsou skromní, slušní a mají tendenci pomáhat druhým.

S nedostatkem tolerance a ohleduplnosti vůči ostatním klientům, zejména ke klientům s Alzheimerovou demencí, se lze setkat u paní J.

- Otevřenost ke zkušenosti – rigidita

Všem dotazovaným klientům vyhovuje osvojená rutina, protože pro ně představuje určitou jistotu. Nemají potřebu nic měnit. O tom svědčí stereotypní vykonávání každodenních činností. Stereotyp lze pozorovat i při volnočasových aktivitách, ochota pouštět se do nových činností je malá.

b) Zdravotní stav

Životní situaci klientů ovlivňuje jejich zdravotní stav, který je častou příčinou zhoršování soběstačnosti a vzniku osamělosti. Všechny aktivity ve stáří buď pozitivně nebo negativně ovlivňují zdraví. Zdravotní problémy mohou vést k výraznému omezení aktivity seniora, zejména se to týká takových aktivit, při kterých je zapotřebí opustit svůj byt (návštěvy divadel, kulturních podniků, procházky apod.) Jestliže se zdravotní stav zhoršuje, problémů přibývá.

Kolostomie paní L. výrazně změnila její osobní i společenský život. Sedmnáct let žije s kolostomií a stále u ní přetrvávají obavy z nepříjemností, ke kterým by mohlo dojít. Stydí se za to, že má umělý střevní vývod. Rakovina, respektive kolostomie jí vzala její nezávislost. V průběhu pobytu v domově pro seniory se ještě zhoršila její chůze. „Na výlety nebo do kina, jak jsem jezdila dřív, když jsem sem přišla, tak to už nejezdím. Nebo na ty čarodejnice do Soběslavi. Už mi to nedovoluje zdravotní stav.“

Panu B. znepríjemňuje život zejména paréza nervus tibialis, protože mu znemožňuje stoupnout si na špičky, „Na vycházky nechodím, já mám tu parézu, tak chodím jenom po patách. A jenom když mám dojít z domova na zastávku, tak jsem unavenější. Nakupovat nechodím. Já mám tu dietu, tak se nesmím přežrávat. S dcerou chodím třikrát týdně plavat.“

Paní J. má artrózu kyčelního a kolenního kloubu. Chodí s chodítkem, ale zatím jí její zdravotní stav nijak neomezuje v tom, aby se zapojovala i do aktivit mimo zařízení. V letních měsících jezdí s rodinou na chatu, kde je celý víkend.

Pan J. se rovněž účastní aktivit mimo zařízení. Jeho participace na společenském životě je více limitována jeho intelektovými schopnostmi než ostatními zdravotními

potížemi.

Paní K. trpí zejména bolestmi kloubů, ale ani ji rovněž tyto zdravotní potíže neomezují do té míry, aby se nemohla podílet na společenském životě mimo zařízení.

c) Akceptace vlastního stáří

Úspěšnost sociální rehabilitace je ovlivňována přístupem seniora k vlastnímu stáří.

Pan B. je optimálně adaptovaný na své stáří. Dokáže se těšit ze života, je otevřený, přizpůsobivý, tolerantní. Adaptace pana J., paní L., paní K. a paní J. na své stáří má podobu strategie závislosti. Jsou pasivní, spoléhají na druhé a věří, že se o ně postarají. U paní L. je možné jako způsob adaptace na své stáří nalézt ještě strategii sebenenávisti. Život je pro ni neštěstím, cítí se osamělá a zbytečná.

d) Sociální dovednosti

Sociální dovednosti jsou důležité pro každý sociální kontakt, ale i adekvátní sociální adaptaci. U klientů jsem pozorovala nedostatek asertivního jednání. Pouze pan B. dokáže přímo vyjadřovat své myšlenky, názory a pocity při zachování respektu k druhým.

Paní J. a paní K. nedokážou otevřeně vyjadřovat své názory a hovořit o svých potřebách. Mnohdy se cítí z neznámého důvodu dotčené a uražené. Na základě svých dojmů si často utvářejí závěry, které mohou ovlivňovat jejich vztahy s ostatními klienty.

Paní J. spíše hovoří jen o své nespokojenosti. Nedokáže být asertivní.

Panu J. chybí základní sociální dovednosti jako například vést konverzaci tak, aby byla přínosná a obohacující pro obě strany.

e) Psychická pohoda

K dobré psychické pohodě klientů přispívá, jestliže jsou spokojeni se svým životem, poskytovanou péčí a službami. Paní L. je nespokojená s nedostatkem soukromí. Co se týká režimu v zařízení, paní L., paní J. a pan B. si stěžovali na jídlo a paní J. na brzké vstávání.

Paní L.: „Mně vadí, že člověk nemá to svoje soukromí. Třeba já jsem zavřená v koupelně a slyším, že někdo klepe, ale já zrovna nemůžu ven ze záchoda, pak se ozve klíček v zámku a já ani nevím, kdo byl na pokoji. Takhle jsem jednou byla uzavřená na záchodě a ty studenti, co tady u nás jsou, mi utírali prach a zalévali kytky. To je mi

nepříjemný.“

Paní J.: „Není tady to soukromí. (...) Není to doma.“

Paní L.: „Já stejně vstávám ráno brzy. Tak to mi nevadí.“ „Ale třeba to jídlo, kdybych byla doma. (...) Víím, že musím kvůli svým potížím držet dietu, ale udělala bych si to podle sebe.“

Další postoje klientů k povinnosti dodržovat režim v zařízení:

Paní K.: „To mi nevadí.“

Paní J.: „Doma jsem se cítila líp. Byla jsem ve svém. Mohla jsem si ležet, jak jsem chtěla. Vadí mi tady to jídlo. Ty jejich omáčky z papriky.“

Pan B.: „Celkem mi to vyhovuje, až na to jídlo. Za sedm let jsem tady nabral patnáct kilo. Vyhovovalo by mi nechodit na večere, ale to nejde, je to daný vnitřním řádem.“

Pan J.: „Nemám problém.“

f) Finanční situace

Pan B. je se svou finanční situací spokojen, zatímco ostatní dotazovaní klienti jsou s ní nespokojeni.

Paní L.: „Platím za léky přes 1000 Kč. 1 300 Kč bych měla mít kapesný měsíčně, ale třeba mi přinesou 15 Kč z důchodu. Bratr mi dává peníze, vždycky mi je tu jako zapomene. Dcera mi kupuje máslo, salám, špekáčky, šunku, cukroví, sušenky, co mám ráda. Je mi to nepříjemný, nerada to od nich беру. Už jsem si ušetřila na pohřeb.“

Paní K. má rovněž vysoké doplatky za léky. Činí přes 1000 Kč měsíčně: „Kluc na mě musí doplácet. Jinak bych si nemohla dát ani kafe v kavárně.“

Panu B. zbývá 1 800 Kč z důchodu. Svou finanční situaci hodnotí: „Nestěžuju si.“

Paní J.: „Zbývá mi 500 Kč měsíčně, takže to mám tak na kafe a na kadeřnici.“

Pan J.: „Zbydou mi tři stovky z důchodu.“

g) Vztahy s blízkými lidmi

Sociální problémy řady lidí pramení z narušených vnitřních a vnějších vztahů a postojů klientů k jejich nejbližšímu okolí. Paní L. má problematické vztahy se svou dcerou a vnukem. Vztahy paní K., pana B. a paní J. jsou víceméně bezproblémové. Pan J. není vůbec v žádném kontaktu se svou rodinou.

Čtvrtá kategorie: Aktivita klientů při řešení své životní situace

Tato kategorie se týká toho, jak klienti přistupují ke svému životu, jakými aktivitami vyplňují svůj volný čas a jak řeší své problémy. Zda rozhodují o věcech, o kterých rozhodovat mohou, nebo zda za sebe nechávají rozhodovat jiné. Jak vnímají to, když nemohou rozhodovat o věcech, které se jich týkají. Čtvrtá kategorie zahrnuje pojmy: role klienta, motivace, vlastní aktivita, životní styl a životní aspirace.

a) Role klienta

S příchodem do domova pro seniory se senior stává klientem a s touto novou rolí souvisí úbytek kompetencí. V rezidenční péči se mu dostává plného zaopatření. Má možnost účastnit se kulturních a zájmových činností. Od klientů je v zařízení očekáváno dodržování pravidel obsažených v domácím řádu, respektování práv ostatních klientů a společensky akceptovatelné chování. Je povinen dodržovat kázeň a pořádek, je kontrolován personálem a svůj životní stereotyp musí přizpůsobit harmonogramu zařízení. Klient se stává závislým na personálu, který mu poskytuje potřebné služby a péči. Je individuální záležitostí každého seniora, jakým způsobem se adaptuje na svou novou roli klienta, zda je pasivním konzumentem péče, nebo zda se stává aktivním účastníkem týmového úsilí personálu o udržování nebo návrat vlastního zdraví a soběstačnosti.

Paní L., paní J., pan J. a paní K. jsou pasivními příjemci služeb a péče. Paní K. a paní J. bývají se službami a péčí nespokojeni, ale i když mohou své náměty a připomínky vhazovat do schránek, které jsou na všech odděleních domova pro seniory, nevyužívají této možnosti a řeší své problémy tím, že diskutují mezi sebou na „náměstíčku“ nebo v kavárně. Klienti mají možnost své stížnosti podávat anonymně do schránek označených „Připomínky a stížnosti“, ale této možnosti rovněž nikdo nevyužívá. Pan B. je aktivním účastníkem péče o své zdraví. Dokáže si potřebnou péči s personálem dohodnout.

Pro prožívání vlastní důstojnosti je velmi důležité nejen zapojení do rozhodování o vlastním životě a péči, ale i nabytí pocitu smysluplnosti participace na životě komunity. Jde o dělání něčeho, co člověka obohacuje, čím dál roste. Pro pana B. je takovou činností malování a práce s počítačem.

b) Motivace

Hlavními hodnotami jsou u všech dotazovaných klientů zdraví a rodina. Motivací klientů k aktivitě je jejich zájem o činnost a potřeba vlastní užitečnosti. Pro klienty je rovněž důležité být soběstačný. Nechtějí se doprošovat druhých a být jim zavázáni.

Jedním z důvodů participace na společenském životě v zařízení je kognitivní motivace, tj. předávání poznatků na základě potřeby sdělit druhému něco, co víme, co známe, co si myslíme.

Pan B.: „Já třeba píšu do toho našeho časopisu tady v domově. Mám tam svoje okénko s alternativní medicínou.“

U paní K., paní J. a pana J. je motivací k aktivitě potřeba společenského kontaktu. Pan J. se účastní téměř všech aktivit pořádaných v zařízení i mimo něj. Paní K. a paní J. se rovněž velmi často zapojují do aktivit. U těchto klientů se nejedná pouze o sdružovací motivaci, ale účast na aktivitách jim pomáhá odpoutat pozornost od negativních myšlenek a s adaptací v domově pro seniory.

Pro paní L. je motivací k účasti na aktivitách udržení stávající míry soběstačnosti a navázání plnohodnotného přátelského vztahu.

c) Vlastní aktivita

Vlastní aktivita klientů vypovídá o tom, jak sami klienti chrání a upevňují své zdraví. Je významná i pro udržení a zlepšování jejich soběstačnosti.

Fyzická aktivita přispívá k uvolnění napětí a zvyšuje sebevědomí. Všichni klienti, kteří se zúčastnili výzkumu se ráno před snídaní pravidelně zúčastňují ranní rozcvičky. Provádějí jednoduché cviky pod vedením fyzioterapeutek a dechovou gymnastiku.

Jako typické aktivity lze na základě informací získaných z rozhovorů s klienty označit následující:

Pan B. – malování, práce v ateliéru, studium alternativní medicíny, vyhledává si informace na internetu.

Paní L. – četba.

Paní J., pan J., paní K. – četba novin, sledování televize.

Na vycházky chodí pravidelně pan J., paní J. a paní K. chodí ven jen zřídka. Paní K. si jde raději sednout do kavárny a paní J. tráví odpoledne s klientkami, se kterými se

pravidelně schází na náměstíčku nebo u automatu na kávu. Paní L. a pan B. nechodí na vycházky vzhledem ke svým zdravotním potížím vůbec. Paní L. si za hezkého počasí chodí sednout na terasu nebo na lavičku před zařízením. Pan B. chodí se svou dcerou pravidelně třikrát týdně plavat.

Pan B.: „Na vycházky nechodím, já mám tu parézu.“

Paní K. „V sobotu a neděli jezdím do města. Jedu na nádraží a jdu až na náměstí. Já ale potřebuju jít svým tempem, protože mám astma.“

Pan J.: „Chodím na vycházky, tak na hodinu. A nakoupit lidem, který jsou na vozičku, když něco potřebujou.“

Všichni dotazovaní klienti se podle svého zájmu účastní pořádaných kulturních a společenských aktivit. Akcí pořádaných mimo zařízení se kvůli svým zdravotním potížím neúčastní paní L. a pan B.

Pro udržení své psychické kondice se dotazovaní klienti účastní následujících pravidelně pořádaných aktivit v zařízení:

Paní L. – jedenkrát v týdnu trénování paměti, psychoterapie.

Paní K. – ergoterapie denně, trénování paměti jedenkrát týdně.

Paní J. – ergoterapie denně.

Pan J. – ergoterapie denně, arteterapie, muzikoterapie a trénování paměti jedenkrát týdně.

Pan B. – neúčastní se pravidelně pořádaných aktivit.

Pozorování ergoterapie

S vlastními podněty, co by se dalo při ergoterapii dělat, nikdo s klientů nepřichází. V průběhu půlročního pozorování se paní K. a paní J. na ergoterapeutické dílně věnovaly háčkování taštiček na mobilní telefony, sněhuláků, postaviček, pletení ponožek, háčkování deček, andělíčků, háčkování přehozů a pedigu.

Paní K. i paní J. mají k aktivitě kladný postoj. Jsou ochotné vykonávat zadanou činnost. Paní J. nebyla vždy spokojená s tím, co se na dílně dělá.

Paní K. je manuálně zručná, pracuje samostatně a precizně. Paní J. při činnosti častěji potřebuje pomoc terapeutek nebo opravit chyby. Často mívá oteklé prsty na rukou, což se projevuje sníženou obratností prstů.

Pan J. se na ergoterapeutické dílně věnoval mačkání kuliček z krepového papíru, lepení obrázků a výrobě bambulek z vlny. Klient je velmi aktivní, snaživý. Jeho výkon je limitován jeho schopnostmi a dovednostmi. Je méně zručný. Při aktivitě se projevuje jeho neobratnost. Má snížené intelektové schopnosti. Složitější činnosti nezvládá. Jeho psychomotorické tempo je pomalé. Kvalita jeho výrobků v porovnání s ostatními klienty je nižší. Při aktivitě je velmi komunikativní. Vzhledem k jeho intelektovým schopnostem mu chybí témata k hovoru a partner pro komunikaci. Ostatními klienty je vše, co řekne, apriori bráno jako hloupost. Neberou ho jako rovnocenného partnera.

Při provádění činností probíhá pouze minimální komunikace s terapeutem i s ostatními klienty. Nejčastějším obsahem interakce s terapeutem jsou instrukce při zadávání činností, poskytnutí informací ohledně potřebných pomůcek a materiálů. Paní K. i paní J. si v případě potřeby dokážou vyžádat pomoc a radu. Paní J. často bývá iniciátorem při zahájení rozhovoru, ptá se na názory ostatních.

Pozorování trénování paměti

Náplní trénování paměti v průběhu půlročního pozorování bylo téma krajů a hraní společenských her podporujících lepší zapamatování. Součástí kognitivního tréninku byla práce s textem, diskuze k tématu, reminiscence, využívání technik pro lepší zapamatování a podpora komunikace.

Paní K., paní L. a pan J. se aktivně zapojovali do činností a diskuzí. Neostýchali se vyjádřit názor.

Pozorování muzikoterapie

Muzikoterapie vždy začínala zpěvem oblíbených písní podle vlastního výběru klientů. Zpěv doprovázela jedna z klientek hrou na klávesy. Terapie pokračovala tanci v sedě a končila hrou na Orfovy nástroje a zpěvem.

Účast na muzikoterapii přispívala ke zlepšování nálady pana J., který se vždy do všech činností aktivně zapojoval.

Pozorování arteterapie

Techniky používané při arteterapii – kresba, malba, práce se šablonami apod. u pana J. přispívaly k jeho relaxaci a katarzi. Pan J. byl na arteterapii aktivní, podobně jako na ostatních terapiích.

Vlastní aktivita klientů při řešení vlastní osamělosti

Všichni dotazovaní klienti se cítí osamělí přesto, že jsou mezi velkým množstvím lidí. U paní L. a pana B. se jedná o emocionální osamělost – postrádají vztah s jednou konkrétní osobou. U ostatních klientů jde o osamělost sociální – chybí jim známí a přátelé.

Paní L. a paní K. při řešení své osamělosti volí strategii vyhnutí se. Ještě více se uzavírají do sebe. Věnují se pasivním činnostem, jako je sledování televize, jídlo a spánek.

Paní J. a pan J. řeší svou osamělost pomocí strategie sociálního kontaktu. Chodí do společnosti mezi ostatní klienty.

Pan B. proto, aby se necítil osamělý, volí strategii aktivity, intenzivně se věnuje svým zájmům.

Předcházet vzniku osamělosti lze formováním smysluplných přátelství. Plnohodnotný přátelský vztah však v současnosti žádný z dotazovaných klientů nemá. Trávení času se svou rodinou se uskutečňuje formou návštěv. Rodinní příslušníci klienty chodí navštěvovat do zařízení. Paní J. v letních měsících jezdí s vnučkami na chatu. Pan B. chodí s dcerou plavat.

d) Životní styl

Životní styl klientů je ovlivňován režimem v zařízení. Klienti vstávají mezi 6. a 7. hodinou. Nikomu z dotazovaných kromě paní J. brzké vstávání nevadí. Spát chodí kolem 22. a 23. hodiny.

Paní L.: „Já stejně vstávám ráno brzy. Tak to mi nevadí.“

Paní J.: „Doma jsem se cítila líp. (...) Mohla jsem si ležet, jak jsem chtěla. Tady musím brzy vstávat.“

Pan B.: „Vstávám v 7 hodin, pak se oholím a jdu na snídani.“

Pan J.: „Nemám problém.“

Paní K.: „To mi nevadí.“

Podávání stravy dává pevnou strukturu režimu dne. Od 7.30 hodin mají snídani. Pak se věnují dopoledním aktivitám. Ve 12 hodin mají oběd. Ve 14 hodin začínají odpolední aktivity nebo bývají do programu zařazena kulturní a společenská

vystoupení. V 15 hodin mají svačinu a od 17.30 je večeře. Vzhledem k provozu kuchyně nemohou být jednotlivá jídla vydávána v jinou dobu. Jídlo si nemohou vybrat.

Všední den dotazovaných klientů vypadá takto:

Paní L.: „Tak já ráno vstanu v 6 hodin. Vypravím se a jdu na snídani. Pak celý dopoledne strávím v koupelně. Pak jdu na oběd. Po obědě si čtu, odpočinu si, vypiju si čaj a sním si svačinu. Když je něco třeba spravit, tak si to zašiju. Když si potřebuju něco napsat třeba na trénování paměti, tak si to napíšu, nebo si pustím televizi. Pak jdu na večeři. Po večeři si čtu, nebo si pustím televizi. Spát chodím kolem jedenácté hodiny.“
S ostatními obyvateli se při jiných příležitostech než jsou společenské a volnočasové aktivity neschází.

Paní J.: „Jdu do dílny. Po obědě si jdu lehnout. Pak se scházíme se ženskejma na náměstíčku. Tam jsme do půl pátý a pak je večeře.“

Pan B.: „Vstávám v 7 hodin, pak se oholím a jdu na snídani. Od 8 do 10 jsem v ateliéru. Pak přijdu do pokoje, kouknu se na internet a je poledne. Po obědě poslouchám rádio. Pak jdu třeba do ateliéru nebo, když je nějaká kultura, tak jdu na ní. Pak je večeře. V 6 si pustím televizi a dívám se do 11 a jdu spát. Mně utíká čas hlavně malováním a sledováním internetu.“

Pan J.: „Tak přes den chodím na dílny. Taky chodím ven. Večer se kouknu na televizi – na zprávy, pak na ty seriály po 8. a jdu spát.“

Paní K.: „Ráno vstanu a jdu na snídani. Pak čtu nebo pletu na dílně. Potom je oběd. Pak třeba kavárna, večeře, televize a jdu spát.“

e) Životní aspirace

Klienti jsou navzdory svému věku a limitům považováni za osoby, které jsou schopny nést odpovědnost za svůj život a svá rozhodnutí, naplňovat svá přání a volit životní cestu. Při rozhovorech s klienty jsem se setkala s názorem, že vzhledem ke svému věku již pro ně nic nemá význam, nic neplánují, ničeho nechtějí dosáhnout.

Paní L.: „Já žádný cíle nemám.“

Paní J.: „Vůbec žádný cíle nemám. Vůbec nic. Ležet, nemuset tak brzy vstávat.“

Pan B.: „Nevím, už nic neplánuju.“

Paní K.: „Už nic.“

Pan J.: „Nevím.“

Uspokojivé sociální a citové vztahy jsou významnou součástí našeho života a posilují odolnost vůči fyzickým i duševním stresům.

Největšími osobními přáními klientů v jejich individuálních plánech jsou zůstat aktivní, moci se věnovat svým zájmům, být co nejvíce soběstačný, udržet si zdraví a psychickou pohodu, jezdit na chatu, chodit na vycházky.

Osobní cíle klientů v individuálních plánech:

Paní L.: „Udržet si už navázané dobré vztahy s ostatními obyvateli domova. Ráda bych trávila při hezkém počasí čas na terase, nebo bych šla na krátkou procházku, pokud mi to můj zdravotní stav dovolí. Hlavně bych nechtěla být v péči o sebe úplně odkázaná na pomoc druhého člověka.“

Paní J.: „Přála bych si co nejdéle si udržet dobré zdraví a psychickou pohodu. Pak ještě pořád syn nebo vnučky mě o víkendech vozí na chatu. Tak tam bych si přála jezdit co nejčastěji.“

Pan B.: „Moc se věnovat svým koníčkům.“

Pan J.: „Tak já bych chtěl chodit na dílnu, malovat, na muzikoterapii.“

Paní K.: „Chodit na dílnu.“

Pátá kategorie: Faktory prostředí

Tato kategorie se týká prostředí domova, zda se jedná o prostředí podnětné, omezující, direktivní. Kategorie zahrnuje pojmy: podpůrné prostředí, akceptace ostatními klienty, vztahy s rodinou a institucionální vlivy.

a) Podpůrné prostředí

Klientům je v zařízení poskytováno mnohem více pomoci a podpory, než tomu bylo v domácím prostředí, a to v těchto oblastech: léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, zdravotní péče a podpora dodržování zdravého životního stylu. Klienti jsou rovněž podporováni ve svých individuálních zájmech.

Paní J.: Vzhledem k přáním a potřebám klientky je klientka podporována v tom, aby co nejvíce času v letních měsících trávila na chalupě se svojí rodinou, kde to má ráda. V domově je motivována k účasti na volnočasových aktivitách.

Pan J.: Personál se snaží klienta podporovat v sociálních interakcích a v účasti na

kulturních, společenských a volnočasových aktivitách.

Paní L.: S ohledem na psychické rozpoložení, přání a potřeby je klientce doporučováno, aby pokračovala ve skupinové psychoterapii a je motivována k účasti na volnočasových aktivitách pořádaných v domově.

Pan B.: Pro klienta je důležité nadále podporovat jeho vztahy s rodinou a povzbuzovat jej k tomu, aby pokračoval ve svých zájmech a zálibách.

Paní K.: S ohledem na psychické rozpoložení, přání a potřeby je klientka motivována k účasti na volnočasových aktivitách pořádaných v domově.

b) Akceptace ostatními klienty

Klienti se domnívají, že pro to, aby byli akceptováni ostatními, je třeba scházet se na náměstíčku nebo v kavárně, být soběstačný a chovat se slušně k druhým.

Paní L.: „Oni mě ty lidi tady berou trochu jinak, jako že já jsem z Prahy a oni jsou odsud, tak možná proto se mi tady nedaří mít s někým víc přátelský vztah. Na drbárnu s těma ženskejma nechodím. Ono dřív to tady bylo jiný. Jednak jsme byli mladší, chodící, teď čím dál víc přichází ty nemohoucí a tím se to pokazilo. Moje vztahy s druhými lidmi jsou dobré, hlavně se sestřičkama.“

Paní J.: „Já myslím, že mě lidi berou dobře, protože jsem soběstačná a zbytečně nenaříkám na zdravotní potíže. Nejsem klepavej typ, ale potřebuju mluvit s ostatními lidmi. Když jsem s lidma zvenku, tak si připadám horší, protože mi závidí, že jsem v domově důchodců.“

Pan B.: „Já se ke každému chovám slušně a oni ke mně taky. Já třeba píšu do toho našeho časopisu tady v domově. Mám tam svoje okénko s alternativní medicínou a oni mi říkají: ‚Vy jste půl doktora‘. Tak to člověka potěší, že ty moje články čtou.“

Pan J. se cítí být přijímán ostatními klienty dobře.

Paní K. charakterizuje vztah ostatních klientů k sobě takto: „Asi mě rádi nemají.“

c) Institucionální vlivy

Nejzásadnějším rizikem dlouhodobého pobytu v institucionální péči je hospitalismus, tj. stav dobré adaptace na umělé podmínky v zařízení. Redukce podnětů způsobuje zhoršení komunikace a ztrátu zájmu o okolní svět.

Pan B.: „Ne, že bych byl úplně apatickej, ale nejsem tolik na lidi a vztahy vázanej.

(...) Lidi jsou při těch akcích takoví pasivnější. Už to není vono. Posluchači jsou takoví dost mrtví. Když hraje nějaká muzika, tak já si zpívám, ale někteří ani nezpívají, nebo že by si s kapelou notovali.“

Dalším rizikem je tzv. ponorková nemoc, která je způsobená stereotypem v uzavřených institucích, ze kterých není úniku. Zvyšuje se únava člověka a snižuje tolerance. Důsledkem toho může být vztahovačnost, agresivita a nezájem obyvatel, pokles otevřenosti a vstřícnosti.

Paní J.: „Nedělá mi dobře setkávání se s lidma z céčka. Nevím, proč je sem vodí, když je to nezajímá. Mají takovej nepřítomnej pohled.“

Pobyt v domově pro seniory znamená ve větší či menší míře ztrátu soukromí. Klienti sdílejí prostor s lidmi, které si nemohli vybrat.

Pan B.: „Když jsou lidi, že hůř slyší a dávají si televizi na plný pecky a ten druhej pak nemůže spát, tak to je pak problém.“

d) Sociální vlivy

Vztahy mezi klienty jsou víceméně anonymní. Potkávají se na chodbách, v jídelně, kde se pozdraví a vymění si pár zdvořilostních frází. Hlubší zájem o druhého neprojevují. Na pokojích se nenavštěvují. Snaží se chránit si své soukromí. Plnohodnotná přátelství jsou v domově spíše výjimkou.

Klienti preferují kontakty se známými lidmi – přátelé, vlastní rodina, protože je to tak nezatěžuje.

Paní L.: „Já se potkávám s lidmi na jídelně, nebo když někoho potkám na chodbě, tak spolu promluvíme.“

Paní J.: „Důvěrný vztah se mi tady s nikým navázat nepodařilo. Že bychom se tady navštěvovali na pokojích, tak to ne.“

Pan B.: „Kamaráda tu nemám. Povídám si s panem M. a panem H., ale ne důvěrně, ale spíš tak jako všeobecně o životě. V celým zařízení si tykám jen s 5 lidma.“

Pan J.: „Kamarády žádný nemám.“

Paní K. se podařilo krátce po příchodu do domova pro seniory najít kamarádku, ale jejich přátelství nevydrželo: „(...) ale už spolu nemluvíme. Hodně jsem se v ní zklamala.“

K úbytku přátel mezi klienty přispívá umírání: paní L.: „Pak jsem měla ráda paní (...), ale ta už zemřela. Pak ještě, když jsem bydlela dole na pokoji, tak paní (...), tak ta taky byla moc fajn, ale bohužel taky zemřela.“

Ve vztazích s ostatními klienty lze u paní L. a paní K. pozorovat vztahovačnost. Všechno si berou hodně osobně. Domnívají se, že je ostatní klienti nemají příliš rádi, tak se uzavírají více do sebe a raději zůstávají samy ve svých pokojích.

Šestá kategorie: Spokojenost klientů v domově pro seniory

Klient je spokojený tehdy, jestliže mu služba přináší to, co potřebuje, zatímco jsou posilovány jeho přirozené sociální vazby a schopnosti. Klient je spokojený, jestliže má pocit vlastní užitečnosti, má dostatečnou míru komunikace, prožívá každodenní radosti, tj. považuje-li svůj život za smysluplný.

Na ztrátě smyslu života se podílí osamělost a nesoběstačnost seniorů.

Šestá kategorie zahrnuje pojmy: splněná očekávání, zklamání, nabídka volnočasových aktivit, adaptace klienta v domově pro seniory a osobní spokojenost.

a) Splněná očekávání

Očekávání klientů v domově pro seniory splňuje zdravotnická a ošetrovatelská péče. Klienti jsou spokojeni se službami, zdravotní péčí a vybaveností potřebným zařízením a kompenzačními pomůckami.

Paní L.: „To, že se nedokážu o všechno postarat, tak mi pomůžou, to jo. Moje vztahy s druhými lidmi jsou dobré (...) hlavně se sestřičkama.“

Paní J.: „S personálem jsem spokojená.“

Pan J.: „Nemusím se tady o nic starat. V pokoji mám čisto. Uvaří mi, vyperou, ale hlavně s těma penězma tady nemám starosti. Doma to byla hrůza.“

Pan B.: „Je tady o mě dobře postaráno. Nemusím nakupovat, uvaří mi, vyperou, takže mám čas na to, abych se věnoval svým koníčkům.“

b) Zklamání

Paní K.: „Ale hodně mě tady zklamala lékařská péče, tu jsem si představovala jinak.“

Pan J.: „To, co jsem ale nečekal, co byl pro mě šok, tak to je to, jak moc tu lidi umírají. Moc to na mě působí.“

Paní J.: „Čekala jsem víc v péči o manžela.“

Paní L.: „Moje očekávání bylo, že budu mít svůj byt, kde budu normálně bydlet jako doma.“

c) Nabídka volnočasových aktivit

Nabídku volnočasových aktivit všichni dotazovaní považují za dostatečnou a jsou s ní spokojeni. Možností je takové množství, že nabídka není klienty plně využívána.

Paní L.: „Na tu společnou kulturu chodím ráda. S nabídkou jsem spokojená.“

Paní J.: „Jsem s ní spokojená. Nabídka je dostatečná. Je to dobrý tak akorát. Nikdo nikoho nenutí. Můžu si vybrat. Neměnila bych ji.“

Pan B.: „Podle mě nic nechybí. Je tady snaha lidem něco nabídnout, ale lidi to nevyužívají. Asi je to nebaví.“

Pan J. : „Dostatečná. Každý si může vybrat podle libosti.“

Paní K.: „Vyhovuje mi. Někdy to na mě působí až plačtivě, třeba oslava MDŽ.“

d) Adaptace klienta v domově pro seniory

Adaptace pana J. na prostředí domova pro seniory je dobrá. Účastní se téměř všech aktivit. Od prvních dní svého pobytu bezprostředně navazuje kontakty s personálem i s obyvateli, je spokojený a optimistický: „Tady je víc příležitostí, různé akce (...) Jsem rád.“ Také pan B. se velice dobře v zařízení adaptoval. Věnuje se svým zájmům, zálibám a účastní se kulturních a společenských akcí. Je spokojený se svým životem.

Adaptace paní J., paní L. a paní K. by se daly označit jako vyhovující. Paní J. se spontánně účastní aktivit nabízených v domově pro seniory. Pravidelně dochází na ergoterapeutickou dílnu. Své rozhodnutí odejít do domova pro seniory však dodnes považuje za chybné. Paní L. sice neprojevuje aktivní zájem o okolí, ale nestaví se k němu negativně. Její vztahy s personálem jsou dobré. Do rozhovoru s ostatními klienty se zapojuje. Paní K., přestože dochází pravidelně na aktivity, se cítí osamělá a zklamaná stejně jako paní L. z toho, že sice má svůj pokoj, ale není to stejné, jako kdyby bydlela doma.

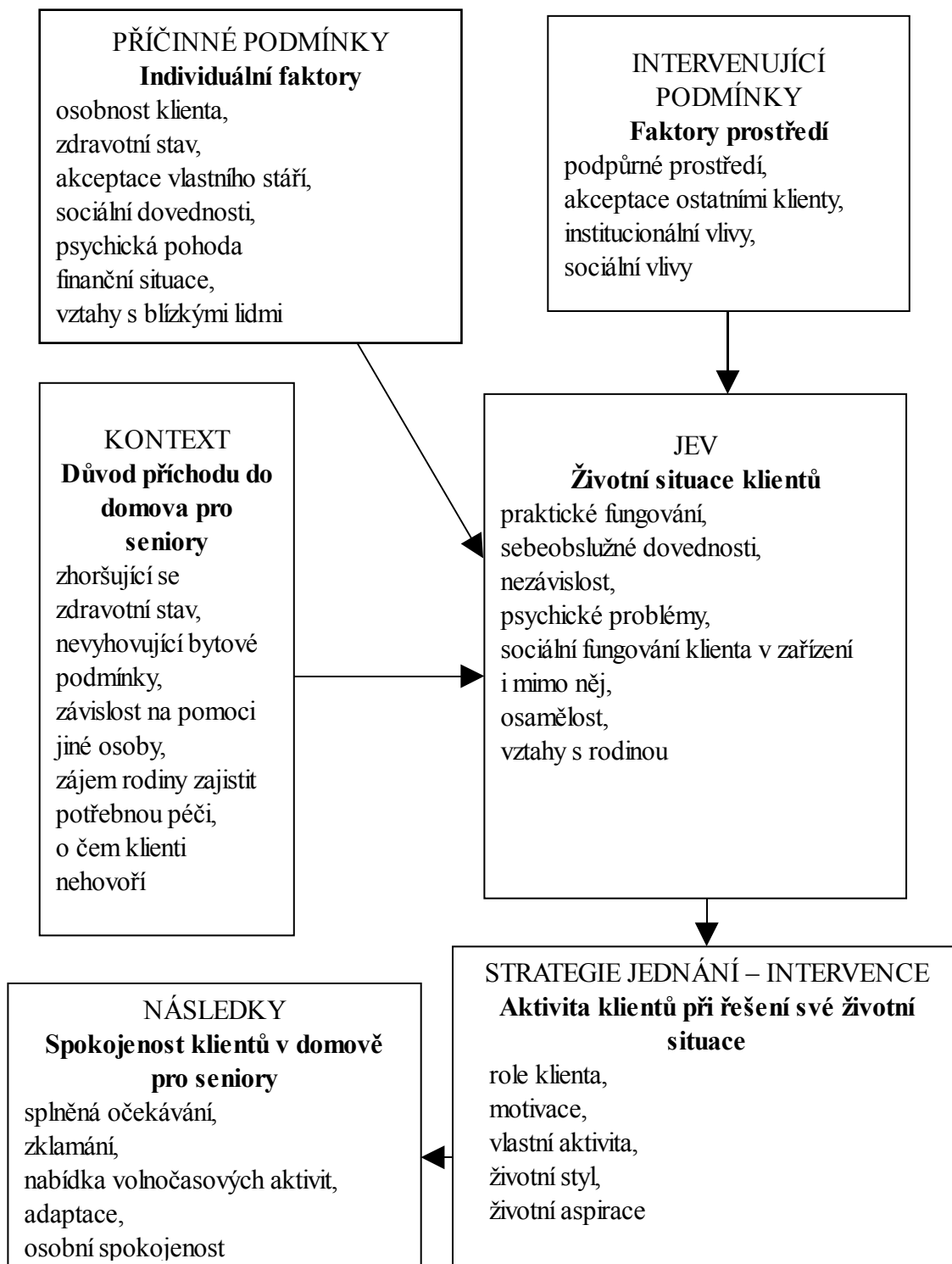
e) Osobní spokojenost

Osobní spokojenost souvisí se splněním vlastních cílů, které se objevují v individuálních plánech klientů.

V domově pro seniory jsou spokojeni pan B. a pan J., kterým se daří plnit vlastní cíle. Paní L., paní K. a paní J. se cítí nespokojeny, protože se jim nedaří uskutečňovat své cíle.

4.3.2 Axiální kódování

PARADIGMATICKÝ MODEL



Zdroj: Vlastní výzkum

4.3.3 *Selektivní kódování*

Cílem zakotvené teorie bylo zjistit subjektivní hodnocení sociální rehabilitace klienty, určit podmínky, které ovlivňují jejich životní situaci a sociální fungování. Jednotlivé kategorie, které vyplynuly z výzkumu, jsou graficky zobrazeny v předcházející kapitole.

Na počátku výzkumu stojí senior, který nezvládá žít samostatně, protože se zhoršuje jeho zdravotní stav. Bydlí v nevyhovujících bytových podmínkách, má špatné vztahy se svou rodinou, je závislý na pomoci jiné osoby, cítí se osamělý. Při hledání řešení své nepříznivé životní situace je velmi důležitý aspekt dobrovolnosti pro rozhodnutí žít v domově pro seniory, nebo zda je takové rozhodnutí učiněno pod tlakem rodiny.

Životní situace lidí před příchodem do domova pro seniory je determinována zdravotním stavem, vztahy s rodinou a rovněž stavem financí. Především zhoršování zdravotního stavu seniorů nebo jejich partnerů vede k tomu, že přestávají zvládat nároky svého přirozeného prostředí. To se nejprve projevuje v oblasti praktického fungování, kdy se stává závislým na pomoci jiné osoby – dětí, příbuzných, případně sousedů. Svoji životní situaci řeší odchodem do domova pro seniory a očekávají, že tam se personál postará o úkony, které nezvládnou.

Po příchodu do domova pro seniory se musí klienti přizpůsobit novým podmínkám. Nejnáročnější je soužití se spolubydlícím a omezení soukromí tím, že na pokoj má přístup i personál. Dále se musí přizpůsobit režimu v zařízení.

Sociální fungování klientů a jejich adaptace na život v prostředí domova pro seniory jsou dány hlavně zdravotním stavem a typem jeho osobnosti, ale i podporou okolí – personálu, spolubydlících a rodiny. Funkční potenciál klientů má svou fyzickou, psychickou a sociální dimenzi. Přibývající fyzické obtíže (např. zhoršování chůze) ovlivňují sociální dimenzi – znesnadňují až znemožňují začleňování klienta do společnosti a kontakty s ostatními klienty. Podobně také psychické potíže, např. snížení sebevědomí a depresivní ladění, zhoršují začleňování klienta do společnosti. Velmi důležitý je přístup k vlastnímu stáří (pocit užitčnosti, nebo naopak zbytečnosti), psychická pohoda, finanční situace a v neposlední řadě vztahy s rodinou, které jsou

příčinou řady sociálních problémů seniorů.

Je individuální záležitostí každého seniora, jakým způsobem se adaptuje na svou novou roli klienta. Zda je pasivním konzumentem péče, nebo zda se stává aktivním účastníkem týmového úsilí personálu o udržování nebo návrat vlastního zdraví, soběstačnosti a společenských kontaktů. Pro klienty je soběstačnost důležitá, ale aktivní jsou především, když je činnost baví.

Každý klient má svůj individuální plán rozvoje, ve kterém si stanovuje cíle, s jejichž realizací mu personál pomáhá.

Spokojenost klientů s novou životní situací je ovlivněna i tím, jak jsou akceptováni ostatními klienty a jaké jsou jejich vzájemné vztahy. Bližší přátelství mezi klienty v zařízení vznikají výjimečně.

Klienti žijící v domově pro seniory oceňují, že je o ně fyzicky postaráno a jsou jim nabízeny volnočasové aktivity, ale nedaří se jim navazovat bližší vztahy s ostatními. Někteří proto mohou hodnotit svoji životní situaci hůře než před vstupem do domova pro seniory.

Je-li klientům sociální rehabilitace poskytována za optimálních podmínek, kdy je podporována jejich vlastní aktivita, narůstá jejich osobní spokojenost.

4.4 Zakotvená teorie – postoje odborného personálu k sociální rehabilitaci

4.4.1 Otevřené kódování

Informace získané z rozhovorů s odborným personálem a řídicími pracovníky a zúčastněného pozorování byly rozebrány a následným sloučením jednotlivých kódů vznikly následující kategorie zakotvené teorie.¹⁶¹

První kategorie: Význam sociální rehabilitace v domově pro seniory

Všichni dotazovaní zaměstnanci Domova pro seniory Máj vnímají poskytování této služby pozitivně. Tato kategorie zahrnuje pojmy: ovlivnění životní situace klienta, důstojný život, navazování sociálních kontaktů, začlenění do společnosti, motivace k aktivitě, usnadnění adaptace, podpora soběstačnosti a nezávislosti. Pojmy vystihují důvody, proč je klientům sociální rehabilitace poskytována.

a) Ovlivnění životní situace klienta

S2: „Má pro klienta význam ve všech bio-psycho-sociálních oblastech. Pomáhá mu navrátit či kompenzovat porušené nebo ztracené funkce a začlenit se do společnosti.“

b) Důstojný život

Ř1: „Jako hlavní úkol sociální rehabilitace vidím, aby klienti v domově žili spokojeně a neviděli to tu jako čekárnu na smrt.“

c) Navazování sociálních kontaktů a začleňování do společnosti

Přestěhování se do domova pro seniory, zdravotní problémy, ztráta životního partnera a dalších blízkých vrstevníků patří mezi nejčastější příčiny sociální izolace. Vyrovnávat se s novými životními událostmi a nalézat optimální řešení své situace je pro klienty složité. Vzhledem k tomu, že zpracování nových situací vyžaduje ze strany klientů mnohem více energie, potřebují v této oblasti pomoc a podporu. Všichni respondenti spatřují jako hlavní úkol sociální rehabilitace pomoc klientům při navazování nových sociálních kontaktů a jejich reintegraci do společnosti.

R1: „Umožňuje jim zařazení zpět do společnosti.“

S3: „Pomáhá sociálně indisponovaným klientům zapojit se do společnosti.“

161 Záznamy rozhovorů s odborným personálem jsou uloženy na CD, které je volně vložené do diplomové práce.
S = sociální pracovník, E = pracovník pro nepedagogickou činnost, R = rehabilitační pracovník, Ř = řídicí pracovník

R2: „Pomáhá klientům začlenit se do společnosti.“

E2: „Já si myslím, že je pro klienty hodně důležité zůstat co nejdéle soběstačný a být mezi lidmi.“

S1: „Pomáhá klientům začlenit se do společnosti a při navazování sociálních kontaktů.“

d) Motivace k aktivitě

Motivovat klienty k tomu, aby přicházeli mezi lidi, aby nezůstávali jen uzavření mezi čtyřmi stěnami svého pokoje, ale trávili svůj volný čas aktivně, je dalším významným aspektem sociální rehabilitace. Setkávání při volnočasových aktivitách poskytuje příležitost blíže se vzájemně poznat, sdělovat si informace a snáze se adaptovat na nové prostředí.

E1: „Motivuje klienta k aktivitě.“

E2: „(...) bych řekla, že se hodně personál snaží motivovat k účasti na aktivitě, kulturním programu, nebo k tomu, aby se někam klienti ještě podívali.“

E3: „Podle mě to, že se klienti vzájemně setkávají, přicházejí mezi lidi, jim pomáhá v tom, aby si snáz zvykli na život v domově.“

e) Podpora soběstačnosti a nezávislosti

S termínem sociální rehabilitace souvisí nejen očekávání sociální reintegrace, ale i podpora soběstačnosti a nezávislosti klientů.

S2: „My se snažíme, když přijde nový klient, zjistit, co je schopen sám udělat a co ne (...) Personál se snaží co nejvíc podporovat klienty, aby byli soběstační. Někteří klienti mají i svoje účty. Taky jim třeba děláme doprovod. Jedeme spolu třeba na úřad, když je třeba něco vyřídit. Na druhé straně, když už nejsou schopni klienti na ten úřad dojet, tak i je ochota ze strany úředníků, aby přijeli sem k nám. Týká se to vyřizování občanky, nebo když je třeba notářské ověření například plné moci nebo závěti. Pokud je ten člověk mobilní, tak ho vezmu a vyfotíme se u fotografa. Já se snažím ty lidi vést taky k nějaký aktivitě tím, že jim nabídnu: „Dojdu tam s vámi a vyřídíme to spolu.“ Staniční sestry se snaží, aby měli klienti potřebné vybavení pomůckami. Sestry klienty vysazují¹⁶². Aby se sami najedli, tak jim dají k posteli ty stolečky (...) Když klientovi

¹⁶² Vysazovat = pomoc klientům se zaujetím pozice v sedě

pohyb nejde, tak klientovi hledáme vhodnou pomůcku, která by mu ten pohyb usnadnila.“

Ř1: „Z naší strany je to podpora, aby zůstali co nejdéle soběstační. Když se za ně budou dělat věci, které zvládají samostatně, tak to povede ke zhoršování úrovně soběstačnosti.“

E3: „Třeba i ležící klienti se nám tady zvedli.“

Ř2: „Klienti jsou odkázáni na ošetrující personál.“

Druhá kategorie: Sociální fungování klientů

Kategorie sociální fungování klienta zahrnuje pojmy: zájem vzájemně se setkávat, účast na aktivitách pořádaných v domově, účast na aktivitách mimo zařízení, vlastní aktivity, strategie zvládnání stáří, nadužívání péče, pasivita a rezignace a pohodlnost.

a) Zájem vzájemně se setkávat

E1: „Já bych řekl, že je to asi na třetiny. Třetina je aktivní. Sami si akce vyhledávají a mají zájem se jich účastnit. Třetina přijde, když je oslovíme a na aktivitu pozveme. Třetina účast na čemkoliv odmítá.“

E2: „Musíme je oslovit a je to různé od akce k akci. Jestli jde třeba o hodinové posezení, nebo je to podle druhu zábavy. Hodně si vybírají třeba přednášky. Tam je účast dost velká. Pak mají rádi, když přijdou děti a předvedou nějaké svoje vystoupení. Líbí se jim cestopisné vyprávění. Prohlížení fotek z cest. U těch akcí třeba i záleží, jestli tam přijdou klienti z céčka.“¹⁶³

Ř2: „Někteří chtějí. Jiní nechtějí. My se je snažíme motivovat, aby se zapojovali co nejvíce.“

S1: „Klienti mají zájem se setkávat. Nejvíce se setkávají ve společných prostorách, v kavárně, na chodbách. Na pokojích se moc nenavštěvují.“

S3: „Myslím, že lidi na vozíčku se dostanou mezi lidi mnohem víc, než kdyby byli doma. Zhruba dvakrát v týdnu je tu nějaká akce, takže příležitost mají všichni. Myslím, že hodně záleží na tom, co ten konkrétní člověk sám chce nebo nechce a co zvládne a nebo nezvládne. Klienti se setkávají při akcích, při obědě.“

R1: „Jak kdo. Je to různé. Když chtějí, tak mají možnost. Ale třeba paní (...), když

¹⁶³Céčko = stanice C určená klientům s Alzheimerovou demencí

ji chceme pozvat na nějakou aktivitu, tak to komentuje: „Pořád byste po nás chtěli, abychom pracovali.“ Nebo se setkáváme s reakcemi typu: „Bude kafe?“ „Bude zákusek?“ – tak podle toho mají zájem.“

R2: „Přivítají rádi změnu. Vidím za tím možnost i něco získat. Akce jsou většinou spojené s občerstvením, tak tam jdou. Vzájemně se setkávají při různých aktivitách, kterých se účastní. Jako například na muzikoterapii. Scházejí se u automatu na kafe, na náměstíčku, nebo zajdou do kavárny.“

S2: „Někdy je to ale ze strany klientů absolutní nezájem. Říkají, že toho mají moc. Jsou pohodlní. Nemají chuť něco nového začínat. Chtějí zůstat u toho svého starého, u svých zvyků.“

b) Účast na aktivitách pořádaných v domově a mimo zařízení

Klienti domova pro seniory se nezapojují do společenského života mimo zařízení vůbec, nebo jen velmi málo. Navštěvují akce společně s ostatními klienty a doprovodem, nebo se účastní vlastních aktivit. Klienti jsou podporováni, aby se účastnili vlastních aktivit, udržovali kontakty s rodinou, chodili na vycházky, na nákupy apod. Účast na těchto akcích je omezoována především jejich zdravotním stavem a potřebou jistoty a bezpečí, že bude přítomen někdo, kdo jim pomůže.

S1: „Někdo si dojde sám k holiči, jezdí na chalupu, chodí na procházky, jdou na Živitelku, ale je to hrozně málo lidí.“

S2: „V domově se účastní, mimo domov už tak moc ne. Kdyby chtěli, tak se můžou účastnit čehokoliv. Myslím, že v tom nehraje roli otázka financí. Ani si nemyslím, že by si ve společnosti mimo zařízení připadali znevýhodněni proto, že jsou z domova pro seniory. Spíš, když někam jdou, tak mají rádi takovou tu jistotu s sebou. Ten pocit, že kdyby něco potřebovali, tak je tam někdo, kdo jim pomůže.“

R1: „Chodí na vycházky, nákupy, ke kadeřnici nebo na pedikúru. Pan (...) chodí plavat.“

E2: „Třeba na Odpoledni s vůní máty, což byla akce pro seniory, šli dva lidi a dřív nám chodilo 8 až 10 lidí. Jednou jsme dostali 10 lístků na tuhle akci a oni nám prostě nestačily, tak jsme si museli přidat židle ke stolu. A teď je to takhle. Taky se setkáváme s tím, že někam přijdeme, oni vypijou kávu a sní, co jim dají a ptají se, kdy půjdou

domů. Když jdeme ven, tak mají strach, když už špatně chodí, tak jestli je vezmeme na voziček. Jestli nebudou na obtíž, když bude muset někdo ten vozík tlačit. Jestli se nebude dlouho chodit. Jestli to fyzicky zvládnou a nebude to nad jejich síly.“

S2: „Účastní se rekreací, jezdí do lázní, chodí na vycházky, plavat, nakupovat, pořádají oslavu jubilea, ale to se týká spíš těch samostatnějších. Jinak se spíš účastní aktivit v domově. Tolik aktivit, jako mají tady, doma neměli. Zažívají nové věci. Stačí jim to, proto nevyhledávají nic jiného. Přicházejí k nám děti z mateřských škol se svými vystoupeními. Mají zájmové kroužky, hudební programy, kino, grilování.“

E3: „Já bych řekla, že to záleží na počasí, na ročním období. Teď jsme měli na podzim třikrát až čtyřikrát kino a šli tak 2 – 3 lidi. A pak, když někam jdem, tak je pro ně nejdůležitější hlavně se nacpat.“

E1: „Jak se zhoršuje zdravotní stav lidí, tak ty počty lidí ubývají, co by se účastnili aktivit mimo domov. Já jsem šel jako doprovod na Odpoledne s vůní máty¹⁶⁴ a šel se mnou pouze jeden klient.“

c) Nadužívání péče, pasivita a rezignace

Zvyšující se závislost vede ke snížení pozitivního sebehodnocení. Klienti pocítují ztrátu kontroly nad svým životem. Dojdou-li klienti k závěru, že nemají žádnou možnost v cestě vpřed, rezignují. Přijímají svou roli závislého a bezmocného člověka, který přišel do domova proto, aby se tu o něj postarali. Ztráta kontroly nad svým životem vede u klientů k frustraci, výsledkem které jsou útočné reakce vůči personálu nebo únik. V chování vůči personálu se objevují ze strany klientů manipulativní snahy, verbální agrese a infantilní chování.

S1: „Někdy taky dělají, že nejsou tak úplně soběstační. Platí si to tady, tak ať se staráme. Kdyby byli doma sami, tak by se podle mě museli víc snažit. Někdy je to taky proto, že rezignují. Sem do domova nechtěli, doma na ně tlačili, že už to nezvládají.“

E1: „Ve vztahu s personálem, který se snaží podporovat jejich soběstačnost, jdou až do takového toho dětského chování: ‚Vy jste zlá, vy mi to nechcete udělat.‘“

S2: „Já si myslím, že ta tendence nadužívat péči tady je (...) Je asi pravda, že doma by je to asi nutilo k tomu víc se snažit.“

¹⁶⁴ Odpoledne s vůní máty = setkání seniorů v Kulturním domě Slavie v Českých Budějovicích

E2: „Vyžadují pomoc od personálu, i když ji nepotřebují. Říkají: ‚Já to taky nezvládám.‘ ‚Já si to taky platím.‘ Někdy si z holek dělají úplný služby.“

d) Oblékání a péče o svůj vzhled

Podle způsobu oblékání klientů lze usuzovat, jaký je jejich sociální status. To, jakým způsobem se lidé vnímají, ovlivňuje vzájemné chování. To, jak lidé o sebe dbají, má vliv při navazování sociálních kontaktů.

E1: „(...) tak někteří dbají na to, jak se oblékají, ale někteří, to jsou vyloženě šmudly.“

Poznámky z terénního pozorování: „Na Svatováclavskou zábavu právě přicházejí klienti ze stanice C. Klientky na dnešní zábavu přicházejí v teplácích vytažených po prsa. (...) Personál a klienti ze stanice A a B mají na sobě slavnostní oblečení.“

E3: „Některý lidi by se vůbec nemyli. (...) Když pak přijdeme na pokoje, tak tam nemají boty, kabáty, nic. Prostě chceme jít na vycházku a není je do čeho obléct.“

E2: „Někteří klienti nemají ve skříních skoro žádné oblečení. Třeba paní (...), když sem přišla, tak chodila pořád jen v sukních. Tady se spravila, takže sukně už neobleče a chodí jen v těch teplácích. My to rodinám říkáme. Oni všechno odkývou a nic se neděje.“

e) Kontakty s rodinou

Ztráta partnerů a přátel vede k odpoutávání se od kontaktů s ostatními lidmi. Pro klienty je velmi důležité být v kontaktu se svou rodinou, vidět se s nimi, být pohromadě a povídat si. Někteří klienti mají bezproblémové vztahy se svou rodinou. Stýkají se pravidelně. Jinde jsou vztahy konfliktní.

Ř2: „Někteří se stýkají se svými rodinnými příslušníky pravidelně a jejich vztahy jsou bezproblémové. Nejčastěji chodí na návštěvy, třeba když jeden z manželů ještě žije doma. Někdy jsou ty vztahy špatný a vidíme, že si chodí jen pro peníze.“

Ř1: „Je to různé. Za některými přicházejí denně.“

S1: „Za někým rodina chodí, za někým nechodí.“

f) Vztahy klientů v domově

Při uspokojování potřeby společenských kontaktů je důležitější než množství lidí, jací jsou ti lidé, jaké je jejich chování, jednání a vlastnosti. Personál účastníci se

výzkumu vzájemné vztahy mezi klienty hodnotil následovně:

Ř2: „Dobry, nedobry. Na bázi kamarádství to je třeba tady pan (...) a paní (...), pan (...) a paní (...). Na společenských akcích se setkávají všichni, jak klienti mobilní, tak imobilní a klienti s demencí. A ty schopní mají tendenci spíše stranit se klientů, kteří mají nějaký problém. Myslím si, že to je hlavně proto, že si nechtějí připustit, že by tak mohli taky skončit.“

Ř1: „To je individuální. Ale vím, že mnohdy mezi klienty chybí tak potřebná tolerance. A pak dobrým vztahům neprospívají pomluvy.“

R1: „Někteří jsou spolu dlouho, a tak je mezi nima trochu ponorka. Na terapii podle mě chodí pořád stejný lidi. Některý lidi se vzájemně nemusí a tak třeba na tu aktivitu nejdou, protože tam bude ta paní. To se nám stává například při muzikoterapii, kterou děláme s kolegyní.“

„Některý vztahy jsou dobrý, ale taky špatný. Třeba si nepamatuju, kdy se pochválili na dílně.“

E2: „Většinou vidí na sobě jen chyby. Pak si hodně mezi sebou závidí. Závidí si pokoje. Rozebírají vztah pana (...) s paní (...). Tak třeba paní V. si sedla k paní K. ke stolu a paní S. se to nelíbilo, protože nebylo po jejím. Paní V. se jí nezeptala, jestli s nima může sedět, ale pozvala jí paní K. Ona je takovej generál. Pak paní S. kazí muzikoterapii. Lidi ji prostě nemusí.“

Pro dokreslení vztahů mezi klienty uvádím příklady pozorovaného chování z terénních poznámek:

Pozorování muzikoterapie:

Pan M.: „Tak dáme Po starých zámeckých schodech“ Paní J. začíná hrát a všichni zpívají. Paní S. se snaží panu M. říci, že se ta sloka opakuje. Pan M., nazlobeným tónem: „Ovládni se, seš jak malý děvčátko.“ Paní S. odchází. Nikdo si jich nevšímá. (...) Pan J. odnáší židle.

Pozorování Masopust:

Paní H.: „Vás už jsem dlouho neviděla. Jak se máte?“ – mluví se sestřičkou ze třetího patra. Paní L. stojí vedle nich a obrací oči vzhůru, aby dala najevo, že paní H. je nemožná, že se ptá každého stále na to samé a kdo to má pořád dokola poslouchat.

Paní K. přichází do jídelny na Masopustní zábavu, ale její místo už je obsazené. U vedlejších stolů je spousta volného místa. Sestřička k ní přichází a ukazuje jí místo u jiného stolu, ale klientka se otáčí a uražená odchází z jídelny.

g) Pohodlnost

V domově je klientům poskytována komplexní péče, do které je zahrnuto ubytování, stavování, úklid, praní, kulturně-společenské vyžití, pomoc při vyřizování osobních záležitostí, řešení sociálně právních problémů, pomoc při zajištění kontaktu s rodinou. O klienty je postaráno. Činnosti spojené se zajištěním chodu domácnosti jsou za ně vykonávány. Nemusí se tolik snažit, jako kdyby žili ve svém domácím prostředí, což vede k tomu, že v prostředí domova často z pohodlní.

E1: „Když sem přijdou, tak to, že jim někdo uvaří, vnímají jako příjemný luxus.“

E3: „Když jsou tady, tak zleniví. Dokud jsou doma, tak chodí, starají se. Mám pocit, že někdy až personál zneužívají.“

R1: „Tak my se je snažíme udržet co nejdéle mobilní. Nenechat je ulehnout. Jinak myslím, že tady dost zleniví, protože si nemusí nic dělat. Nemají žádný povinnosti. Mají to tady zaplacený.“

Třetí kategorie: Determinanty sociálního fungování

Kategorie zahrnuje pojmy: nabídka volnočasových aktivit, role klienta, zdravotní stav, osobnost seniora a jeho potřeba sociálních kontaktů, adaptace klienta na prostředí domova a postoje klientů k nabízeným aktivitám.

Účast na volnočasových aktivitách zvyšuje šance klientů na navázání vzájemných kontaktů a vztahů. Zájem o volnočasové aktivity je ovlivněn tím, kdo a jak aktivitu vede a jací klienti ji navštěvují. Na zapojování se do společenského dění má podíl zdravotní stav klientů a jejich přístup k životu.

a) Nabídka volnočasových aktivit

S1: „Nabídka je podle mě dostatečná.“

S2: „Nabídka je docela široká.“

R1: „Pestrá. A plně ji nedokážou využít, třeba na arteterapii nechodí skoro nikdo.“

Ř1: „Nabídka volnočasových aktivit je slušná. S tím ale, jak přicházejí méně a méně soběstační klienti, tak to se promítá do počtu lidí, kteří se těchto aktivit účastní.“

E3: „Až velká.“

R2: „Vím, že mají rádi muzikoterapii. Rádi si zazpívají písničky, které znají. A pak podle mě mají moc rádi vystoupení dětí. Když přijdou děti s vystoupením, tak kolikrát i pláčou, jak je to dojme.“

E1: „Lidi se tu potkávají často, ale dost často děláme něco pro něco a nemá to tu šťávu.“

b) Role klienta

Klienti v důsledku chování části personálu, který neuznává jejich autonomii, se stávají závislími na péči. Staví se do podřízené role. Nepřicházejí s vlastní invencí, ale jsou pasivní.

E1: „Z toho, co se osvědčilo, co chtějí, na to chodí a to zůstalo. Většinou říkají: ‚Vy jste tady od toho.‘ Mně chybí to, že by víc něco organizovali sami, ta jejich vlastní aktivita. Dílny berou jako náhradu práce. Třeba se omlouvají, když odcházejí dřív. Oni jdou na volnočasové aktivity jako do práce – tam byl taky vedoucí. Třeba mi klientka řekla: ‚Já nemůžu přijít, já nepracuju dobře. Já bych se cítila hloupě.‘“

E2: „Tak my se jich třeba ptáme, co by chtěli dělat, ale voni nic neříkají. Pořád chtějí jenom háčkovat a když přijdeme s něčím novým, tak to odmítají.“

c) Zdravotní stav

Při zapojování se do společenského života klienty omezuje jejich zdravotní stav. Mají zájem. Rádi by se účastnili na aktivitě, ale jejich zdravotní stav jim to neumožňuje. Další překážkou pro neúčast na společenském dění je osobní přístup k životu – nechut věnovat se čemukoli, kritizování všeho, negativní postoj a rezignace.

S2: „Je to podle chuti, nálady, zdravotního stavu.“

S3: „To se odvíjí hlavně od jejich zdravotního stavu, který jim to někdy neumožňuje.“

Ř1: „Pak ten vliv na účast neúčast na aktivitě má zdravotní stav. Když se třeba jede na výlet, tak tam je to hodně. Na aktivitách tady v domově je to pak povaha toho člověka a zájem.“

Ř2: „Začleňování se mimo zařízení to podle mě záleží hlavně na zdravotním stavu, ale pak je to z jejich strany taky lenost.“

d) Osobnost seniora a jeho potřeba sociálních kontaktů

Pro účast na aktivitě mají klienti různé důvody – kognitivní motivace, sdružovací motivace, sebestvrzovací motivace, adaptační motivace a existencionální motivace. Účastnit se na společenských, kulturních a zájmových aktivitách je spojeno s uspokojováním svých potřeb. Potřeba společenských kontaktů je individuální. Potřeba společenských kontaktů extroverta, který je přátelský, vyhledává společnost a má radost z kontaktů, bude jiná než potřeba introverta, u kterého převažuje tendence distancovat se od společenského života a být sám. Potřeba podnětů klientům umožňuje uvědomovat si sebe sama. Ve stáří je potřeba podnětů snížena. Větší intenzita nebo nakupení podnětů může seniora dráždit a unavovat. Motivací je také potřeba uznání a potřeba být vyslechnut.

Pozorování trénování paměti:

Trenérka: „Tak J. povídej.“ (Klient si přeje, aby byl osloven křestním jménem a aby se mu tykalo.)

Pan J.: „Na Letnej, když byla vojenská přehlídka, naposledy jsem tam byl v roce 1985, táta nám umřel, tak jsem tam byl naposled. A tam jsme si dali kafe Rakušáka.“

Trenérka: „Cože jste si tam dali?“

Pan J.: „Kafe se šlehačkou.“

Trenérka: „Aha, to byla vídeňská káva.“ – Všichni se smějí.

Pan J.: „Přišla ale číšnice a já jsem jí to řek takhle. Rozuměla mi, ale máma mi chtěla dát pohlavěk, ale nemohla.“

e) Adaptace klientů na prostředí domova

Proces adaptace je odlišný u klientů, kteří přišli do domova dobrovolně a u klientů, kteří byli k svému rozhodnutí donuceni vnějšími okolnostmi.

S1: „Třeba paní (...), když sem přišla, tak byla ležící. Tak se bavila jenom se sousedkou na pokoji. Když přijde někdo nový, tak ostatní potřebují zjistit, kdo je. Pak se paní (...) s ženskýma spřátelila. Ale podle mě je to hodně individuální a taky někdy záleží na tom, s kým je ten člověk na pokoji.“

S2: „Pro každého je to těžký. Každý reaguje na tu změnu jinak a trvá to i různě dlouhý časový úsek.“

S3: „Záleží na tom, jak ho kdo přivítá a na chování, jestli je slušné. Myslím, že podpora ze strany personálu a opravdu vstřícné přijetí. Pak je důležité, pokud jsou klienti na dvouúžkových pokojích, tak, aby si ti dva lidi na pokoji sedli.“

R1: „Potřebují pomoc s tím, aby si zvykli.“

R2: „Když chtějí zapadnout mezi ostatní, tak musí hrát jejich hru, aby zapadli ke kavárenskéjm, nebo chodit na volnočasové aktivity.“

E1: „Záleží, odkud přijdou a záleží na tom, jaký to bylo doma. Když sem přijdou, tak to, že jim někdo uvaří, vnímají jako příjemný luxus. Po měsíci tento pocit příjemného luxusu ztrácí. Uvědomí si, uvidí na druhých, co může stáří přinést, že můžou i ulehnout a zůstat tak i několik let a zažívají šok, který je opravdu silnej. Jak dlouho trvá? Měsíc, měsíc a půl . Záleží jak kdo. Někdy takové to vnitřní přijetí může trvat i rok. Záleží na klientovi, na personálu, na tom, jak se dokáže přizpůsobit režimu dne. Záleží na tom, z jakého důvodu klient do domova přichází. Jestli proto, že má tak závažné komplikace, že už to sám nezvládne, nebo to chce rodina.“

E2: „Tak pan (...) se třeba vůbec nepřizpůsobil.“

E3: „Jak u koho. Trvá asi tak měsíc než si zvyknou. Například paní (...), furt proti ní něco měli.“

Ř1: „Kdyby klienti přicházeli do domova ze svého vlastního přesvědčení a vlastní vůle, pak by nebyli zatrpklí, zapšchlí. Jejich adaptace na nový domov by tak probíhala mnohem rychleji a podle mě by pak dokázali i lépe využít příležitostí, které se jim zde nabízejí.“

f) Postoje klientů k nabízeným aktivitám

Klienti poskytují personálu minimální zpětnou vazbu a většinou negativní.

R1: „Třeba paní (...), když ji chceme pozvat na nějakou aktivitu, tak to komentuje: ‚Pořád byste po nás chtěli, abychom pracovali.‘ Nebo se setkáváme s reakcemi typu: ‚Bude kafe?‘ ‚Bude zákusek?‘“

S1: „(...) že prostě není zpětná vazba. Berou to tu jako hotel.“

Ř2: „(...) otevřenost, aby dokázali říct, co si přejí a nejen pomlouvat po straně, že je všechno špatně. To pak taky ten personál odradí.“

Ř1: „Někteří rodinní příslušníci za mnou přijdou a poděkují.“

S3: „Personál se chová podobně jako senioři. Mám pocit, že se to chování personálu do jejich promítá.“

Pozitivní zpětná vazba pozorovaná při návratu z celodenního výletu do Dačic:

Pan M. „Já bych chtěl poděkovat panu řidiči za to, že nás bezpečně dovezl a vedení domova za hezký výlet.“

Čtvrtá kategorie: Realizace podpory sociální integrace klientů

Sociální služby představují jeden z možných nástrojů, jak lze intervenovat do životní situace seniora, který se v souvislosti s úbytkem některé ze složek jeho funkčního potenciálu stává závislý na pomoci okolí. Postoj pracovníků vůči sociální rehabilitaci determinuje způsob jejich jednání a promítá se do strategie práce s klienty. Čtvrtá kategorie zahrnuje pojmy: postoje personálu k sociální rehabilitaci, přístup personálu ke klientům, techniky sociální rehabilitace, styl vedení aktivity a týmová spolupráce.

a) Postoje personálu k sociální rehabilitaci

S1: „Někdy to přestává bavit i ty pracovníky, protože my jim děláme kašpary v pyžamu na pyžamovém bále a oni ani neřeknou díky za kafe. My ty akce pro ně děláme i v našem volném čase. Možná proto to nedokážou ocenit. Všechno mají zadarmo. Když je nějaká akce, tak kafe mají zadarmo, zákusek. Sní to a ptají se, kdy půjdou domů. Kdyby si měli něčím přispět, tak by asi šlo míň lidí, ale zas ,jak říkám, asi by si toho víc vážili.“

S2: „Někteří zaměstnanci se zapojují do kulturních aktivit domova podle toho, jak jim to dovolí provoz a taky podle toho, kdy se aktivita koná. A když třeba nechtějí šaškovat, tak to dostanou befelem.“

S3: „Rivalita mezi sektory ale je. Každý si myslí, že právě on dělá to nejdůležitější.“

Ř2: „Postoj personálu k sociální rehabilitaci je kladný. Je zajištěn volný čas klientů. Pomáhá to i v soběstačnosti klientů.“

E1: „Část zaměstnanců to bere direktivně. Jako, že klienty budeme vysazovat, motivovat ke společné aktivitě, tak to berou jako povinnost. Je to tak půl na půl. Půl lidí to bere jako, že je to dobře.“

E2: „Část to bere dobře a jsou rádi a pomáhají nám klienty motivovat k účasti na aktivitě, kulturním programu, nebo, aby se někde klienti podívali.“

E3: „Někteří nám pomáhají klienty motivovat. Je to různý a hodně individuální.“

b) Přístup personálu ke klientům

Odborný personál ve vztahu ke klientům uplatňuje ochranný přístup, který je chrání do takové míry, že jim neumožňuje vykonávat běžné činnosti. Tento přístup vychází z představy stáří jako klidného a pasivního období života. Snahou takového přístupu je poskytnout klientům veškerý komfort pro zasloužený odpočinek, aby už se nemuseli o nic starat.

E2: „Taky jsem se ale setkala s tím, že mi sestry řeknou: ‚Já bych taky chtěla ležet a už bych nechtěla nic dělat a aby mě někdo někde vozil.‘ To jsou ale jen určití lidé.“

V interakcích personálu s klienty se lze setkat s přístupem, který je založený na očekávané inkompetenci seniorů. Takový přístup vede k oslabení autonomie klientů a posiluje jejich závislé chování.

S3: „Hodně se paušalizuje to, když je 70 % klientů na oddělení ležících. Neřeší se, proč to nejde a jak to zkusit, aby to šlo. Někdy je prostě snazší klienta nakrmit. Je to prostě zajatý systém, který pro plno lidí nemá smysl měnit a ani ho měnit nechtějí.“

Ř2: „Někteří pořád pojedou v zajatých kolejích a jsou neochotní cokoliv měnit.“

„(...) neochota zaměstnanců. Je to tak pro ně jednodušší, nebo je to nezáměr. Dělají tu svou práci rutinním způsobem. Ta aktivita ztroskotá na pasivitu personálu. Jednoduše se řekne: ‚Oni to klienti nechtějí.‘“

c) Techniky sociální rehabilitace

Jednou z technik sociální rehabilitace využívaných v domově pro seniory je technika mluveného slova. Komunikace mezi klienty a zaměstnanci domova je důležitá z hlediska spolurozhodování a spoluodpovědnosti klienta za průběh sociální rehabilitace. Vedení rozhovorů s klienty je důležité pro navázání kontaktu a získání si jejich důvěry. Tato technika je využívána při všech aktivitách.

Poznámky z terénního pozorování muzikoterapie:

„Paní (...) se ptá, jestli vím, jak dlouho je tady v domově? Já jí odpovídám, že byla úplně první obyvatelkou domova. Rozvíjí se diskuse o tom, jak dávala rozhovory

novinářům. Terapeutka se rozpovídává o začátcích na fyzioterapii.“

Poznámky z terénního pozorování trénování paměti:

Trenérka: „Vzpomenete si na zážitek z Prahy?“

Paní H. vypráví o synovi a o návštěvě. Vyprávění je hodně zmatené a nesrozumitelné. Pak si bere slovo paní K.: „Já si pamatuju Spartakiádu. To byl pro mě velkej zážitek, jak jsem tam cvičila.“

Trenérka: „Byl jste ještě někdo na Spartakiádě?“

Paní M. „Já. Cvičila jsem s barevnejma šátkama.“

K dalším technikám, které byly pozorovány při aktivizaci klientů, patří technika pohybového rozvoje, technika rehabilitačního působení pracovní činnosti, technika rehabilitačního působení umění, technika povzbuzování a technika relaxace.

Poznámky z terénního pozorování muzikoterapie:

Klienti zvládají choreografii tanců v sedě, zrychlují či zpomalují pohyb podle hudby.

Terapeutka: „Tak a jdeme do kopce. Jde nám to ztěžka (předvádí pohyb vepředu, klienti opakují po ní) a teď jdeme z kopečka a to jsme veselí, to nám jde úplně samo.“

Poznámky z terénního pozorování ergoterapie:

Paní K. háčkuje zvoneček. Terapeutka k ní přichází a říká: „Vy už budete dělat poslední, že jo?“ Přikyvuje a pokračuje v práci. Terapeutka: „Ten potom přidáme k těm ostatním, co už máme, až bude zase ta výstava.“ Paní K. se usmívá.

Poznámky z terénního pozorování arteterapie:

Poté, co si klienti prohlédli obrázky krajinek, které jim arteterapeut přinesl, začínají volnou kresbu. Každý si má malovat, co chce. Společně se domluvili, že dnes se bude malovat podzimní krajina.

Paní B.: „Jé to bude vostuda? Já už jsem nemalovala, to už je let. Naposled někdy na základní škole.“ Terapeut k ní přichází a domlouvají se, s čím začít, prohlížejí si společně obrázky. Hovoří s klientkou o tom, kde vyrůstala, která krajina se jí nejvíce líbí. Domlouvají se, jak postupovat. Po chvíli paní B. začíná malovat.

d) Styl vedení aktivity

Při práci s klienty jsem převážně pozorovala autoritativní styl vedení aktivity. Při

autoritativním stylu vedení není pracováno se zdroji klienta. Pracovník se považuje za experta, který ví, co je pro klienta dobré. Využívá direktivního způsobu řízení. Komunikace vztahy nejen zrcadlí, ale také utváří.

Příklad komunikace mezi terapeutkou a klientkou, kdy terapeutka je v roli rodiče, který hodnotí, kárá, kritizuje a klientka se ocitá v roli dítěte závislého na rodiči:

Poznámky z terénního pozorování ergoterapie:

Paní (...) ukazuje svou práci terapeutce s tím, že má asi něco špatně.

Terapeutka: „Budeme to muset vypárat.“

Klientka: „No, jak je to možný?“ Tváří se nešťastně.

Terapeutka: „Já vám říkám, že si to musíte kontrolovat. Bohužel (...) ta další řada by bylo jedno. Dávejte pozor, vy to votáčíte. Pozor, vy si to votáčíte v ruce.“

Dalším stylem, který byl u práce s klienty pozorován, je klubový (sousedský) styl, kdy se prioritní snahou stává vytvoření pohody a je využíván konverzační komunikační styl. Jedná se o nezávazné povídání „o ničem“.

Poznámky z terénního pozorování canisterapie:

Pan O.: „Já mu něco nabídnu.“ Terapeutka říká klientovi, protože špatně vidí, že piškot hodil psovi přímo do tlamy. Klient reaguje: „To je rošťák. Já ho nevidím, ale slyším, jak funí.“

Pan H.: „Já bych mu chtěl dát pokyn.“

Terapeutka: „Sám si kolikrát sedne, lehne a vyčkává, že za to dostane piškot. Reaguje taky jen na gesta. Stačí, když mu ukážu rukou.“ Předvádí, jak pes sedne, lehne, ukazuje i pokyn na štěkání. Paní D vypráví o svých psech a o tom, jak se o ně starala.

e) Týmová spolupráce

Pro optimální průběh sociální rehabilitace je důležitá spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu, kteří se na ní podílí.

R1: „Ty interní vztahy mezi personálem by mohly být lepší. Na tom se taky podepisuje to, že personál má hodně práce a tak nestíhá.“

S3: „Bylo by třeba, aby spolupráce mezi zaměstnanci byla lepší.“

Ř2: „Nevím, jestli už mají třeba syndrom vyhoření, ale ta spolupráce v týmu mezi zaměstnanci je špatná. Máme individuální supervizi, ale nevím, jestli to pomůže nějak

celou situaci změnit. Ta dobrá fungující týmová spolupráce je důležitá. Myslím, že tady nejde ani o nedostatek personálu nebo o nedostatečný ohodnocení.“

Pátá kategorie: Faktory prostředí – intervenující podmínky

Pátá kategorie se týká intervenujících podmínek sociální rehabilitace. Zahrnuje pojmy: lokalita v blízkosti domova, prostředí domova, sociální vlivy a atmosféra při aktivitě.

a) Lokalita v blízkosti domova

Z vnějších faktorů má na průběh sociální rehabilitace vliv lokalita v blízkosti domova a prostředí domova. Domov pro seniory se nachází na sídlišti Máj. V blízkosti domova mají klienti možnost nakoupit si, využít služeb a vyjít si na vycházku. Kino je vzdáleno 50 metrů. Za nedostatek v okolí zařízení lze označit malý počet laviček pro odpočinek a posezení. Asi 150 m od domova je zastávka MHD.

b) Prostedí domova

Pokoje v domově jsou účelně a moderně vybavené s vlastním sociálním zařízením. Domov je vymalován pastelovými barvami, vyzdoben vkusnými doplňky a obrázky. V zařízení je čisto, pořádek a nikde není cítit nepříjemný zápach. Půdorys jednotlivých pater vzdáleně připomíná čtyřlístek. Ve středu je vždy větší „náměstíčko“, ze kterého vycházejí čtyři chodby, na kterých jsou vstupní dveře k jednotlivým pokojům. Chodby jsou dostatečně široké pro vozíček i lůžko. Náměstíčko je místem setkávání klientů. Mohou zde posedět a popovídat si. Stejně mohou využívat i kavárnu, která je v přízemí domova.

V zařízení je 51 jednolůžkových a 38 dvoulůžkových pokojů. Pokoje jsou vybaveny účelným nábytkem. Každý klient si může pokoj doplnit svými obrazy a dalšími osobními věcmi, např. hodinami, dekoracemi, rádiem, televizí.

c) Sociální vlivy

Mezilidské vztahy, vztahy se spolubydlícími, s rodinou, přáteli patří do oblasti sociálních vlivů na průběh sociální rehabilitace. Průběh sociálních interakcí mezi klienty a interakcí mezi klienty a pracovníky má vliv na sociální integraci klientů.

Poznámky z terénního pozorování interakce mezi klienty stanice A a C:

Klienti ze stanice A – pan M., paní J. a paní K. přišli zazpívat klientům na stanici C.

Pan M.: „Dobrý den. Přišli jsme mezi vás, abychom si zazpívali písničky našeho mládí a pokud by vám to dnes nestačilo, nebo bylo by toho málo, tak zítra bude na jídelně dechovčička.“ Jídelna je plná lidí. Vepředu sedí paní J. s klávesami s panem M. Je tady ještě dalších pět klientů ze stanic A a B. Paní J. a pan M. se domlouvají jakou písničku budou hrát. Paní K.: „Tak abyste se nenudili, tak já vám zatím přednesu básničku: Stáří.“ Paní Š. tleská, paní L. si sestřičky v průběhu zpívání berou na koupání, paní V. má zavřené oči, zpívá a diriguje si.

Poznámky z terénního pozorování muzikoterapie:

Pan M. a paní J. se pošťuchují. Paní J.: „Tys mi to udělal schválně. On mi tady schválně máčknul klapku na klávesách.“ Pan M. se usmívá. Paní J. začíná hrát „Ty falešná frajárko“.

Při navazování nových sociálních kontaktů je důležitá pomoc a podpora ze strany personálu. Vztahy mezi klienty v domově jsou stejné jako v běžném životě. Jsou přátelské i nepřátelské.

Ř2: „Tak především ti zaměstnanci by měli tomu člověku pomoci vtáhnout ho mezi lidi, představit ho. Je to pak pro toho člověka určitě snazší i příjemnější.“

Podle respondentů vytváření vztahů je zejména ovlivňováno závistí, pomlouvami a nedostatkem vzájemné důvěry.

E2: „Takový důvěrný přátelství tady mezi lidma není. Opravdový kamarádky – to ne. Tady akorát máme ten milenecký pár. Pak jsme měli ještě jeden než paní (...) zemřela. A pan (...) ten má přítelkyni mimo domov.“

S1: „Mezi lidma je dost závist. Závidí si skoro všechno – pokoj, chalupu, když za někým chodí návštěvy, nebo jedna paní tady má přítele. Tak i to si závidí.“

S2: „Drby. Vzájemně se pomlouvají.“

S3: „Já bych řekl, že je tady mezi lidma přátelství i nepřátelství. Ale to přátelství je spíš ojedinělý, protože si lidi závidí, žárlí. Usmívají se na sebe a na druhé straně se pomlouvají.“

R1: „Strašný. Závidí si třeba i chodítko. Pomlouvají se.“

R2: „Co mě třeba zaráží a překvapuje je, že když některý z klientů zemře, tak hned někdo přijde a řekne třeba: ‚Máte to chodítko s kapsou, který měla paní (...)‘? Chlapi

spolu víc drží. Sedí spolu třeba při kultuře u stolu a tak.“

E1: „Dobry, špatny, neutrální. Neutrální v tom smyslu, že můžeme se míjet, řekneme si ‚dobry den‘, sedneme si, dáme si společně kávu. Jsou ale jedinci, který vyvolávají až nepřátelství. Často vzniká mezi nimi nedorozumění, protože nejsou schopný se vcítit do někoho jiného. Některý lidi jsou splachovací, ale třeba paní (...) všechno si počítá. Pamatuje si všechno, co jí kdo řekl a udělal. Sympatie, antipatie . Vytvářejí skupinky. Formálně se člení na A, B, C a jakmile ten člověk přijde na béčko, tak patří do jiné skupiny.“

E3: „Dobry, ale i špatny. Strašně si závidí. V podstatě si nemají co závidět. Porovnávají se mezi sebou. Jsou na sebe škaredý. Třeba v jídelně ten jejich zasedací pořádek. Když jim někdo náhodou sedne na jejich místo, tak jsou hned uražený.“

Neadekvátní sociální interakce lze pozorovat u klientů i u personálu.

Poznámky z terénního pozorování výletu na zámek v Dačicích:

Než jsme došli do kavárny, sociální pracovnice se na mě obrátila a povídá: „Už jsem dlouho neviděla pana (...).“ Řekla jsem, že já taky. Tak jsme se oddělily od skupiny ostatních a šly ho hledat. Nejprve jsme prohledávaly poměrně rozlehly zámekský park zámku Dačice. Pak jsme usoudily, že tam asi nebude a začaly jsme prohledávat hospody. Našly jsme ho v bistro, jak popíjí pivo.

Poznámky z terénního pozorování canisterapie:

Paní K. sedí na invalidním vozíku a nespokojeně mručí. Ošetřovatel: „No, jo (...).“ – opakuje po ní zvuky a oslovuje klientku křestním jménem.

d) Atmosféra při aktivitě

Pro optimální průběh aktivity je důležitá atmosféra vzájemného porozumění a tolerance, klidné a bezkonfliktní prostředí. Ergoterapie se koná v jídelně na stanici B a stanici C. Muzikoterapie probíhá na náměstíčku. Canisterapie v jídelně na stanici C. Kulturní a společenské akce jsou na jídelně na stanici A.

Poznámky z terénního pozorování ergoterapie:

Na jídelně je ticho. Nikdo nic neříká. Běží televize. Před sebou mají všichni skleničku s čajem. Klientky háčkují. Pan (...) mačká kuličky z krepového papíru. Klientky mají svůj zasedací pořádek. Jsou rozděleny na dvě skupiny. Sedí u tří stolů

a nemluví spolu. Jídelnou často prochází personál.

Poznámky z terénního pozorování canisterapie:

Jsme rušeni hlukem vysavače. Pracovník právě čistí chodbu. Terapeutka: „Tak teď nám Arni asi nebude chtít pracovat, protože slyší vysavač a on se ho bojí.“

Šestá kategorie: Spokojenost s průběhem sociální rehabilitace

Spokojeného pracovníka baví práce s klienty, cítí se za ni dostatečně ohodnocen, má pro ni profesní předpoklady a podporu vedení. Kategorie se týká toho, jak se daří či nedaří sociální rehabilitace. Jaký je postoj personálu vůči sociální rehabilitaci. Co by oni měnili. Jaké jsou jejich představy o ideálním průběhu sociální rehabilitace. Kategorie zahrnuje pojmy: subjektivní hodnocení sociální rehabilitace personálem, bariéry ztěžující práci personálu, představa ideálně probíhající rehabilitace. náměty pro zlepšení.

a) Subjektivní hodnocení sociální rehabilitace personálem

Všichni dotazovaní zaměstnanci se domnívají, že se sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj celkem daří, že klienti mají v domově větší šance zapojovat se do společnosti, být v kontaktu se svými vrstevníky než v domácím prostředí, ale záleží to na osobnosti klienta a jeho adaptaci na prostředí domova.

S1: „Já myslím, že se nám sociální rehabilitace celkem daří. Tak, když je někdo samotář, tak ten se moc asi zapojovat nebude. Podle mě hraje hlavně roli pohodlnost a jejich zdravotní stav.“

S2: „Já myslím, že se nám sociální rehabilitace docela daří. Daří se nám podporovat soběstačnost, samostatnost a zapojování klientů do společnosti.“

S3: „Sociální rehabilitace je dobrá. Rok co rok přijímáme horší lidi, tak o to je to náročnější. Já myslím, že tady v domově mají lidi větší šance zapojit se mezi ostatní. Ale záleží to na adaptaci.“

R1: „Já bych řekla, že se nám sociální rehabilitace docela daří, ale ty interní vztahy mezi personálem by mohly být lepší. Na tom se taky podepisuje to, že personál má hodně práce, a tak nestíhá.“

R2: „Všechno by se podle mě dařilo mnohem líp, kdyby se zlepšila komunikace mezi lidma. Někdy mám pocit přehlcenosti kulturou. Možná, že by stačilo udělat

kulturu tak třikrát do roka. My jednak děláme svoji práci a pak při té kultuře mám pocit, že ze sebe děláme vyloženě šašky.“

E1: „Záleží na tom, jak je člověk zvyklý pohybovat se ve velkých kolektivech a je zvyklý podřídit se kolektivnímu programu. Personál se snaží podporovat jejich soběstačnost, protože je to i pro ně ulehčení práce. Oni prostě chtějí to, co mají druzí. ‚Platím stejně, dejte mi stejnou službu.‘ Třeba jsem podával paní po mrtvičce hrneček a paní, která seděla vedle ní řekla: ‚Mě už ta ruka taky bolí.‘ Nebo chodítka chtějí, i když je nepotřebují. Rehabilitační jim to vysvětlí, ale slyšel jsem ‚Vona ti to chodítka nechce dát.‘ Bariéry ze strany klienta jsou zdravotní stav, lenost, pohodlnost. Ze strany zdravotnického personálu – direktivní myšlení, děláme to takhle a takhle.“

E2: „Většina těch, co jdou na nějakou akci mimo domov, tak pak chodí po domově a vykládají, jak jsou nespokojení. Zajímá je jen to, co je zadarmo a kde budou plný stoly. Ať vymyslíme, co vymyslíme, pořád jsou nespokojení.“

b) Bariéry ztěžující práci personálu

S1: „Když se budete snažit vést toho klienta k soběstačnosti, tak se to může obrátit i proti vám, protože se na vás oboří, že si to tady platí.“

E3: „Zdravotní stav a negativní postoj.“

Ř2: „Bariéry? No asi neochota zaměstnanců.“

Ř1: „Zdravotní stav a povaha klienta.“

c) Představa ideálně probíhající sociální rehabilitace

S2: „Tak v první řadě dostatek odpočínutého personálu a maximální spolupráce s rodinou.“

S3: „Lepší spolupráce mezi zaměstnanci. Personál se chová podobně jako senioři. Mám pocit, že se to chování personálu do jejich promítá. Myslím, že problémy by se měly lépe vykomunikovat. Podle mě to není otázka počtu personálu ani peněz. Klíčoví pracovníci by se měli lépe naučit reagovat na zakázky klientů.“

E1: „Týmová, opravdu společná hra a máme společný cíl ve prospěch klienta, ale i v náš. Aby nebyl domov pro seniory vnímán – ‚jdu do čekárny na krematorium‘, ale jako místo umožňující prožití posledních let, který mi ještě zbývají.“

E2: „Aby dokázali ty lidi říct, co chtějí. Mně by se líbilo, kdyby přišli a řekli: ‚Já

bych byla ráda, kdyby se dělalo to či ono.‘ Neřeknou nic a pořád si stěžují.“

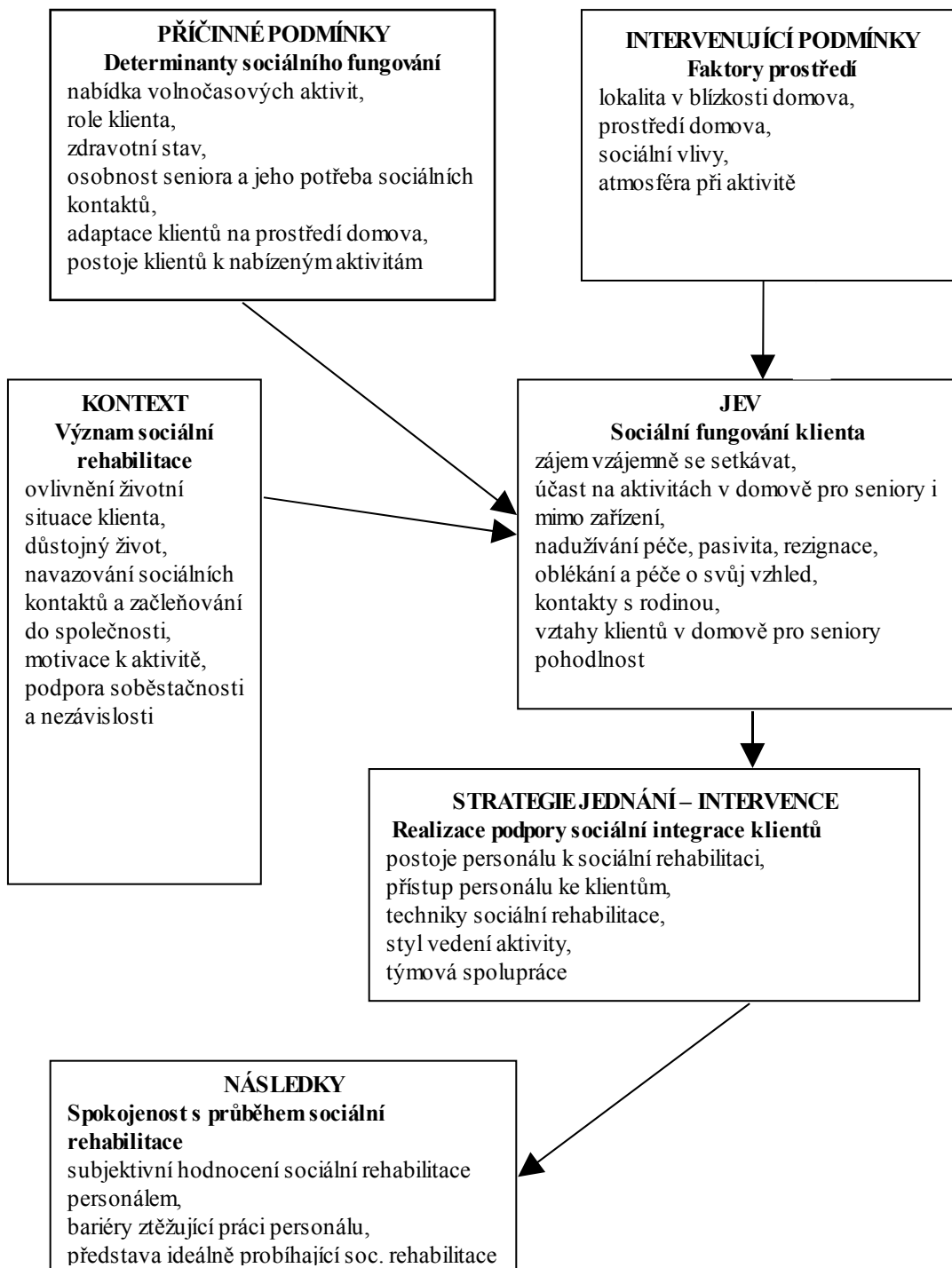
E3: „Víc si povídat, větší důvěra.“

Ř2: „Tak určitě je důležitá dobrá fungující týmová spolupráce.“

Ř1: „Jako ideální vidím, kdyby klienti přicházeli do domova ze svého vlastního přesvědčení a vlastní vůle.“

4.4.2 Axiální kódování

PARADIGMATICKÝ MODEL



Zdroj: Vlastní výzkum

4.4.3 *Selektivní kódování*

Cílem analýzy získaných dat z pozorování a rozhovorů s odborným personálem prostřednictvím zakotvené teorie bylo získat odpověď na otázku týkající se postojů odborného personálu k sociální rehabilitaci. Určit podmínky, které mají vliv na její průběh a jakým způsobem ovlivňuje životní situaci a sociální fungování klientů.

Jednotlivé kategorie, které vyplynuly z výzkumu, jsem graficky znázornila v předcházející kapitole.

Posláním Domova pro seniory Máj je vytvoření podmínek pro důstojný, spokojený a smysluplný život pro své klienty, kteří kvůli svému zdravotnímu stavu a sociální situaci potřebují péči, jež není možné zajistit v domácím prostředí. Cílem personálu je spokojený klient nejen v biopsychosociální, ale také v duchovní komplexnosti. Sociální služby představují nástroj, jakým lze ovlivňovat životní situaci a sociální fungování klientů. Sociální rehabilitace je integrální součástí sociálních služeb. Význam sociální rehabilitace spočívá v podpoře soběstačnosti, reintegraci klientů do společnosti a aktivizaci. Zároveň usnadňuje adaptaci klientů na nové prostředí. Úkolem odborného personálu je vykonávat péči o klienty tak, aby byla maximálně respektována jejich nezávislost.

Ústřední kategorií v systému sociální rehabilitace tvoří optimální sociální fungování. Klienti jsou podporováni k co nejvíce soběstačnému, samostatnému a důstojnému způsobu života. Jsou motivováni k udržování a rozvíjení svých sociálních kontaktů. Nejvíce limitováni jsou klienti v oblasti praktického fungování – tj. v péči o domácnost, vykonávání domácích prací, přípravě jídla a nakupování, avšak soběstačnost v těchto činnostech není v Domově pro seniory Máj podporována. Klienti se v této oblasti stávají velice často objektem pečovatelské péče bez ohledu na to, co jsou ještě schopni samostatně zvládat. Sociální fungování je ovlivňováno šíří nabídky volnočasových aktivit, kterou všichni dotazovaní zaměstnanci považují za dostatečnou, nebo by někteří byli pro, aby se nabídka zúžila a stala se tak pro klienty atraktivnější.

Pro efektivní podporu soběstačnosti, nezávislosti a sociálního začleňování je důležitý způsob, jakým je sociální rehabilitace realizována a jaké postoje odborní pracovníci k této službě zauímají.

Odborný personál ve vztahu ke klientům uplatňuje ochranný, spolupracující a autoritativní přístup. Převažující způsob vedení aktivity, který byl při práci s klienty v Domově pro seniory Máj pozorován, je direktivní styl. Dále se jednalo o sousedský neboli klubový styl. Rovněž se při interakcích personálu s klienty lze setkat s přístupem, který je založený na očekávané inkompetenci seniorů. Takový přístup vede k oslabení autonomie klientů a posiluje jejich závislé chování. V Domově pro seniory Máj jsou využívány tyto techniky sociální rehabilitace – technika mluveného slova, technika pohybového rozvoje, technika rehabilitačního působení pracovní činnosti, technika rehabilitačního působení umění, technika povzbuzování a technika relaxace.

Motivovat klienty k vlastní aktivitě je náročné. Vynaložená energie a úsilí odborného personálu jsou velmi zřídka pozitivně klienty oceňovány. Soběstačnost nově přijímaných klientů je každoročně horší a horší a soběstačnost klientů i na oddělení pro soběstačné klienty se postupem času zhoršuje a stávají se více závislými na pomoci personálu. Minimální nebo pouze negativní zpětná vazba ze strany klientů vede k tomu, že taková práce začíná být pro pracovníky vyčerpávající a nepřináší jim radost a uspokojení. Takové chování ze strany klientů je příčinou snižování vlastní invence personálu, který začíná přistupovat ke své práci stereotypně.

Pro optimální průběh sociální rehabilitace je důležitá spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu, avšak tato spolupráce mezi personálem nefunguje optimálně. Zejména se to týká interpersonální komunikace. Vztahy mezi personálem jsou narušeny vzájemnou rivalitou. Z vnějších faktorů má na průběh sociální rehabilitace vliv lokalita v blízkosti domova a prostředí domova. Na sociální integraci klientů má vliv průběh interakcí mezi klienty navzájem, ale i mezi pracovníky a klienty. Při navazování nových sociálních kontaktů je důležitá pomoc a podpora ze strany personálu. Vztahy mezi klienty v domově jsou stejné jako v běžném životě. Jsou přátelské i nepřátelské. Podle respondentů je vytváření vztahů zejména ovlivňováno závistí, pomluvami a nedostatkem vzájemné důvěry. Pro optimální průběh sociální rehabilitace je důležitá atmosféra vzájemného porozumění a tolerance, klidné a bezkonfliktní prostředí.

Spokojeného pracovníka práce s klienty baví, cítí se za ni dostatečně ohodnocen, má pro ni dostatečné profesní předpoklady a podporu vedení. Podle subjektivního

hodnocení personálem se sociální rehabilitace v domově pro seniory celkem daří. Interní vztahy a vzájemná komunikace mezi personálem by měly být podle jejich názoru lepší. Zaměstnanci, kteří se snaží podporovat soběstačnost klientů, si uvědomují, že budou-li klienti soběstační, znamená to i ulehčení jejich práce. Bariéry ze strany klientů podle názorů personálu představuje zdravotní stav, lenost, pohodlnost, negativismus, rezignace a v neposlední řadě povahy klientů. Mezi bariéry, které lze pozorovat u personálu, patří direktivní styl myšlení, stereotypní vykonávání své práce a neochota cokoliv měnit. Často mají pocit marnosti ze své práce, protože zpětná vazba, kterou dostávají od klientů, je většinou negativní. Pro ideální průběh sociální rehabilitace je podle personálu velmi důležitá týmová spolupráce, kdy veškerá aktivita personálu směřuje ke společnému cíli, jakým je spokojený klient. Ale k tomu je zapotřebí i aktivita klientů, aby se svými požadavky a přáními přišli za personálem. Kvalitní péče předpokládá nejen potřebné dovednosti personálu, ale také dobrou úroveň týmové spolupráce. Narušené vztahy mezi jednotlivými pracovníky, ale i mezi pracovníky a vedením, nejen, že zvyšují náročnost práce, ale odrážejí se i v přístupu vůči klientům a vedou ke stereotypnímu vykonávání práce. To může vést až k syndromu vyhoření, pokud již taková situace u některých pracovníků nenastala.

5 Diskuze

5.1 Diskuze k vlivu sociální rehabilitace na sociální fungování klientů

Sociální integraci klientů ovlivňuje společenská atmosféra, finanční situace, zdravotní stav, individualita seniora a nabídka příležitostí a možností pro sociální začleňování.

Převážně sami senioři vnímají postavení ve společnosti jako marginalizované. Častým jevem ve společnosti je pohled mladších generací na seniory jako skupinu, která zabírá místa v zaměstnání, byty a na kterou se musí vydělávat, tedy v podstatě jako na parazitující společenskou skupinu.¹⁶⁵

Jedním z faktorů, které limitují participaci seniorů na společenském životě, je jejich finanční situace. Na skutečnost, že finanční situace českých seniorů je spíše horší než lepší ukazují výsledky hloubkových rozhovorů s účastníky projektu Proměna sociálního obsahu kategorie generace seniorů. Senioři ve svých odpovědích uvádějí, že musí hodně šetřit a mohou si dovolit kupovat jen základní potraviny a spotřební zboží.¹⁶⁵ S tímto zjištěním korespondují i výsledky mého výzkumu, které ukazují, že finanční situace klientů Domova pro seniory Máj je velmi podobná situaci seniorů žijícím ve svém přirozeném prostředí. Některým nepostačuje výše důchodu ani na úhradu za stravu a bydlení v zařízení. A i když klientům podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, zůstává 15 % z jejich příjmů, po zaplacení vysokých poplatků za léky stávají se finančně závislími na své rodině. Nedostatek finančních prostředků omezuje možnosti seniorů vyjít si samostatně do společnosti, za kulturou nebo i na nákup běžného spotřebního zboží.

Domnívám se, že nízký společenský status seniorů ve společnosti a finanční situace ovlivňují psychickou pohodu klientů, která je důležitá pro udržení fyzického zdraví i soběstačnosti.

Jedním z nejvýznamnějších salutogenních faktorů, podle výzkumu výzkumu uskutečněného MUDr. Ondruškovou, kterého se zúčastnilo 347 osob starších 75 let z 13

165 SAK, P., KOLESÁROVÁ-SAKOVÁ, K. *Proměna sociálního obsahu kategorie generace seniorů*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.insoma.cz/2_8.pdf>.

lokalit v České republice, je smysluplnost života ve stáří. Smysluplnost života může být v pozdním stáří otřesena, ať už při jednostranném zájmu o pouhou zabezpečenost, uspokojení základních potřeb, či pod tlakem tragických životních událostí a v situaci prožívaného utrpení. Bez užitečnosti pro druhé, bez dostatečné míry komunikace a běžných denních radostí senioři jen těžko hledají motivaci pro zvládnání mnohdy závažných obtíží. Výzkum potvrdil, že 2/3 institucionalizovaných seniorů, kteří trpí ztrátou životního smyslu, jsou imobilní a nesoběstační.¹⁶⁶

Žít život, který stojí za to žít a tedy prožívat svůj život jako smysluplný motivuje seniory k vlastní aktivitě. U klientů účastnících se mého výzkumu na to, zda prožívají svůj život jako smysluplný, má vliv, zda rozhodnutí odejít do domova pro seniory učinili dobrovolně, nebo zda se tak rozhodli pod tlakem okolností. Dále se zde uplatňují osobnostní vlivy a schopnost vyrovnat se svou životní situací a adaptovat se na prostředí domova. V případě optimální adaptace klienti snáze nalézají smysl života. O dobré adaptaci lze hovořit pouze u dvou klientů z pěti.

Jak již bylo zmíněno, jedním z faktorů, podílejících se na ztrátě smyslu života, je nesoběstačnost seniorů.

Přestože je v domově pro seniory podle individuálních potřeb podporována soběstačnost klientů, jsou aplikovány terapeutické činnosti a klienti se účastní pohybových aktivit, výsledky mého výzkumu ukazují na zhoršení soběstačnosti v instrumentálních denních činnostech u čtyřech z pěti klientů a v základních denních činnostech u třech z pěti. Domnívám se, že zhoršování či zlepšování soběstačnosti nelze jednoznačně označit za úspěch či neúspěch sociální rehabilitace, protože se zde uplatňuje celá řada jiných faktorů. Podle mého mínění jsou tyto výsledky ovlivněny zejména stylem života seniora v instituci a zdravotními potížemi klientů.

Institucionální vlivy vedou ke ztrátě kontroly nad vlastním životem. Nesplněná očekávání a osobní aspirace vedou u klientů k frustraci, se kterou se v některých případech vyrovnávají tím, že se ještě více uzavírají před okolním světem nebo šíří pomluvy. Plná zaopatřenost a nadměrná péče podle mého názoru bere klientům jejich aktivitu a vede ke snižování soběstačnosti. Klienti se stávají pasivními příjemci

166 ONDRUŠKOVÁ, J. *Smysluplnost života ve stáří*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_10_01_10.pdf>.

poskytovaných služeb. Souhlasím s tvrzením, že když domov pro seniory přebírá jedincovy role, odebírá mu společně s nimi také jeho kompetence, s kterými je úzce spojena zodpovědnost za chod vlastního života.¹⁶⁷

Mít kontrolu nad vlastním životem je pro seniory žijící v domácím prostředí velmi důležité. V projektu Respektování lidské důstojnosti, kterého se zúčastnilo 391 seniorů z šesti evropských zemí, respondenti vyjadřovali strach z institucionalizace právě proto, že způsobuje omezování jejich autonomie. Ztrátu nezávislosti vidí jako hlavní problém života v domově pro seniory.¹⁶⁸

Dotazovaní klienti Domova pro seniory Máj, podle mého názoru, po 7 letech pobytu v zařízení na svou nezávislost již rezignovali a vyhovuje jim, že nemusí o ničem rozhodovat. Jako hlavní negativní aspekt institucionálních vlivů klienti uvedli nemožnost stravovat se podle svého výběru a nedostatek soukromí. Pouze jedné klientce nevyhovuje, že nemůže vstávat podle svého rozhodnutí. Jiná omezení a zásahy do svého životního stylu kvůli režimovým opatřením v zařízení nepocítují.

Klienti vstávají mezi 6. a 7. hodinou a spát chodí kolem 23. hodiny. V tomto ohledu se příliš neliší od seniorů žijících v domácím prostředí – respondentů výzkumu Proměna sociálního obsahu kategorie seniorů.¹⁶⁹

Během dne se senioři, kteří žijí ve své vlastní domácnosti, věnují především péči o domácnost, nákupům, procházkám, hlídání dětí a svým koníčkům. Plánují si vykonávání instrumentálních aktivit denního života a chodí alespoň jednou denně na vycházky, kdy nejčastějším cílem jsou nákupy nebo venčení psů.¹⁶⁹

Oproti tomu klienti Domova pro seniory Máj se nemusí starat o nakupování, vaření, praní, žehlení, topení ani finance. Na pravidelnou odpolední vycházku chodí spíše výjimečně. Sledováním televize tráví denně 2 – 5 hodin.

Pro trávení volného času je klientům k dispozici nabídka volnočasových aktivit, ze které si mohou vybrat podle vlastního zájmu. Klienti velmi málo přicházejí do kontaktu s lidmi žijícími v jejich okolí. Podle mého názoru redukce nároků na klienty a omezení

167 VÁVROVÁ, S. *Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením*. Sociální práce, 2010, roč. 10, č. 4, ISSN 1213-6204.

168 BAYER, T., TADD, W., KRAJCIK, S. *Dignity and Older Europeans*. [online]. [cit. 2011-04-04]. Dostupný z: <<http://www.cardiff.ac.uk/socsi/dignity/europe/Dignity-workbook2005.pdf>>.

169 SAK, P., KOLEŠÁROVÁ-SAKOVÁ, K. *Proměna sociálního obsahu kategorie generace seniorů*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.insoma.cz/2_8.pdf>.

podnětů vede ke zhoršení komunikačních schopností, pocitům nudy, hledání náhradního uspokojení v jídle, sledování televize a nepřiměřeně dlouhému spánku.

Jako pozitivní aspekt vlivu instituce na životní situaci klientů lze označit, že pobyt v zařízení klientům poskytuje více příležitostí a možností jak pro začleňování mimo domov, kdy se klienti mohou účastnit výletů, výstav a komunitních aktivit, tak i v prostředí domova, kdy mají možnosti účastnit se volnočasových aktivit, přednášek, kulturních a společenských akcí.

V rámci výzkumu Respektování lidské důstojnosti byli respondenti rovněž dotazováni, jak chápou důstojnost ve svém životě. Senioři ve výzkumu kladli důraz na úctu ze strany druhých, na vnější uznání své hodnoty a potřebu být akceptováni druhými.¹⁷⁰

Hlavní hodnoty u všech dotazovaných klientů v Domově pro seniory Máj představuje zdraví a rodina. Také oni ve svých odpovědích vyjadřovali potřebu být kladně akceptováni druhými, zejména svou rodinou a ostatními klienty. Motivací pro účast na kulturních a společenských akcích je potřeba společenského kontaktu. Nechtějí být osamělí. Nalezení bližších vztahů se jim však nedaří, stejně jako v následujícím výzkumu.

V rámci výzkumu Senior v systéme inštitucionálnej sociálno-výchovnej starostlivosti, který se zabýval typy osobností a vztahy mezi obyvateli v domově sociálních služeb, byla zjištěna nespokojenost s kvalitou sociálních kontaktů obyvatel, komunikační bariéry, předsudky obyvatel a nedostatečná vzájemná tolerance.¹⁷¹

Ve svém výzkumu jsem rovněž zjistila, že klienti pociťují nespokojenost s kvalitou vzájemných vztahů, protože jsou velmi často anonymní. Vzájemně se potkávají na chodbách a v jídelnách, kde se pozdraví a vymění si pár zdvořilostních frází. Hlubší zájem o druhého neprojevují. Plnohodnotná přátelství jsou v domově spíše výjimkou. Rovněž jsem v rámci svého výzkumu zjistila nedostatek vzájemné tolerance mezi klienty, zejména ke klientům s Alzheimerovou demencí.

V souladu s teorií odcizování Cumminga a Henryho jsem rovněž pozorovala

170 BAYER, T., TADD, W., KRAJCIK, S. *Dignity and Older Europeans*. [online]. [cit. 2011-04-04]. Dostupný z: <<http://www.cardiff.ac.uk/socsi/dignity/europe/Dignity-workbook2005.pdf>>.

171 ZIMERMANOVÁ, M. *Senior v systéme inštitucionálnej starostlivosti*. [online]. [cit. 2011-04-04]. Dostupný z: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Balogova1/pdf_doc/41.pdf>.

odpoutávání klientů od společenských kontaktů a redukci jejich sociálních sítí. Otázkou zůstává, zda lze označit tento proces za logicky související s přípravou starého člověka na smrt, nebo zda se jedná o důsledek společenských, institucionálních a osobnostních vlivů.¹⁷²

Úkolem sociální rehabilitace je klienty integrovat. I přes nabízené možnosti a příležitosti se začleňovat v zařízení i mimo něj se klienti v Domově pro seniory Máj cítí osamělí. Domnívám se, že problémy v sociální integraci způsobuje, když personál i klienti vstupují do interpersonálních vztahů s negativními očekáváními, která jsou výsledkem nedostatečné vzájemné komunikace a asertivního jednání ze strany klientů.

Jestliže se nezmění postoj společnosti a domovy pro seniory budou nadále vnímány jako poslední možné řešení nepříznivé životní situace seniorů, pak bude podle mého názoru velice obtížné zajistit spokojenost klientů těchto zařízení. Domnívám se, že efekt poskytované sociální rehabilitace závisí na prostředí, ve kterém senior žije a jak se v něm cítí.

Na základě výsledků rozhovorů s klienty, studia dokumentace a pozorování byly sestaveny tyto hypotézy:

H1: Na snižování míry soběstačnosti klientů domovů pro seniory se nejvíce podílí institucionální vlivy.

H2: Efekt sociální rehabilitace je vyšší v domácím prostředí než v domově pro seniory.

H3: Klienti spokojení se svou životní situací se začleňují do společnosti více než klienti, kteří jsou se svou životní situací nespokojeni.

172 HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

5.2 *Diskuze k postojům odborného personálu a řídicích pracovníků na sociální rehabilitaci*

K tomu, aby integrace seniorů probíhala úspěšně, je důležitá humanizace celé společnosti. Je zapotřebí vytvořit takové vztahy mezi lidmi, aby nebyl nikdo přehlížen a diskriminován z důvodu vyššího věku či zdravotního postižení.

Humanizace sociálních služeb v domovech pro seniory se znamená změnu přístupu personálu ke klientovi a respektování jeho důstojnosti.¹⁷³ Humanizace znamená brát seniory jako rovnocenné partnery a podporovat jejich integraci do běžné společnosti. Domovy pro seniory, které vyhovují modernímu trendu péče o klienty, se neomezují pouze na základní péči o zdraví, ale nabízejí svým klientům sociorehabilitační programy pro smysluplné trávení volného času. Úkolem domovů pro seniory je maximální podpora kvality života klientů. Zařízení, které se důsledně stará o efektivitu svého působení na klienty by mělo mít dostatečně širokou paletu služeb a klienti by měli být podporováni v poskytování zpětné vazby, aby poskytované služby odpovídaly jejich skutečným potřebám.¹⁷⁴

Sociální služby představují nástroj, jak intervenovat do životní situace klientů a zlepšovat jejich sociální fungování. Pro splnění poslání domova pro seniory se snaží personál klienty co nejvíce motivovat k aktivitě, pomáhat jim při navazování nových kontaktů a usnadnit jejich adaptaci na nové prostředí.

Sociální začleňování se uskutečňuje prostřednictvím sociálních interakcí. Výzkumy, které provedli G. W. Evans a S. J. Lepore v roce 1993, objevily zdánlivě paradoxní jev, že čím je vyšší přehluštěnost v místě bydliště, tím více se narušují sociální vztahy a úroveň projevů sociální opory je nižší. Tento fenomén je dobře známý z našich sídlišť, kdy i po mnohaletém pobytu obyvatelé prakticky nic neví o svých sousedech a izolují se za stěnami svého bytu.¹⁷⁵ Podle mého názoru lze o fenoménu přehluštěnosti hovořit i v souvislosti s Domovem pro seniory Máj, který poskytuje ubytování 127 klientům a zaměstnanci jejich vzájemné vztahy až na několik výjimek hodnotí jako anonymní a netolerantní.

173 ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7367-060-7.

174 MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

175 VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. a kol. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0042-5.

Všichni dotazovaní zaměstnanci i řídicí pracovníci se shodují na tom, že vztahy mezi klienty se nijak neliší od vztahů, se kterými se běžně setkáváme mezi lidmi. Dále se shodují, že velmi důležité pro klienty jsou jejich vztahy s rodinou.

Zaměstnanci Domova pro seniory se domnívají, že pouze malá část klientů navazuje kontakty bez problémů. Většinou se neobejdou bez pomoci personálu nebo rodiny.

V Domově pro seniory Máj je podle mého názoru poskytován klientům dostatek příležitostí pro smysluplné trávení volného času. Záleží pouze na klientech, zda se rozhodnou nabízených příležitostí využít.

Řídicí pracovníci a odborný personál Domova pro seniory Máj se shodují, že vliv stimulačního a podnětného prostředí vedle osobnostních vlivů představuje další významný aspekt ovlivňující soběstačnost a samostatnost klientů. I když klienti explicitně vyjadřují potřebu soběstačnosti a nechtějí být na obtíž, přesto se zaměstnanci velice často setkávají s argumentem, že si za služby v domově platí, takže je vlastně jejich povinností, aby za ně vykonali vše, co si přejí. Tendence nadužívat péči podporu soběstačnosti ztěžuje.

Efekt používaných metod a technik sociální rehabilitace závisí na přístupu klientů, ale i personálu. Přestože cílem sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj je maximální podpora soběstačnosti a nezávislosti, ne všichni zaměstnanci se tak vůči klientům chovají. Osobně jsem se v praxi našeho zařízení stala svědkem toho, že sestry raději klienty nakrmí, než aby je nechali jíst samostatně a riskovali tím, že se ušpiní ložní prádlo. Raději dají klientům pleny, než aby je doprovodili na toaletu a hlídali je tam.

Na základě mého půlročního výzkumu jsem v Domově pro seniory Máj pozorovala jako nejčastější způsob vedení aktivity autoritativní styl, který rovněž k podpoře soběstačnosti a nezávislosti klientů nepřispívá.

Řídicí pracovníci rovněž hovořili o tom, že se občas u personálu setkávají s rigiditou a neochotou měnit zaběhlé postupy. Personál zdůvodňuje řídicím pracovníkům, proč nelze realizovat nové myšlenky, než aby hledal cesty k jejich uskutečnění.

Moderní společnost vede celý život člověka k nezávislosti a on se ve stáří pak stává závislým na pomoci druhé osoby. Stáří přináší v oblasti nezávislosti jistá omezení, která jsou vždy velmi individuální. Autonomie není ani tak nezávislost na okolí jako schopnost činit samostatné rozhodnutí.¹⁷⁶ Být nezávislý je po psychické stránce důležité pro každého člověka.

Podpora nezávislosti v Domově pro seniory Máj je realizována především prostřednictvím individuálního plánování. Jestliže klienti potřebují vyřídit nějakou úřední záležitost, neudělá to personál automaticky za ně, ale nabídne jim doprovod.

Otázkou zůstává, do jaké míry může být podporována nezávislost klientů v prostředí domovů pro seniory, kde nemohou vstávat, kdy chtějí, jíst, kdy chtějí, musí dodržovat noční klid apod. Všechny projevy klientů jsou pod neustálou kontrolou a stále hrozí, že někomu nebudou vyhovovat.

V České republice představují domovy pro seniory instituce, které poskytují základní služby a péči, nikoliv však domov v pravém slova smyslu. Atributy institucionálního bydlení, kterými jsou nedostatečné vedení klientů při péči o svůj vzhled, bydlení ve vícelůžkových pokojích, nemožnost si vybavit pokoj vlastním nábytkem, nutnost dodržování režimu a další znaky institucionálního bydlení vedou v konečném důsledku k pasivitě, rezignaci a ke snížení samostatnosti a soběstačnosti klientů.¹⁷⁷

Personál Domova pro seniory Máj také pozoruje pasivitu u klientů, kterou přisuzuje institucionálnímu vlivu. Podle názoru jednoho z respondentů dlouhodobý pobyt klientů v domově pro seniory vede k ponorkové nemoci. V chování klientů zaměstnanci často pozorují vztahovačnost, agresivitu a netolerantnost. Ze strany klientů postrádají ochotu sdělovat přání a potřeby, protože klienti nevyužívají ani možnosti anonymně vřadit své připomínky a stížnosti do schránek, které mají k dispozici na každém patře. Zjištění mého výzkumu jsou v souladu s teoriemi zabývajícími se institucionálními vlivy, které upozorňují na vznik ponorkové nemoci jako důsledku života ve stereotypním prostředí,

176 SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

177 KOUBOVÁ, P. *Trendy v bydlení seniorů v zahraničí a rezidenční bydlení pro seniory v ČR*. [online]. [cit. 2011-04-04]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/07_Koubova.pdf>.

ze kterého se nedá uniknout.¹⁷⁸

V zahraničí funguje model seniorského bydlení v seniorských rezidencích, kde je intenzivně rozvíjena a podporována soběstačnost klientů. Klienti bydlí v autonomních bytových jednotkách, kde žijí zcela samostatně a využívají pouze služeb, které si objednají. Nejsou zde nijak kontrolováni. Rezidenci mohou kdykoli opustit a kdykoli se do ní znovu vrátit jako do vlastního bytu. U tohoto typu bydlení je však zapotřebí dostatečné finanční zázemí, které v České republice určitě nepokrývá běžný důchod.¹⁷⁹ Z hlediska spokojenosti klientů a efektivity sociální rehabilitace považují formu bydlení v seniorských rezidencích za mnohem vhodnější, než je bydlení v domovech pro seniory. Domnívám se však, že takový typ bydlení je mimo finanční možnosti většiny seniorů v České republice.

Na základě výsledků rozhovorů s odborným personálem a řídicími pracovníky Domova pro seniory Máj zpracovaných formou zakotvené teorie byly sestaveny tyto hypotézy:

- H1:** Efektivní sociální rehabilitace zvyšuje kvalitu života klientů domovů pro seniory.
- H2:** Efektivní sociální rehabilitace snižuje vynaložené finanční náklady na péči o klienty.
- H3:** Navazování sociálních vztahů se daří lépe v domovech pro seniory s nižší kapacitou.

178 MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

179 KOUBOVÁ, P. *Trendy v bydlení seniorů v zahraničí a rezidenční bydlení pro seniory v ČR*. [online]. [cit. 2011-04-04]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/07_Koubova.pdf>.

6 Závěr

Prováděný výzkum byl realizován v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích.

Cílem diplomové práce bylo zhodnotit průběh sociální rehabilitace v tomto zařízení.

Dílčími cíli praktické části práce bylo popsat průběh sociální rehabilitace v Domově pro seniory Máj, zjistit subjektivní hodnocení sociální rehabilitace klienty domova, postoje odborného personálu a řídicích pracovníků k sociální rehabilitaci a určit faktory, které ovlivňují sociální fungování klienta.

Pro výzkum sociální rehabilitace v domově pro seniory Máj jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu a stanovila čtyři výzkumné otázky. Výzkumné otázky zjišťovaly, jaká nabídka příležitostí a možností participovat na životě společnosti je klientům nabízena. Další otázka se vztahovala ke způsobu podpory soběstačnosti, nezávislosti a sociálního začleňování klientů. Třetí otázka zjišťovala vliv sociální rehabilitace na životní situaci klientů. Poslední otázka se týkala toho, je-li ovlivňováno sociální fungování seniora skutečností, že je klientem domova pro seniory.

Všichni dotazovaní klienti jsou spokojeni s poskytovanými sociálními službami, zdravotní a ošetrovatelskou péčí a vybaveností potřebnými zařízeními a kompenzačními pomůckami. Přestože je v Domově pro seniory Máj podporována soběstačnost klientů podle jejich individuálních potřeb, jsou uplatňovány terapeutické činnosti a klienti se účastní pohybových aktivit, došlo u čtyřech z pěti klientů účastnících se výzkumu ke zhoršení soběstačnosti v instrumentálních denních činnostech a míra soběstačnosti v základních denních činnostech se snížila u třech klientů. Podle testu funkční soběstačnosti jsou po 7 letech života v domově pro seniory dva klienti hodnoceni jako zcela nezávislí na pomoci druhé fyzické osoby a u třech klientů se jedná o modifikovanou nezávislost, tj. klienti jsou soběstační částečně.

Omezování své nezávislosti v zařízení z hlediska rozhodování o způsobu svého života, klienti pociťují v tom, že se nemohou stravovat podle svého výběru a jedné klientce vadí brzké vstávání.

Sociální začleňování klientů v zařízení i mimo něj je podporováno širokou a pestrá nabídkou volnočasových aktivit, se kterou jsou subjektivně spokojeni všichni dotazovaní klienti i odborný personál.

Životní situace klientů je ovlivňována zejména zdravotním stavem, vztahy s rodinou a vztahy k druhým lidem. I když klienti mají v domově pro seniory dostatek příležitostí pro vzájemné setkávání, pouze ve výjimečných případech se jim daří navazovat plnohodnotná přátelství. Čtyři z pěti dotazovaných klientů, přestože žijí v prostředí, kde jsou obklopeni velkým množstvím lidí, se cítí osamělí.

V oblasti sociálního fungování mají klienti mnohem více příležitostí a možností pro smysluplné trávení volného času a rekreaci, než tomu bylo před příchodem do domova pro seniory. Aktivit nabízených v zařízení se účastní všichni dotazovaní klienti. Do aktivit mimo zařízení se zapojují tři klienti, zbylým dvěma to neumožňuje jejich zdravotní stav.

Pouze část zaměstnanců Domova pro seniory Máj má kladný postoj k sociální rehabilitaci. Zbytek zaměstnanců v podporování soběstačnosti, nezávislosti a sociálním začleňování příliš význam nevidí, protože podle jejich názoru o to ani sami klienti nestojí.

Na základě výsledků rozhovorů s odborným personálem a řídicími pracovníky Domova pro seniory Máj zpracovaných formou zakotvené teorie byly sestaveny tyto hypotézy:

H1: Efektivní sociální rehabilitace zvyšuje kvalitu života klientů domovů pro seniory.

H2: Efektivní sociální rehabilitace snižuje vynaložené finanční náklady na péči o klienty.

H3: Navazování sociálních vztahů se daří lépe v domovech pro seniory s nižší kapacitou.

Na základě výsledků rozhovorů s klienty, studia dokumentace a pozorování byly sestaveny tyto hypotézy:

H1: Na snižování míry soběstačnosti klientů domovů pro seniory se nejvíce podílí institucionální vlivy.

H2: Efekt sociální rehabilitace je vyšší v domácím prostředí než v domově pro seniory.

H3: Klienti spokojení se svou životní situací se začleňují do společnosti více než klienti, kteří jsou se svou životní situací nespokojeni.

Závěry této diplomové práce jsou v souladu s ostatními citovanými výzkumy. Zjištění týkající se sociální rehabilitace mohou být přínosem pro zdravotní i sociální pracovníky v Domově pro seniory Máj. Výsledky práce mohou být rovněž podnětné pro další zřizovatele a poskytovatele sociálních služeb.

7 Seznam informačních zdrojů

1. BALOGOVÁ, B. *Seniori*. 3. vyd. Prešov: Akcent, 2009. ISBN 978-80-89295-18-0.
2. BAYER, T., TADD, W., KRAJCIK, S. *Dignity and Older Europeans*. [online]. [cit. 2011-04-04]. Dostupný z: <<http://www.cardiff.ac.uk/socsi/dignity/europe/Dignity-workbook2005.pdf>>.
3. BEDNÁŘ, R. *Učební text sociologie*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.zcu.cz/fpe/about/celozivotni_vzdelavani/ESF_mistri/materialy2011/ZS_podpory/KPG_SOC_studijni_material.pdf>.
4. ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D., PECHANOVÁ, M. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-87007-35-2.
5. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI A MOZKOVÝ JOGGING. *Materiály ze základního kurzu pro trenéry paměti konaného 14. – 18. 2. 2005 v Praze*.
6. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Demografie - pramenná díla*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie>.
7. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
8. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální vyloučení seniorů*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z: <<http://www.senio.cz/archive.php?w=art&id=2497&rub=14&s=>>>.
9. FIALA, P. *Osoby s postižením – zdravotně sociální problematika: Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.lf1.cz/upload/socialni.doc>>.

10. FORINT: FÓRUM PRO INTEGRACI. *Co je to sociální exkluze*. [online].[cit. 2011-02-24]. Dostupný z:
<<http://www.forint.cz/portal/co-je-to-socialni-exkluze/>>.
11. GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
12. GREAT BRITAIN. SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Homes are for Living in*. 2. vyd. London: H.M.S.O., 1989. ISBN 0-11-321229-1.
13. HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
15. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
16. HOLMEROVÁ, I. *Aktivní stárnutí – strategie Světové zdravotnické organizace*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z:
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/s/2006/36/pril2.html>>.
17. HOLMEROVÁ, I. *Testovník – soubor testů pro gerontologii*. 2. vyd. Praha: ČALS, 2003. ISBN 80-86541-11-8.
18. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Výbrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
19. HROZENSKÁ, M. *Sociální práce so staršími l'ud'mi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.
20. *Chudoba napříč generacemi*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z:
<http://ec.europa.eu/employment_social/2010againstpoverty/export/sites/default/downloads/Topic_of_the_month/CS_Thematic_Article_Poverty_Across_Generations.pdf>.
21. IVANOVÁ, K., KRÁLOVÁ, J. *Sociálně právní ochrana a pomoc seniorům ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0696-9.

22. JANATOVÁ, H. *Zdravé stárnutí – výzva pro Evropu*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z:
<http://www.szu.cz/uploads/images/czzp/healthy_ageing/Zdrave_starnuti_vyzva_pro_Evropu.pdf>.
23. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
24. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.
25. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
26. KALVACH, Z. *Aktivní stáří, geriatrická křehkost a technická pomoc*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z:
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/01_Kalvach.pdf>
27. KAPPL, M. *Teze k formulaci přístupu sociální práce s příslušníky menšinových skupin*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z:
<http://kappl.czechcore.cz/vyuka_ucebni_texty_det.php?predmet=1&lekce=104>.
28. KART, C. S. *The realities of aging: an introduction to gerontology*. 4. vyd. Boston: Allyn and Bacon, 1994. ISBN 0-205-14047-5.
29. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
30. KOUBOVÁ, P. *Trendy v bydlení seniorů v zahraničí a rezidenční bydlení pro seniory v ČR*. [online]. [cit. 2011-04-04]. Dostupný z:
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/07_Koubova.pdf>.
31. KRÁTKÁ, M; STEJSKALOVÁ, V. *Ošetrovatelská rehabilitace*. Sestra [online]. 2008, č. 10, [cit. 2011-04-04]. Dostupný z:
<<http://www.zdn.cz/clanek/sestrapriloha/osetrovatelska-rehabilitace-383392>>. ISSN 1210-0404.

32. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
33. KUBALČÍKOVÁ, K. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <www.socialnipece.brno.cz/useruploads/files/expertiza_-_senioři.doc>.
34. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
35. MATOUŠEK, O., KOLÁŘOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
36. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
37. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
38. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR*. [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobost_pece_CR.pdf>.
39. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
40. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
41. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
42. NAVRÁTIL, P., JANEBOVÁ, R. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-038-2.
43. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. ISBN 80-7083-383-1.
44. NOVOTNÁ, E. *Sociologie sociálních skupin*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2957-2.

45. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
46. PALÁN, Z. *Základy andragogiky*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://sstanleys.web.cz/Zaklady_andragogiky.pdf>.
47. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.
48. PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Rehabilitace s využitím techniky*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1983.
49. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
50. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.
51. ŘÍČAN, P. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-406-9.
52. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 6. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.
53. SAK, P., KOLESÁROVÁ-SAKOVÁ, K. *Proměna sociálního obsahu kategorie generace seniorů*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <http://www.insoma.cz/2_8.pdf>.
54. SEEL, M., HURLING, E. *Die Pflege des Menschen im Alter*. 2. vyd. Brigitte Kunz Verlag, 2003. ISBN 3-87706-982-7.
55. SOKAČOVÁ, L. a kol. *Reprezentace seniorů a seniorek v médiích*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=649657>>.
56. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
57. ŠŤASTNÝ, J. *Základy komprehenzivní rehabilitace*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=80>>.
58. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7367-060-7.
59. ŠVARŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

60. SMUTEK, M., ŠVEŘEPA, M. *Sociální práce a sociální služby*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-105-6.
61. ŠVESTKOVÁ, O. *Rehabilitace (ucelená) – Teorie a skutečnost*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z:
<http://www.recepis.cz/ke_stazeni/ucelenasvestkova.recepis.pdf>.
62. ŠVESTKOVÁ, O. a kol. *Metodika hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z:
<<http://www.komora.cz/download.aspx?dontparse=true&FileID=1612>>.
63. UHLÍŘ, P. *Pohybová cvičení seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1902-2.
64. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.
65. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
66. VÁVROVÁ, S. *Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením*. Sociální práce, 2010, roč. 10, č. 4, s. 67-75. ISSN 1213-6204.
67. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
68. VOGELWIESCHE, U., SPORKET, B. *Strategien zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen in Deutschland und den Niederlanden*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z:
<<http://www.engagement-conference.info/resources/D-NL-Expertise.pdf>>.
69. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
70. VOTAVA, J. a kol. *Základy rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-385-7.
71. VYMĚTAL, J. *Psychoterapie, socioterapie a farmakoterapie*. [online]. [cit. 2011-10-20]. Dostupný z: <<http://uhsl.wz.cz/elearning/3ZSpsychosocf.doc>>.

72. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. a kol. *Aplikovaná sociální psychologie II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0042-5.
73. ZAHRADNICKÁ, I. *Hodnocení soběstačnosti.* [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupný z: <http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf>.
74. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
75. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.
76. ZIMERMANOVÁ, M. *Senior v systéme inštitucionálnej starostlivosti.* [online]. [cit. 2011-04-04]. Dostupný z: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Balogova1/pdf_doc/41.pdf>.

8 Klíčová slova

Domov pro seniory

Senior

Sociální rehabilitace

9 Seznam příloh

Příloha 1

Nabídka pravidelných volnočasových aktivit v Domově pro seniory Máj

Příloha 2

Kulturní a společenské akce září 2010 – únor 2011

Příloha A

Přepisy rozhovorů s klienty Domova pro seniory Máj

Přepisy rozhovorů s odborným personálem Domova pro seniory Máj

Příloha B

Případové studie

Přílohy A a B jsou uloženy na CD, které je volně vložené do diplomové práce.

Příloha 1

Nabídka pravidelných volnočasových aktivit v Domově pro seniory Máj

Nabídka volnočasových aktivit	Den a čas konání	Místo a čas konání	Počet pravidelně se účastnících klientů
Dílna – ruční práce	Pondělí – neděle 9.00 – 11.30 hod.	Jídelna, stanice B Jídelna, stanice C	7 – 11 klientů 10 – 15 klientů
Muzikoterapie	Pondělí 14.00 – 15.00 hod.	Hala, stanice A	8 – 10 klientů
	Úterý 14.00 – 15.00 hod.	Jídelna, stanice C	13 – 15 klientů
Canisterapie	Úterý 15.15 – 16.15 hod.	Jídelna, stanice C	10 klientů
Trénování paměti	Středa 14.00 – 15.00 hod.	Ergoterapeutická dílna	4 klienti
Arteterapie	Středa 15.00 – 16.00 hod.	Ateliér	2 – 3 klienti
	Sobota 9.00 – 10.00 hod.	Ateliér	1 klient

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 2

Kulturní a společenské akce září 2010 – únor 2011

Měsíc	Počet akcí	Typ akce	Program, obsah, náplň	Počet účastníků
Září	3	Přednáška	Téma: Třeboňsko	16
		Výlet	Celodenní výlet do Dačic a Domova pro seniory Budiškovice	12
		Taneční zábava	Svatováclavská zábava – hudba, tanec, zpěv s kapelou Minimax	39
Říjen	6	Tři přednášky	Téma: Hojení ran – bércové vředy	18
			Téma: Řím	20
			Téma: Český Krumlov	17
		Dvě výstavy	Hobby podzim	8
			Návštěva výstavy chryzantém, ovoce a zeleniny: Tvrz Žumberk u Nových Hradů	9
		Soutěžní odpoledne	DS Máj × DS Soběslav	32
Listopad	8	Dvě přednášky	Téma: Výživa seniorů a její význam	17
			Téma: Advent	15
		Čtyři „barevné dny“	Květinový čtvrtek	25
			Proužkovaný čtvrtek	30
			Puntíkový čtvrtek	27
			Kostkovaný čtvrtek	29
		Besídka	Velká psí besídka	24
		Prosinec	14	Dvě taneční zábavy
Silvestrovská zábava – hudba, tanec, zpěv, Minimax	32			
Šest hudebních vystoupení	ZŠ O. Nedbala			19
	ZŠ Dukelská			24
	Zpívání v kapli – amatérská hudební skupina Robert a spol.			13
	Pěvecký soubor Rozmarýn: Vánoční koledy			27
	MŠ Větrná			25
	Standa „Drobek“ Schwarz: Vánoce, Vánoce přicházejí			30

Měsíc	Počet akcí	Typ akce	Program, obsah, náplň	Počet účastníků
Prosinec (pokrač.)		Burza výrobků z dílny		
		Vánoční trhy a výstava	Návštěva vánočních trhů v Českých Budějovicích a výstavy v Jihočeském muzeu na téma: Tradiční tvůrci a řemesla	10
		Výstava	Výstava reminiscenčních beden – Galerie Měsíc ve dne	8
Leden	2	Taneční zábava	Společenský ples	47
		Hudební vystoupení	Duo Majka – zpívání a povídání	37
Únor	2	Taneční zábava	Masopust – Římovská koleda	58
		Přednáška	Téma: Českobudějovicko	18

Zdroj: Vlastní výzkum