

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta
Ústav sociální práce

**Život seniorů a péče na základě biografie v pobytových
zařízeních sociálních služeb na příkladu vybraného
poskytovatele**

Bakalářská práce

Autor:	Daniela Fialová
Studijní program:	B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce ve veřejné správě
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor: Daniela Fialová

Studium: F20BK0049

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě

Název bakalářské práce: **Život seniorů a péče na základě biografie v pobytových zařízeních sociálních služeb na příkladu vybraného poskytovatele**

Název bakalářské práce AJ: Life of seniors and care based on biography in social service residential facilities on the example of a selected provider

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se bude zabývat analýzou života seniorů ve vybrané pobytové sociální službě vycházející při péči ze znalosti biografie klienta. V teoretické části budou vymezeny pojmy jako je stáří a s ním spojené potřeby, Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma, Koncepce biografické péče o seniory PhDr. Evy Procházkové, PhD. a práce s životním příběhem. V empirické části bude použita kvalitativní výzkumná strategie formou rozhovorů, které budou zaměřeny na posouzení života z pohledu vybraných seniorů v pobytovém zařízení poskytujícím péči na základě biografie.

BÖHM, Erwin. 2015. Psychobiografický model péče podle Böhma. Praha: Mladá fronta. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3197-4. PROCHÁZKOVÁ, Eva. 2019. Biografie v péči o seniory. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1008-7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 15.6.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem veškerou použitou literaturu a zdroje.

V Kladně, dne 23.06.2023

Poděkování

Děkuji vedoucí práce paní docentce MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za trpělivé vedení mé bakalářské práce.

Anotace

FIALOVÁ Daniela. Život seniorů a péče na základě biografie v pobytových zařízeních sociálních služeb na příkladu vybraného poskytovatele.

Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, 2023. Vedoucí práce doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Bakalářská práce objasňuje členění stáří a změny, které sebou zákonitě přináší i negativní postoje společnosti ke stáří. Dále je popsán postupný vývoj péče o seniory k současnému trendu vyspělých států, a tím je deinstitucionalizace péče. Překážky realizace této myšlenky mají za příčinu neklesající poptávku po pobytových sociálních službách. Vzhledem k častým problematickým situacím při poskytování institucionální péče týkajících se nevhodného chování pečujících nebo neuspokojivého naplnění potřeb klientů, se jeví jako velmi přínosná péče vycházející ze znalosti biografie klienta usilující o humanizaci péče a zkvalitnění života v pobytových zařízeních. Toto pojetí péče je objasněno v teoretické části práce věnované psychobiografickému modelu péče podle Erwina Böhma a koncepci biografické péče o seniory PhDr. Evy Procházkové, PhD.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak jsou senioři spokojeni se životem v pobytovém zařízení sociálních služeb poskytujícím péči na základě biografie. V empirické části bude použita kvalitativní výzkumná strategie a technika polostrukturovaných rozhovorů zaměřených na posouzení života z pohledu klientů vybraného pobytového zařízení sociálních služeb, a to konkrétně Palaty – Domova pro zrakově postižené.

Klíčová slova: senior, péče, pobytové zařízení sociálních služeb, biografie

Annotation

FIALOVÁ Daniela. Life of the elderly and biography-based care in residential institutions social services on the example of a selected provider.
Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts, 2023. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

The bachelor thesis explains the breakdown of old age and the changes that are inevitably brought about by the negative attitudes of society towards old age. It also describes the gradual development of care for the elderly towards the current trend of developed countries, namely deinstitutionalization of care. Obstacles to the implementation of this idea are the reason for the non-declining demand for residential social services. In view of the frequent problematic situations in the provision of institutional care concerning the inappropriate behaviour of caregivers or the unsatisfactory fulfilment of clients' needs, care based on knowledge of the client's biography, aiming at humanising care and improving the quality of life in residential institutions, appears to be very beneficial. This concept of care is explained in the theoretical part of the thesis dedicated to the psychobiographical model of care according to Erwin Böhm and the concept of biographical care for the elderly by Eva Procházková, PhD.

The main aim of the bachelor thesis is to find out how seniors are satisfied with their life in a residential social services facility providing biography-based care. The empirical part will use a qualitative research strategy and a semi-structured interview technique aimed at assessing life from the perspective of clients of a selected residential social services facility, namely Palata - Home for the Visually Impaired.

Keywords:

senior, care, residential social services facility, biography

Obsah

Úvod.....	10
1. Stáří.....	12
1.1 Členění stáří a změny ve stáří.....	12
1.1.1 Tělesné změny.....	13
1.1.2 Psychické změny.....	13
1.1.3 Sociální aspekty stárnutí.....	15
1.2 Postoje společnosti ke stárnutí a smrti.....	16
1.2.1 Institucionalizace smrti v současné společnosti.....	16
1.2.2 Prezentace stáří v médiích, ageismus a mýty o stáří.....	17
1.2.3 Nutnost změny - vytváření pozitivního obrazu stáří.....	18
2. Péče o seniory a potřeby seniorů.....	19
2.1. Stručná historie péče o seniory v našem kulturním okruhu napříč staletími.....	19
2.1.1 Péče o seniory na území Československa v době socialismu.....	20
2.2. Péče o seniory na našem území po roce 1989.....	21
2.2.1 Neformální péče o seniory.....	22
2.2.2 Podpora neformální péče terénními službami.....	23
2.2.3 Pobytová sociální služba pro seniory.....	23
2.3 Problematika provázanosti zdravotních a sociálních služeb.....	24
2.4 Potřeby seniorů.....	25
2.4.1 Význam duchovních potřeb.....	26
2.4.2 Saturace potřeb jako podmínka spokojeného života.....	27
2.4.3 Individuální plán péče jako nástroj naplnění potřeb seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb.....	27
2.5 Lidská důstojnost.....	28
2.5.1 Lidská důstojnost a každodenní realita pobytových zařízení.....	29
2.5.2 Okolnosti vedoucí k narušování lidské důstojnosti v pobytových zařízeních.....	30
3. Biografie v péči o seniory.....	32
3.1 Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma.....	32
3.1.1 Teoretická východiska psychobiografického modelu.....	33
3.1.2 Základní pilíře psychobiografického modelu péče.....	34

3.1.3 Cíle psychobiografického modelu péče.....	35
3.2 Koncepce biografické péče o seniory PhDr. Evy Procházkové, PhD.....	36
3.2.1 Pracovní postupy biografické péče.....	37
3.2.2 Individuální plány péče na základě práce s biografií.....	38
4. Metodika výzkumu.....	40
4.1 Sběr informací.....	41
4.1.1 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	41
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	43
4.3 Popis organizace a průběhu výzkumného šetření.....	44
4.3.1 Stručná charakteristika vybraného poskytovatele pobytové sociální služby.....	44
4.4 Rizika výzkumného šetření.....	45
5. Popis a interpretace výsledků výzkumného šetření.....	46
5.1 Hodnocení života ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb z hlediska naplnění individuálních potřeb seniorů.....	46
5.2 Hodnocení chování pečujících vůči klientům ve vybrané pobytové sociální službě.....	48
5.3 Hodnocení prostředí vybraného pobytového zařízení sociálních služeb.....	51
5.4 Hodnocení celkové spokojenosti se životem ve vybrané pobytové sociální službě.....	52
5.5 Shrnutí výsledků výzkumu	53
5.5.1 Dosažení hlavního výzkumného cíle.....	56
Závěr.....	58
Seznam tabulek.....	60
Použitá literatura a zdroje.....	61
Seznam příloh.....	63

Seznam použitých zkratk

- ADŽ Aktivita denního života
- DC Dílčí výzkumný cíl
- HC Hlavní výzkumný cíl
- Mj. mimo jiné
- Např. například
- PSS Pracovník v sociálních službách
- PZ Pobytové zařízení sociálních služeb

Úvod

Podnětem k volbě tématu bakalářské práce byla výrazně kladná zkušenost získaná během průběžné praxe ve třetím semestru tohoto studia, kterou jsem vykonávala v Palatě – Domově pro zrakově postižené.

V uvedené pobytové sociální službě je poskytována péče na základě biografie klientů, která napomáhá oživit jejich psychiku a aktivizovat zachovalý potenciál. Poznanky z životního příběhu také výrazně pomáhají profesionálům k zachování respektu vůči starým lidem a vytvoření vztahu, kdy je senior vnímám jako osobnost s celou svou historií. Jedná se o celostní přístup sloužící k humanizaci přímé péče. (Procházková, 2014)

Respekt a lidský přístup ke klientům jsem v Domově Palata vnímala napříč celým multidisciplinárním týmem. To však, bohužel, ostře kontrastuje s mými zkušenostmi z praxe v obdobných pobytových zařízeních během přípravy na moje původní povolání, tedy během studia na střední zdravotnické škole. Péče zjevně individuální přístup postrádala – jako by již neexistovala osobnost člověka, ale jen „bezejmenná“, světem zapomenutá skupina, které je nutné zajistit hlavně tělesné potřeby. Chování personálu bylo rutinní, postrádalo respektování lidské důstojnosti, stejně nedůstojné bylo prostředí vícelůžkových pokojů. S mojí časově velmi vzdálenou, přesto smutně nesmazatelnou vzpomínkou, korespondují i aktuální zkušenosti s pobytovými službami, a to například se standardním Domovem pro seniory, ve kterém žije moje blízká známá. Přestože je zřetelná snaha o vytvoření příjemného prostředí a klienti jsou ubytováni ve dvoulůžkových pokojích, rutinní péče je stále zaměřená především na zajištění tělesných potřeb.

Výše popsané, výrazně odlišné zkušenosti, mě přivedly k rozhodnutí zvolit si využití biografie v péči o seniory za téma bakalářské práce. Svoji práci bych chtěla přispět ke zviditelnění této koncepce snažící se o humanizaci geriatrické péče a o vnímání seniorů jako jedinečných osobností majících životní historii a hodnotu, která s přibývajícím věkem neklesá. Neboť přestože každý den všichni stárneme, současná společnost stáří odmítá mimo jiné jako synonymum tabuizovaného, nezpracovaného tématu smrti (Malíková, 2020). „...*existuje odklon od osobní problematiky stáří...zvysuje se propast mezi mládím a stářím. Člověk moderní doby, prostě nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý.*“ (Haškovcová, 2010, s. 9)

Biografická koncepce péče, která oživuje životní příběh seniora, se však snaží o překlenutí této pomyslné propasti. Pečujícími pomáhá nejen posilovat respekt ke starému člověku, ale také vytvářet místo plánů péče formálního charakteru individuální plány péče zaměřené na opravdové potřeby a přání klienta. (Procházková, 2019)

Bakalářskou prací bych chtěla reflektovat, jak využití biografie v péči vnímají samotní klienti, proto je hlavním cílem **zjistit, jak jsou senioři spokojeni se životem ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb poskytujícím péči na základě biografie**. Hlavní cíl je rozdělen do 3 dílčích cílů:

- Zjistit, jak senioři hodnotí život ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb z hlediska naplnění svých individuálních potřeb.
- Zjistit, jak senioři hodnotí chování pečujících ve vybrané pobytové sociální službě vůči svojí osobě.
- Zjistit, jak senioři hodnotí prostředí vybraného pobytového zařízení sociálních služeb.

Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole objasním členění stáří a přirozené změny, které sebou přináší. Znalost často opomíjeného členění stáří a přirozených změn probíhajících v tomto životním období je důležitá pro porozumění seniorům a jejich potřebám při poskytované péči. Objasním také silně negativní postoj společnosti ke stáří. Ve druhé kapitole se věnuji péči o seniory a jejich potřebám. Podmínkou spokojeného života je naplnění potřeb (Trachtová, 2013 in Školníková, 2021), mají-li být tedy senioři v pobytových zařízeních sociálních služeb spokojeni, je nezbytné saturovat jejich potřeby (Malíková, 2020). V praxi však dochází k mnoha problematickým situacím, včetně nevhodného chování pečujících vůči seniorům, což mj. odráží negativní postoj společnosti ke stáří (Haškovcová, 2010). Z teoretických poznatků první a druhé kapitoly vyplývá přínos využití biografie v péči o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb, kterému je věnována třetí kapitola. Teoretická východiska budou využita ve výzkumné části v rámci výše uvedených dílčích cílů stanovených k dosažení hlavního cíle bakalářské práce. Výzkumné šetření bude realizováno kvalitativní strategií s technikou polostrukturovaného rozhovoru. Empirická část je rozdělena do dvou kapitol zaměřených na metodiku výzkumu a na popis a interpretaci výsledků výzkumného šetření.

1. Stáří

„Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří.“ (Haškovcová, 2010, s. 9).

Život člověka je rozdělen do několika etap. Pro mladé lidi s ambiciózními plány je stáří nekonečně vzdálené a skutečnost, že každý zestárne se zdá být absurdní. Čas, ale plyne, člověk v produktivním věku se vysokém tempu snaží naplnit svůj nezávislý životní program. Zlomem je čtyřicátý rok života, začíná se objevovat první únava, vážnější onemocnění, čtyřicátník si začíná uvědomovat omezenost svojí existence. (Haškovcová, 2010) *„Pro každého, kdo překročil čtyřicítku, konec světa už nastal. Jeden svět zašel za kopec a druhý vám leží u nohou...“* (Wain, 1980 in Haškovcová, 2010, str. 13)

Do života čtyřicátníka začíná vstupovat obava ze ztráty dobytých pozic, čím dál více vnímá zužující se životní perspektivu. S blížícím se vrcholem zralého věku se objevuje „krize druhého břehu“. Mnozí začínají propadat panice a bojují s časem různými způsoby, aktivity všech akcelerují. Senioři i vlastní staří rodiče potřebující pomoc se stávají nepříjemnou, obávanou připomínkou vlastního konce. (Haškovcová, 2010)

Krásný zralý věk naplněný činorodostí pozvolna přechází v únavu a penze se zdá být zemí zaslíbenou. Začíná se však vtírat úzkost ze ztráty sociální role a sociálního statusu. (Haškovcová, 2010) *„V období dvou až pěti let před penzí začínají mít adepti důchodu pocit, že stojí na okraji propasti.“* (Haškovcová, 2010, s. 16)

1.1 Členění stáří a změny ve stáří

Haškovcová (2010) si klade otázku: *„Kdo je vlastně starý člověk?“* (Haškovcová, 2010, s. 20) a sděluje, že rychlost stárnutí je individuální a vzhledem k postupně zvyšujícímu se věku odchodu do penze se zvyšuje i věk, od kterého se hovoří o období stáří. Díky dobrému zdravotnímu stavu většiny současníků v raném stáří (65 – 75 let) se v odborné literatuře hodně objevuje označení pro tuto věkovou skupinu „young old“ a teprve od 75. roku života se dá hovořit o skutečném stáří. Obdobné rozdělení popisuje i Suchomelová (2016), která uvádí dělení na rané a pravé stáří, tzv. třetí a čtvrtý věk. Třetí věk je čas nové svobody a nových možností, čtvrtý věk je příznačný *„...narůstajícími fyzickými a psychickými obtížemi, často spojenými s nevyřešenými otázkami spirituálního charakteru.“* (Suchomelová, 2016, s. 40) Dle často využívaného členění Mühlpachra (2004) představují seniorské kategorie různou problematiku:

- 65 - 74 let - mladí senioři - problematika odchodu do penze, volnočasové aktivity
- 75 - 84 let - staří senioři - zhoršování tělesného stavu
- 85 let a více - velmi staří senioři - snižující se soběstačnost (Mühlpachr, 2004 in Malíková, 2020)

Existuje mnoho definic stáří, např. Langmeier a Krejčířová, 2006 in Malíková, 2020, s.15 popisují stárnutí „jako souhrn změn ve...funkcích organismu, které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.“ Haškovcová (2010) charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života, které není nemoc, ale přirozený proces změn. Změny ve stáří lze rozdělit na tělesné, psychické a sociální.

1.1.1 Tělesné změny

Dle Eriksonové (1999) velmi starý člověk trvale žije s pocitem nejistoty tělesného zdraví, neboť i ty nejlépe udržovaná těla časem ztrácí svou sílu a fungují hůře. Staňková (1988) k tělesným změnám uvádí:

- Obecně se zhoršují funkce jednotlivých orgánů – např. srdce přečerpává méně krve, hůře se vyrovnává s námahou. Obdobně se chovají i ostatní orgány, tedy snižují svoji výkonnost.
- Snižuje se schopnost smyslového vnímání, především zrakem, sluchem, čichem a chutí.
- Dochází k úbytku svalové hmoty a s tím spojenému poklesu tělesné síly a výkonnosti.
- Celkově zpomaluje psychomotorika.

Haškovcová (2010) se vyjadřuje ke změnám vzhledu – mj. šedivější a řídnou vlasy, přibývají vrásky v obličeji, kůže se tenčí a pigmentuje. Obecně však u nás senioři vypadají díky dobré životní úrovni výrazně lépe než v minulosti, což potvrzují i fotografie předchozích generací. Zachovalý vzhled přispívá k pozitivnímu obrazu stáří.

1.1.2 Psychické změny

Dle Haškovcové (2010) je obtížné shrnout psychické změny u seniorů vzhledem k individuálnímu prožití předchozího života a také s ohledem na společenské souvislosti,

ve kterých senior žil. Všeobecné konstatování, že seniorům klesá psychická zdatnost je tedy **zjednodušující**. Také vlastnosti, které bývají připisovány stáří, mohou být jen projevem charakteru jedince. *„Říkává se, že stáří karikuje povahu. Typické vlastnosti jednotlivce se s věkem skutečně zvýrazňují. Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý...“* (Haškovcová, 2010, s. 141)

V předchozích staletích lidé neměli mnoho důvodů zabývat se stárnoucí psychikou. Prioritou v těžkých životních podmínkách bylo zajištění obživy a úspěchem bylo dožít se středního věku. Problematika psychických změn stárnoucího člověka se tak stala předmětem odborného zájmu až ve 20. století. (Haškovcová, 2010)

Přestože fyzický a psychický stav se vzájemně ovlivňují, mnoho autorů zdůrazňuje určitou svébytnost psychických funkcí. Zvrat kdy se stává „duše starou“, je obtížné určit, neboť **stárnutí je pozvolný proces**. K psychickým změnám ve stáří dále (Haškovcová, 2010) uvádí:

- Ve stáří dochází ke zpomalení psychomotoriky, zpomalují se gesta a řeč.
- Snižuje se schopnost celkové adaptability.
- Postupně se rozvíjí myšlení v zažitých, osvědčených schématech.
- Populární představa o úbytku paměti seniorů je vzhledem k různým formám paměti nepřesná, snižuje se však schopnost všípivosti a výbavnosti.
- Zajímavé je, že stoupá smysl pro detail - potenciál pro tzv. diskriminační učení
- Typické bilancování života může vést ke smutkům nad chybnými rozhodnutími a promarněnými příležitostmi, které se již nedají napravit.
- Senioři se vzdalují od přítomnosti, uzavírají se a začínají žít ve svém světě.

Dle Haškovcové (2010) je **navzdory výše uvedenému** důležité si uvědomit, že popsané změny nepostihují každého stárnoucího člověka anebo se neprojevují v plné míře. Ve většině případů bývá nástup psychických problémů pozvolný, postupně se na sebe nabalují. Platí, že negativům stáří lze čelit a záleží na postoji každého jedince, jak se k těmto přirozeným projevům vysokého věku postaví. Výsledky studií prokazují, *„že navzdory potížím není intelektuální úroveň seniorů výrazně poškozena a může dokonce vzrůstat...to je nejvíce viditelné na příkladech významných lidí prokazujících existenci pozdní kreativity, která dává obsahový náboj pozdního věku.“* (Haškovcová, 2010, s. 156)

Přes tyto a obdobné důkazy je **ve společnosti ustálený a médii silně podporovaný negativní obraz stáří** (Haškovcová, 2010). Tomuto celospolečenskému problému se budu krátce věnovat v kapitole Postoje společnosti ke stárnutí a smrti.

1.1.3 Sociální aspekty stárnutí

Sociálních aspektů stárnutí je mnoho. K nejvýznamnějším nepříznivým sociálním aspektům dle Malíkové (2020) mj. patří:

- **Generační osamělost**
- **Odchod do penze**

Od určitého věku žije stárnoucí člověk ve světě, který ovládají mladší. Mnoho seniorů se tak cítí nejlépe a v bezpečí mezi svými vrstevníky, se kterými mohou sdílet obdobné obtíže a vzpomínky. Vzhledem k postupným úmrtím vrstevníků však již staří lidé nenacházejí partnery pro vzpomínání „na staré dobré časy“, tedy na dobu, která vyznávala jiné hodnoty a jiný životní styl. (Haškovcová, 2010)

K odchodu do penze Haškovcová (2010) uvádí, že moderní doba vyústila „*ve dva koncepty nosných životních programů. Známý a uznávaný je zatím jen ten první.*“ (Haškovcová, 2010, s. 80) Týká se přípravy a vykonání profesní dráhy a pro mnoho lidí tak odchod do penze představuje traumatizující zážitek. Ztráta zaměstnanecké role může být vnímána jako pád nebo „penzijní kolaps“. Pád do prázdnoty je tím strmější, čím vyšší pracovní pozici čerstvý penzista zastával. Odchodem do důchodu, kromě finančního sestupu, dochází totiž i k nivelizaci všech předchozích zásluh a úspěchů. V penzi jsou si všichni rovni a nová, společná role je nemít žádnou roli.

Začínající penzisté opuštěním pracovního trhu vystupují i z mnoha sociálních vazeb a dostávají se tak do značné **sociální izolace**. Prevence „penzijního kolapsu“ je postupné doplňování prvního životního programu a později plné nahrazení druhým životním programem, tzn. vážně se zamyslet, čemu se budu věnovat důchodu. (Haškovcová, 2010)

I dle Jarošové (2006 in Malíková, 2020) patří k nejvýznamnějším pozitivním sociálním aspektům plánovaná příprava náplně volného času zájmovými činnostmi. Suchomelová (2016) však varuje před vytvořením dalšího stereotypu, kdy jen aktivní senioři stárnou správným způsobem. Důraz kladený pouze na zachovalý vzhled a aktivity

seniorů, potlačují významný úkol stáří, kterým je zodpovězení základních existenciálních otázek.

Haškovcová (2010) k náplni volného času penzionovaných dodává – s odchodem do důchodu nezmizí lidská potřeba někam patřit, být prospěšný a být nějakým způsobem uznáván, odchodem do důchodu končí pouze možnost tuto potřebu naplnit prostřednictvím pracovní role. Činnost, která má být skutečným druhým životním programem musí mít tedy určitou generační propojenost, propojenost s aktuálním děním ve společnosti a musí být společností uznávána. V opačném případě je volnočasová náplň jen jakýmsi subkulturním náhradním programem a odráží sociální izolaci seniorů.

1.2 Postoje společnosti ke stárnutí a smrti

Suchomelová (2016) poukazuje na skutečnost, že právě stáří bývá skryto za zdmi obytných zařízení. Eriksonová (1999) se ptá proč museli být staří lidé posláni „*mimo tento svět*“ (s. 113), což znemožňuje mladším generacím poznat stáří zblízka a připravit se na stáří vlastní. Vnímá to jako něco velmi špatného a vzpomíná na „...*staré muže v ulicích jižní Evropy sedící na lavičkách před domy...klábosící a žertující, pozorující svět kráčející kolem.*“ (Erikson a Erikson, 1999, s. 113)

Obdobné je to i se soudobým přístupem ke smrti, která uzavírá život každého člověka (Haškovcová, 2010). Tuto neměnnou pravdu však popírá současný kult mládí (Malíková, 2020). Smrt je tabu, o smrti se nemluví ani nepřemýšlí. Bez zamyšlení se nad časovou omezeností života, však nelze nalézt odpověď na smysl lidské existence. (Haškovcová, 2010)

V minulých dobách byla smrt všudypřítomná a lidé se s ní neustále setkávali „tváří v tvář“ - umíralo se i v dětství a mládí. Člověk si uvědomoval svoji dočasnost a základní danost života, což ústilo v přirozenou moudrost a **přípravenost na vlastní smrt**. Dnes je umírání pevně spojováno se stářím, které je i proto odmítáno. O seniorech také panuje přesvědčení, že neustále myslí na smrt, přestože u nich dochází k fyziologickému zaměření na přítomnost a radování se z každodenních maličkostí. (Haškovcová, 2010)

1.2.1 Institucionalizace smrti v současné společnosti

I přes vytěšňování smrt uzavírá život každého jednotlivce. **Smrt se však přesunula do institucí, ve kterých umírá většina lidí vyspělých zemí.** Umírání tak probíhá **mimo**

naše životy, v jakémsi utajení a většina lidí je přesvědčena, že to tak má být, protože umírající patří do rukou odborníků. Bohužel, mnoho odborníků má základní lidskou otázku závěru života stejně **nevyřešenou**, jako kterýkoliv neodborník.

Institucionalizace smrti jistě díky medikamentům snížila fyzické utrpení umírajícího, ale celospolečensky ztížila přijetí smrti, neboť účast blízkých lidí na péči a jejich „...zkušenost z doprovázení je cenná a umožní...dospět k osobní životní moudrosti: k přijetí vlastní konečnosti...“ (Haškovcová, 2010, s. 325)

1.2.2 Prezentace stáří v médiích, ageismus a mýty o stáří

Zaměříme-li se na způsob, jak je stáří prezentováno v médiích, zjistíme, že obraz stáří je zobrazován **převážně negativně**. Zdůrazňováno je především:

- vyplácení starobních důchodů je finanční zátěž pro státní rozpočet
- dlouhodobě nemocní senioři jsou finanční zátěž pro naše zdravotnictví
- staří lidé zabírají pracovní místa mladým. (Haškovcová, 2010)

„Za takové situace se senioři musí nutně cítit být příslušníky obtížné generace.“ (Haškovcová, 2010, s. 49) Zjednodušující přístup médií ke stáří, na bázi předsudků a lícící takřka výhradně negativní stránky stáří má také vliv na rozvoj současného fenoménu gerontofobie (Malíková, 2020), už jen slovo „starý“ má ve společnosti hanlivý a ponižující význam (Suchomelová, 2016).

„Problematikou nezdravého postoje ke stáří se zabývá ageismus“ (Malíková, 2020, s. 32) Je definován různými způsoby, ale v současné době je vždy chápán jako negativní postoj k seniorům a jako předsudky vůči této věkové skupině. Mezi zdroje ageismu v západních zemích patří mj. dle Traxlera in Tošnerová, 2002, in Malíková, 2020:

- strach ze smrti – jak jsem již uvedla v předchozí podkapitole, smrt je ve vyspělých západních zemích tabuizována a „Stáří je chápáno jako synonymum smrti...Oddalování a tabuizování tématu...ovšem problém neřeší. Východiskem z této situace je návrat do našeho nitra, k vlastní spiritualitě a propojení...naší životní cesty spolu s duchovní.“ (Malíková, 2020, s. 36)
- hledisko produktivity a ekonomického potenciálu – na rozdíl od dětí není neproduktivita seniorů tolerována, práce a daně které společnosti odevzdali, jsou jakoby zapomenuty, což je však krajně nespravedlivé. (Malíková, 2020)

Ve společnosti je také rozšířena řada mýtů o stáří, k nimž patří například mýtus o asexuálním stáří či o jeho homogenitě. Je tak vžitý mylný obraz seniorů jako asexuálních bytostí s unifikovanými potřebami. (Příbyl, 2015)

1.2.3 Nutnost změny - vytváření pozitivního obrazu stáří

Negativním obrazem stáří v médiích, který **přispívá k sociální exkluzi seniorů**, se zabývají i odborníci. Problém je, že sami senioři jsou ovlivněni médii a přejímají degradující hodnocení svojí generace. Změnou by mělo být vytváření pozitivního, objektivnějšího obrazu stáří, jak médii, tak samotnými seniory, kteří by svým přístupem k životu i k sobě samým měli sdělovat, že jsou stále rovnocennými lidmi, kteří mají své zásluhy a s věkem jejich hodnota neklesá. (Haškovcová, 2010)

„Tolik potřebná změna...není jednoduchou a krátkodobou záležitostí...s nejistým výsledkem. V postoji k seniorům a přístupu ke stáří má naše společnost velký dluh.“
(Malíková, 2020, s. 37)

V první kapitole jsem objasnila členění stáří a změny, které sebou zákonitě přináší. Znalost často opomíjeného členění stáří a přirozených změn probíhajícím v tomto životním období je důležitá pro porozumění seniorům a jejich potřebám při poskytované péči. Důraz jsem kladla na psychické a sociální aspekty stárnutí, o kterých je ve společnosti zakořeněná řada zjednodušujících představ vedoucích k vytváření silně negativního obrazu stáří. (Haškovcová, 2010) Tento náhled je neustále posilován převážně negativně prezentovaným stářím v médiích. (Malíková, 2020) Společnost ovládá strach ze stárnutí, senioři jsou degradováni a silně ohroženi sociální izolací. Rizikovým faktorem je odchod do důchodu nazývaným také jako „penzijní kolaps“, kdy se ztrátou pracovní role dochází i ke ztrátě mnoha sociálních kontaktů. Problematická je i tabuizace a institucionalizace smrti v současnosti pevně spojené se stářím, které je i proto odmítáno. Nezpracované téma smrti mají také mnozí odborníci v institucionální péči. (Haškovcová, 2010) Teoretické poznatky o postoji společnosti k seniorům směřují k druhému dílčímu cíli, a bude na ně navázáno v další kapitole věnující se mj. problematickému chování pečujících vůči klientům pobytových sociálních služeb.

2. Péče o seniory a potřeby seniorů

Vyspělost dané společnosti lze hodnotit z různých hledisek. Jedním z důležitých kritérií je to, jak se dokáže postarat o lidi se sníženou soběstačností, závislé na pomoci druhých a zda jim dokáže poskytnout podmínky pro důstojný život. (Haškovcová, 2010)

Obecně se dá říci, že snaha postarat se o tyto osoby byla ve společnosti vždy přítomna. Se vzrůstajícím počtem těchto osob, vzrůstal ve společnosti i tlak se o tyto osoby postarat. „Bylo prostě traumatizující dívat se na staré, nemocné...a opuštěné osoby.“ (Haškovcová, 2010, s. 183)

2.1. Stručná historie péče o seniory v našem kulturním okruhu napříč staletími

Péče o staré lidi byla v dávných dobách zajišťována téměř výhradně rodinou. V tradiční zemědělské rodině senioři postupně přejímali méně náročné práce, i nadále tedy měli svoji roli a místo, kam patří. Díky vysoké úmrtnosti převládala v rodinách věčnost nad city, a to, jak vůči dětem, tak i vůči seniorům. Současná představa o harmonických vztazích v tehdejších rodinách je značně zidealizovaná. Potvrzuje to také uzavírání smluv o výměnku, kterými se senioři snažili chránit před špatným zacházením. (Haškovcová, 2010) „...nostalgie po soudržné, stabilní vícegenerační rodině...se opírá o retrokonstrukt, který nemá základ v historické skutečnosti.“ (Možný, 1999 in Haškovcová, 2020, s. 57)

I v minulosti žili senioři, o které se rodina nechtěla nebo nemohla postarat. Tito lidé se dostávali na okraj společnosti, kde žebrali a dožívali v nedůstojných podmínkách. „Posléze umírali hladem a žízní, podchlazením, ve špíně...budili odpor a také soucit.“ (Haškovcová, 2010, s. 184). Jejich narůstající počet a s tím spojené zviditelnění, začalo vytvářet neformální nátlak na společnost a otevřelo otázku pomoci těmto lidem, která byla limitována ekonomickými a politickými možnostmi dané doby. Vývoj této pomoci lze shrnout slovy v pořadí: charita – obec – stát. (Haškovcová, 2010)

První forma pomoci mimo rodinu byla občasně poskytována církví a soucitnými boháči jako výraz křesťanských hodnot. To však nedokázalo zajistit pravidelný příjem alespoň malého množství jídla a přístřeší pro potřebné, a tak tomu bylo mnoho století. Tato nedostačující pomoc vyvolala **poptávku po systémovém řešení** a postupně byla již od 15. století na území Evropy budována různá zařízení pro staré a chudé občany. Mezi tři základní typy ústavní péče patřily na území Čech a Moravy například špitály, jejichž

úroveň byla různá. (Haškovcová, 2010) „*Obecně...byly špitály proslulé bídou, špínou a špatným zacházením.*“ (Haškovcová, 2010, s. 185)

K mezníkům péče o seniory patří ustanovení **domovského práva z roku 1863**, které nařídilo povinnost domovské obci poskytnout nezbytnou pomoc mj. práce již neschopným lidem. Jednalo se o velký pokrok, který znamenal výstavbu chudobinců, starobinců a dalších zařízení, za které postupně převzal garanci stát. (Haškovcová, 2010)

Příchod industriální doby znamenal odliv práceschopných do měst a postupný úpadek tradiční zemědělské rodiny. Problém stárnutí získal novou podobu. (Haškovcová, 2010): „...*o stárnoucí pracovníky neprojevovali zájem ani zaměstnavatelé ani plně zaměstnaná střední generace. Pomalu a obtížně vznikal systém sociálního pojištění ...a starým lidem se otevíral „nekonečný“ čas zaslouženého odpočinku, s kterým si nevěděli rady.*“ (Haškovcová, 2010, s. 59).

2.1.1 Péče o seniory na území Československa v době socialismu

„*Je nesporným faktem, že k nezpochybnitelnému rozvoji sociálních jistot starých lidí a zdravotní péče o ně došlo až po 2. světové válce, jak ve všech vyspělých zemích světa, tak i u nás.*“ (Haškovcová, 2010, s. 58). Pro rozvoj důchodového systému byl v Československu klíčový zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění (Kahoun, a kol., 2013 in Opravilová, 2021), ve stejném roce bylo zrušeno domovské právo a stát převzal odpovědnost za sociální zabezpečení občanů, systém sociálního zabezpečení upravil zákon č. 55/1956 Sb. (Haškovcová, 2010)

Pobytová sociální zařízení pro seniory byla jednotně přejmenována na Domovy důchodců, většina z nich vznikla přestavbou budov majících původně jiný účel (Haškovcová, 2010). Ty, které byly nově postaveny, byly „*velkokapacitní a důsledně situovány „někde za městem“.* Tím započala značná **segregace starých lidí.**“ (Haškovcová, 2010, s. 215) Nejen u nás, ale i ve vyspělých evropských zemích však panoval v této době názor, že **pobytová zařízení jsou to nejlepší**, co může společnost pro svoje seniory vykonat, neboť „*tam o ně bude dobře postaráno.*“ (Haškovcová, 2010)

Pravdou je, že generace poválečných seniorů byla velmi skromná. Tato generace ještě znala osudy starých lidí v dobách před rozvojem důchodového systému, a proto skoro s vděčností přijímala možnost odejít do domova důchodců znamenající pro mnohé větší komfort než jaký měli v doma. (Haškovcová, 2010)

Se zvyšující se životní úrovní však další generace seniorů začala ústavní péči vnímat zcela odlišně. Na veřejnost začaly prosakovat pravdivé informace o neuspokojivém stavu těchto zařízení a domovy důchodců získaly nálepku nevlídné „poslední štace“ kasárenského typu. (Haškovcová, 2010)

Jednalo se převážně o vícelůžkové pokoje s nedostačujícím sociálním zařízením. Poskytovaná péče byla rutinní, skupinová, senioři se jako pouze pasivní příjemci péče museli bezvýhradně podřídit režimu. Výběr zařízení nebyl možný, byla uplatňována spádová příslušnost dle regionu. (Malíková, 2020)

Přesto bylo umístování do domovů důchodců obvyklým, takřka výhradním řešením snižující se soběstačnosti (Malíková, 2020). Častým důvodem pro umístění seniora do domova byla také krajní bytová krize. Mladší členové rodiny nezřídka zneužili důvěry seniora, dali mu podepsat bílou žádost o umístění do zařízení. Do domovů důchodců se tak dostávala i řada soběstačných seniorů, kteří by mohli za jiných okolností žít ve svém domově. (Haškovcová, 2010) Místo toho „byli zapomenuti někde daleko, často za městem, v parcích a lesích, kam se nedostaly ani ozvěny běžného, tepajícího života.“ (Haškovcová, 2010, s. 218)

Do povědomí široké veřejnosti se problematika ústavní péče dostala i díky literatuře. Někteří spisovatelé si zvolili jako téma vykreslení až kruté reality sociálních zařízení, ve kterých lidé museli prožívat svá poslední životní období (Haškovcová, 2010), neboť „pasivita, poníženi, zklamání...doprovázely mnoho seniorů v domovech důchodců po zbývající dny jejich života.“ (Malíková, 2020, s. 26)

2.2 Péče o seniory na našem území po roce 1989

Po roce 1989 došlo k částečným pozitivním změnám, ale skutečný přelom znamenalo **přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách** (dále jen zákon č. 108/2006 Sb.) , který nastolil trend přebírání funkčních modelů ze zahraničí, především od států EU. K hlavním myšlenkám patří přechod od institucionalizace k **deinstitucionalizaci** v péči a integrace všech uživatelů sociálních služeb do společnosti. V péči o seniory je za tímto účelem rozvinut vějíř terénních a ambulantních služeb, který má cíl umožnit klientům zůstat, co nejdéle a navzdory snižující se soběstačnosti, v domácím prostředí. (Malíková, 2020)

Další formou pomoci je možnost požádat o příspěvek na péči (Malíková, 2020) poskytovaný osobě, „která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu

potřebuje pomoc jiné...osoby při zvládnání základních životních potřeb ...“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 76) O přiznání příspěvku na péči rozhoduje místně příslušná pobočka Úřadu práce, jejíž zástupci hodnotí stupeň závislosti žadatele z různých hledisek. Výše příspěvku se přizná dle stupně závislosti. Aktuálním formám péče se budu věnovat v následujících podkapitolách.

2.2.1 Neformální péče o seniory

Možnost zůstat co nejdéle v domácím prostředí upřednostňují i samotní senioři (Kotrusová, Dobiášová, 2012). Problém však nastává v případě výrazného snížení soběstačnosti. Dle Haškovcové (2010) by pomoci měla hlavně rodina, která však *„musí chtít, umět a moci potřebnou péči poskytnout.“* (Haškovcová, 2010, s. 285-286)

Pokud se rodina chce o seniora postarat, zpravidla se dokáže naučit i dovednosti potřebné k péči. Otázka „chtění“ je však dle Haškovcové (2010) velmi složitá a ovlivňuje ji několik faktorů, mj. v současnosti **vysoce ceněná hodnota nezávislosti**. V takové celospolečenské atmosféře je pro seniory těžké přiznat si, že se stávají závislými a požádat o pomoc. I vzhledem k trendu odděleného bydlení je pro střední generaci snadné přehlédnout výměnu rolí, kdy jejich rodiče - ti kteří doposud pomáhali - začínají naopak pomoc potřebovat. Do ochoty pomoci se může promítnout i reciprocita, je to čas „zúčtování“ mezi dospělými dětmi a starými rodiči. Míra a ochota pomoci se v rodině také přenáší z generace na generaci.

Péče o závislého seniora dopadá většinou na ženy (Kotrusová, Dobiášová, 2012), a to zpravidla na ženy středního věku s počínajícími zdravotními problémy (Haškovcová, 2010). Haškovcová (2010) dále uvádí, že náročnost dlouhodobé péče je do jisté míry analogická péči o malé dítě, ale významný rozdíl je **v perspektivě**. Zatímco dítě se postupně osamostatňuje, závislost seniora je neměnná nebo se zvyšuje. U pečující osoby může dojít ke zhoršení zdravotního stavu z vyčerpání či k vyhoření a depresím, neboť prognóza je přirozeně jen postupné zhoršování stavu. *„Pečující zpravidla...rezignuje na vlastní život. Nedělá nic jiného, než se stará. Má pocit, že se nachází v bludném kruhu, ze kterého není úniku.“* (Haškovcová, 2010, s. 298)

2.2.2 Podpora neformální péče terénními službami

Podporu a pomoc v těchto krajně náročných situacích nabízí neformálním pečovatelům systém sociálních služeb, a to hlavně v podobě terénních služeb, sociálního poradenství a odlehčovacích služeb (Kotrusová, Dobiášová, 2012).

Nejrozšířenější formou terénní služby pro seniory je pečovatelská služba. Ta si klade za cíl pomoci klientům se zajištěním základních životních potřeb, podpořit je v setrvání co nejdelší možnou dobu v domácím prostředí a oddálit nutnost institucionální péče. Její činnosti vymezuje zákon č. 108/2006 Sb. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

Využívání terénní služby se však stále nedostalo do povědomí široké veřejnosti, což potvrzují i samotní zaměstnanci pečovatelské služby. Lidé neznají možný rozsah úkonů, např. pomoc se zajištěním osobní hygieny, a zaměřují své požadavky jen na donášku obědů. **Stále převažuje zažitý stereotyp** o umístění seniora do pobytového zařízení v případě zhoršené soběstačnosti. Je časté, že se lidé o existenci terénní služby dozví, až ve vyhocené situaci, kdy poptávají pobytovou službu a kvůli čekacím dobám na umístění jsou teprve nuceni hledat jiné možnosti. (Kotrusová, Dobiášová, 2012) Využití terénních služeb jako doposud málo vyhledávaného řešení situace označuje i Malíková (2020). V případech, kdy jsou terénní služby využívány, se **stává se bariérou financování**, protože příspěvek na péči pokryje jen část úkonů. Dle Kotrusové a Dobiášové (2012) by přitom finanční dostupnost a dobrá kvalita terénních služeb umožnila nechat žít doma i plně nesoběstačné seniory. Řešení je na straně státu, který však fakticky finančně nepodporuje proklamovaný trend deinstitucionalizaci péče a kombinaci formální a neformální péče. To potvrzuje i skutečnost, že **poptávka po pobytových službách neklesá**. Mnoho seniorů, i přes svoje přání prožít poslední fázi života doma, odchází i z důvodu nemožnosti uhradit potřebné pečovatelské úkony do pobytových zařízeních. Ty jsou z hlediska uživatelů levnější, z hlediska veřejných nákladů však výrazně vyšší.¹

2.2.3 Pobytová sociální služba pro seniory

Jak jsem již uvedla výše, umístění do pobytového zařízení sociálních služeb by dle současného trendu deinstitucionalizace péče, mělo být až posledním řešením nepříznivé situace seniora způsobené ztrátou soběstačnosti. K charakteristickým pobytovým

¹ Dle dat MPSV z roku 2008 tvořily výdaje na klienta Domova seniorů 7 275 €/rok, výdaje na péči klienta v domácím prostředí 608 €/rok (Kubalčíková, Havlíková, 2011 in Kotrusová, Dobiášová, 2012)

zařízením sociálních služeb pro seniory, které jsou definovány zákonem o sociálních službách patří:

- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)²

Zřizovatelem pobytových zařízení sociálních služeb (dále jen pobytová zařízení) už není stát, ale většinou kraj nebo obec a tento typ služeb nabízejí i nestátní neziskové organizace. Poskytovatelem se může stát pouze oprávněný subjekt na základě registrace, která je podmíněná splněním řady podmínek. Tato povinnost tvoří významnou ochranu pro uživatele služeb. (Malíková, 2020)

K významným garancím nastavení a dodržování kvality poskytované péče patří také Standardy kvality sociálních služeb. Jedná se o soubor všeobecně závazných pravidel při poskytování všech druhů sociálních služeb. Poskytovatelé mají povinnost je dodržovat dle zákona č. 108/2006 Sb. a rozpracovat je vzhledem k dané cílové skupině a typu poskytované služby, tak aby co nejvíce odpovídala potřebám klientů.³ (Malíková, 2020)

Zákon č. 108/2006 Sb. dále vymezuje požadavky na **odborné pracovníky sociálních služeb**. Těmi jsou v pobytových zařízeních pro seniory:

1. **Sociální pracovník** – mj. provádí sociální šetření v domově žadatele, má na starosti sociální agendu, sociální poradenství a další odborné činnosti v zařízení.
2. **Pracovník v sociálních službách** (dále pečující) – provádí úkony přímé péče, jako je pomoc či zajištění osobní hygieny, pomoc při poskytování stravy a další úkony spojené s běžnou denní činností; celkově podporuje klienta v zachování soběstačnosti a podílí se na jeho aktivizaci. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

2.3 Problematika provázanosti zdravotních a sociálních služeb

Vzhledem k časté polymorbiditě⁴ seniorů je v podstatě nezbytná provázanost zdravotních a sociálních služeb (Haškovcová, 2010). Malíková (2020) uvádí, že tato

² V roce 2021 žilo v PZ kolem 55 tisíc seniorů, nejvíce klientů je ve věku 85+ (ČSÚ, 2022)

³ Standardy kvality sociálních služeb platné v ČR jsou plně v souladu s požadavky Evropské unie s důrazem na sociální začleňování znevýhodněných skupin (Malíková, 2020).

⁴ Stav, kdy má člověk několik nemocí současně, ty se mohou vzájemně ovlivňovat (Haškovcová, 2010).

provázanost má umožnit pružně reagovat na charakteristickou kolísavost zdravotního stavu klientů.

Zajištění zdravotní péče nařizuje pobytovým zařízením zákon č. 108/2006 Sb., zároveň však nemají povinnost ji poskytovat, neboť takovou povinnost mají jen zdravotnická zařízení dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Pouze základní zdravotní péče je tak v pobytových zařízeních zpravidla zajišťována smluvně, a to s praktickými lékaři a dalším specialisty. Ošetrovatelskou péčí a rehabilitaci zajišťují nelékařští zdravotní pracovníci - všeobecné zdravotní sestry a fyzioterapeuti, kteří jsou zaměstnanci zařízení, neboť k jejich činnosti není nutná registrace pobytové služby jako zdravotnického zařízení. (Malíková, 2020)

Jak vyplývá z výše popsaných, zákonem vymezených skutečností, musí být v případě rozvoje závažného zdravotního stavu senior přeložen do zdravotnického zařízení, což však v sobě, jak uvádí Malíková (2020), nese mnohá negativa mj.:

- Přeložení do zdravotnického zařízení představuje pro seniora psychickou zátěž, neboť je vytržen z prostředí, na které je již adaptován.
- Seniori bývají vlivem ageismu vnímáni jako již „méně důležití pacienti“, diagnostika a léčba nemusí být precizní a přinést očekávané zlepšení. *„Jde o velmi smutný, ale bohužel pravdivý obraz zdravotnictví s obecně popisovaným „odlidštěním medicíny“ a ztrátou emoční inteligence zdravotnických pracovníků.“* (Malíková, 2020, s. 130)

Problematikou provázanosti zdravotních a pobytových sociálních služeb pro seniory se již zabývalo i Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Byla provedena analýza situace. V závěrečné zprávě je uvedeno, že byly shledány závažné nedostatky v propojenosti těchto služeb a je nutná příprava změn. (Malíková, 2020)

2.4 Potřeby seniorů

Existuje mnoho definic potřeb. *„Obecně lze potřebu definovat jako...chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba ...je rovněž silou, která člověka posouvá k jiným lidem...činností. V tomto kontextu jsou potřeby chápány jako bytostná přání.“* (Příbyl, 2015, s. 31)

Potřeby jsou stálé, věkem se proměňují, ale nadále zůstávají individuální. Bohužel, mezi mladšími lidmi je častým stereotypem vnímat seniory jako homogenní skupinu,

jejichž členové mají jednotné seniorské potřeby. Navzdory těmto představám **mají staří lidé stejné a zároveň osobitě různorodé potřeby jako mladší jedinci**. Věkem se však proměňuje důležitost jednotlivých potřeb a způsob, jak je uspokojit. Možnosti naplnění některých potřeb mohou být významně omezeny snižující se soběstačností. (Příbyl, 2015)

Vedle existence mnoha definic potřeb, existuje i mnoho jejich rozmanitých rozdělení, ať již z odlišných úhlů pohledu či od řady autorů (Příbyl, 2015). Velmi známé je členění podle amerického psychologa A. H. Maslowa. Jeho tzv. pyramida potřeb z roku 1943 rozdělila oblasti lidských potřeb do 5 úrovní. Potřeby ve své pomyslné pyramidě uspořádal hierarchicky podle jejich důležitosti vycházející z nutnosti uspokojení. Vznik další potřeby se rozvine až po uspokojení té na nižším stupni. (Malíková, 2020) Původní pětiúrovňový systém postupně rozpracoval do osmi úrovní. Potřeby deficitu (úroveň 1-4): tělesné a biologické potřeby; potřeba jistoty a bezpečí; sociální potřeby; potřeba uznání a úcty a potřeby bytí (úroveň 5- 8): kognitivní potřeby; estetické potřeby; seberealizace; nejvyšší potřebou je sebetranscendence. (Příbyl, 2015)

Tento systémem rozdělení potřeb objasňuje obvyklé pořadí uspokojování potřeb. Následně z něj vycházeli a modifikovali další autoři. (Malíková, 2020) I sám Maslow v závěru své kariéry upouští od přísné hierarchie potřeb, neboť pro některé jedince – i vlivem určité situace - může mít naplnění vyšší potřeby větší význam než je prioritní zajištění potřeby na nižším stupni. (Příbyl, 2015).

Holistický přístup nabízí i další obdobné rozdělení, a to do oblastí:

- biologických potřeb (příjem potravy, spánku aj.)
- psychologických potřeb (bezpečí, jistoty, respektování lidské důstojnosti aj)
- sociálních potřeb (kontakt s druhými lidmi, touha být přijímán aj.)
- duchovní potřeb – často mylně prisuzovaných jen věřícím. Každý člověk však má potřebu nalézt svůj smysl života. (Příbyl, 2015)

2.4.1 Význam duchovních potřeb

Význam duchovních potřeb seniorů zdůrazňuje Malíková (2020). Životní bilancování je charakteristické pro tuto věkovou skupinu. Člověk potřebuje nalézt hlubší smysl svého života, smířit se s prožitými událostmi a pokojně odejít. I mnozí ateisté v konečném období přehodnocují své postoje. Také empiricky byla zjištěna vyšší míra spirituality u seniorů, což bylo nejpravděpodobněji vysvětleno silnějším uvědomováním si konečnosti

života oproti mladším jedincům (Peterson, Seligman, 2004 in Křivohlavý 2011). „...starší lidé jsou nuceni vyrovnávat se s existenciálním dilematem bytí a nebytí...řešit...jak se vyrovnat se ztrátami lidí blízkých...se smysluplností existence...“ (Peterson, Seligman, 2004 in Křivohlavý 2011, s. 116)

Přes intenzivní potřebu spirituality mnoha seniorů, vyvolává tato potřeba v pobytových zařízeních **spíše rozpaky** a nebývá uspokojivě naplňována (Malíková, 2020), přestože „...v člověku neexistuje žádný silnější pramen energie, než je spiritualita.“ (Křivohlavý, 2011, s. 121)

2.4.2 Saturace potřeb jako podmínka spokojeného života

Obecně platí, že **podmínkou spokojeného života** je naplnění potřeb jedince (Trachtová, 2013 in Školníková, 2021). Pokud potřeby nejsou saturovány dostatečně, dochází k zátěžovým stavům jako je frustrace. Při dlouhodobém nenaplnění významné potřeby se rozvíjí deprivace, která může mít závažný dopad na psychiku člověka. (Příbyl, 2015)

Mají-li být tedy senioři v pobytových zařízeních spokojeni, je nezbytné saturovat jejich potřeby. Významným nástrojem sloužícím tomuto účelu je individuální plánování péče. (Malíková, 2020)

2.4.3 Individuální plán péče jako nástroj naplnění potřeb seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb

Jak jsem již popsala v podkapitole o někdejšímu stavu v dobách socialismu i v těsném následujícím období byla péče o seniory před přijetím zákona č. 108/2006 Sb. poskytována rutinně a skupinově bez zohlednění jedinečnosti každého člověka. Cílem nebylo splnit očekávání uživatelů služby, ti se naopak museli podřídit režimu zařízení. (Malíková, 2020)

S přijetím jmenovaného zákona vznikla poskytovatelům **povinnost individuálního plánování péče**, které musí být písemně dokumentováno a průběžně hodnoceno dle aktuálního stavu klienta.⁵

⁵ Tato povinnost je zakotvena ve vyhlášce MPSV ČR č. 505/2006 Sb. ve standardu č. 5, „který je zaměřen na to, aby všechny služby byly poskytovány na základě společně vypracovaného individuálního plánu.“ (Malíková, 2020, s. 68)

A jak dále Malíková (2020) uvádí, individuální plán je proces, který se skládá z těchto kroků:

- tvorby plánu,
- jeho plnění
- a pravidelného vyhodnocování.

Je vytvářen tzv. klíčovým pracovníkem⁶, a to ve spolupráci s klientem po přijetí do pobytového zařízení. *“Zjištění potřeb uživatele, míra deficitu v jejich saturaci a nalezení vhodného způsobu jejich doplnění je základním úkolem klíčových pracovníků.”* (Malíková, 2020, s. 168) K dalším nástrojům sloužícím k dosažení výraznější spokojenosti uživatele sociální služby patří také stanovení osobního cíle. Obsahem je individuální přání klienta sdělující čeho by on sám chtěl pomocí poskytované sociální služby dosáhnout. (Malíková, 2020)

Povinnost poskytovatelů sociálních služeb týkající se individuálních plánů kontrolují inspekce, které se zaměřují i na kvalitu v jaké jsou standardy sociálních služeb plněny. Bohužel *„Současná situace v oblasti zjišťování potřeb a individuálního plánování ve většině pobytových zařízení v České republice...není na odpovídající úrovni...je patrná řada...nedostatků.“* (Malíková, 2020, s. 155) Dle Procházkové (2019) dochází v praxi k vytváření plánů formálního charakteru.

2.5 Lidská důstojnost

Jak jsem již uvedla, patří z holistického, tedy celostního pohledu, k psychickým potřebám – **potřeba respektu a zachování lidské důstojnosti.**

Důstojností stárí se zabýval i tříletý výzkumný projekt podporovaný Evropskou komisí, jehož se zúčastnili odborníci zdravotní a sociální péče a senioři z několika zemí západní Evropy. (Cesta domů, 2004)

Důstojnost bývá zpravidla vyjadřována pojmy **úcta a autonomie**, jejichž zachování u starých lidí odborníci označili jako velmi důležité. Kromě zásadních rozhodnutí se týká i žité každodennosti, což však představuje problém při ztrátě soběstačnosti vyžadující dlouhodobou péči.

⁶ Zpravidla pečovatel nebo aktivizační pracovník, kterého určuje vedoucí pracovník (Malíková, 2020).

Omezování svobodné volby - jeden z hlavních důvodů proč se senioři, mají-li tu možnost, nechtějí stát uživateli ústavní péče - by mělo být až krajním řešením. Příkladem zbytečného narušování **autonomie každodennosti** může být nucení klienta k nošení určitého typu oblečení v pobytovém zařízení. (Cesta domů, 2004)

Pojem úcta těsně souvisí se sebeúctou. Úctou vyjadřujeme, jak si vážíme druhých, sebeúctou, jak si vážíme sebe samých. (Cesta domů, 2004) „*To, jak je s lidmi zacházeno, se odráží...na jejich sebehodnocení a sebeúctě. Zničit sebeúctu starší osoby je snadné.*“ (Cesta domů, 2004, s. 18)

2.5.1 Lidská důstojnost a každodenní realita pobytových zařízení

Dle výsledků výše zmíněného výzkumu **odborníci i senioři shledali silnou přítomnost ageismu** ve zdravotnických a sociálních službách. Uvedli, že nedůstojná péče je běžná a k jejím častým projevům patří:

- špatná komunikace - např. nevhodné oslovování a ponižující komentáře k projevům inkontinence
- zvěcnění člověka, který přestane být vnímám jako lidská bytost: „...*byl jsem jen kusem masa na posteli...přitom jsem cítil, že tihle lidé, kteří mě dnes ...ignorují, budou na mém místě za dvacet let...*“ (Cesta domů, 2004, s. 19)
- necitlivý přístup při úkonech spojených s nahotou klienta (Cesta domů, 2004)

I Příbyl (2015) uvádí, že **nerespektování lidské důstojnosti** je smutnou realitou institucionální péče. Dle sdělení klientů „*se nejčastěji jedná o urážky a nadávky ze strany personálu, nerespektování soukromí (vstup do pokoje bez zaklepání, nedostatek soukromí...familiární oslovování atd.)*“ (Příbyl, 2015, s. 30) Kopřiva (2016 in Šmaterová, 2020) se v této souvislosti zamýšlí nad pocity seniorů v PZ, kde chybí možnost mít „vlastní území“, které každý z nás bytostně potřebuje. Zdánlivá maličkost jako zaklepání na dveře pokoje, tak nabývá v pobytovém zařízení na významu. Nad ztrátou soukromí v PZ se zamýšlí i Suchomelová (2016) a zdůrazňuje přínos jednolůžkových pokojů.

K dalším negativním rysům péče v institucionálních zařízeních patří nerovný vztah mezi pečujícím a nesoběstačným, závislým klientem. Klient může velmi negativně prožívat svojí podřízenou roli, získanou díky nemohoucnosti a závislosti. (Kopřiva, 2016 in Šmaterová, 2020)

2.5.2 Okolnosti vedoucí k narušování lidské důstojnosti v pobytových zařízeních

Haškovcová (2010) označuje jako jeden ze zlomových bodů pro narušení sebeúcty a ohrožení lidské důstojnosti při péči **rozvoj inkontinence**. „*Kdo nemůže sám na záchod ztrácí lidskou důstojnost...nemožnost sebeobsluhy i v těch elementárních...věcech člověka degraduje.*“ (Haškovcová, 2010, s. 294)

Dalším zlomovým bodem, který může nastat je dle Haškovcové (2010) **rozvoj demence**, o které se někdy hovoří jako o „tiché epidemii dvacátého prvního století“. Demence postihovala seniory vždy, ale její současný nárůst souvisí se zvyšujícím se věkem dožití⁷. Jako rizikový stav při ústavní péči hodnotí demenci i Kalvach (2011 in Šmaterová, 2020), a to zejména kvůli bezbrannosti klientů umocněné, nemá-li senior blízké tvořící určitou bariéru proti špatnému zacházení ze strany pečujících.

Další problém v pobytových zařízeních ústící v neetické jednání vidí Kalvach (2011 in Šmaterová, 2020) obecně v nedostatku pracovníků přímé péče a jejich enormní zátěži. Náročnost této profese popisuje i Hrozenská a Dvořáčková (2013). Pečovatelé se každodenně setkávají se zhoršováním zdravotního stavu klientů i s jejich umíráním. To tvoří neustálý koloběh takových zařízení. Negativně na ně působí i nezáměr rodiny o klienta a nedostatek času na náročnou péči, to vše vede k syndromu vyhoření⁸. Svůj vliv na odlidštění péče má také rutina, jak uvedli dotazovaní pečovatelé: „...*vyměníte pleny a umyjete toho starého člověka... je to jen otázka rutiny. Děláte to a vlastně zapomenete, že před vámi leží člověk...*“ (sborník, Cesta domů, 2004, s. 33)

Hrozenská a Dvořáčková (2013) jako další důvod k nespokojenosti pečovatelů promítající se negativně do vztahu k vykonávané práci uvádí nedostatečné finanční ohodnocení a malé společenské uznání, Haškovcová (2010) zdůrazňuje **vliv ageismu**.

Situace v pobytových zařízeních je deprimující pro závislé seniory i pro pečující nesoucí každodenně vysokou psychickou zátěž. Ta je mimo jiné způsobena nejen celospolečensky odmítáním stáří, ale také každodenní konfrontací s ním. „...*Nikdo, reprezentanty pomáhajících profesí nevyjímaje, nechce vidět svůj příští pád, nikdo nechce, dokud nemusí, vidět detailní obtíže...stáří. Nikdo nechce být starý a už vůbec ne bezmocný.*“ (Haškovcová, 2010, s. 281)

⁷ Pravděpodobnost onemocnění se zvyšuje s věkem. U kategorie 80+ trpí demencí 30% seniorů, u velmi starých seniorů až 50% Haškovcová (2010).

⁸ Syndrom vyhoření se mimo jiné projevuje „...*emocionálním vyčerpáním...negativním až cynickým postojem...ke klientům.*“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 129)

Ve druhé kapitole jsem objasnila postupný vývoj péče o seniory k současnému trendu vyspělých států, a tím je deinstitucionalizace péče. Pro následování tohoto trendu bylo v České republice klíčové přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který umožnil rozvoj terénních a ambulantních služeb. (Malíková, 2020)

Nejrozšířenější formou terénní služby pro seniory je pečovatelská služba, jejíž využití a rozsah možných úkonů se však nedostaly do povědomí veřejnosti. Stále převažuje zažitý stereotyp o umístění seniora do pobytového zařízení v případě snížené soběstačnosti, další bariérou je financování úkonů zejména při výrazném poklesu soběstačnosti a také náročnost dlouhodobé neformální péče s níž je terénní služby zpravidla nutné kombinovat. Navzdory přání většiny seniorů prožít poslední fázi života doma, tak neklesá poptávka po pobytových sociálních službách (Kotrusová, Dobiášová, 2012).

Podmínkou spokojeného života je naplnění potřeb jedince (Trachtová, 2013 in Školníková, 2021), mají-li být tedy senioři v pobytových zařízeních sociálních služeb spokojeni, je nezbytné saturovat jejich potřeby. Významným nástrojem sloužícím tomuto účelu je individuální plánování péče. (Malíková, 2020) Tato povinnost poskytovatelů pobytové sociální služby je zakotvena ve vyhlášce MPSV ČR č. 505/2006 Sb. ve standardu č. 5, současná situace v oblasti naplňování potřeb klientů a individuálního plánování ve většině pobytových zařízení má mnoho nedostatků (Malíková, 2020) Závažným nedostatkem je porušování lidské důstojnosti klientů ze strany pečujících (Cesta domů, 2004). Mezi faktory vedoucí k nedůstojné institucionální péči patří negativní postoj společnosti ke stáří, kterým jsou ovlivněni i pracovníci pobytových zařízení (Haškovcová, 2010).

Teoretická východiska druhé kapitoly budou využita v prvním a dílčím výzkumném cíli, kdy bude zjišťována míra saturace individuálních potřeb informantů, jako podmínky spokojeného života. Výzkum bude také zaměřen na zachování lidské důstojnosti, jako na jednu ze základních lidských potřeb a na chování pečujících, které je dle teoretických východisek druhé kapitoly často ovlivněno negativním postojem společnosti ke stáří.

3. Biografie v péči o seniory

Vzhledem k výše uvedené problematice pobytových zařízení se jeví jako velmi přínosný model péče vycházející ze životního příběhu seniora. Pečujícími pomáhá nejen posilovat úctu a respekt ke starému člověku, ale také vytvářet místo plánů péče formálního charakteru individuální plány péče zaměřené na opravdové potřeby a přání klienta (Procházková, 2019). Naléhavost humanizace péče o seniory sílí s demografickými změnami, neboť lidé 80+ jsou ve vyspělých státech nejrychleji rostoucí věková kategorie (Cesta domů, 2004).

Procházková (2014) dále uvádí, že pro porozumění seniorům žijícím v pobytových zařízeních je nezbytné poznat jejich životní příběh. Tyto poznatky dávají pečujícím možnost porozumět chování klientů, jejich reakcím i rozpoznat klientův pozitivní potenciál. Tento potenciál je nutné podporovat a včlenit do zvládnání denních činností. Poznání životního příběhu jako nutnosti pro poskytování kvalitní, individualizované přímé péče začal jako první prosazovat profesor Erwin Böhm, který vytvořil svoji koncepci využívanou prvotně v péči o seniory se symptomy demence.

3.1 Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma

Vzhledem k lepšímu pochopení Böhmova modelu je vhodné alespoň krátce zmínit autorův profesní profil. Profesor Erwin Böhm (nar. 1940, Vídeň) po absolvování zdravotnické školy pracoval jako ošetřovatel na psychiatrii a od roku 1974 působil na pozici vedoucího pracovníka vídeňské psychiatrické kliniky, kde postupně prosazoval svoji inovativní vizi péče. V roce 1985 začal publikovat, postupně získal za svůj přínos péče - zejména v gerontopsychiatrii - řadu ocenění, mj. i od rakouského ministerstva sociální práce. V roce 2000 získal titul hostujícího profesora Hamburské univerzity. Jeho inovační metody začaly využívat v rámci Evropy mnohá zařízení pro seniory. Podmínkou je splnění náročného certifikačního procesu. V německy mluvících zemích patří k nejvíce používaným modelům péče v geriatrii a gerontopsychiatrii. (Procházková, 2014)

Jak dále uvádí Procházková (2014), Böhm byl vždy kritikem klasického způsobu péče se zaměřením převážně na tělesné potřeby, kdy personál přebírá veškeré úkony sebestaršiny. Nejsou, tak zohledněny zachovalé schopnosti seniora a činí z něj pasivního příjemce služby. Böhm (2015) klade na první místo **znovuoživení psychiky seniora**. Duševní energii – Elan vital – považuje za hlavní zdroj opravdu žitého života a zdroj naší

motivace. „...člověk, který už nemá žádný motiv k životu, kterému už chybí životní elán“...se už nebude mýt...nebude se mu už chtít vstávat z postele. – K čemu také?“ (Böhm, 2015, s. 18-19)

3.1.1 Teoretická východiska psychobiografického modelu

Jak dále sděluje Procházková (2014) Böhm vychází z učení Freuda, Junga, Adlera, Maslowa, Rogerse, Frankla a Eriksona. Dle Eriksona existuje osm fází vývoje osobnosti – od narození po stáří. Böhm zrcadlově přirovnává tato vývojová stádia ke stádiím regrese u klientů s příznaky demence. **Regresi rozděluje do sedmi fází**, které tvoří pomyslné schůdky, po kterých senior sestupuje do nižšího vývojového stádia:

Tabulka 1: Fáze regrese dle E. Böhma

Fáze regrese	Stav	Komunikace
1. stupeň	fyziologické stáří	bez výraznějších potíží
2. stupeň	odpovídá věku 18 – 25 let	senior převážně rozumí obsahu sdělení
3. stupeň	odpovídá věku 12 – 18 let	senior přestává rozumět obsahu sdělení, je vhodné používat např. dialekt klienta
4. stupeň	odpovídá věku 6 – 12 let	senior přestává rozumět obsahu i formě sdělení, je vhodné dávkovat sdělení
5. stupeň	odpovídá věku 3 – 6 let	je vhodné používat útvary dětského žánru
6. stupeň	odpovídá věku 1 – 3 roky	je vhodné opakovat slova, zvuky, doteky
7. stupeň	odpovídá věku 0 – 1 let	nonverbální na základě bazální stimulace

Zdroj: Procházková, 2014

Pro určení stupně regrese používá Böhm svoji **diferenciální diagnostickou metodu**, na základě výsledku je nastavena nejlépe odpovídající péče. **Formy péče** u Böhmova modelu jsou:

- aktivizační – podpora zachování soběstačnosti klienta
- reaktivizační – hledání prvků v biografii klienta, které by mohly být impulsem pro znovuoživení psychiky a tím i zlepšení soběstačnosti při běžných činnostech

- stimulační – je vhodné využití konceptu bazální stimulace ⁹(Procházková, 2014)

Použití adekvátní formy péče dle stupně regrese, ve kterém se právě senior nachází lze shrnout takto:

Tabulka 2: Shrnutí forem péče dle stupně regrese

Stupeň regrese	Chování klienta seniora	Forma péče
1-2	žádné poruchy chování	aktivizační
3	rané stadium demence	aktivizační a re-aktivizační
4-5	střední stadium demence	re-aktivizační
6-7	těžké stadium demence	re-aktivizační a bazálně stimulační péče

Zdroj: Böhm, 2008 in Procházková, 2014

Stav klienta je pravidelně vyhodnocován, v případě zlepšení či zhoršení stupně regrese je upravena i forma péče a formy aktivizace (Procházková, 2014).

3.1.2 Základní pilíře psychobiografického modelu péče

Základem psychobiografického modelu péče je **životní příběh klienta**, ze kterého pečující personál získává informace pro práci s **principem normality** a pro **terapii prostředím** (Procházková, 2014).

Procházková (2014) uvádí, že dle Böhma jsou pro chování seniora důležité celoživotní zážitky, copingy a rituály. Je proto nutné nevysvětlovat klientovo chování jen ve vztahu k přítomnosti, ale hledat odpovědi v biografii.

Princip normality vyjadřuje snahu přiblížit institucionální prostředí normálnímu předchozímu životu seniora. Výpočet principu normality klienta znamená přičíst číslo 25 k roku narození, např. $1939 + 25 = 1964$. Výpočet je variabilní a posunuje se dle časového postupu doby. Generace současných uživatelů pobytové služby, tak tvoří téma 60. let,

⁹ Koncept posilující v bazální rovině vnímání, cílem je mj. podpořit kontakt s okolím a celkovou orientaci. Důležité je respektovat autonomii klienta a všimnout si nonverbálních projevů. (Malíková, 2020)

protože v tomto období prožili neaktivnější období života. Pro personál to znamená péči zasadit do historických souvislostí a morálky tohoto období, neboť normalita klienta skrze, kterou vnímá přítomnost je jiná než normalita pečujících. (Procházková, 2014)

Böhm (2015) vycházel při svém výpočtu z autorů zabývajících se vývojovým konceptem, a to z Freuda, Adlera a dalších. Tito autoři považují za zlom v psychice 25. rok života po dosažení dospělosti, kdy začíná docházet k postupné regresi. „...*můžeme říci, že všechno, co jsme zažili do 25 let, jsme si uložili na pevný disk...a že se ve stáří, především v procesu demence, vracíme k tomuto materiálu, protože nám dává jistotu.*“ (Böhm, 2015, s. 95)

Princip normality je nutné přenést do vybavení interiéru pobytového zařízení, které by mělo odpovídat době **dle aktuálního výpočtu principu normality** dané generace. Stylový nábytek může seniory motivovat k příjemným vzpomínkám. Jedná se o **terapii prostředím**, která je neoddělitelnou součástí individualizované péče. Interiér by měl být zařízen na základě biografie nebo nábytkem z domova klientů. Terapeutické prostředí pomáhá beze slov:

- navozuje domácí atmosféru, dodává pocit bezpečí a jistoty
- známé předměty zlepšují prostorovou orientaci – i senior s demencí pozná svoje křeslo, na kterém rád sedával
- podporuje proces adaptace klienta
- části vybavení z původního domova – využití vztahového potenciálu k věcem, symbolům „starých dobrých časů“ potvrzujícím osobní identitu
- fotografie významných událostí a fotografie blízkých - harmonizují prostředí, také podporují vědomí personálu, že jejich klient má životní příběh podobně jako ho mají oni sami. (Procházková, 2014)

3.1.3 Cíle psychobiografického modelu péče

Jak již bylo popsáno výše, psychobiografický model péče Erwina Böhma klade na první místo znovuoživení psychiky klienta, která následně ožíví i tělo. Klient je vnímán celostně jako osobnost s životním příběhem. Péče vychází ze znalosti biografie - z celoživotních rituálů i copingů¹⁰.

¹⁰ Široce definovaný pojem. Z hlediska péče - naučený vzorec zvládnání zátěžových situací. (Böhm, 2015)

Úkolem pečujících je v biografii nalézt motivaci k aktivizaci či reaktivizaci psychiky klienta, podpořit tak jeho pozitivní potenciál a s respektem k jeho celoživotním rituálům udržet co nejdéle jeho každodenní autonomii. Za cíl má i znovuoživení zájmu personálu, kterému nabízí kreativní formu péče, někdy nazývanou „péče s rukama v kapsách“, neboť má snahu iniciovat sebepéči klienta. Naopak forma péče stavící klienta do pasivní role podporuje jeho regresi. (Böhm, 2015)

3.2 Koncepce biografické péče o seniory PhDr. Evy Procházkové, PhD.

PhDr. Eva Procházková, PhD. je lektorkou psychobiografického modelu péče s mezinárodní akreditací a ředitelkou Erwin Böhm institut v České republice. Je také autorkou Koncepce biografické péče o seniory, kterou vypracovala pro implementaci Böhmova modelu do podmínek české praxe. Její koncepce reagovala na požadavky českých poskytovatelů sociálních služeb, a to **cílenou redukcí psychobiografického modelu**. Böhmova sedmistupňová diferenciální diagnostika byla zjednodušena **jen na tři stupně regrese**:

- mírné stádium regrese vyžadující aktivizační péči
- střední stádium regrese vyžadující reaktivizační péči
- těžké stádium regrese vyžadující stimulační péči (Procházková, 2019)

Procházková (2019) sděluje, že **životní příběh jako výchozí bod** pro poskytnutí individualizované péče zůstal v jejím konceptu zachován. Zároveň jsou použity aktivity denního života z ošetrovatelského modelu Moniky Krohwinkel a prvky z ošetrovatelského modelu Cory van der Kooij¹¹. Koncepci biografické péče lze definovat jako celostní pojetí individualizované péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb zaměřené na „*prevenci, stabilizaci...a zmírnění psychických, sociálních a spirituálních deprivací.*“ (Procházková, 2019, s. 62).

Péče vychází z osobních přání a potřeb seniora. Biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby jsou aktivně vyhledávány a uspokojovány na základě práce s životním příběhem. Důraz je kladen na aktivní zapojení zachovalých schopností do sebepéče. Jak

¹¹ Model M. Krohwinkel – od roku 1993 využíván v ošetrovatelství v Německu, v péči klade důraz na jednotlivé denní aktivity. Model C. van der Kooij – nizozemská autorka se zaměřuje především na vztahový potenciál mezi pečujícím a klientem. (Procházková, 2014)

již bylo uvedeno, forma péče (aktivizační, reaktivizační, stimulační) je nastavena **na základě fáze regrese**. V tom je **významný rozdíl oproti standardním postupům**, kdy je péče klientům nastavována bez ohledu na stádia regrese. (Procházková, 2019)

Biografická péče stojí na etickém desateru, které nastavuje podmínky pro:

- „*individuální přístup k seniorovi jako k osobnosti*
- *celostní pojetí péče na základě holistické filozofie*
- *participaci seniora v procesu spolurozhodování*“ (Procházková, 2019, s. 85)

Vizí Procházkové (2019, s. 177) je, „*abychom si všichni...nasadili BIO brýle...a v prvé řadě viděli naše seniory s celým životním příběhem...a polidštili přístup ke starým lidem.*“

3.2.1 Pracovní postupy biografické péče

Koncepce biografické péče nabízí srozumitelné pracovní postupy, k nimž mj. patří:

- aktivity denního života (dále ADŽ)
- sběr biografických údajů

ADŽ jsou projevem lidských potřeb, které jsou zřetelné v chování klienta, pečující má pochopit, jaký je důvod tohoto chování a co způsobuje potíže v dané aktivitě. Pro jednotlivé aktivity je důležité čerpat poznatky z biografie klienta a zažité denní rituály zařazovat do přímé péče, čímž se dosahuje pocitu bezpečí a zachování osobní integrity. (Procházková, 2019)

Procházková (2019) dále uvádí, že v její koncepci je využito rozdělení ADŽ do 14 oblastí dle strukturálního modelu Krohwinkel, doplněné o 15. aktivitu týkající se spirituálních potřeb. U každé ADŽ je cíleno na zjištění aktuální situace u seniora a využita odpovídající intervence péče, u každé ADŽ je také průběžně hodnoceno, zda došlo ke zlepšení, stabilizaci či zhoršení. Důležité je stanovit dosažitelné cíle.

„*Biografické údaje mají význam při stanovení cílů a přístupu k potřebám, přáním a zájmům daného jedince a měly by být základem veškerého pečovatelského jednání*“ (König, Zemlin, 2017 in Procházková, 2019, s. 94) Prvotní **sběr biografických údajů** provádí sociální pracovník již při dojednávání pobytové služby formou stručného záznamu při šetření v domově klienta, kde provede také biografickou edukaci a vypracuje na základě získaných údajů návrh dlouhodobého plánu sociální služby. Správné nastavení

péče již v adaptační fázi za pomoci biografie spolu se stanovením stupně regrese má obrovský význam pro zkvalitnění péče. (Procházková, 2019)

Po přijetí klienta do PZ vytváří **klíčový pracovník** biografický list do něhož zaznamená postupně údaje, které zjistí neformálně při rozhovorech s klientem v průběhu denních aktivit, a to **pouze** v rámci toho, co o sobě senior chce dobrovolně sdělit. (Procházková, 2014). Jedná se tzv. aktivní biografii. Na pasivní biografii se podílí blízcí například poskytnutím fotografií. Jejich účast na tvorbě biografické dokumentace je velmi přínosná i vzhledem k tomu, že pomáhá zapojit blízké okolí klienta do péče. (Procházková, 2019) Obrovský význam podpory ze strany blízkých pro uživatele pobytové služby zdůrazňuje i Haškovcová (2010).

Specifickou část práce s biografií tvoří vypracování **rodokmenu** klienta (Procházková, 2019). Jedná se o „*soupis vztahového vzorce, jenž...poodhalí jeho pozitivní prioritní vztahy.*“ (Procházková, 2014, s. 99) Dle Procházkové (2014) tyto vztahy již nemusí být aktivní, někdy o nich neví ani rodiny seniora, přesto mají pro klienta velký význam a je vhodné se je pokusit oživit (příkladem může být kontaktování bývalého souseda). Práce se vztahovou sítí je významnou prevencí rizika sociální izolace v PZ. Vzhledem ke snížené pohyblivosti jsou „*staří lidé... často izolováni ve svém pokoji...často se setkáváme, že hovoří pouze s personálem.*“ (Procházková, 2019, s. 125)

3.2.2 Individuální plány péče na základě práce s biografií

Jak dále sděluje Procházková (2014) jsou výše uvedené složky, tj. práce s biografií, ADŽ a sestavení rodokmenu – nezbytným podkladem pro tvorbu skutečně individuálních plánů péče „...zrcadlí specifické potřeby a přání jedince, který získává větší prostor pro svou autonomii.“ (Procházková, 2014, s. 100)

Jak dále sděluje Procházková (2014) je dalším nezbytným předpokladem aktivní spolupráce celého **multidisciplinárního týmu**. Úkoly pracovníků v „biopéči“ dle jednotlivých pozic lze stručně shrnout takto:

- Sociální pracovník vytváří prvotní sběr biografických dat v domově žadatele, provádí biografickou edukaci, připraví prvotní návrh dlouhodobého plánu péče, i po nástupu klienta do PZ spolupracuje s týmem a koordinuje spolupráci s rodinou.

- Klíčový pracovník (zpravidla PSS) postupně zaznamenává údaje od klienta do biografického listu a nakonec z něj vypracuje biografickou knihu. Biografická data doplňuje také do ADŽ a vytváří ve spolupráci s klientem individuální plán péče.
- Aktivizační pracovník dle plánu péče volí vhodnou individuální formu aktivizace - např. zapojí klientku, bývalou výtvarnici, do výzdoby PZ
- Data zohledňují i nelékařští zdravotničtí pracovníci. (Procházková, 2019)

O poskytované péči je vedena dokumentace, za kterou zodpovídá klíčový pracovník a vedoucí úseku PZ. O data dokumentace se opírá celý tým, zároveň i je i důkazem péče a ochranou uživatele. **Plány péče jsou průběžně hodnoceny** a aktuálně upravovány dle stavu klienta. To probíhá na pravidelných sezeních celého multidisciplinárního týmu, což vede k optimálnímu nastavení péče a ke snížení rizika chybného hodnocení. **Účast multidisciplinárního týmu** je podmínkou i při stanovování stupně regrese klienta. Skupinový náhled je objektivnější a slouží jako prevence jednostranného hodnocení. (Procházková, 2019)

Uvedené postupy mají za úkol naplnit cíl péče poskytované na základě práce s biografii, kterým je „...porozumění životní historii klienta. Teprve na základě tohoto porozumění je možné...poskytovat individualizovanou péči seniorovi s úctou a respektem k důstojné hodnotě stáří.“ (Procházková, 2019, s. 117)

V závěrečné kapitole bylo popsáno využití biografie v péči o seniory v pobytových zařízeních, který pečujícím pomáhá posilovat úctu ke klientům a vytvářet individuální plány péče zaměřené na opravdové potřeby klienta. Poznatky životního příběhu také ožívují psychiku a podporují zachovalý potenciál seniorů. Vzhledem k problematice pobytových zařízení, kterou jsem popsala v předchozí kapitole, se jeví tento model péče jako velmi vhodný. Přínos využití biografie v péči o seniory vybrané pobytové sociální služby, bude zkoumán pomocí třech dílčích cílů zaměřených na zjištění spokojenosti klientů s naplněním jejich potřeb, s chováním pečujících a s prostředím pobytového zařízení.

Empirická část

4. Metodika výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce je **zjistit, jak jsou senioři spokojeni se životem ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb poskytujícím péči na základě biografie**. Pro zodpovězení hlavního cíle jsem stanovila tři dílčí cíle:

DC1: Zjistit, jak senioři hodnotí život ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb z hlediska naplnění svých individuálních potřeb

DC2: Zjistit, jak senioři hodnotí chování pečujících ve vybrané pobytové sociální službě vůči svojí osobě

DC3: Zjistit, jak senioři hodnotí prostředí vybraného pobytového zařízení sociálních služeb.

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, která je využívána hlavně ve společenských vědách a vychází z interpretativního paradigmatu snažícím se porozumět interakcím společenským jevů. Hlavním myšlenkovým procesem je indukce a získaná data mají subjektivní povahu. Badatel v terénu získává údaje, o kterých má jen určité výzkumné předpoklady. Bádání však musí předcházet studium dosavadních odborných teoretických poznatků, v opačném případě by se nejednalo o vědecký výzkum. (Trousil, Jašíková, 2015)

V kvalitativní výzkumné strategii jde hlavně o způsob podání problému zúčastněnými. Jejich interpretace je poté badatelem převáděna do jazyka teorie a do výroku o zjištěné skutečnosti zkoumaného jevu. (Trousil, Jašíková, 2015) Kroky kvalitativní výzkumné strategie lze rozdělit takto:

1. společenský problém, studium teoretických východisek
2. sběr dat v terénu, analýza a interpretace
3. nové teorie (Trousil, Jašíková, 2015)

4.1 Sběr informací

Základní technikou sběru dat je v kvalitativním výzkumu rozhovor. Při rozhovoru je nezbytné dodržovat určitá pravidla k nimž patří mj. znalost teorie, příprava na záznam odpovědí, vhodné je také zvážit úpravu zevnějšku vzhledem k výzkumnému vzorku. Důležité je promyslet i rozsah rozhovoru a zvolit prostředí, kde se budou informanti cítit dobře. (Trousil, Jašíková, 2015)

Technika rozhovoru bývá velmi přínosná, výhodou je možnost okamžitě reagovat na odpověď a také se doptávat se, dovysvětlovat tazatelské otázky. Nahrávky rozhovorů je nutné doslovně přepsat a prepisy následně vyhodnotit a interpretovat. (Trousil, Jašíková, 2015)

Rozhovor v kvalitativním výzkumu může mít různé formy (Trousil, Jašíková, 2015), pro výzkum této bakalářské práce jsem zvolila formu polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor má pevné uspořádání tematických oblastí, v nichž jsou kladeny otázky (Trousil, Jašíková, 2015). Tuto techniku jsem zvolila vzhledem k charakteristice skupiny informantů a k možným rizikům výzkumu, což popisují v dalších podkapitolách empirické části.

4.1.1 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Dílčí výzkumné cíle jsem transformovala do tabulky s otevřenými tazatelskými otázkami. Tazatelské otázky (dále TO) jsem rozdělila za účelem dosažení dílčích cílů do třech tematických oblastí. Identifikační otázky byly kladeny v závěru rozhovorů.

Tabulka 3: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Dílčí výzkumný cíl	Tazatelská otázka
DC1: Zjistit, jak senioři hodnotí život ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb z hlediska naplnění svých individuálních potřeb	TO1: Jak odpovídá možnost společenského kontaktu v Domově Palata Vaší představě?
	TO2: Jak odpovídají denní aktivity v Domově Vaší představě?

	TO3: Pokud jsou pro Vás důležité duchovní potřeby, jakým způsobem jsou v Domově naplněny?
	TO4: Jakou máte možnost v Domově dodržovat Vaše zažitá zvyklosti a denní návyky?
	TO5: Jak jsou personálem respektovány Vaše rozhodnutí v každodenních situacích?
	TO6: Jak je podle Vás pravdivé tvrzení, že péče v Domově Palata je Vám jako „ušitá na míru“?
DC2: Zjistit, jak senioři hodnotí chování pečujících ve vybrané pobytové sociální službě vůči svojí osobě	TO 7: Cítíte se být jako člověk pečujícími respektován/respektována?
	TO 8: Jak se snaží pečovatelé vyhovět Vaším osobním přáním?
	TO 9: Jak byste celkově hodnotil/hodnotila chování pečujících vůči Vám z hlediska projevů základní slušnosti?
	TO 10: Co si myslíte o tvrzení, že „znalost životního příběhu“ pomáhá personálu posilovat respekt vůči Vám?
DC3: Zjistit, jak senioři hodnotí prostředí vybraného pobytového zařízení sociálních služeb.	TO 11: Jaké pocity ve Vás vyvolává prostředí Domova?
	TO 12: Co se Vám nejvíce líbí na prostředí Domova?

	TO 13: Jak na Vás působí stylový nábytek, kterým je vybaven Domov?
	TO 14: Jak jste ocenil/ocenila možnost vybavit si pokoj osobními doplňky?

Zdroj: vlastní zpracování

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen klienty Palaty – Domova pro zrakově postižené. Pro výběr výzkumného souboru, tedy informantů z řad klientů Domova Palata, bylo hlavním kritériem zachování schopnosti porozumět obsahu sdělení a schopnosti vyjadřování vzhledem k různým stupňům regrese uživatelů této pobytové sociální služby. Dalším kritériem z důvodů otázek cílených na prostředí zařízení byl zachovalý zrak, posledním hlediskem byla délka pobytu, respektive výběr směřoval na klienty, kteří mají již ukončen adaptační proces.

Průběh výběru výzkumného vzorku upřesním v následující podkapitole. Pro výzkum se mi podařilo získat 6 informantů, kteří převážně splnili mnou nastavená kritéria. Jejich charakteristiku uvádím v následující tabulce. Informanty jsem vzhledem k tomu, že jsou klienti pobytového zařízení označila vždy písmenkem K a číslem. Všichni informanti byli mobilní. Vzhledem ke slibu zachování anonymity, neuvádím konkrétní věk ani délku pobytu. Údaje jsem získala pomocí identifikačních otázek na závěr rozhovorů.

Tabulka 4: Charakteristika informantů

Informant	Pohlaví	Věková kategorie	Délka pobytu
K1	muž	75 – 80 let	do 1 roku
K2	žena	80+	více jak 1 rok
K3	žena	80+	více jak 1 rok
K4	žena	80+	více jak 1 rok
K5	žena	80+	více jak 1 rok
K6	žena	80+	více jak 1 rok

Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Popis organizace a průběhu výzkumného šetření

Na podzim roku 2022, v průběhu druhé souvislé praxe v Domově Palata, jsem požádala o možnost realizace výzkumného šetření koordinátorku praxí, která je zároveň zástupkyní ředitele a manažerkou kvality. Odpovědí mi byla velmi vstřícná reakce a bylo domluveno, že ji mohu kontaktovat po dokončení teoretické části práce a po přípravě tazatelských otázek na jaře 2023. Dle domluvy jsem tak učinila na konci dubna a byl domluven termín realizace výzkumu.

Pomocí s oslovením klientů byl pověřen aktivizační pracovník, kterého jsem ho požádala o zohlednění mnou nastavených kritérií. Aktivizační pracovník mně dle těchto hledisek doporučil klienty, doprovodil mě do pokojů a předal mi slovo, abych se představila, požádala o rozhovory a vysvětlila jejich účel. S rozhovorem souhlasilo šest klientů.

Vzhledem k tomu, že všichni informanti bydlí v jednolůžkových pokojích bylo domluveno, že postupně obejdu pokoje, kde se uskuteční rozhovory, což jsem také učinila.

V úvodu jsem informantům znovu objasnila důvod a cíl rozhovoru, poděkovala jsem jim za ochotu se mého výzkumu zúčastnit. Uvolněné atmosféry se podařilo docílit neformální konverzací. Poté jsem požádala o podepsání souhlasu s poskytnutím rozhovoru, vysvětlila jsem proč potřebuji rozhovory nahrát diktafonem a zeptala se, zda informanti souhlasí. Jedna informantka nahrávání rozhovoru odmítla, její rozhovor jsem zaznamenala ručně na papír. Na papír jsem si také dělala poznámky při rozhovorech s ostatními informanty. Všem informantům jsem postupně kladla předem připravené tazatelské otázky, které jsem následně přepsala a interpretovala.

4.3.1 Stručná charakteristika vybraného poskytovatele pobytové sociální služby

V této podkapitole stručně představím vybranou pobytovou sociální službu. Palata – Domov pro zrakově postižené je dle zákona č. 108/2006 Sb. domov pro osoby se zdravotním postižením. Tento typ zařízení poskytuje pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Jedná se o příspěvkovou organizaci, zřizovatelem je hlavní město Praha (Zeman, 2008).

Domov Palata se nachází v pražské čtvrti Smíchov a má dlouholetou tradici. Kapacita je 125 lůžek, z toho je polovina pokojů jednolůžkových a zbytek dvoulůžkových. Většinu klientů tvoří ženy, jejichž průměrný věk je více než 80 let. (Zeman, 2008)

Péči o klienty zajišťuje multidisciplinární tým, který je složen z pracovníků v sociálních službách, sociálních a aktivizačních pracovníků, všeobecných zdravotních sester a fyzioterapeutů. V Domově jsou také zaměstnání dva psychologové. Klienti mohou navštívit praktického a zubního lékaře, kteří zde ordinují jednou až dvakrát týdně. (Zeman, 2008)

Palata – Domov pro zrakově postižené poskytuje péči na základě biografie. Patří k projektovým domům, kteří se účastní implementace biografické koncepce do české praxe. Je jedním z několika PZ v České republice, která již absolvovala certifikační proces. (Procházková, 2019)

4.4 Rizika výzkumného šetření

Riziko výzkumu vidím především ve skutečnosti, že informanti hodnotí pobytové zařízení, které nemohou kvůli zdravotnímu stavu opustit. Zejména tazatelské otázky v rámci druhého dílčího cíle pro ně mohou být nepříjemné, a to vzhledem k tomu, že mají hodnotit chování pečujících na jejichž péči jsou závislí. Snížená soběstačnost informantů, tak může mít negativní vliv na pravdivost odpovědí. Toto riziko jsem se snažila eliminovat slibem a dodržení anonymního zpracování rozhovorů.

Rizikem validity výzkumu je také nemožnost zařadit do výzkumného vzorku klienty postižené demencí vzhledem k jejich snížené schopnosti porozumět obsahu sdělení. Právě klienti s demencí však představují pro pečující vysokou psychickou i fyzickou zátěž vzhledem k množství úkonů, které péče o ně představuje. Tímto výzkumným šetřením není možné ověřit, jak jsou s péčí a přístupem pečujících spokojeni klienti ve vyšším stupni regrese.

Domnívám se, že technika polostrukturovaného rozhovoru je pro výzkumné šetření vhodně zvolena. Informantů je možné v případě neporozumění tazatelské otázky dovysvětlit anebo je vyjádřit jiným způsobem.

5. Popis a interpretace výsledků výzkumného šetření

V této kapitole se budu věnovat interpretaci dat, a to postupně, tak jak jsem je zaznamenala pomocí připravených tazatelských otázek zaměřených dle dílčích cílů. Pořadí tazatelských otázek jsem se snažila dodržovat, některé z nich jsem musela informantům dovysvětlit. Pouze ojediněle se nepodařilo dosáhnout porozumění.

Z rozhovorů vyloučila závěrečná otázka, která se přímo vázala k hlavnímu výzkumnému cíli. Tato otázka nebyla předem připravená, ale vyloučila jako přirozené vyústění a ukončení našich rozhovorů.

5.1 Hodnocení života ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb z hlediska naplnění individuálních potřeb seniorů

Úkolem prvního dílčího cíle bylo **zjistit, jak seniori hodnotí život ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb z hlediska naplnění svých individuálních potřeb**. Pro tento dílčí cíl jsem použila 6 tazatelských otázek, které jsem zaměřila na sociální a duchovní potřeby, zachování autonomie každodennosti a hodnocení individuálního přístupu v péči.

TO1: Jak odpovídá možnost společenského kontaktu v Domově Palata Vaší představě?

Odpovědi na první otázku se shodují až na jednu výjimku – K2: „*Mohlo by toho bejt víc...*“. Od všech ostatních informantů zazněla chvála na možnost bohatého společenského vyžití. Klienti oceňovali kulturní program v podobě divadelních představení, besed se zajímavými hosty, koncertů i vystoupení zdejšího pěveckého sboru Sluníčko (složen z klientů Palaty). Opakovaně byla vyzdvižena pravidelná akce, tzv. „úterní kavárna“. Jedná se o každotýdenní akci ve velkém kulturním sále, kdy k poslechu a tanci hraje živá hudba. Klienti si mohou fakultativně objednat zákusky kávu, čaj nebo třeba i víno z „pojízdné cukrárny“, zajištěné provozovatelkou kantýny v Domově Palata. Obsluhu mají na starost aktivizační pracovníci, pomáhají praktikanti, dobrovolníci, v případě potřeby sociální pracovníci. K1 sdělil, že vzhledem k tomu, že má možnost srovnání, protože do Palaty přešel z jiného Domova pro seniory je velice spokojen. Velmi ocenil i způsob, jakým jsou klienti informováni o možném programu místním rozhlasem

na daný den: „*Program Vám hlásí ráno a člověk se může rozhodnout naplánovat ten den. A skoro každý den se něco děje...Paráda, překvapující.*“ K1 a K6 pochválili i podporu pravidelného kontaktu mezi klienty Domova, K1 vyzdvihl doprovázení hůře mobilních klientů do společné jídelny na obědy.

TO2: Jak odpovídají denní aktivity v Domově Vaší představě?

K této tazatelské otázce jsem informantů pro snadnější pochopení otázky uvedla příklady aktivit, které jsou v Domově Palata (dále jen Domově) zajišťovány aktivizačními pracovníky a fyzioterapeutem. Jedná se o muzikoterapii, taneční terapii, skupinová cvičení nebo trénování paměti a další. Všichni informanti uvedli, že jsou velmi spokojeni. Líbí se hlavně „luštění křížovek“, tj. cvičení paměti. Dle sdělení dvou informantek si každý může vybrat, kterých aktivit se zúčastní. K4: „*...Všech se nezúčastňuju, jenom některých, který mě bavěj...*“ a K6: „*Je to na dobré úrovni ...i pomoc při té činnosti je na dobré úrovni...a lze si vybírat podle zájmu. To je velice důležité...všechno je dobrovolné...*“ K6 také velmi kladně hodnotila pomoc pečujících hůře mobilním klientům a snahu je zapojit. Podobně se vyjádřil i K1.

TO3: Pokud jsou pro Vás důležité duchovní potřeby, jakým způsobem jsou v Domově naplněny?

Všichni informanti potvrdili možnost naplnění duchovních potřeb v Domově. Uvedli, že každý pátek se koná ve velkém kulturním sále mše svatá. K1 sdělil, že do Domova také dochází dobrovolník a zájemcům čte z Bible. Nikdo z informantů této možnosti, tj. účasti na mši nebo poslechu četby z Bible nevyužívá. K6 uvedla jako možnost uspokojení duchovních potřeb rozhovor s psychologem, kteří jsou zaměstnanci Domova. Neřekla, zda této možnosti sama využívá, necítila jsem jako vhodné se doptávat.

TO4: Jakou máte možnost v Domově dodržovat Vaše zažitá zvyklosti a denní návyky?

Otázku jsem opět dovysvětlila příklady a odpovědi informantů se hodně lišily. K1, K4 a K6 uvedli, že vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu již nemohou své zvyklosti dodržovat. K2 uvedla, že by si přála častěji pobývat v zahradě, ale personál nemá pokaždé čas ji doprovodit. Dle jejích slov jsou pečující příliš vytíženi na to, aby ji doprovázeli do

zahrady dle její potřeby. K3 bez zaváhání vyjádřila názor, že něco v takového není v Domově možné, protože je zde jiný režim než měla v předchozím životě. K5 byla otázkou velmi překvapená a odpověděla, že žádné zvyklosti a denní návyky neměla. I poté, co jsem ji pokusila vysvětlit otázku názorným příkladem svoji odpověď kategoricky zopakovala.

TO5: Jak jsou personálem respektovány Vaše rozhodnutí v každodenních situacích?

Také u této otázky jsem všem informantům jsem pro snazší pochopení uvedla příklady, a to možnost rozhodnutí týkající se péče nebo účasti na skupinových aktivitách. Čtyři informanti odpověděli, že jejich rozhodnutí jsou určitě respektována. K1 mi řekl, že k personálu má absolutní důvěru: „...když člověk vidí tu snahu a péči, tak nemá žádnou kritiku...já zatím tolik péči nepotřebuju, ale je tady věkový průměr kolem 85 let...pečovatelky i pečovatelé mají, co dělat...hodně lidí tady má demenci...“ Z těchto důvodů se požadavkům personálu plně podřizuje. Obdobný postoj uvedla i informantka K4: „Když cítím, že něco nechťej, tak to nevymáhám a podřídím se...“

TO6: Jak je podle Vás pravdivé tvrzení, že péče v Domově Palata je Vám jako „ušitá na míru“?

U této otázky jsem všem informantům upřesnila, že se jedná o slovní obrat, který má vyjádřit snahu poskytovat péči klientům podle toho, co skutečně potřebují. K1 označil poskytovanou péči za unikátní. K2 vyjádřila názor, že záleží na tom, jak má kdo nastavené očekávání. K3 s tvrzením, že péče v Domově Palata je jako „ušitá na míru“ souhlasila. K4 souhlasí s výhradami, které se netýkají přímé péče. Dle jejich slov je neuspokojivá nabídka potravin v kantýně, kde si klienti mohou kupovat (anebo prostřednictvím pečujících) občerstvení. K5 a K6 shodně odpověděly, že s uvedeným tvrzením určitě souhlasí a jsou velmi spokojeny.

5.2 Hodnocení chování pečujících vůči klientům ve vybrané pobytové sociální službě

Úkolem druhého dílčího cíle bylo **zjistit, jak senioři hodnotí chování pečujících ve vybrané pobytové sociální službě vůči svojí osobě**. Pro tento dílčí cíl jsem použila 4 tazatelské otázky, které jsem zaměřila na projevy respektu a základní slušnosti vůči

seniorům ze strany pečujících. Poslední otázkou v této skupině jsem zjišťovala názor seniorů na poskytnutí biografických dat personálu. Zajímalo mě, zda senioři pociťují, že sdílení jejich životního příběhu promítá do poskytované péče.

Tazatelské otázky byly cíleny především na pracovníky v sociálních službách, tedy na pečovatelky a pečovatele, které jsem souhrnně označila jako pečující. Důvodem byla skutečnost, že tato pozice obnáší především poskytování přímé péče, tedy provádění psychicky i fyzicky náročných úkonů. Pečující jsou také nuceni, zejména u zcela nesoběstačných klientů, vstupovat do jejich intimní zóny. Je tak velmi žádoucí a zároveň velmi obtížné zachovat lidskou důstojnost klientů.

TO 7: Cítíte se být jako člověk pečujícími respektován/respektována?

Tuto tazatelskou otázku jsem většině informantům musela ujasnit. Dovysvětlila jsem, co mě zajímá, a sice zda jim pečující projevují úctu, zda se k nim snaží chovat rovnocenně a zachovávat jejich lidskou důstojnost. K1, K3, K5 a K6 odpověděli, že cítí být pečovateli respektováni. K2 odpověděla, že záleží, jak který pečující. K4 jsem musela tazatelskou otázku zopakovat a znovu vysvětlit, přesto si informantka nebyla jistá, jak se k této otázce vyjádřit. Nechtěla jsem dále prodlužovat její rozpaky, a proto jsme přešly k TO 8.

TO 8: Jak se snaží pečovatelé vyhovět Vaším osobním přáním?

K 4 k této otázce uvedla, že se snaží mít osobních přání, co nejméně. Pokud nějaké má požádá dceru, která za ní dochází. Na moji doplňující otázku, proč se snaží mít osobních přání, co nejméně, uvedla, že nechce nikoho obtěžovat. „*Jsem tak prostě nastavená.*“ Pokud však pečující o něco požádá, tak ji vyhoví. Jako příklad uvedla to, že pečovatelky požádala, aby ji začaly převlékat postel, což si přála do té doby, než se jí zhoršil zdravotní stav dělat sama. Doufám však, že více péče, jako třeba pomoc s hygienou nebude potřebovat. Bylo by jí velmi nepříjemné, kdyby se dožila plné závislosti na péči druhých. Ostatní informanti, vyjma K2, odpověděli, že je jim vždy vyhověno, pokud něco potřebují, K6 zdůraznila velkou vstřícnost pečujících. K2 uvedla, že je s plněním svých přání pečujícími spokojena tak napůl.

TO 9: Jak byste celkově hodnotil/hodnotila chování pečujících vůči Vám z hlediska projevů základní slušnosti?

Tuto otázku jsem doplnila příklady. Zajímalo mě, zda pečující klepou na dveře pokoje, zda se chovají zdvořile, zda jsou senioři spokojeni s tím, jak jsou oslovováni. K1 hodnotil chování pečujících jako perfektní. Opět zdůraznil, že má srovnání s domovem, ve kterém byl před příchodem do Palaty. Také vyzdvihl dle jeho slov vynikající vedení Palaty - je poznat, že je personál velmi dobře vybírán. K2 odpověděla, že se pečující chovají celkem slušně. K3 a K5 uvedly, že jsou spokojené. K4: *„Tady jsou naštěstí hodný...ještě, že jsem se sem dostala...i ty aktivizační zažertujou a tak...“* K6 odpověděla: *„Perfektní, na výbornou.“*

TO 10: Co si myslíte o tvrzení, že „znalost životního příběhu“ pomáhá personálu posilovat respekt vůči Vám?

Tuto tazatelskou otázku jsem všem informantům přiblížila odkazem na biografické údaje, které poskytli klíčovým pracovníkům v období po nástupu do Domova. Ujasnila jsem, že by mě zajímalo, zda si myslí, že znalost jejich životního příběhu má pro personál nějaký přínos, zda pocítují, že se to nějak promítá do péče a jednání vůči nim. Odpovědi informantů mě velmi překvapily. Pouze K1 a K6 ocenili seznámení personálu s jejich biografii a kladně hodnotili přínos pro péči. Z odpovědi K1: *„To je další věc, to je velice chytřej program...je to dobrovolný, ale hned při vstupu žádaj od každýho životní detaily, ale jak říkám je to dobrovolný...ale jim to pomůže právě v té péči, kterou dodávaj, proto chtěj životopis. Je to na Vás, jak podrobně...ale všechno je zaměřený na to, aby ty služby Vám, co nejvíce vyhověly...Vaším životním návykům...aby Vám to udělali jako domov. Je to opravdu neuvěřitelný...“* K6 uvedla, že vnímá velmi silnou snahu ze strany vedení, aby se v Domově navázalo na předchozí život klienta a označila to jako perfektní. Naopak K2, vyjádřila názor, že její biografie personálem není zohledněna. K3 a K5 uvedly, že neví, protože nic takového nezjistily. K4 odpověděla velmi obšírně, bylo poznat, že je to pro ni citlivá otázka *„...respektovala jsem, že to chtěj...tak jsem napsala nějakou biografii...myslim si, že jsem se otevřela až dost.“* V reakci na sdělené jsem se zeptala, zda si byla vědoma, že to, co o sobě prozradila bylo dobrovolné. *„To jo, ale to jsem si uvědomila, až zpětně...nebylo mi příjemné, že to o mě celý personál četl, ale respektovala jsem to...má to, tak bejt, tak dobře...ale člověk by tam o sobě neměl říct všechno. Stejně*

Vám nikdo nepomůže podle mě...“ Zeptala jsem se, zda tomu rozumím správně, tedy, že ona osobně přínos znalosti životního příběhu personálem nevidí. *“Respektuju to, vyhověla jsem, ale přínos v tom nevidím.”*

5.3 Hodnocení prostředí vybraného pobytového zařízení sociálních služeb

Úkolem třetího dílčího cíle bylo **zjistit, jak senioři hodnotí prostředí vybraného pobytového zařízení sociálních služeb**. Pro tento dílčí cíl jsem použila 4 tazatelské otázky. Zajímalo mě, jak klienti vnímají využívání principu normality, který je v Domově - dle zásad biografické péče – promítnut i do vybavení interiéru dobovým nábytkem a dekoracemi. Poslední tazatelskou otázkou jsem zjišťovala, jak hodnotí možnost dotvořit si pokoj osobními doplňky.

TO 11: Jaké pocity ve Vás vyvolává prostředí Domova?

K1, K5 odpověděli shodně, že se jim prostředí líbí a K1 doplnil: *„Převažujou jednoznačně příjemný pocity.“* Což vyjádřila i K3: *„Vyvolává ve mně dobré pocity.“* K2 se ve svoji odpovědi věnovala velmi obsírně vzpomínkám na těžkosti, které z jejího pohledu prožívala se spolubydlíci ve dvoulůžkovém pokoji. Hovořila velmi dlouze a nebylo možné ji nasměrovat zpět k otázce. K4 sdělila: *„No, interiér na mě dělá dobrý dojem, to jak je to po té rekonstrukci.“* Dle jejích dalších slov do Palaty chodila v dobách před rekonstrukcí navštěvovat kamarádku, která zde žila. Pamatuje si, že tu byly vícelůžkové pokoje a prostředí je teď mnohem lepší. K6 se dlouze zamyslela a řekla: *„...Cítím se tu jako na poslední štaci. Prostě už nemám absolutně šanci se sama o sebe postarat ani s pečovatelskou službou. Prostě člověk už potřebuje péči ve dne v noci anebo má obavu, aby tu péči nepotřeboval.“*

TO 12: Co se Vám nejvíce líbí na prostředí Domova?

Každému z informantů jsem dovysvětlila, že by mě zajímalo, zda je něco, co by chtěli na prostředí Domova obrazně řečeno vyzdvihnout. Všichni informanti shodně uvedli, že si hodně považují jednolůžkových pokojů – *„je to opravdu štěstí!“*. K3 a K1 se také velmi líbí zahrada a rádi do ní chodí. K1 dále doplnil, že velmi oceňuje, že je na každém úseku pracovní pečovateli a sester a také malá kulturní místnost pro skupinové aktivity. Velmi se mu líbí i velký kulturní sál, kde jsou pořádány společenské akce pro všechny klienty,

zdůraznil, že všude se lze dostat výtahem “*Zkrátka, mají to vynikajícím organizovaný...*“ K4 se kromě chvály jednolůžkového pokoje sdělila: „*Líbí se mi poměrně všechno.*“ K6 si váží možnosti fakultativních služeb jako je kadeřník a pedikérka. Dále řekla: „*Co se mi nejvíc líbí? Nic zvláštního... prostě jsem spokojená...vše absolutně v pořádku...*“

TO 13: Jak na Vás působí stylový nábytek, kterým je vybaven Domov?

Touto tazatelskou otázkou jsem mířila na význam dobového nábytku dle výpočtu normality, který má podle zásad biografické péče, působit na klienty terapeuticky. Zajímalo mě, jak to vnímají klienti a odpovědi pro mě byly, podobně jako u otázky na využití životního příběhu, hodně překvapující. K1 se vybavení chodeb a společenských místností líbí: „*Maj to tady nazdobený, jako na zámku...a určitě to oceňují i rodiny těch klientů. Je to unikátní...*“. K2 odpověděla, že ji vybavení dobovým nábytkem nijak neoslovuje: „*Nechává mě to v klidu...*“ Podobně se vyjádřila i K3: „*Nevadí mi to...*“ Když jsem položila doplňující otázku, zda v tom vidí nějaký přínos, zopakovala svoji odpověď. Shodly jsme se tedy, že její vztah ke stylově vybavenému interiéru se dá označit jako neutrální. Velmi podobně se vyjádřila i K4: „*To je mně úplně jedno...*“ Kladně však hodnotila, že je v Domově vždy vánoční stromeček a je navozena vánoční atmosféra. K5 a K6 odpověděly, že se jim to líbí. K6 doplnila, že to na ni určitě dobře působí a ocenila i dekorace, které bývají podle jejích slov někdy pojaté i humorně: „*...Lze v tom najít odpoutání člověka od svých starostí.*“

TO 14: Jak jste ocenil/ocenila možnost vybavit si pokoj osobními doplňky?

Poslední dílčí tazatelskou otázku jsem zaměřila na možnost klientů dovybavit si pokoj vlastními doplňky, což je součástí terapie prostředím. Všichni informanti tuto možnost hodnotili kladně a všichni tuto možnost využili.

5. 4 Hodnocení celkové spokojenosti se životem ve vybrané pobytové sociální službě

Na závěr jsem položila otázku hlavního výzkumného cíle, kterou jsem požádala informanty o zhodnocení toho, jak jsou celkově spokojeni se životem v Domově Palata. Domnívám se, že tato závěrečná, shrnující otázka byla přirozeným vyústěním a ukončením našich rozhovorů. Informanti byli již předchozími tazatelskými otázkami naladěni na hodnocení Domova, na sdělení svých pocitů a názorů, byla mezi námi

navozena uvolněná atmosféra. Vysvětlila jsem jim, že mi jde o vyjádření jejich celkově převažujících pocitů a dojmů. Jakou pomůcku jsem navrhla, že míru spokojenosti mohou uvést například v procentech.

TO15: Jak byste celkově hodnotil/hodnotila Vaši spokojenost se životem v Domově Palata?

K1 se k celkovému hodnocení vyjádřil velice kladně, úroveň této pobytové služby je velmi mile překvapen, jak již vyjádřil v průběhu rozhovoru považuje ji za unikátní. V Domově je podle něj „*Překvapující život ... Zároveň uvedl, že díky svému zdravotnímu postižení a úmrtí životní partnerky nemá jinou možnost než být uživatelem pobytového sociální služby*“. K2 zhodnotila, že je spokojena, tak na 50% a dodala, že ji umístění do Domova zařídila rodina: „*Co mám dělat, musím tu bejt... už se nemám, kam vrátit.*“ K3 odpověděla: „*Myslím, že je to dobré*“. K4 vyjádřila také spokojenost a s povzdechem shrnula i svoji situaci „*Co se dá dělat...*“. K5 odpověděla: „*Spokojenost.*“ K6 vyhodnotila svůj život v Domově takto: „*Nic není stoprocentní, ale na 95% jsem spokojená určitě.*“ I ona podotkla, že nemá jinou možnost než řešit svojí situaci pobytovou sociální službou. Všichni v rodině jsou zaměstnaní a velmi vytížení.

5.5 Shrnutí výsledků výzkumu

Prvním dílčím cílem výzkumného šetření bylo **zjistit, jak senioři hodnotí život ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb z hlediska naplnění svých individuálních potřeb** a pro jeho dosažení jsem použila 6 tazatelských otázek s následujícími výsledky.

U tazatelských otázek zaměřených na možnost společenského kontaktu, denních činností a duchovních potřeb v Domově byly odpovědi informantů výrazně kladné. Informanti oceňovali velmi bohatý kulturní program, absolutní shoda byla v hodnocení denních aktivit - všichni informanti jsou velmi spokojeni, zazněla možnost volby a dobrovolnosti. Dva informanti (K1, K6) také zdůraznili pomoc pečujících hůře mobilním klientům a snahu zapojit je do společenského dění. Všichni informanti potvrdili, že je v Domově možnost naplnění duchovních potřeb. Nikdo z informantů však těchto možností nevyužívá.

Následovala tazatelská otázka zaměřená na zjištění, zda klienti Domova mohou dodržovat své zvyklosti a denní návyky. Tuto otázku jsem zařadila vzhledem k tomu, že péče vycházející ze znalosti biografie zahrnuje respekt k celoživotním rituálům klienta (Böhm, 2015). Včlenění těchto denních rituálů do přímé péče posiluje u klientů pocit bezpečí (Procházková, 2019), potřeba bezpečí patří k základním lidským potřebám (Příbyl, 2015).

Odovědi informantů však nevyzněly kladně. Většina informantů uvedla, že vzhledem ke svým zdravotním omezením již své zvyklosti a denní návyky nemohou dodržovat. Zpětně vnímám, že jsem se v rámci této otázky mohla pokusit informantů ještě doptávat, zda skutečně nemohou naplňovat zvyklosti a denní návyky, protože to mohou být i zdánlivé, nevědomé maličkosti. V daný okamžik však ve mně převládl respekt k odpovědím, které vyznívaly velmi jednoznačně.

Prostřednictvím další tazatelské otázky jsem zjišťovala, zda jsou personálem respektovány rozhodnutí klientů v každodenních situacích. Důvodem bylo teoretické východisko - v průběhu biografické péče má být kladen důraz na spolurozhodování klientů (Procházková, 2019). Většina informantů odpověděla, že jejich rozhodnutí jsou určitě respektována. Jeden informant (K1) vyjádřil hlubokou důvěru k personálu díky které, nemá potřebu prosazovat svá rozhodnutí. Další informantka (K4) se vyjádřila podobně, ale důvod neprosazování vlastních rozhodnutí vyzněl spíše neutrálně.

Kladné reakce byla také na poslední tazatelskou otázku. Většina informantů souhlasila s obrazným tvrzením, že péče v Domově je „ušitá klientům“ na míru, což je motto individualizované péče a v tomto duchu jsem také tazatelskou otázku dovysvětlila.

Shrnu-li výše popsaná získaná data byla opakovaně vyjádřena kladná hodnocení k možnosti společenského vyžití, denních činností, možnosti naplnění duchovních potřeb, a to na základě dobrovolnosti a zájmu. Dále bylo vyjádřeno respektování autonomie každodennosti a většina informantů označila za pravdivé realizaci uskutečňování tvrzení, které vyjadřuje model péče poskytující individualizovanou péči. Uvedené oblasti zahrnují psychické, sociální a spirituální potřeby na něž biografická péče zaměřena.

Na základě těchto dat vyvozují, že v rámci prvního dílčího cíle byla zjištěna, **spokojenost seniorů se životem ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb z hlediska naplnění individuálních potřeb.**

Uvedené zjištění převážně potvrzuje teoretická východiska této práce, neboť dle Procházkové (2019) biografická péče pomáhá naplnit opravdové potřeby a přání klienta a klade důraz na participaci seniora v procesu spolurozhodování. Výzkumným šetřením nebylo v rámci prvního dílčího cíle potvrzeno včlenění zažitých denní rituálů do péče.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak senioři hodnotí chování pečujících ve vybrané pobytové sociální službě vůči svojí osobě a pro jeho dosažení jsem použila 4 tazatelské otázky s následujícími výsledky.

Odpovědi na tuto skupinu tazatelských otázek směřující k hodnocení pečujících vůči klientům byly většinou kladné. Většina informantů se cítí být pečovateli respektována, pouze jedna informantka (K2) uvedla, že je to u jednotlivých pečujících různé.

Většina informantů také sdělila, že je jim pečujícími vždy vyhověno pokud projeví svoje osobní přání. Výrazně kladné odpovědi zazněly na otázku dodržování projevů základní slušnosti pečujícími. Vyjma K2, která vyjádřila průměrné hodnocení, vyjádřili všichni informanti spokojenost, dva z nich (K1, K6) spokojenost absolutní.

Překvapením pro mě byly odpovědi na poslední tazatelskou otázku v rámci druhého dílčího cíle. Zajímalo mě, zda si informanti myslí, že znalost jejich životního příběhu má pro personál nějaký přínos, zda k nim díky tomu přistupuje s větším pochopením a osobněji.

Pouze dva informanti (K1, K6) odpověděli kladně – oba jasně vnímají promítnutí biografických dat do péče a velice to oceňují. Další informanti měli odlišný názor. Odpověděli buď, že nic takového nezjistili anebo přímo vyjádřili, že znalost jejich biografie není pro personál přínosem.

Na základě získaných data vyvozují, že **v rámci druhého dílčího cíle byla zjištěna spokojenost seniorů s chováním pečujících ve vybrané pobytové sociální službě.** Uvedené zjištění převážně potvrzuje teoretická východiska této práce, neboť péče vycházející ze životního příběhu seniora má za cíl pomoci pečujícím posilovat úctu ke klientům, respekt k jejich osobním přání a celkově péči v pobytových zařízeních polidšňovat. Domnívám se, že shrnu-li uvedená data je toto potvrzeno převážně kladným hodnocením vybraných seniorů v tazatelských otázkách zaměřených na zachování respektu pečujících vůči nim, plnění jejich osobních přání a kladným hodnocením pečujících z hlediska zachovávání celkové slušnosti vůči klientům. Výzkumným šetřením nebylo v rámci druhého dílčího cíle informanty potvrzeno, že znalost jejich

životního příběhu personálem vnímají jako přínos. Většina informantů nepocítuje, že by se to odráželo v péči. Domnívám se však, že se vliv znalosti životního příběhu může odrážet v kladně zodpovězených předchozích tazatelských otázkách, aniž by si informanti vliv biografie uvědomovali.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak senioři hodnotí prostředí vybraného pobytového zařízení sociálních služeb a pro jeho dosažení jsem použila 4 tazatelské otázky s následujícími výsledky.

Všichni informanti uvedli, že se jim interiér Domova líbí, velmi vysoko jsou ceněny jednolůžkové pokoje. Obdobně jako u otázky na využití životního příběhu pro mě byly překvapující odpovědi na tazatelskou otázku zaměřenou na hodnocení dobového nábytku. Polovina informantů (K1, K5, K6) uvedla, že se jim vybavení chodeb a společenských místností líbí, K6 doplnila, že na ni prostředí působí a ocenila také dekorace, které ji pomáhají odpoutat se od starostí. Druhá polovina informantů odpověděla, že k dobovému nábytku mají neutrální až lhostejný vztah. Naopak všichni informanti se kladně vyjádřili k možnosti vybavit si pokoj osobními doplňky, všichni této možnosti využili.

Na základě získaných data vyvozují, že v **rámci třetího dílčího cíle byla zjištěna spokojenost seniorů s prostředím vybraného pobytového zařízení sociálních služeb.** Uvedené zjištění převážně potvrzuje teoretická východiska této práce, neboť péče vycházející z biografie seniora si také klade za cíl vytvářet terapeutické prostředí (Procházková, 2014). Domnívám se, že kladné hodnocení prostředí informanty je reflexí této snahy. Částečný nesoulad s teorií byl zjištěn u hodnocení interiéru pobytového zařízení, které je v části společných prostor vybaven nábytkem dle aktuálního výpočtu principu normality současné generace seniorů. Dobový nábytek kladně vnímá polovina informantů.

5.5.1 Dosažení hlavního výzkumného cíle

Hlavním cílem mé závěrečné práce bylo zjistit, **jak jsou senioři spokojeni se životem ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb poskytujícím péči na základě biografie.** K dosažení hlavního výzkumného cíle jsem si vytyčila tři dílčí cíle, které jsem transformovala do tazatelských otázek zaměřených na tři oblasti péče o seniory na základě biografie. Prostřednictvím metody polostrukturovaného rozhovoru s 6 informanty byla získána data z nichž vyplynula tato zjištění:

- v rámci prvního dílčího cíle byla zjištěna spokojenost seniorů se životem ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb z hlediska naplnění individuálních potřeb
- v rámci druhého dílčího cíle byla zjištěna spokojenost seniorů s chováním pečujících ve vybrané pobytové sociální službě
- rámci třetího dílčího cíle byla zjištěna spokojenost seniorů s prostředím vybraného pobytového zařízení sociálních služeb.

Z uvedených zjištění dílčích cílů vyplývá, že **senioři jsou spokojeni se životem ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb poskytujícím péči na základě biografie**. Z rozhovorů vyplynula závěrečná otázka, která přímo vyjadřovala hlavní výzkumný cíl. Tato otázka nebyla předem připravená, ale nabídla se jako přirozené vyústění rozhovorů, kdy jsem požádala informanty o zhodnocení toho, jak jsou celkově spokojeni se životem v Domově, jaké jejich pocity a dojmy převažují.

Pouze jedna informantka uvedla, že je spokojena napůl, všichni ostatní jsou spokojeni, dva informanti jsou velmi spokojeni. Zároveň však opakovaně zaznělo, že není jiná možnost, jak řešit sníženou soběstačnost. V tónu jejich hlasu i nonverbálních projevech jsem výrazně zaznamenala smíření, ale také smutek. Výsledkem výzkumu bylo tedy zjištění, že **senioři jsou spokojeni ve vybrané pobytové sociální službě, ale je to spokojenost vymezená možnostmi jejich obtížné životní situace způsobené sníženou soběstačností**.

Výsledky výzkumného šetření nejsou z větší části v rozporu s teoretickými východisky této bakalářské práce. Získaná data potvrdila, že biografická péče pomáhá naplnit opravdové potřeby a přání klienta, umožňuje participaci seniora v procesu spolurozhodování. V nesouladu není ani s tvrzeními, že péče na základě biografie pomáhá pečujícím posilovat úctu ke klientům, a celkově péči v pobytových zařízeních polidštuje, neboť chování pečujících bylo hodnoceno převážně kladně. Částečný nesoulad s teorií byl zjištěn u hodnocení interiéru pobytového zařízení, které je v části společných prostor vybaven nábytkem dle výpočtu principu normality současné generace seniorů. Celkově však byla zjištěna spokojenost seniorů s prostředím této pobytové sociální služby, domnívám se, že kladné hodnocení je reflexí snahy o vytváření terapeutického prostředí.

Závěr

Tématem bakalářské práce byla péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb poskytovaná na základě biografie. Toto pojetí péče si klade za cíl celostní přístup sloužící k humanizaci přímé péče, neboť poznatky z životního příběhu klienta výrazně pomáhají profesionálům k zachování respektu vůči starým lidem (Procházková, 2014). Mojí inspirací byla pozitivní zkušenost získaná během povinné praxe v Palatě – Domově pro zrakově postižené, kde je tato koncepce uplatňována.

Respekt a lidský přístup ke klientům jsem vnímala v Domově Palata napříč celým multidisciplinárním týmem, což však bohužel ostře kontrastovalo s mými zkušenostmi z obdobných pobytových zařízeních. Problematické až neetické chování personálu vůči seniorům potvrzuje také teoretická část této práce. Jednou z příčin je celospolečenský negativní postoj ke stáří, kterým jsou ovlivněni i pečující v pobytových zařízeních sociálních služeb. Z těchto důvodů jsem vnímala jako smysluplné zabývat se biografií v péči o seniory, která „...staví mosty mezi minulostí a přítomností...“ (Procházková, 2014, s. 21)

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou senioři spokojeni se životem v pobytovém zařízení poskytujícím péči na základě biografie, chtěla jsem reflektovat jak tento koncept vnímají samotní klienti. Domnívám se, že tento cíl byl výzkumným šetřením dosažen, bylo zjištěno, že senioři jsou spokojeni se životem ve vybrané pobytové sociálních službě poskytující péči na základě biografie. Zároveň však jimi bylo opakovaně vysloveno, že vzhledem ke svojí snížené soběstačnosti nemají na výběr jinou možnost. V tónu jejich hlasu i nonverbálních projevech jsem výrazně zaznamenala smíření, ale také smutek. Výsledkem výzkumu bylo tedy zjištění, že **senioři jsou spokojeni ve vybrané pobytové sociální službě, ale je to spokojenost v rámci možností jejich zdravotního stavu. Je to spokojenost vynucená sníženou soběstačností.**

Domnívám se, že z této nedobrovolné spokojenosti vyplývá především pravdivost tvrzení, že největší přání většiny seniorů je prožít poslední fázi života doma (Kotrusová, Dobiášová, 2012). Na základě výsledku výzkumného šetření vnímám tedy především správnost a naléhavost trendu **deinstitucionalizace péče o seniory** (Malíková, 2020). Tento trend však dle Kotrusové a Dobiášové (2012) naráží na bariéru financování hlavně při výrazně snížené soběstačnosti, kdy potřebné úkony terénní pečovatelské služby

nepokryje státní příspěvek na péči. Další překážkou je zpravidla nutnost kombinace terénních služeb s neformální péčí, tedy nutnost zapojením rodiny či blízkých seniora (Kotrusová, Dobiášová, 2012). Problémem je nejen časová vytíženost lidí v produktivním věku a oddělené bydlení generací (Haškovcová, 2010). Překážkou neformální péče je často i prioritizace hodnot. „*Tradiční reciprocita „braní a dávání“ ...skřípe...pomalu a jistě se stávají všechny hodnoty lákavějšími...než prostá, namáhavá ...péče o ty, kteří nám kdysi dali život a vychovali nás.*“ (Haškovcová, 2010, s. 293)

Vzhledem k výše popsaným obtížím uskutečňování myšlenky deinstitucionalizace se tak snaha o polidštění péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb a zkvalitnění jejich života jeví jako velmi přínosná. Právě ve snaze biografické péče pomoci pečujícím posilovat úctu vůči seniorům vidím důležitý potenciál. Doporučila bych další výzkum hodnocení biografické péče z pohledu pečujících, vzhledem k částečnému nesouladu získaných dat s teoretickými východisky, kdy polovina informantů nevnímá přínos poskytnutí životního příběhu personálu. Přestože se domnívám, že se vliv znalosti životního příběhu může odrážet v celkovém kladném hodnocení pečujících informanty, mohl by výzkum přinést případné odhalení problematických míst.

Potenciál dalšího výzkumu vidím také ve zkoumání problematiky informovanosti veřejnosti o možnostech terénních služeb a ve zkoumání myšlenkových stereotypů o řešení snížené soběstačnosti seniorů. Přínos bakalářské práce spatřuji v reflexi praxe s možným využitím při propagaci biografické koncepce.

Na závěr bych chtěla uvést, že péči o seniory v pobytových zařízeních na základě biografie vnímám nadále pozitivně a humanizační úsilí této koncepce jako cestu správným směrem. Zároveň však z mých zjištění vyplynulo, že tato snaha má své hranice, neboť ani pobytová zařízení vycházející při péči z biografie nenahradí seniorům domov, v němž si většina z nich přeje prožít poslední část života. Biografickou péčí tedy vnímám jako cestu správným směrem, ale jen v rámci možného.

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Fáze regrese dle E. Böhma

Tabulka 2: Shrnutí forem péče dle stupně regrese

Tabulka 3: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 4: Charakteristika informantů

Použitá literatura a zdroje:

BÖHM, Erwin. Psychobiografický model péče podle Böhma. Přeložil Petra SOCHOVÁ. Praha: Mladá fronta, 2015. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3197-4.

CESTA DOMŮ. Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: c2004. ISBN 80-239-4334-0.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Senioři v ČR v letech 2022: In: [Www.czso.cz](http://www.czso.cz) [online]. Praha, 2022, 2022 [cit. 2023-06-25]. Dostupné z: www.czso.cz

ERIKSON, Erik H. a Joan M. ERIKSON. Životní cyklus rozšířený a dokončený: doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999. Psychologie P. ISBN isbn80-7106-291-x.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

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

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

KOTRUSOVÁ, Miriam a Karolína DOBIÁŠOVÁ. Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péčí a o seniory. Fórum sociální politiky [online]. 2012, 2012(6), 8 [cit. 2023-06-24]. Dostupné z: <https://www.rilsa.cz/casopis/forum-socialni-politiky-6-2012/>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

OPRAVILOVÁ, Eliška. Důchodový systém České republiky a vybraných zemí Evropské unie [online]. Brno, 2021 [cit. 2023-06-25]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/x4uyjg/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Práce s biografií a plány péče. Praha: Mladá fronta, 2014. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Biografie v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.

PŘIBYL, Hugo. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

SUCHOMELOVÁ, Věra. Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě. Praha: Návrat domů, [2016]. ISBN isbn978-80-7255-361-7.

STAŇKOVÁ, Marta. Ošetřovatelství I: učebnice pro střední zdravotnické školy, studijní obor zdravotní sestra. Praha: Avicenum, 1988. Učebnice pro střední zdravotnické školy (Avicenum).

ŠKOLNÍKOVÁ, Leona. Potřeby seniorů v bytových sociálních zařízeních a v domácím prostředí [online]. Hradec Králové, 2021 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/deemu/>. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta.

ŠMATEROVÁ, Iva. Spokojenost seniorů ve vybraných Domovech pro seniory v Brně [online]. Olomouc, 2020 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/50et3a/>. Absolventská práce. CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc.

TROUSIL, Michal a Veronika JAŠÍKOVÁ. Úvod do tvorby odborných prací. Vyd. 2., rozš. Hradec Králové: Gaudemaus [i.e. Gaudeamus], 2015. ISBN isbn978-80-7435-542-4.

ZÁKON č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. Zákony pro lidi [online]. 2006 [cit. 2023-06-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ZEMAN, Milan. Příběh Palaty [online]. Praha, 2008 [cit. 2023-06-25]. Dostupné z: <https://palata.cz/o-palate/knihy-o-palate/pribeh-palaty/>

Seznam příloh

Příloha 1 - Přepis rozhovoru s informantkou K6

Přepis rozhovoru s informantkou K6

Před rozhovorem jsem informantku požádala o podepsání souhlasu s poskytnutím rozhovoru a také o možnost nahrávat rozhovor na diktafon, poté jsem začala klást připravené tazatelské otázky.

V: „Tak začala bych první otázkou, a to **jak odpovídá možnost společenského kontaktu v Domově Vaší představě?**“

K6: „*A tam už jsou nějaké odpovědi připravené?*“

V: „Ne, to je o tom jak Vy to vidíte, jak to cítíte.“

K6: „*Ještě jednou prosím Vás tu otázku.*“

Pomaleji byla zopakována otázka.

K6: „*Vzhledem k té mé situaci je to dostatečné, myslím. I s dalšími obyvateli, i s personálem i s vedením. Celkově to odpovídá požadavkům.*“

V: „**Děkuji a jak odpovídají denní aktivity v Domově Vaší představě?** Máte tady například muzikoterapii, taneční terapii...“

K6: „*Je to na dobré úrovni. S přípravou čehokoliv jsem velice spokojená. I s pomocí při té činnosti, vstřícnost je perfektní ze strany personálu. I u těch hůře mobilních pacientů je snaha je zapojit. A lze si vybírat podle zájmů. To je velice důležité. Všechno je dobrovolné.*“

V: „**Děkuji a teď bych měla otázku z jiné oblasti - pokud jsou pro Vás důležité duchovní potřeby, jakým způsobem jsou v Domově naplněny? Je tu nějaká možnost?**“

K6: „*Možnost je. Je tady psycholog, s kterým je podle potřeby možno si promluvit. Nebo on o vlastní iniciativě, pokud to pozná na nás, tak se dotazuje. Čili to je taky na dobré úrovni.*“

V: „Děkuji a další otázka se týká Vašich zvyklostí, a to **jakou máte možnost v Domově dodržovat zažité zvyklosti a denní návyky?**“

K6: „*No, kdyby to šlo, ale vzhledem k stavu. Ne, myslím, že to není možné.*“

V: Rozumím. A pokud dojde na nějaké rozhodování v každodenních situacích, které se týká například péče nebo účasti na skupinových aktivitách, co tady máte, tak **jsou personálem respektovány Vaše rozhodnutí?**

K6: Určitě ano.

V: Dobře, děkuji a teď mám otázku týkající se takového slovního obratu. Domov Palata má motto, že tady ta **péče poskytovaná klientům, je jakoby „šitá na míru.“ Tak, jestli se podle Vás tohle tvrzení zakládá na pravdě.**

K6: „Ano, to souhlasí. Podle přání a podle možností a podle zdravotního stavu pacienta. V mém případě je to určitě v pořádku.“

V: Dobře, děkuji a teď mám několik otázek, které se týkají přímo pečujících. Tak první z nich je, **jestli se cítíte být jako člověk pečujícím respektována?**

K6: Ano, určitě.

V: „Dobře, takže ano. Co se týká snaze pečovateli **vyhovět Vaším osobním přáním,** tak tam jsem tomu rozuměla tak, že ta vstřícnost tady je.“

K6: „Ano, určitě vyhoví. Je tady opravdu velká vstřícnost pečujících.“

V: „A když byste měla celkově hodnotit **chování pečovateli z hlediska projevů základních slušnosti?** To znamená z hlediska toho, jak Vás oslovují, zda klepou na dveře pokoje, když k Vám vstupují a tak dále“

K6: „Perfektní, na výbornou.“

V: Děkuji, tak a tady ten model péče vychází ze znalosti životního příběhu klienta. Když jste sem nastupovala, tak jste vyplňovala biografický list, pak biografickou knihu. Tak, jestli Vy si myslíte, že **znalost Vašeho životního příběhu má pro personál nějaký přínos, zda si myslíte, že díky tomu k Vám přistupují osobněji, jestli to vidíte nějak promítnuté do vztahu vůči Vám.**

K6: „Ano, je snaha navázat na to v čem se člověk předtím pohyboval. A hlavně ze strany vedení je to perfektní.“

V: Dobře, děkuji a teď už poslední okruh otázek, které se týkají prostředí Domova, takže první - **jaké pocity ve Vás vyvolává prostředí Domova Palata?**

K6: „No, je to poslední štace. Ano, cítím se tu jako na poslední štaci. Prostě už nemám absolutně šanci se sama o sebe postarat ani s pečovatelskou službou. Prostě člověk už potřebuje péči ve dne v noci anebo má obavu, aby tu péči nepotřeboval“

V: „A pokud byste měla vyzvednout jednu věc, **kteřá se Vám tady na tom prostředí nejvíc líbí. Je něco takového?**“

K6: „No, je tady možnost různých služeb. Lze si fakultativně objednat kadeřnici, pedikérku, rehabilitaci. Všechno tu je. A co se mi nejvíc líbí? Nic zvláštního, jsem spokojená. Prostě jsem spokojená a vše je absolutně v pořádku“

V: **A jak na Vás působí ten stylový nábytek, kterým jsou vybavené chodby nebo společenské místnosti?**

K6: *„No, líbí se mi to a působí to určitě, hlavně ty dekorativní věci, ty docela hodnotím. Někdy je to pojaté vtipně, humorně. Ano, humor je v tom. Lze v tom najít odpoutání člověka od svých starostí.“*

V: **„A ještě poslední otázka. Tady v Domově máte možnost vybavit si pokoj osobními doplňky, dotvořit si vlastními věcmi. Využila jste tu možnost?“**

K6: *„Ano, využila a velice promptně mi s tím pomohli.“*

V: **„Tak Vám moc děkuji za všechny odpovědi a ještě na závěr, pokud byste měla celkově shrnout Vaši spokojenost se životem tady. Do jaké míry jste v Domově spokojená? Třeba na 50% na 70%, jak byste to viděla?“**

K6: *„Nic není stoprocentní, ale na 95% jsem spokojená určitě. A taky nemám už jinou možnost. Rodina, všichni jsou zaměstnaní a hodně vytížení. Nemám už šanci se o sebe postarat sama.“*

V: **„Tak a jsme na konci. Ještě jednou Vám moc děkuji za názory.“**