

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Adaptační proces klientů Domova důchodců Hvízdal v Českých
Budějovicích**

Diplomová práce

Jméno autora: Pavlína Nešpolová

Jméno vedoucího práce: Mgr. Petra Zimmelová

10. 4. 2007

Adaptative Process of the Clients of the Home for Seniors Hvízdal in České Budějovice

The work maps the adaptative process of the clients of the Home for Seniors Hvízdal in České Budějovice. Arrival and adaptation of a senior in an institution present one of the most dangerous life events. Home for Seniors should not be the place where the man comes to spend the rest of her/his life, but where the man spends the last phase of life worthfully and satisfactorily. The principal condition for meeting the target is the adaptation of a man to the new environment to such a degree as her/his physical and psychological conditions allow. There is always the need to choose an individual approach to a new client from the first meeting and respect the wishes and needs of the client. Accompanying the client in her/his time of the adaptation to the new environment, but also after this period, decreases the risk, that a senior will be forgotten, left alone and that she/he will not be able to use worthfully his own possibilities. The systematic work with a client can effectively contribute to managing the stress encumbrance and the successful adaptation. The suitable, well-offered and individually wanted action can help to keep the continuity of life. Furthermore, it integrates the family and protects the severing their ties untimely. Then the systematic work with a client is becoming a very important factor of the quality of life of seniors living in an institution. It is also necessary for the prevention of maladaptation and psychosomatic complications. The rhythm of life in the institution should reflect the individual rhythm of every person in her/his home environment and in her/his previous life. The more the environment determines the life of a person in contradiction to what she/he is and what she/he would like to be, in contradiction to the ideas about herself/himself, the less she/he is satisfied with the quality of life. At present, the adaptative process is one of the basic indicators of quality of life in an institution. Considering the change of act and the newly set up conditions, this appears even to future. The basic indicator of the quality of life in an institution will be the competence of communication with the family of a client, social workers and doctors. The cooperation of these sections will ensure trouble-free adaptation to a new way of life in elderly age. Institutions which will manage this difficult task will be even in future, considering the quality of service, found adequate.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Adaptační proces klientů Domova důchodců Hvízdal v Českých Budějovicích vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 10. 4. 2007

Podpis.....

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Petře Zimmelové za cenné rady, konzultace, spolupráci a ochotu při poskytování informací a zkušeností k tématu.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Stáří.....	9
1.1.2 Kalendářní stáří.....	9
1.1.3 Demografie stáří.....	10
1.1.4 Biologické stáří.....	11
1.2 Tělesné projevy stáří.....	11
1.2.1 Stáří a nemoc.....	12
1.2.2 Polymorbidita.....	13
1.2.3 Zvláštnosti klinického obrazu.....	13
1.3 Psychologie stáří.....	13
1.3.1 Osobnost starého člověka.....	15
1.3.2 Duševní životospráva ve stáří.....	16
1.3.2.1 Pružnost.....	17
1.3.2.2 Prozíravost.....	18
1.3.2.3 Životní perspektiva.....	18
1.3.2.4 Potěšení.....	19
1.3.2.5 Porozumění, pochopení pro druhé.....	19
1.3.3 Psychické dopady penzionování.....	20
1.3.4 Změna bydlení, institucionalizace.....	21
1.4 Sociální stáří.....	21
1.4.1 Priority geriatrické péče a služeb pro seniory.....	22
1.5 Funkční různorodost seniorů.....	24
1.5.1 Komplexní posouzení zdravotního stavu a schopností seniora.....	25
1.5.1.1 Hodnocení bio – psycho – sociálních funkcí seniora.....	26
1.5.1.2 Přehled vybraných testů a vyšetření.....	26
1.5.1.2.1 Testy kognitivních funkcí.....	26
1.5.1.2.2 Vyšetření emočních funkcí seniorů.....	28
1.5.1.2.3 Vyšetření schopností denních aktivit.....	28

1.5.1.2.4	<i>Hodnocení poruch chování a behaviorálních příznaků</i>	29
1.5.1.2.5	<i>Pojetí a hodnocení tělesné zdatnosti seniora</i>	30
1.6	Adaptace v seni u a preseniu.....	30
1.6.1	<i>Geriatrický maladapt ační syndrom (GSM)</i>	32
1.6.2	<i>Desatero pro prevenci GSM</i>	34
1.6.3	<i>Rizikové faktory geriatrického maladapt ačního syndromu</i>	35
1.7	Podpora aktivity seniorů v komunitě.....	35
1.7.1	<i>Charakteristiky aktivit seniorů</i>	36
1.7.1.1	<i>V ýznam podpory aktivit pro adaptaci seniora v instituci</i>	37
1.8	Důsledky a souvislosti pobytu v dlouhodobé ústavní péči	39
1.9	Zdravotně - sociální služby pro seniory.....	42
1.10	ÚSP Hvízdal	44
1.11	Co přináší nový zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.)	48
1.11.1	<i>Nový zákon o sociálních službách a domovy důchodců</i>	51
1.11.2	<i>ÚSP Hvízdal a jeho transformace dle zákona č. 108/2006</i>	52
2.	CÍL PRÁCE	53
3.	METODIKA	54
3.1	Popis metodiky	54
3.2	Charakteristika souboru.	54
4.	VÝSLEDKY	55
4.1	V ýsledky řízených rozhovorů.....	55
4.2	V ýsledky testu MMSE.....	71
4.3	V ýsledky testu základních všedních činností podle Barthela.....	72
4.4	Kasuistiky	73
5.	DISKUSE	80
6.	ZÁVĚR	87
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	89
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	95
9.	PŘÍLOHY	96

Motto:

Každý z nás žije individuální a neopakovatelný život a proto každý z nás prožívá nebo bude prožívat své stárnutí a stáří individuálním a neopakovatelným způsobem, protože toto období k životu patří.

(MUDr. Ota Gregor – Stárnout je kumšt)

ÚVOD

Stárnutí a stáří je natolik významným fenoménem života, že zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech, zájem o oddálení této nepominutelné části lidského života provází lidstvo prakticky po celou dobu jeho existence. Demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace. Přibývá seniorů jako takových, velmi starých seniorů a osob dlouhověkých zvláště. V České republice jsou tyto tendence zjevné již dnes. Vše se dále zvýrazní až po roce 2010, kdy zestárnou silné poválečné ročníky. Pokud nemá vývoj vést k nízké kvalitě života seniorů a k závažnému napětí ve financování zdravotnictví a sociální péče, je třeba usilovat o lepší pochopení potřeb a problémů geriatrických pacientů, o zlepšování jejich zdraví a o maximální účinnost a účelnost jak zdravotnických, tak sociálních služeb, což mnohdy nepůjde bez obměny historického stereotypu jejich chápání. Jakékoli společenské služby a projekty pro seniory, mají-li být úspěšné a účelné, vyžadují důslednou individualizaci a respekt k heterogenitě seniorské populace. V zájmu klientů i v zájmu společnosti by měla zdravotně sociální politika usilovat o aktivní ambiciózní seniorskou populaci, která si zachovává zodpovědnost za sebe a která aktivně usiluje o udržení a zlepšování svého zdravotně funkčního stavu, o tzv. úspěšné stárnutí.

Při výběru tématu své diplomové práce jsem byla ovlivněna nepřetržitou spoluprací s Domovem důchodců Hvízdal, kde mám možnost aktivně spolupracovat s jeho klienty a zaměřila jsem svůj výzkum na adaptační proces klientů v tomto zařízení. Přestože toto ÚSP již funguje řadu let, tato problematika zde nebyla dosud zkoumána. Po příchodu obyvatele do domova důchodců dochází k životnímu rozhodnutí a velké

změně pro každého seniora. Vše je pro klienta nové a samozřejmě mu chybí ti nejbližší, na které byl celý život zvyklý. Dochází k určité ztrátě soukromí a klient se musí podřítit režimu domova. V domově se účastním různých společenských akcí jako například mikulášské besídky, masopustu nebo jako doprovod seniorů. V průběhu let jsem měla možnost dobře poznat nejen stávající klienty, ale i pozorovat adaptaci nově příchozích. Podělit se s nimi o jejich problémy, starosti nebo radosti, třeba když se jim narodí vnouče. Byla jsem překvapena, jak velice citlivě reagují na každou změnu, ať už se jedná o změnu prostředí, svého statusu nebo jak těžko snášejí přístup společnosti k seniorům. Zejména negativně vnímají chování dnešní mládeže. Je nutné zajistit, aby se senioři stali plnoprávními členy společnosti. Dosud byla tato záležitost opomíjena.

V Domově důchodců Hvízdal jsem poznala dvě skupiny seniorů. Jedni berou důchodový věk jako úlevu od práce a konečně možnost si odpočinout, jsou optimističtí a aktivně se účastní všech kulturních akcí v domově. Udržují si přátele také mimo domov, dokonce jsou členy senior klubu a pořádají výlety po republice. Druhá skupina tráví dny na pokojích, má depresivní sklony, jedinou činností je koukání z oken a při jakékoli zmínce o příbuzných, vnoučatech se jim v očích objevují slzy. Vzpomínají, jaké to bylo, když byli mladí a užívali si života a přitom zapomínají, že stářím život nekončí a je třeba si ho aktivně užívat. Personál domova se aktivně snaží nahradit svým klientům domov a pobyt zde co nejvíce přiblížit životu v rodině. Samozřejmě záleží také na složení klientů domova. Všichni pracovníci domova se snaží uspokojovat veškeré potřeby svých obyvatel. Nejedná se jen o bio – psycho – sociální potřeby, ale i o potřeby duchovní, které ve stáří nabývají na intenzitě. Aktivizace každého seniora přispívá k jeho psychické, tělesné a duševní harmonii, samozřejmě se musí přistupovat ke každému jedinci individuálně podle jeho momentálního tělesného i duševního stavu.

Celkově je práce koncipována ve chvíli, kdy je již schválen nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ale účinnosti nabude od 1. 1. 2007. Tudíž bude v práci patrné, že byla zpracována v tomto přelomovém období.

V diplomové práci se autorka bude snažit zhodnotit situaci týkající se adaptace seniorů na nové prostředí v Domově důchodců Hvízdal a zmapovat problémy, které tuto adaptaci nejvíce ovlivňují.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Stáří

Konečnou etapou procesu stárnutí nebo jinými slovy konečnou etapou geneticky vyměřeného trvání života je období, kterému říkáme stáří. S definicí stáří jsou obtíže a po staletí se jej snaží definovat umělci a filosofové a v poslední době též přírodovědci (Topinková a Neuwirth, 1995).

Postoj společnosti ke starým lidem byl v průběhu dějin velice rozdílný. Na jedné straně máme spojené stáří s moudrostí, trpělivostí a laskavostí. Na druhé straně je stáří chápáno jako synonymum marnosti, strádání všeho druhu, nemocí a bolesti. Postoj ke stáří se měnil nejen v jednotlivých obdobích, ale i ve společnostech. Vždyť pohled na staré lidi byl rozdílný nejen z pohledu celé společnosti, ale i jednotlivce. Ve vztahu k diskutovanému image stáří je důležitý poznatek, že pokud společnost ekonomicky prosperovala a mohla víceméně hladce uživit nepočetnou skupinu starých lidí, pak také zpravidla tyto lidi uctívala nebo k nim byla loajální. Problematická ekonomická úroveň země se vždy významným způsobem dotkla starých lidí. Tento vztah platil po staletí. Naše doba vnesla do tradičních závislostí nový prvek: inflaci starých lidí. A přestože je společnost schopna zajistit všem starým lidem slušné materiální zázemí na takové úrovni, jako nikdy předtím, kladné pojetí a sebepojetí stáří není pravidlem (Haškovcová, 1990).

Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických. Tyto změny jsou ovlivňovány vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů, jejich nástup v různém věku a vzájemná podmíněnost jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Obvykle se proto rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické (Kalvach, aj., 2004).

1.1.2 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. I arbitrární věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje

očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Dnes je za počátek stáří vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod. V kontextu demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu ve stáří byli v 60. letech navrženy pojmy „mladí senioři“ pro věk 55 – 74 let a „staří senioři“ pro věk 75 a více let. Z toho pojetí je odvozeno i současné orientační členění stáří:

- 65 – 74 let: mladí senioři – problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace
- 75 – 84 let: staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti
- 85 a více let: velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení (Jedlička, 1991).

1.1.3 Demografie stáří

Ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stárnutí populace stává zdravotnickou prioritou. Dochází a bude docházet k přibývání starých lidí. Z hlediska pečujících profesí je podstatné, že dochází k výraznému přibývání velmi starých lidí ve věku 85 a více let (Rabušic, 1995). Hlavní příčinou stárnutí společnosti je klesající porodnost a prodlužování lidského života. Kromě toho tzv. populační šoky (baby-boom) mají vždy za následek velké rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Populace Evropské Unie stárne, protože klesá počet nově narozených dětí a současně se silné populační ročníky blíží důchodovému věku. Jakmile začnou silné populační ročníky kolem roku 2010 odcházet do důchodu, pracovní síla se zmenší a míra závislosti se náhle zvýší. Dnes představují starší lidé (nad 50 let) 16% celkové populace, což je zhruba čtvrtina populace v aktivním věku (15 - 64 let). V roce 2010 se poměr k aktivní populaci zvýší na 27%. Mezitím se během patnácti 15 let zvýší počet velmi starých osob (nad 80 let) o téměř 50%. Se změnami věkové struktury obyvatelstva se začíná objevovat pojem „floridizace“. Vysoká koncentrace seniorů ve státě Florida – téměř 19% obyvatel – ukazuje, jaká bude budoucnost lidstva. Dnešní Florida představuje

demografické měřítko, orientační bod, kterým všechny vyspělé národy brzy projdou. Řešení problému stárnutí obyvatelstva je v EU součástí všeobecné strategie vzájemně propojených oblastí politiky, která byla postupně formulována na zasedání Evropské rady v Lisabonu. Tato strategie zahrnuje aspekty ekonomické, sociální i aspekty zaměstnanosti. EU se snaží mobilizovat veškerý potenciál lidí všech věkových kategorií. Problém stárnutí je záležitost každého věku. To vede EU k orientaci na politiku a praxi aktivního stárnutí. Aktivní stárnutí v sobě zahrnuje celoživotní vzdělávání, pozdější a také postupný odchod do důchodu a provozování nejrůznějších aktivit po odchodu do důchodu pro udržení výkonnosti a zdravotní způsobilosti. Tato orientace byla navržena Evropskou komisí již v rámci Mezinárodního roku seniorů 1999 (Zimmelová, 2004).

1.1.4 Biologické stáří

Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Biologické znaky stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a v jejich buňkách, nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Nejčastěji bývají popisovány různé degenerativní změny a pokles základního metabolismu. Relativně přibývá vaziva místo funkčních tkání. Biologické projevy stárnutí jsou nápadné: snižuje se odolnost vůči infekcím, zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním, zpomaluje se hojení ran, ztrácí se pružnost vaziva, sklerotizují cévy. Nemoci v dětství i pozdějším věku zřejmě stárnutí urychlují, stejně jako k němu přispívají nesprávná životospráva a životní zátěže. Je zřejmé, že pochod stárnutí je u každého druhu geneticky zakódován (Langmeier a Krejčířová, 2000).

1.2 Tělesné projevy stáří

Tělesné projevy a změny, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, bývají označovány jako fenotyp stáří. Mají obecné rysy, ale jejich časová manifestace, rozsah i úplnost vyjádření jsou velmi individuální. Významně se projevují i fylogenetické vlivy – dlouhodobě nové generace stárnou v lepší tělesné kondici, v lepším zdravotním stavu

a jsou sociálně ambicióznější než generace starší, což např. vytváří trvalý tlak na vývoj a zkvalitňování sociálních služeb pro seniory (Stuart – Hamilton, 1999).

Tělesná výška se s věkem snižuje a to v oblasti trupu, bez změny v délce končetin (snižování výšky meziobratlových disků, komprese obratlů, hyperkyfóza, zkracování měkkých tkání paravertebrálních).

Tělesná hmotnost (body mass index) s věkem obvykle stoupá do 7. - 8. decenia. Pak dochází k poklesu. Významnější je však změna tělesného složení – ubývá aktivní tělesná hmota, přibývá tuk a vazivo.

Změna výrazu obličeje – výrazné jsou kožní vrásky a jiné známky stárnutí kůže, šedivění vlasů a alopecie, výraznější je u mužů. Projevuje se prodlužování ušních lalůčků, pokles tváří, pokles horního víčka se zmenšením oční štěrbiny a zvětšování špičky nosu. Ztráta zubů závažně mění výraz úst a dolní části obličeje, která má mimořádný identifikační a osobnostně specifický význam. Snižuje se dolní čelist, ztenčuje se horní ret a zkracuje se vzdálenost brady a nosu.

Změny postoje a chůze – typické jsou např. hyperkyfóza či kyfoskolióza. Obecně se krok zkracuje a chůze se významně zpomaluje.

Změny smyslového vnímání jsou z komunikačního i existencionálního hlediska mimořádně významné. U zraku se projevují změny akomodace, mění se refrakční schopnosti (nápadně přibývá hypermetropie). Dochází k atrofii čichových vláken ve věku 60 – 74 let i ve věku 75 – 90 let a to v rozsahu asi 70 %. Chuť i čich klesá, významněji u kuřáků (Kalvach, aj., 2004).

1.2.1 Stáří a nemoc

Téměř každý orgán lidského těla ztrácí během stárnutí svojí funkční rezervu. Snížení kompenzačních mechanismů tak činí starého člověka méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i vnějšího prostředí. Jeho organismus se stává méně odolným a náchylnějším k nemocem. Integrací procesu stárnutí s chorobným stavem se vytvářejí různé patologické stavy, které potom charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny (Topinková a Neuwirth, 1995).

1.2.2 Polymorbidita

Dochází k ní buď spojením více nemocí u téhož jedince bez kauzální souvislosti, pak jde o choroby přidružené, nebo dochází ke kauzálnímu řetězení chorob, kdy jedna vyvolává druhou. Klasickým příkladem je např. zlomenina dolní končetiny, která vede k imobilizaci. Ta způsobí flebotrombózu a z ní dojde k embolizaci plic, komplikované pneumonii s následným plicním abscesem. A to vše je komplikováno tím, že nemocný současně trpí cukrovkou a městnavou srdeční slabostí (Topinková a Neuwirth, 1995).

1.2.3 Zvláštnosti klinického obrazu

Pro geriatrickou medicínu je charakteristické, že řada chorob probíhá ve stáří odlišně. Je to způsobeno jednak tím, že průběh chorobného stavu je modifikován fyziologickými změnami stárnutí, které postihují jednotlivé orgánové systémy a jednak ztrátou funkčních rezerv a kompenzačních mechanismů. Např. chorobné příznaky jsou minimálně vyjádřené (chybí horečka nebo leukocytóza u akutní infekce). Nemoc se neprojevuje obvyklou škálou příznaků. Všechny choroby zvláště i běžné akutní choroby (např. virózy) jsou provázeny zvýšeným rizikem úmrtí. Je třeba mít stále na paměti, že nejčastější zdravotní problémy ve stáří jsou:

- závratě, pády, poruchy chůze
- poruchy spánku, zejména nespavost
- delirantní stavy
- poruchy vyprazdňování (inkontinence, zácpa)
- proleženiny (dekubity)
- dehydratace (Topinková a Neuwirth, 1995).

1.3 Psychologie stáří

Fyziologické stárnutí a stáří je všeobecně charakterizováno postupným úbytkem nejen tělesných, ale i duševních sil. Některé psychické funkce se nemění, některé mají sestupnou, některé dokonce vzestupnou tendenci. Věkem se nemění slovní zásoba a jazykové vlastnosti, které zůstávají zpravidla zachovány a intelekt dosažený na úrovni zralého věku. Proto bývají i staří lidé dobrými řečníky a politiky.

Psychické změny sestupné povahy: kognitivní (poznávací) funkce, které dosahují maxima ve 3. deceniu. Od té doby dochází k pozvolnému poklesu, který při normálním průběhu stárnutí nemá dlouho žádný vliv na praktickou činnost jedince. Postupné oslabování jednotlivých funkcí lze do jisté míry plně kompenzovat (Kramářová, 2000).

Zpomaluje se psychomotorické tempo, jsou pomalejší reakce na podněty, ale pakliže jde o fyziologické stárnutí, řeší starý člověk úkoly dobře, zejména pokud může využít své dosavadní zkušenosti. Na řešení potřebuje delší dobu, což se dá prokázat v psychometrických testech. Zpomaluje se rychlost slovní reakce, odpověď na otázku.

Typické je snížení vstřípivosti a výbavnosti. Již od 5. decenia si i při fyziologickém stárnutí začínají lidé stěžovat, že si nevybavují např. jména, názvy květin, apod. Starý člověk musí vyvinout daleko větší úsilí, aby zafixoval nové poznatky, aby se naučil něčemu novému. Zhoršená novopaměť kontrastuje s neporušenou pamětí dlouhodobou a snadným vybavováním starých zážitků.

Pokles tempa i rychlosti fixace nových zážitků má za následek pokles adaptability. Stárnoucí a starý člověk se hůře přizpůsobuje novým situacím. Je více konzervativní, lpí na zaběhlém stereotypu. Většinou nerad řeší komplikované aktuální události, nerad se přizpůsobuje novému prostředí. Např. se stává nesoběstačným, ale tuto změnu nereflektuje, řešení nechává na okolí. Je rigidnější v myšlení i jednání, ulpívá na starých zvycích, např. neměnné zařízení bytu, používání starých způsobů práce v domácnosti. Vystupňovaná porucha adaptace je u lidí dementních, kdy náhlá změna prostředí vede často k psychické deterioraci – k deliriu.

Snižuje se koncentrace – souvisí se zvýšenou únavností. Pro stáří je typická emoční labilita, staří lidé snadno podléhají dojetí. Projevuje se i střídáním nálad a sklonem k úzkostem. Staří lidé jsou citově snadno zranitelnější, mají větší potřebu projevů náklonnosti a očekávají ohledy a porozumění od okolí.

Mění se často i povaha. Obecně se negativní vlastnosti stářím akcentují, ale není to pravidlo. Kdo je v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý, naopak v tomto období může dojít k požitkářství a utrácení peněz, někdy může dojít k rozvoji alkoholismu. Často to bývá tvrdohlavost až svéhlavost. Takoví staří lidé vyžadují trvalé ohledy. Introvertní

člověk se ve stáří může stát samotářem, extrovert může být až obtěžujícím způsobem mnohomluvný. Někteří jedinci, kteří jsou ve stáří osvobozeni od vlivu vášní a afektů, se teprve v tomto období dopracovávají k vnitřnímu klidu a jistému nadhledu. Člověk teprve ve stáří ukáže, jakým byl na dně své duše. Přestane hrát naučenou roli. Moudrý, ohleduplný a laskavý člověk zůstává takový většinou i ve stáří.

V průběhu fyziologického stáří se můžeme setkat i s pozitivními jevy v duševní sféře. S přibývajícím věkem se obecně zvyšuje vytrvalost a trpělivost, rozvaha. Starším lidem nevadí, a je někdy i vítána, jistá stereotypie v práci. Zvyšuje se tolerance k druhým lidem (Gruberová, 1999).

1.3.1 Osobnost starého člověka

Především je třeba zdůraznit, že při fyziologickém stárnutí a stáří se kvalitativně nemění struktura osobnosti. Pro kvalitu psychiky ve stáří má zřejmě největší význam osobnost člověka a její úroveň než kalendářní věk (Pacovský, 1990).

Jeho „jednota duševních vlastností, která je založena na jednotě tělesné konstituce a utváří se v jeho společenských vztazích“ je ovšem výsledkem celého předchozího vývoje a také současné adaptace na nezbytné obtíže vyššího věku. Právě z hlediska přizpůsobování se problémům stáří lze rozlišovat několik typů či spíše strategií vyrovnávání se s vlastním stáří:

Konstruktivní strategie: člověk, který se konstruktivně vyrovnává s realitou vyššího věku, je stále aktivní a nepřestává mít ani s přibývajícími léty radost ze života a z vřelých citových vztahů blízkým lidem. Je si vědom možnosti svých výkonů a jejich mezí i budoucích vyhlídek, akceptuje i eventualitu smrti a přijímá ji bez nadměrného strachu a zoufalství. Je i v tomto věku snášenlivý, pružný v myšlení a přizpůsobování novým okolnostem, nepostrádá humor, dovede si najít potěšení v jídle a pití, v práci i v rekreaci, rozvíjí dále zájmy a dovede se podle potřeby prosazovat, aniž by byl vůči druhým agresivní. V anamnéze těchto lidí najdeme zpravidla šťastné dětství a spokojeně prožitou i pozdní dospělost, šťastné manželství a rodičovství.

Strategie závislosti: lidé tohoto typu mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech, na které spoléhají více než na vlastní síly. Jsou bez větších ambicí a raději spíše

přenechávají odpovědnost i povinnost mladším a uchylují se do svého soukromí. Vcelku je tato strategie méně příznivá, ale sociálně je rovněž přijatelná.

Strategie obranná: projevuje se méně příznivou přehnanou aktivitou, která má zahnat všechny starosti a myšlenky na vlastní obtíže a eventuální blízkost životního konce. Lidé se zpravidla nadměrně emočně kontrolují a jednají přísně podle zvyků a konvencí, až s nutkavou pedantičností.

Strategie hostility (nepřátelství a hněvivosti vůči druhým): lidé tohoto typu mají sklon dávat vinu za své nezdary druhým lidem nebo nepříznivým okolnostem. Jsou často agresivní a podezřívaví, stále si na něco stěžují.

Strategie sebenenávisti: staří lidé obracejí agresivitu sami vůči sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí, vidí svůj dosud prožitý život jako naprosté selhání. V anamnéze se často objevují ambivalentní vztahy vůči rodičům, neuspokojivý manželský život a stále provázející pocit osamělosti a vlastní neužitečnosti. Smrt je anticipována jako milosrdné vysvobození z velmi neuspokojivého života.

Každou jedinečnou osobnost starého člověka by okolí mělo plně akceptovat podobně jako je tomu u individuálního zvládnání nemocí či jiných závažných životních událostí v každém věkovém období (Langmeier a Krejčířová, 2000).

1.3.2 Duševní životospráva ve stáří

Existuje několik zásad, které se vztahují k udržení hodnotného způsobu života ve stáří. Tyto zásady se zformulovaly do tzv. pěti „pé“ optimální adaptace, v nichž jsou zahrnuty důležité předpoklady a vodítka pro duševní životosprávu ve vyšším věku:

- perspektiva
- pružnost
- prozíravost
- porozumění pro druhé
- potěšení

Jednotlivá „pé“ můžeme chápat také jako vývojové úkoly vyššího věku nebo jako podněty pro autodeterminaci a autoregulaci nebo jako vodítka pro sebevýchovu.

Vždyť duševní hygiena a sebevýchova pokračuje celý život a přispívá k tomu, aby se náš způsob adaptace přibližoval k dokonalosti (Švancara, 2004).

1.3.2.1 Pružnost

Dalším předpokladem plynulé adaptace je plastičnost, pružnost. Opakem je rigidita, zkosnatělost. Udržení pružnosti chování a myšlení zajišťuje dobrou adaptaci i ve vyšším věku v tom, že takový jedinec dovede přizpůsobovat své prožívání, myšlení a jednání změnám situace a že se neváhá pouštět do nových úkolů. Opakem pružnosti je tedy strnulost, ulpívání na zafixovaných způsobech usuzování a jednání. Z uvedeného je patrné, že prubířským kamenem pružnosti jsou především změny situací, případně úkolů, s nimiž je třeba se i ve vyšším věku vyrovnávat. Je dobré udržet si schopnost měnit, co je měnitelné, pokud je to ve prospěch věci, na které nám záleží. Člověk ve vyšším věku však není vždy ochoten provádět jakékoli změny ve svém životě jen proto, aby dokázal svou přizpůsobivost. Může jistě pružně odmítat některé požadované změny, pokud se přičí jeho představám. I když se tedy senior odmítá přizpůsobovat jakýmkoli vnějším impulsům, přece jen by to nemělo být chápáno jako nedostatek pružnosti chování a myšlení. Druhým prubířským kamenem pružnosti je schopnost sebekritiky a ochota opustit vlastní stanovisko, jestliže uznám, že není správné. To je možná ve stáří obtížnější. V kladném případě to však svědčí o zdrojích obnovy v nás samotných, o vnitřní mobilitě. V tom je jedno z tajemství „duševní svěžesti“ i ve vysokém věku. Nelze ovšem nechat stranou význam tělesného pohybu a jeho vliv na udržení pružné adaptace. Pohyb končetin a celého těla může zrychlovat vnímání, představy a myšlení i rozhodování a naopak proud představ nás může podněcovat k pohybu. Jedinci vyššího věku, kteří jsou motoricky postiženi a tím i omezeni v aktivním pohybu potřebují tím více pohyb, třeba pasivní, to znamená přemísťovat se, aby získávali více podnětů a tím si udržovali pohyblivost duševní. Je důležité, aby člověk zůstal i ve stáří otevřený vůči novým podnětům a byl ochoten učit se z nových zkušeností. Každý může mít jiné zdroje podnětů. Není to vždy pouze četba a studium. Mnoho podnětů skýtá například cestování.

Některé jedince však požadavek jakékoli změny vyvádí z míry. Svědčí to o nedostatku adaptačních schopností, nezdědka jde o neurózu. Obecně vzato, neuróza je poruchou adaptace, zejména sociální (Švancara, 2004).

1.3.2.2 Prozíravost

Prozíravost je většinou mlčky spojena s představou zralého věku. Prozíravost znamená schopnost vidět dále než pouze v rozsahu dané situace. Taková schopnost není jednou provždy hotová, ale rozvíjí se vlivem zkušeností a je v ní také poučení (nezdědka tvrdé) z vlastních omylů a proher. Prozíravý člověk už neopakuje své omyly. Prozíravost jako vlastnost osobnosti je spjata s moudrostí, která vždy překračuje hranice bezprostředního poznání. Jakou má hodnotu prozíravost pro adaptaci ve vyšším věku. Prozíravost má nepochybně důležitý podíl na autodeterminaci a autoregulaci, to znamená na umění organizovat si život, i když už nám věk v něčem přistřihuje křídla. Prozíravý člověk se nestává hříčkou situací a neocitá se nepřipraven tváří v tvář neočekávané změně. Nedělá, co je zbytečné a neopakuje své omyly. Prozíravost mu umožňuje, aby pracoval úsporněji a vyhnul se klikatému postupu k cíli. Prozíravost vede rovněž k uvážlivým formám kompenzace, vyrovnání dílčích deficitů, jako poklesu rychlosti a síly. Dosáhne toho především cílevědomostí, úsporností postupu a opatrností. Prozíravost nutně zahrnuje perspektivu i tu nejzazší perspektivu života. Prozíravý člověk je tedy připraven i na smrt (Švancara, 2004).

1.3.2.3 Životní perspektiva

Není jistě náhodné, že na prvním místě úspěšné adaptace je vztah člověka a času, tedy perspektiva života ve smyslu výhledu do budoucnosti i pohledu nazpět do minulosti. V optice lidí mladšího a středního věku bývá starý člověk vnímán nezdědka jako „laudator temporis acti“ (obdivovatel starých časů), který se vrací více do minulosti, než tomu bylo v jeho nižším věku. Ani ve vysokém věku nemusí a nemá být člověk v zajetí minulosti. Na druhé straně je ovšem zřejmé, že se každý v průběhu života v mnoha směrech vyrovnává se svou minulostí, tzv. se svými dřívějšími prožitky a zkušenostmi. Někdo úspěšně, jiný více či méně neúspěšně. Sklon přikrašlovat

minulost není jednoduše důsledek stáří, důvody je třeba hledat ve zvláštностech osobnosti a v naplnění života. Vzpomínky na jedné straně a očekávání na straně druhé výrazně reprezentují polaritu naší časové dynamiky. Způsob chápání smyslu života může být rozhodujícím činitelem aktuální adaptace. Někteří lidé se leckdy snaží uniknout ze svých adaptačních nesnází tím, že se uchylují k různým obranným mechanismům, jak jsou známy z psychologie motivace. Jde tedy o nesnáze způsobené chybějící časovou (věkovou) perspektivou a nepřipraveností na životní změny. Je třeba si uvědomit, že perspektivní zaměření úzce souvisí s hierarchií hodnot. Právě hodnoty jsou nadosobní a nadčasové. Výhled do vzdálenější budoucnosti dává vyniknout hodnotným, vzdálenějším cílům a ustupují přitom pomíjivé, krátkodobé problémy každodenního života. Oporou perspektivního zaměření mohou být tvořivé schopnosti. Kreativita v normalitě i patologii je realizovatelnou časovou perspektivou (Švancara, 2004).

1.3.2.4 Potěšení

Stáří zbavuje člověka téměř všech potěšení. Hodnotu radosti bychom měli co nejvíce zdůraznit. Dobře se zabydlet v podmínkách třetího věku znamená podržet si v žádoucí míře také zdroje potěšení a radostí. Bez nich by takřka „vysychala míza“ našeho duševního života. Pokud jde o zdroje potěšení, těch je nespočet. Záleží na potřebách jednotlivců, jejich temperamentu, vkusu, tvořivosti. Kontakt s lidmi nebo přírodou, umění, knihy, sbírky, ale třeba i pes nebo kočka. Nedostatek radostí způsobuje vyprahlost, která se vždy dříve nebo později projeví. Ve zdravotnictví a sociální péči není však nouze o chmurné obrazy stáří. Je známo, že se někteří senioři vzdávají zdrojů potěšení z obavy, že by obtěžovali, nebo z přílišné skromnosti (Švancara, 2004).

1.3.2.5 Porozumění, pochopení pro druhé

Způsob, jakým člověk vnímá druhé lidi, jak se vcit'uje do jejich prožívání (schopnost empatie), jak chápe pohnutky jejich chování a jednání, je v kterémkoli věku podstatným činitelem optimálního nebo neuspokojivého začlenění do rodinných a jiných společenství. Ve stáří se nenavazují kontakty lehce. Nové citové vztahy musí

obvykle déle zrát, vztah k neznámým osobám může být ze strany starého člověka zpočátku velmi rezervovaný. Zdrojem nesouladu a napětí v kontaktu se starými lidmi může být také rozdílné hodnocení věcí. Je známé, že některé předměty mají pro člověka ve vyšším věku vzpomínkovou hodnotu se silným citovým zabarvením, takže v jejich očích je cena některých věcí vyšší než cena reálná. Jindy tu mohou být vytvořené návyky, například krajní šetrnost. Není výjimkou, že starý člověk prožívá napětí, jestliže je svědkem toho, jak nešetrně se zachází s určitým předmětem. Zkušenost ukazuje, že porozumění se všeobecně daří tam, kde je dobrá nálada. Ale pozor, dobrá nálada sama o sobě nestačí, ta pouze spoluutváří atmosféru, v níž se daří lépe porozumět druhým. Snahu o porozumění by měli také projevovat mladí, aby dovedli chápat potřeby seniorů, a ti se zase mají snažit porozumět zvláštnostem života a světa, který se od jejich mladých let tolik změnil (Švancara, 2004).

1.3.3 Psychické dopady penzionování

Člověk moderní doby je odmalička vychováván a připravován na pracovní kariéru. Orientace na výkon, ekonomickou soběstačnost a úspěch způsobuje, že se lidé bojí jít do penze, a to nikoliv jen pro reálné snížení svých příjmů. Odborníci hovoří o penzijním kolapsu, nebo dokonce o penzijní smrti. Tyto pojmy označují skutečnost, že penzista ztratil základní, tedy pracovní náplň svého dosavadního života a získal „rolí nemít roli“. Na starobní důchodce je pohlíženo jako na přítěž společnosti, která je musí živit a vynakládat nemalé peníze na jejich zdravotní péči. Této skutečnosti jsou si staří lidé dobře vědomi. Někteří se zdráhají jít do penze, a to i tehdy, když už evidentně nestíhají, jiní prodělávají onen penzijní kolaps a nevědí si rady. Pouze ojediněle je zdůrazňována odpovědnost střední a mladé generace za staré spoluobčany a nezbytná solidarita generací (Haškovcová, 2002).

Penzionování má za následek:

- ztrátu profese a s ní spojenou změnu identity (snižuje se sociální status člověka)
- omezení nebo ztrátu sociálních kontaktů se spolupracovníky
- snížení materiálního standardu a radikální změnu životního stylu a nutnost vytvoření stylu nového (reorganizace času, jeho náplně) (Špatenková, 2004).

1.3.4 Změna bydlení, institucionalizace

Starý člověk žijící ve svém domácím prostředí si vytvořil během svého života svůj řád, má svá pravidla, návyky a stereotypy. Při změně zdravotního stavu či prostředí si najednou uvědomí tu obrovskou změnu a je silně frustrován s pocity zmatku, strachu, neschopnosti, dezorientace a neklidu. Proto se starý člověk tak obtížně a pomalu adaptuje na nové prostředí a potřebuje „svůj čas“ na pochopení nových řádů, pořádků a pravidel na to, aby se mohl na nové prostředí adaptovat a žít v něm (např. v domovech důchodců) (Chloubová, 2005).

Vědci upozorňují, že očekávání nekompetence seniorů nekultivuje zbývající síly, neaktivuje rezervy, naopak posiluje závislost (Špatenková, 2004).

Úspěšná adaptace seniora na institucionalizaci závisí na optimismu a životním nadhledu, na lidech, na které se mohou spolehnout, a na aktivitách nepodléhat pesimismu, dbát o své zdraví, dodržovat životosprávu a hlavně mít rád lidi a radovat se ze života. Profesor Křivohlavý formuloval rady „jak pomáhat stárnoucím stárnout“. Platí jak pro příbuzné a blízké seniorům, tak pro profesionály věnující se starším lidem:

- nepřikazovat nutnost akceptace na stárnutí
- nebagatelizovat sdělení seniora o jeho těžkostech, starostech
- pochopení, projev sympatie v těžkostech, snažit se porozumět jejich situaci, nepochybovat o tom, co říkají
- naslouchat a soucítit: empatické naslouchání srdcem
- nediskriminovat (Křivohlavý, 2001).

1.4 Sociální stáří

Postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy a rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (Zavázalová, 2001).

Psychosomatická opotřebovanost, méněcennost organismu, výrazná redukce vrstevníků, dokonce i mladších spoluobčanů a změna role v rodině výrazně

poznávají také sociální kontakty starých lidí. Jako fakt musí brát skutečnost uskromňování, odříkání, výrazné redukce sociálních interakcí a jejich převážně negativní ráz (Kuric, 2001).

Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. Sociální periodizace života často užívá označení první věk (předproduktivní, období dětství a mládí, učení, profesní příprava, získávání sociálních skutečností), druhý věk (produktivní, období dospělosti, produktivita biologická i ekonomicko-sociální), třetí věk (postproduktivní, stáří) a čtvrtý věk (období závislosti). Pojem „čtvrtý věk“ je nebezpečný implikováním představy, že ztráta soběstačnosti a biologický marasmus jsou nezbytné důsledky dostatečně dlouhého života. Tradiční pojetí sociálního stáří se zdá být otřeseno. Pasivní „důchodcovství“ se jeví do budoucna spíše jako sociální patologie jako projev neúspěšného stárnutí (Kalvach, 2004).

1.4.1 Priority geriatrické péče a služeb pro seniory

Od teorie potřeb se odvinulo rovněž stanovení obecně platných priorit v geriatrických programech a všeobecně v přístupu ke starým lidem. Bez ohledu na zdravotní stav a funkční zdatnost seniorů, od péče o nesoběstačné geriatrické pacienty upoutané trvale na lůžko po projekty pro aktivní zdatné seniory žijící běžným životem v domácím prostředí, se celosvětově zdůrazňují následující principy:

- zabezpečení – zajištění přístřeší, ošacení, potravy, čisté vody, základní zdravotní péče, jde o naléhavý program v rozvojových zemích, naopak o samozřejmost v zemích hospodářsky vyspělých, včetně ČR
- autonomie – zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad dním, soukromí, jde o závažný moment jak v upřednostňování domácí péče v přirozeném prostředí před ústavní péčí (nemocniční i dlouhodobou), tak v přístupu k pacientům v ústavní péči s jejím zcivilněním
- důstojnost – respektování osobnosti, soukromí, studu, vyloučení takových forem péče a chování, které senior vnímá jako ponižující (např. omezující

prostředky, infantilizace), prevence nevhodného zacházení, zanedbávání či dokonce násilí vůči pacientům

- smysluplnost – pomoc při hledání životní náplně, podřízení zdravotní péče sociální roli, zcivilnění dlouhodobé péče, animační programy, které oživují zvláště ústavní prostředí, prevence komunikační a sensorické deprivace
- participace – zapojení do života komunity, sdílení problémů, podíl na rozhodování (v rámci rodiny i dlouhodobé péče), komunikování (Kalvach a Onderková, 2006).

Zdravotní péče, která se u křehkých, ohrožených geriatrických pacientů soustředí pouze na základní zabezpečení a na odborné zdravotnické výkony bez ohledu na autonomii, smysluplnost a důstojnost, nemůže být považována za kvalitní péči. Často totiž může pacienta těžce a dlouhodobě poškodit.

K základním nástrojům kvalitní péče patří zájem o pacienta, respekt k jeho osobnosti a vůli s maximálním možným ponecháním kompetencí (kontroly nad děním) a s důrazem na nepodceňování jeho schopností, posilování pacientovy zodpovědnosti, aktivní, večitující se (apatické) naslouchání, abychom pacienta nejen slyšeli, ale také vnímali a chápali, a profesionální, psychoterapeuticky poučená komunikace přiměřená limitacím pacienta (Kalvach a Onderková, 2006).

Za pomoci Rady seniorů ČR a MPSV je propagován Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007. Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané. Je třeba překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Změna postojů jednotlivců i společnosti ke stárnutí a seniorům se musí stát základem pro přístup k naplňování celospolečenského programu přípravy na stárnutí. Nezastupitelnou roli v úspěšném prosazování programu přípravy na stárnutí a přijetí myšlenky „vytvoření společnosti pro všechny generace“ musí sehrát i soustavná a dlouhodobá medializace, publicita a propagace programu a jeho cílů, stejně jako veřejná kontrola jeho

naplňování. Stárnutí společnosti je třeba pojmut jako příležitost, které má být využito všemi generacemi. Národní program přípravy na stárnutí se proto obrací na celou společnost (mladou generaci, střední generaci a samotné seniory).

Návrh Národního programu přípravy na stárnutí vychází z Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí (Viedeň 1982), Zásad OSN pro seniory (1991) a je v souladu se závěry II. Světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu (2002) a přijatého Mezinárodního plánu stárnutí 2002 (Boháčková, 2006).

1.5 Funkční různorodost seniorů

Heterogenita seniorské populace je velmi výrazná, což se týká i funkční zdatnosti. Je velmi důležité, že uspokojivá kvalita života, autonomie a smysluplnost i další priority souvisejí s vyššími úrovněmi výkonnosti. V ošetrovatelském procesu je proto třeba bránit poklesu pacienta na nižší úrovně funkční zdatnosti a naopak důsledně usilovat o její zachování či zlepšení rehabilitačními a rekondičními postupy. Je užitečné rozlišovat např. následující kategorie seniorů (Kalvach a Onderková, 2006):

- elitní senioři – až do vysokého věku si zachovávají toleranci k extrémním výkonům (Kalvach, 2004).
- zdatní (fit) – senioři, kteří si bez ohledu na svůj věk udržují velmi dobrou zdatnost, vykonávají fyzicky náročné činnosti a zvládají dobře i náročnější výkony.
- nezávislí – senioři, kteří dobře zvládají aktivity každodenního života (activities of daily living, ADL) a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější podporu rodiny, sousedů ani pečovatelské služby. Tito lidé však selhávají za kalamitních situací přinášející neobvyklou zátěž (těžká horečnatá onemocnění, pooperační stavy, intenzivní pohybová rehabilitace). V domácím prostředí vyžadují intervenci v období mimořádné zátěže, při ústavním ošetření obvykle zvláštní opatření nevyžadují, profitují z rekondičních programů.
- křehcí (frail) – senioři, kteří jsou zvýšeně ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního stavu (např. recidivy srdečního selhání) či funkčního stavu (pády), náhlou nezabezpečeností (neschopnost vstát po pádu, zajistit nákup), nezvládají

zátěžové situace (např. rozvoj delirantního stavu při akutním onemocnění, při změně prostředí) a kteří potřebují trvalou pomoc při náročnějších činnostech každodenního života (tzv. instrumentální ADL neboli IADL – např. nakupování, vaření, vedení domácnosti). V ústavní péči vyžadují zvýšený dohled s prevencí a zvládnutím imobilizačního syndromu či delirantních stavů.

- závislí – senioři, kteří zčásti či zcela nevládají ani běžné sebeobslužné, základní ADL, kteří z tělesných či duševních důvodů vyžadují pomoc při mytí, umývání, při přesouvání z lůžka do křesla, apod.
- zcela závislí – senioři, kteří jsou dlouhodobě či trvale upoutáni na lůžko, popř. mají hrubé kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí, takže vyžadují aktivní zajištění antidekubitního režimu, hydratace, výživy.
- umírající – senioři, kteří mají specifické potřeby komplexní paliativní péče (Kalvach a Onderková, 2006).

1.5.1 Komplexní posouzení zdravotního stavu a schopností seniora

Funkční geriatrické vyšetření je komplexní zhodnocení zdravotního stavu seniora doplněné o posouzení fyzické výkonnosti a soběstačnosti a zhodnocení psychických funkcí v kontextu jeho sociální situace. Součástí funkčního geriatrického hodnocení je aktivní vyhledávání zdravotních i sociálních rizik a návrh preventivních, léčebných i sociálních opatření s maximálním přínosem pro individuálního pacienta. Funkční geriatrické vyšetření se zaměřuje na specifické potřeby rizikových seniorů, kteří pro komplexní klinické postižení a ztracenou nebo ohroženou soběstačnost vyžadují individualizovaný přístup a péči. Zdůrazňuje se komplexnost, zaměření na funkční stav a kvalitu života a používání standardizovaných testů a škál. Cíle funkčního geriatrického vyšetření:

- zlepšit zdravotní i funkční stav pacienta
- zpomalit nástup zdravotního postižení a omezit jeho rozsah
- zlepšit celkovou kvalitu života
- zabránit neefektivním a nepotřebným službám (Topinková, 2005).

1.5.1.1 Hodnocení bio – psycho – sociálních funkcí seniora

Funkční geriatrické vyšetření zahrnuje kromě obvyklého vyšetření zdravotního stavu i posouzení dalších oblastí, který přesahují běžný rámec klinického hodnocení. Jde o posouzení celkové zdatnosti, soběstačnosti, psychosociální pohody a socioekonomické situace (Topinková, 2005). Jedná se o komplexní pojetí zdravím podmíněné kvality života. Obvykle se zaměřuje na tyto okruhy:

- osobnost pacienta – životní situace, priority a rozhodnutí (př. resuscitovat či neresuscitovat), subjektivní kvalita života a existenciální smysluplnost
- tělesné zdraví – nozologické diagnózy (základní choroba a nemoci přidružené – komorbidita), funkční závažnost chorob, syndromologické diagnózy (inkontinence)
- funkční výkonnost (zdatnost) – stabilita a chůze, výkonnost a soběstačnost (aktivity všedního dne, ADL, IADL), tělesná kondice, výživa a funkční klasifikace zdraví ICH
- duševní zdraví – nozologické diagnózy, kognitivní a fatické poruchy a delirantní stavy, aktivní screening a hodnocení, afektivní poruchy (deprese), aktivní screening a hodnocení, psychická rovnováha, projevy maladaptace, vliv psychosociálních stresorů
- sociální souvislosti – sociální role a vztahy (sociální síť), funkční náročnost a bezpečnost domácího prostředí, sociální potřeby, ekonomické zabezpečení seniora (Kalvach, 2004).

1.5.1.2 Přehled vybraných testů a vyšetření

1.5.1.2.1 Testy kognitivních funkcí

Mini Mental State Examination (MMSE) tzv. Folsteinův test je nejužívanější orientační test pro globální hodnocení kognitivních funkcí. Objektivizuje a kvantifikuje kognitivní poruchu ve více oblastech. Test umožňuje zhodnocení:

- orientace
- okamžité paměti a vybavnosti
- pozornosti

- fatických (řeč), gnostických (rozpoznání) a praktických funkcí včetně zrakově prostorové schopnosti (kreslení), čtení, psaní a počítání.

Test MMSE (příloha 1) sestává z 30 otázek a činností, jejichž správné provedení se hodnotí vždy jedním bodem. Celkové bodové skóre MMSE se pohybuje v rozmezí 0 – 30 bodů, kdy hodnota 30 bodů znamená bezchybné provedení všech úkolů a 0 bodů neschopnost provést kterýkoli z nich. Kognitivně intaktní dospělí obvykle dosahují 29 - 30 bodů, staří lidé nad 75 let pak v průměru 27 – 28 bodů. Za abnormální se považuje skóre 24 a méně bodů. U pacientů s méně než osmiletým vzděláním a věkem nad 80 let se hodnota patologického skóre snižuje na 22 bodů a méně. Test MMSE je vhodný pro screening kognitivních funkcí u pacientů s podezřením na demenci i pro monitorování progresu poruchy. Senzitivita testu je 87% a specifická 82% pro diagnózu demence (Topinková, 2005).

Test kreslení hodin (Clock Drawing Test) je jednoduchým a v praxi běžně používaným testem pro screening a diagnózu včasných fází demencí i pro sledování progresu poruchy. Vhodně doplňuje MMSE. Přes zdánlivou jednoduchost umožňuje komplexně zhodnotit kognitivní funkce:

- paměť
- vizuálně – konstrukční schopnosti
- výkonné funkce (představitost a vlastní provedení)

Pacient je vyzván, aby na čistý papír nebo do předkresleného kruhu nakreslil ciferník hodin, doplnil čísla a čas (obvykle „za 10 minut 2 hodiny“). Hodnotí se základní vlastnosti hodin: ciferník, správné umístění číslic v jednotlivých kvadrantech a umístění ručiček. U závažnějších poruch dochází k rozpadu kresby. Pro hodnocení podle Hulmana používáme jednoduché bodové skóre: 1 bod (bezchybné provedení) až 6 bodů (hodiny nejsou zakresleny). Jako abnormální se udává skóre 3 a více bodů, které je obvyklé pro demenci. Patologický výsledek však nacházíme také u jiných poruch (neglect syndrom, apraxie, poruchy zorného pole). Senzitivita testu je proto vyšší než

jeho specifická. Pro zvýšení diagnostické přesnosti se doporučuje provést současně test MMSE i test kreslení hodin (senzitivita se pohybuje okolo 95%) (Topinková, 2005).

ADAS-cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale – kognitivní) je častý výkonnostní test užívaný pro porovnávání kognitivního výkonu u téhož pacienta před léčbou a v jejím průběhu ke sledování kognitivních změn v čase. ADAS – cog se skládá z patnácti subtestů, zaměřených na různé typy kognitivních funkcí – např. vybavení slov, zpožděné vybavení slov, obkreslování figur (Jiráček, 2004).

1.5.1.2.2 Vyšetření emočních funkcí seniorů

Emoce lze zhruba rozdělit do tří skupin na krátkodobé afekty, na delší nálady a na trvalá emoční nastavení – vyšší city. Afekty jsou krátké emoční odpovědi na zevní i vnitřní stimuly. Patří k normálnímu životu, ale jejich nahromadění a nezvládnutí je patické. Ve stáří dochází velmi často k nahromadění afektů, až k afektivní inkontinenci. Projevují se časté afekty zlosti, lítosti, smutku, ale také afekty radosti. Náladu lze definovat jako vyladění k afektům jednoho typu. V seniu se vyskytují častější patické nálady (např. depresivní, úzkostná), které mohou podstatně snižovat kvalitu života. Velmi významné je odlišení léčitelné deprese od demence, obě poruchy mohou mít zdánlivě stejný klinický obraz.

Pro hodnocení patických nálad se v geriatrii užívá několik hodnotících škál. Pro hodnocení deprese je široce užívaná Geriatrická škála deprese podle Yessavage. Nejčastěji se používá verze s patnácti otázkami. Každá z odpovědí (ano/ne) je hodnocena 0 nebo 1 bodem. Skóre 6 a více bodů znamená již přítomnost depresivní symptomatologie, hodnota nad 10 bodů pak depresi vyžadující léčbu. Přes svou jednoduchost dosahuje senzitivita testu 94% a specifická 82%. K hodnocení úzkosti je nejběžněji používána škála HAM-A (Hamiltonova škála úzkosti) (Jiráček, 2004).

1.5.1.2.3 Vyšetření schopností denních aktivit

Schopnost vykonávat běžné denní aktivity se snižuje především jako důsledek organického mozkového poškození. Při prostém stárnutí zůstává schopnost denních aktivit zachována, i když je člověk vykonává pomaleji než dříve. V případě mírné

poruchy kognitivních funkcí (mild cognitive impairment) dochází k výraznějšímu zpomalení při provádění běžných denních aktivit, avšak tyto aktivity zůstávají stále zachovány. U počínajících demencí však již dochází ke snížení úrovně provádění běžných denních aktivit a s postupující demencí se tato schopnost nadále zhoršuje.

Nejjednodušší a velmi používaný dotazník aktivit denního života je ADL (Activities of Daily Living) a IADL (Instrumental Activities of Daily Living). V ADL jsou hodnoceny takové schopnosti, jako je toaleta, přijímání potravy, oblékání, úprava (péče o vlastní vzhled), schopnost pohybu po okolí, mytí. V IADL je hodnocena např. schopnost používání telefonu, nakupování, údržba domácnosti, praní, schopnost zacházení s penězi. Jiná modifikace testu aktivit všedního života je Barthelův test základních denních činností (příloha 2). Tento test, hodnotící stupeň soběstačnosti nebo naopak závislosti na péči okolí, má 10 položek (schopnost najíst se, napít se, oblékání, udržení stolice, moči, dodržování osobní hygieny, schopnost přesunu z lůžka na lůžko. Položky mají vážené skóre – plně zachovalá výkonnost v aktivitách denního života představuje 100 bodů, naopak při hodnotách 40 - 0 bodů nastala vysoká až úplná ztráta soběstačnosti.

Škála DAD (The Disability Assessment for Dementia) shrnuje položky ADL i IADL a je určena pro vyšetření demenčních pacientů.

Škála funkčního hodnocení pacienta FAQ (Functional Activities Questionnaire) je dotazník o deseti položkách (např. vyplňování úředních dokumentů, zapamatování si současných událostí). Skóre 0 bodů – plná výkonnost, 3 body – neschopnost provést danou činnost. Hodnota celkového skóre 9 a více bodů svědčí pro organické mozkové postižení (Jiráček, 2004).

1.5.1.2.4 Hodnocení poruch chování a behaviorálních příznaků

U seniorů, zejména při přítomnosti mozkové poruchy spojené se syndromem demence, se mohou vyskytnout poruchy chování. Může se objevit porucha chování bez agresivity, s verbální agresivitou i s brachiální agresivitou. Jindy se může vyskytnout pasivita, podrážděnost, také paranoidita. Je nutno také posoudit spánek pacienta. Pro

posuzování poruch chování i dalších behaviorálních funkcí byla vyvinuta řada škálovacích metod, např. SCAG (Sandoz Clinical Assessment – Geriatric).

Pro komplexní vyšetření psychických funkcí seniorů je v poslední době používán dotazník NPI (Neuropsychiatric Inventory). Tento test postihuje jak kognitivní, tak nekognitivní funkce. Škála GBS (Gottfries-Brane-Steen Scale) obsahuje strukturované otázky na intelektuální funkce, emoční funkce a na jiné symptomy obvyklé u demencí (Jirák, 2004).

1.5.1.2.5 Pojetí a hodnocení tělesné zdatnosti seniora

Tělesná zdatnost je schopnost zvládat tělesnou zátěž a jí navozený stres včetně vlivů zevního prostředí, například teploty. Jde o funkční stav organismu. Výkonnost je pojem užší, bývá definována jako schopnost podat měřitelný výkon v určité pohybové oblasti. Silová výkonnost je schopnost konat krátkodobou tělesnou fyzikální práci vysoké intenzity. Vytrvalost se měří významně hůře než silová výkonnost, proto hovoříme o vytrvalostní zdatnosti. Rozdělíme-li seniory do 6 kategorií podle zdatnosti (podle Spirdusové), pak pouze pacienti ve dvou, maximálně třech nejzdatnějších skupinách mají také dostatečnou rezervu na to, aby zvládli dekonvalescenční fázi běžných zánětlivých onemocnění či operací bez propadu pod hranici soběstačnosti. O zdatnějšího seniora je tak nutno pečovat pouze dny v době akutního inaktu, nezdatný vyžaduje péči podstatně delší.

Zdatnost lze hodnotit anamnesticky, testováním v terénu nebo testováním ve specializované laboratoři. Interindividuální variabilita seniorů je natolik výrazná, že neexistují obecné geriatrické normy, dokonce ani vyšetřovací metodiky platné pro celou seniorskou populaci (Jirák, 2004).

1.6 Adaptace v seniu a preseniu

Jak je možno se úspěšně vyrovnávat (v současné terminologii „coping“) se změnami, k nimž vede stárnutí organismu a duševních funkcí, se věnují lékaři po celá desetiletí. Klíčový význam zde má schopnost adaptace. Na otázku, jak se lze nejlépe přizpůsobovat změnám, které stárnoucí člověk prožívá, odpovídají různé teorie a z nich

se proto také odvozují různé zásady duševní životosprávy, stylu života i péče o jedince ve třetím věku. Každá z četných teorií adaptace ve stáří má závažné argumenty.

První skupinu tvoří teorie aktivního stáří. Zdůrazňuje, že základním předpokladem optimální adaptace ve vyšším věku je podržení činností a kontaktů se světem. Druhá teorie postupného uvolňování aktivit spatřuje základní podmínku úspěšné adaptace v tom, že se jedinec naopak z řady funkcí a činností uvolní, vyváže. Substituční teorie klade důraz na to, aby se činnosti, povinnosti a role, které už starý člověk prožívá jako zátěže, byly nahrazeny jinými vhodnými aktivitami.

Při řešení otázky optimální adaptace se zřetelem k životnímu stylu ve stáří je ovšem třeba přihlížet ke všem individuálním předpokladům: zdravotním, profesním, rodinným a bytovým. Pro mnohé jedince je vhodný styl aktivního stáří, u jiných je nezbytné část aktivit omezit, nebo je zcela vyloučit, pak je ovšem vhodné hledat za ně náhradu. Je patrné, že cesta životem směrem ke stáří je také věcí životního stylu a začlenění do lidských vztahů a vazeb. Člověk není pouze biologickým systémem, ale také poznávající, prožívající, myslící a jednající bytost, která má niternou potřebu seberealizace. Z toho vyplývá také apel adresovaný zejména těm mladším v různých společenstvích. Brát ohled na integritu osobnosti starého člověka a respektovat jeho volbu adaptovat se takovým způsobem, který mu vyhovuje. Je třeba respektovat osobní svobodu i toho nejstaršího člověka.

Nezávislost v názorech a rozvíjení životního stylu života podle vlastních představ je druhá strana mince přizpůsobivosti ve stáří. Máme na mysli adaptaci, která pracuje ve dvou programech, které na sebe navazují a vzájemně se doplňují:

- člověk se přizpůsobuje zvláštnostem situace, problému, úkolu – mechanismy akomodace
- člověk přizpůsobuje věci sobě – mechanismy asimilace (Švancara, 2004).

Vše v životě, tedy také adaptace probíhá v čase. Staří lidé potřebují obvykle o něco více času k tomu, aby se mohli přizpůsobit a nepocit'ovali změnu jako nátlak. O starších lidech se někdy tvrdí, že jsou málo přizpůsobiví, protože jsou v zajetí svých návyků, zvyklostí. Zda je to důsledek stárnutí, na to nelze odpovědět jednou větou. Je

zřejmé, že mnohé vlastnosti, které rádi připisujeme stáří, nejsou důsledkem věku, ale individuálních zvláštností osobnosti. Tyto zvláštnosti se ovšem mohou v průběhu stárnutí zvýraznit. Všeobecně se má za to, že úspěšný je ten, kdo se dovede přizpůsobit. Pokud jde o adaptaci, měli bychom vždy brát v úvahu, kdo se má přizpůsobovat, v čem se přizpůsobit, kdy a jak. To jsou hned čtyři důležitá hlediska diferencovaného přístupu k otázce adaptace (Švancara, 2004).

1.6.1 Geriatrický maladaptivní syndrom (GSM)

V souvislosti se zvláštnostmi vyššího věku, respektive sníženou schopností adaptovat se na změněné podmínky, se reálným problémem stává geriatrický maladaptivní syndrom (GSM) (Ondricová a Kollárová, 2004).

Schopnost adaptovat se patří k základním vlastnostem živých systémů. Zvláštnosti adaptace ve vyšším věku jsou podmíněny:

- změněným funkčním stavem organismu
- poruchou adaptačních mechanismů ve vyšším věku
- polymorbiditou a častějším výskytem komplikací
- změněnými životními podmínkami ve stáří (Hegyi, 2004).

Adaptace je schopnost organismu přizpůsobit se změněným vnějším nebo vnitřním podmínkám. Adaptační schopnost podléhá i změnám, které jsou podmíněny věkem. Aktivní adaptace – člověk si přizpůsobuje podmínky i celé situace tak, aby vyhovovaly jeho potřebám. Pasivní adaptace – člověk se přizpůsobuje podmínkám, které buď nelze změnit, nebo by jejich změna vyžadovala velkou námahu (Ondricová a Kollárová, 2004).

Etiologie GSM – adaptační selhání ve vyšším věku probíhá na bázi chronického stresu, který často vzniká působením biologických, psychických a sociálních stresů nebo jejich kombinací. Klinickým projevem selhání adaptace ve vyšším věku je geriatrický maladaptivní syndrom. Jde o projev adaptačního selhání, typický pro vyšší věk. Klinická manifestace bývá nejčastěji v kardiovaskulárním nebo imunitním systému.

Rizikové faktory geriatrického maladaptivního syndromu jsou faktory psychosociální nebo biologické. Geriatrický maladaptivní syndrom se manifestuje patologickými změnami v somatické a mentální oblasti (Hegyí, 2004).

Klinický průběh GSM (probíhá trojfázově):

- fáze rozvoje syndromu – je charakterizována rozvojem stresové reakce nejčastěji na podkladě psychosociálního podnětu s hrozcí změnou zdravotního stavu nebo sociálního postavení. Časté jsou úzkostné stavy a somatické potíže. Na tyto příznaky může navazovat orgánová dekompenzace, obvykle kardiovaskulárního systému. Tato fáze může trvat několik týdnů až měsíců.
- fáze adaptační reakce – plný rozvoj klinického obrazu onemocnění, vyznačuje se objevením úzkostných a depresivních reakcí, někdy hostilitou a agresivitou, jindy apatií a suicidálními tendencemi. Tento obraz se kombinuje s kardiovaskulárním selháním, bronchopneumonií, infekcemi, ale i dekompenzací diabetu a dyspeptickým syndromem. Druhá fáze onemocnění trvá nejvýše 6 měsíců.
- následná fáze adaptační reakce je doznívající stresovou reakcí, která v příznivém případě vede k úpravě potíží, somatických a mentálních poruch a stabilizaci zdravotního stavu. V nepříznivém případě vyústuje v rezignaci se sociální dezintegrací osobnosti, poruchami psychiky, suicidálními tendencemi, orgánovými dekompenzacemi a selháním kardiovaskulárního a imunitního systému. Tato fáze představuje pouze protražovanou formu onemocnění, trvající déle než 6 měsíců. Reakce na stejný stresor je u mladého a starého člověka rozdílná (Ondricová a Kollárová, 2004).

Geriatrický maladaptivní syndrom je typickým onemocněním staršího věku s výrazným zdravotně – sociálním charakterem. Snižuje kvalitu života. Ovlivňuje morbiditu a mortalitu a zvyšuje tím náklady na péči o seniory (Hegyí, 2004).

Stresující vliv podnětu zátěžové situace na konkrétní osobu má vždy individuální charakter. V oblasti psychosociálního stresu hrají důležitou roli faktory

jako význam události, možnost sociální opory a zejména osobnostní charakteristiky osobnosti. S pojmem stresu je úzce spojen termín doping mechanismu, pojem, který zahrnuje nejrůznější formy vyrovnávání se se zátěží. Vyjadřuje tak adaptační kapacitu jedince, jeho schopnost přizpůsobit se změnám. Určitá míra stresu je přirozenou součástí života. Některé podněty jsou tak intenzivní, nenadálé nebo nezvladatelné, že vyvolávají traumatickou odpověď. Takové podněty obvykle přesahují naši běžnou lidskou zkušenost a vyvolávají prožitek tísně prakticky v každé osobě, která ji zakouší (Vodáčková, 2002).

1.6.2 Desatero pro prevenci GSM

Prevence spočívá v odstranění rizikových faktorů, a to zejména v rané diagnostice a léčbě přítomných chorob, starosti o mentální zdraví, léčbu depresí, prevenci bronchopneumonie a ovlivnění negativních sociálních faktorů.

1. Uvítání se zaměřením na osobnost seniora – podání ruky, trpělivé vyslechnutí problémů, seznámení pacienta se zařízením a orientací v prostoru, poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty.
2. Zajištění respektování identity – pacienta oslovovat jménem, případně používat akademický titul, vyhýbat se neadekvátním oslovením typu „babi, dědo“, zajistit respektování soukromí, usilovat o co nejmenší změnu životního stylu pacienta.
3. Vytvoření atmosféry důvěry a klidu – projevit o pacienta upřímný zájem, přistupovat k němu individuálně a trpělivě, získávat ho k aktivní spolupráci.
4. Asertivní chování a profesionální přístup – v neverbální komunikaci dodržovat proxemické zóny, využívat řeč fyzického kontaktu (haptika), mimiku a gestikulaci. Ve verbální komunikaci volit správný výběr slov, zřetelnost a srozumitelnost, využívat mimojazykových prostředků (intenzita hlasu, intonace, délka projevu), individuální přístup k seniorovi, umět se usmát, nedotýkat se pacientovi cti, sladit prostředky verbální a nonverbální komunikace.
5. Poskytování informací – v rámci konkrétních situací poskytnout vhodné, věku přiměřené informace.

6. Vymezení hranice aktivity a odpočinku – vhodně organizovat čas pacienta, aktivně ho zapojovat do relaxačních aktivit, umožnit mu sledovat televizi a rozhlas, organizovat setkání s duchovním, pokud si to pacient přeje, umožnit mu, aby volný čas trávil podle vlastních představ, avšak v souladu s organizačním řádem zařízení, snažit se eliminovat stresové situace.
7. Vymezení nezávislé existence a bezpečnosti pacienta – pomůcky k úpravě polohy, k ulehčení pohybu na lůžku, k prevenci dekubitů, k zajištění bezpečnosti nemocného, signalizační zařízení.
8. Plánování hygienické péče – vytvářet čisté a příjemné prostředí a napomáhat relaxaci pacienta, eliminovat pronikavý zápach.
9. Zajištění rehabilitace – vypracovat individuální plán v prevenci mobility.
10. Podpora interakce pacienta a jeho rodiny (Ondricová a Kollárová, 2004).

1.6.3 Rizikové faktory geriatrického maladaptčního syndromu

Psychická rizika: stavy zmatenosti, duševní choroba, pasivní postoj k životu, submisivní typ osobnosti.

Sociální rizika: ztráta soběstačnosti, hrozba vzniku odkázanosti, osamělost, ztráta partnera, život v izolaci, nízký příjem, hrozba institucionalizace, změna bydlení, změna životního stylu.

Biologická rizika: vysoký věk, těžká choroba, imobilita, inkontinence.

Přidružená biologická rizika: obezita, hypertenze, alkohol, kouření, nedostatek tělesné námahy (Hegyí, 2004).

1.7 Podpora aktivity seniorů v komunitě

V domácím prostředí i v instituci člověk především žije a nemělo by v tom být rozdílu. Rytmus života v instituci by se měl pružně co nejvíce přibližovat individuálnímu rytmu každého člověka v jeho domácím prostředí a v jeho předchozím životě. Život pokračuje a každý by si jej měl vytvářet především sám, podle svých představ, podle svých potřeb a podle svých vnitřních možností (Matouš, 2002).

Čím více prostředí determinuje život člověka v rozporu s tím, čím je a čím by chtěl být, v rozporu s jeho vlastní představou o sobě, tím méně je spokojen s kvalitou svého života. Tím obtížnější je pro něho najít životní smysl a vůli k životu. To je obzvlášť markantní, pokud se ocitne v sociální izolaci, nebo když se musí nechtěně stěhovat do instituce. Důležité je, aby komunita sama zachovala přirozené příležitosti k setkávání a ke společné aktivitě jak příslušníků starší generace samotných, tak i mezigeneračně. Systematická sociální práce usilující o podporu aktivity u starých lidí by měla cílevědomě vytvářet husté sociální sítě kontaktů a příležitostí, otevírat šance pro ty, kteří zůstávají v izolaci a bez aktivity v domácím prostředí a napomoci jim k účasti na životě společnosti i přes jejich omezení. Žádoucí je rozvoj seniorských intrageneračních kontaktů z dobrovolnických aktivit (Dušová, 2004).

1.7.1 Charakteristiky aktivit seniorů

Při přípravě a podpoře aktivit seniorů je třeba respektovat některá specifika. Jedinečná životní zkušenost ovlivňuje zájem konkrétního seniora o určité druhy činnosti a odmítání činností jiných. Činnosti musí odpovídat individuálnímu tempu, které je u někoho pomalé, u některého rychlé. Senioři se liší ve schopnosti střídat činnosti. Zvyky a stereotypy způsobují, že člověk dělá věci „tak a ne jinak“, že potřebuje nalézat své věci na svém místě. Činnost musí mít smysl, který ji dává jedinec sám – pomoci někomu, udělat někomu radost. Hodnocení činnosti a jejích výsledků vyplývá z představy člověka o sobě samém, z nároků, které má na sebe. To je třeba respektovat. Vždy je však žádoucí pozitivní ohlas. Činnost musí být přiměřená schopnostem člověka, fyzickým i mentálním – nesmí vést k neúspěchu, ponížení. Naopak by měla navodit prožitek úspěchu a zdaru.

Aktivity pro seniory žijící trvale v institucích by měly co nejvíce připomínat aktivity každodenního života staršího člověka v domácím prostředí. Motivaci k aktivitě podporuje:

- důraz na praktickou každodennost – důležitá je podpora každodenních, běžných činností, které lidé dělají a dělat chtějí, které umějí a které dělali již dříve, podpora autonomie každého klienta.

- smysluplnost – člověk musí vědět, proč činnost dělá. Účel prováděné činnosti si však nachází každý sám. Pro někoho je to užitek, který mu činnost přináší, pro jiného užitečnost pro jiné.
- dobrovolnost – činnosti si mají obyvatelé instituce dobrovolně vybrat.
- příjemnost – činnosti mají být příjemné (princip potěšení). Měly by se odehrávat nerušeně a v příjemném prostředí.
- sociální přiměřenost – činnost musí posilovat důstojnost a sebedůvěru toho, kdo ji vykonává. Čím více podpoříme klienta v zachování jeho původních činností, zvyklostí, zájmů, tím více posílíme jeho identitu a zachováme kontinuitu jeho života. Činnosti by měly vyvolávat zvědavost a zájem klientů.
- úspěšnost – činnosti by měly přinášet konkrétní viditelný výsledek a prožitek úspěchu. Měly by být rozčlenitelné na dílčí splnitelné kroky, ale také na různé pracovní úkoly, které umožňují týmovou spolupráci.
- pomoc a podmiňování – tak jak se snižuje funkční kapacita člověka a jeho schopnost vyhledávat příležitosti pro vlastní aktivitu v důsledku snižující se soběstačnosti, psychického stresu či jiných příčin, je třeba zvyšovat podporu jeho aktivity (asistence). Důležitým nástrojem je promyšlené využívání přirozených stimulů, pokynů a návodů – podmiňování (cueing). Aktivita je spuštěna automaticky za určitých, přesně daných podmínek či charakteristik prostředí (Janečková, 2004).

1.7.1.1 Význam podpory aktivit pro adaptaci seniora v instituci

Příchod a adaptace seniora v instituci představuje jednu z nejrizikovějších životních událostí. Různorodá zájmová činnost může účinně přispět ke zvládnutí stresové zátěže a k úspěšné adaptaci. Včas objevená, vhodná, správně nabídnutá a individuálně chtěná činnost pomůže zachovat kontinuitu života, zapojí rodinu a zabrání předčasnému ztracení kontaktů, je příležitostí k sociálnímu začlenění, přivádí člověka zpět do komunity, nabídne nové příležitosti k poznávání. Stává se tak důležitým faktorem kvality života seniorů žijících v instituci a prevencí maladaptace a

psychosomatických komplikací. Jak můžeme podpořit aktivitu seniorů v adaptačním období:

- dát informace o novém prostředí, seznámit klienta již během přijímacího procesu s jeho nejbližším i vzdálenějším prostředím (kde bude jeho lůžko, nejbližší soukromý prostor, který si může vybavit s pomocí rodiny podle svých představ, atd.) To je důležité pro udržení kontroly nad vlastním životem, pro pocit jistoty a bezpečí, pro odstartování dalších aktivit.
- zhodnotit v rozhovoru s klientem a ve spolupráci s ním, popř. i s jeho rodinou, co zvládal samostatně ve svém domácím prostředí, v čem mu pomáhala rodina, co je schopen ještě si naplánovat a zorganizovat sám a s čím potřebuje pomoci nebo v čem potřebuje podpořit. Celý hodnotící proces by měl být společným hledáním vnitřních možností člověka, které může uplatnit v činnostech, jimiž smysluplně zaplní své dny. Měl by být také prostorem pro vytvoření vztahu a získání důvěry mezi novým obyvatelem a těmi pracovníky, kteří s ním budou nejčastěji v kontaktu. Hodnocení možností klienta je základ jeho osobních plánů i individuálního plánu péče, který vytváří pomáhající a ošetřující personál.
- do procesu hledání zapojit rodinné příslušníky v takové míře, v jaké si klient přeje, aby se tak rodina stala spoluvůrcem podpůrného a stimulujícího prostředí, aby sama byla zdrojem aktivit klienta v podobě návštěv, doprovodu k lékaři či při vyřizování různých záležitostí na úradech. Je důležité udržet v maximální možné míře kontakt s rodinou, který je sám o sobě zdrojem aktivity seniora.
- dát informace o možnostech náplně volného času (nabídnout připravené programy, přehled kulturních akcí, sportovní aktivity, kurzy a jiné vzdělávací programy), o aktivitách a akcích přímo v zařízení nebo i v blízkém okolí, aby lidé dostali možnost získat kontakty mimo zařízení.
- vytvořit podpůrné prostředí materiální a architektonické s usnadněním orientace a kontroly nad prostředím. Jde např. o odstranění bariér, o oddělení soukromého a veřejného prostoru, o stimulaci včetně podnětů pro vzpomínání – tematické výstavy, reminiscenční koutky a místnosti, které navozují témata hovorů a vzpomínání.

- vytvořit vhodné klima psychosociální, vtahující do společenství, mikroprostředí vstřícnosti, podpory a radosti s prevencí sociální izolace, exkluze, selhání a neúspěchu, s nabídkou podpory a pomoci.
- nabídnout programy, které jsou výzvou, vyvolávající zvědavost a zájem, dávají příležitost naučit se něčemu novému, užitečnému pro život, vytvořit něco pro sebe nebo pro své blízké, pobavit se, posedět a popovídat, dělat něco smysluplného, nebo také nedělat nic. Měly by zahrnovat co nejpestřejší škálu činností, které naplňují normální, každodenní život dospělých lidí.
- učinit činnosti součástí kontaktu s klientem a jeho osobního plánu. Zdravý, soběstačný člověk si plánuje své aktivity sám. Jestliže je však vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo i sociální situaci omezen ve svých možnostech zapojit se do přirozených aktivit, měl by jeho individuální plán péče zahrnovat též postupy, které podpoří jeho aktivitu a umožní mu, aby vykonával ty činnosti, které vykonávat může a chce.
- pravidelně s klientem hodnotit jeho spokojenost s náplní života, s činnostmi, kterými se zabývá, ptát se, co postrádá a čeho je moc, kde jsou jeho možnosti, v čem by potřeboval pomoc a podporu (Janečková, 2004).

1.8 Důsledky a souvislosti pobytu v dlouhodobé ústavní péči

V indikovaných případech je dlouhodobá ústavní péče významné pozitivní řešení životní situace nebo zdravotního stavu. K obecným jevům však patří také adaptační zátěž a v případě režimových zařízení provozovaných jako hromadná, kolektivní také negativní důsledky ztráty sociální role, perspektiv, autonomie. Zátěž a rizika institucionalizace jsou dána především:

- změnou prostředí a neznalostí nejen nových prostor, ale také nových lidí
- porušením mezilidských vazeb a dosavadní seberealizace
- ztrátou či ohrožením autonomie a soukromí
- změnou sebehodnocení a životní perspektivy
- ztrátou či omezením kontaktů s vnějším světem a různými formami deprivace
- nevhodným jednáním personálu nebo spolubydlících (Kalvach, 2004).

Změna prostředí ve stáří je závažný stresor. Adaptace je ztížena, probíhá delší dobu a je negativně pocíťována i při přestěhování do výhodnějších podmínek. Doba potřebná ke zdomácnění v novém prostředí závisí na řadě okolností: osobnost, zdravotní stav, úroveň mentálních schopností, okolnosti přestěhování, spokojenost v novém bydlišti. Je však třeba počítat s měsíci až roky. Se změnou prostředí souvisí i „strach z neznámého“ a anticipační úzkost. V první fázi adaptace byla prokázána i zvýšená úmrtnost a běžný je i rozvoj či zhoršení psychosomaticky podmíněných chorob a příznaků. Adaptace může být pozitivně ovlivněna podporou orientace, bezbariérovou úpravou či psychoterapeutickou podporou.

Ohrožení či ztráta autonomie představuje obdobný stresor. Zahrnuje ztrátu svobodného rozhodování o sobě samém (podřízení režimu daného zařízení včetně častého faktického omezení volnosti pohybu) i ztrátu soukromí a nerespektování teritoriality (vstupování personálu, sdílení prostoru s cizími osobami). To je v povaze každého organizovaného kolektivu a žádná materiální, kulturní ani zdravotní výhodnost domova důchodců nemůže tuto ztrátu nahradit.

Ztráta životní perspektivy a změna sebehodnocení je charakterizována obvykle jako „vědomí konečné stanice“ a ztráta identity. Osobitý jedinec se mění v anonymního řadového chovance. Přispívá k tomu i věková segregace, soužití s vrstevníky a s lidmi staršími mimo přirozenou společenskou strukturu.

Ztráta autentických hlubších kontaktů postihuje především klienty bez zázemí ve vlastní rodině. Společenství v domově důchodců je sociálně rozptýlené. Chybí sbližující obdobnost zájmů. Kontakty jsou nahodilé, vynucené společným sdílením prostoru, nevznikly ze vzájemných sympatií a ze svobodné volby. Je to kolektivizace bez skutečného kolektivu. Většina nově navázaných vztahů je povrchních, neutužených předchozím soužitím. Mohou se projevit dílčí projevy ponorkové nemoci – narůstání únavy, snižování tolerance, podrážděnost na stereotypie okolí. Objevuje se vztahovačnost, ubývá vstřícnosti i komunikace, přibývá obranných prvků v chování (obrana teritoria).

Deprivace, omezení smyslových vjemů, podnětů, nároků, kontaktů i komunikace, hrozí nejvíce imobilním pacientům. Pacient může být somaticky vzorně

ošetřen, ale po měsíce s ním nikdo nevede souvislý rozhovor nad rámec konverzačních frází a profesního ověřování zdravotního stavu. Chybějí i vjemy z vnějšího světa, např. když umístění lůžka znemožňuje dlouhodobě výhled z okna.

I u pohyblivých klientů se však vyskytují deprivací a maladaptací příznaky: ztráta zájmu o okolí i o sebe (neupravený zevnějšek), regrese s infantilním chováním, soustředění zájmu na náhradní uspokojování v oblasti elementárních potřeb (jídlo, spánek, vyprazdňování) se stereotypním vedením konverzace a prezentováním stesků. Klienti se dožadují hypnotik, projímadel, jiné stravy, prezentují pohybové automatismy a stereotypie, např. bezmyšlenkové přecházení po chodbách. Často bývá takové chování považováno mylně za projev demence. Navíc významná část obyvatel domovů důchodců je osobnostně pasivních, apatických – může jít o kombinaci deprivace s celoživotním osobnostním rysem. Zanedbaná deprivace přechází v trvalou deprivaci (Kalvach, 2004).

V režimovém prostředí domovů důchodců se mění psychika a stírá se osobnost klientů. V rodině i v osamělosti se osobnost stárnoucího člověka přirozeně zvýrazňuje a dozrává. Ve vynuceném ústavním spoluzití s vrstevníky, v přizpůsobování se a podřizování „řádu“ se naopak individuálnost stírá, klesá sebejistota a sebevědomí. K extrémům maladaptace patří ostrakismus, prožitek vyobcování (Matoušek, 1999).

Adaptace na ústavní prostředí ve smyslu hospitalismu je popisována ve čtyřech fázích, jimž však předchází fáze seznamování a mnohdy konfrontace:

- seznamování, popř. konfrontace
- vnější přizpůsobení – podřízení zvyků a chování ústavnímu řádu
- vnitřní přizpůsobení – navazování vztahů, sblížování s lidmi, participace na dění
- slábnutí vazby na dění mimo ústav
- ztotožnění s ústavním prostředím – klient si nepřeje ústav opustit.

Základní problém, jemuž je třeba čelit, zdůrazňuje rozpor mezi zájmy a potřebami klienta na jedné straně a zákonitostmi a nároky skupinového života ústavní komunity na straně druhé. K významným nástrojům prevence negativních důsledků

ústavní péče patří zájem o individuální lidské potřeby, jejichž strukturu vypracoval ve 40. letech 20. století A. H. Maslow. Lidské potřeby lze členit do tří vrstev:

- potřeby základní, biologické, pudové, zajišťující biologické přežívání jedince (obživa, vyhnutí se bolesti, a nepohodě) – neuspokojení vede ke stresu, tělesného utrpení a k chátrání
- potřeby vyšší – potřeby podnětů poznávání, konání, lidského kontaktu, sounáležitosti, bezpečného zázemí, ale také autonomie a „soulad mezi mnohými“, potřeby „někam patřit“, někým „být pozitivně vnímán“, participovat na něčem – neuspokojení vede k deprivaci smyslové či emoční (izolace, vyobcování, nedostatek stimulů) a k frustraci
- potřeby nejvyšší, nadosobní – potřeby vztahující se ke smyslu života, k seberealizaci, k prospěšnosti, k souznění a nadosobními principy (vztah k Bohu) – neuspokojení vede ke ztrátě smyslu života, k prázdnotě, nenaplněnosti a úzkosti.

Čím křehčí, nemocnější a nezdatnější klient je, tím větší bývá pokušení personálu redukovat především v ústavním prostředí jeho potřeby na bazální biologickou úroveň – tedy na zajištění stravy, hydratace, tepla, na tlášení bolesti. To však často nedostačuje – dokonce ani u klientů umírajících či pokročile dementních. I oni často mají své vyšší potřeby, které bývají přehlíženy, potlačeny a zasuty bazální péčí, byť byla sebelépe myšlena. Takový přístup navíc vede ke zmíněnému odosobnění, k anonymizaci klienta, která dále usnadňuje paternalisticko – manipulační přístup ošetřujícího týmu (zvěcnění – člověk je ošetřován jako věc bez komunikace) (Kalvach, 1997).

1.9 Zdravotně - sociální služby pro seniory

Jakékoli společenské služby a projekty pro seniory, mají-li být úspěšné a účelné, vyžadují důslednou individualizaci a respekt k heterogenitě seniorské populace. Individualizace vychází z osobnosti, autonomie a potřeb konkrétního starého člověka, jehož adaptabilita může být snadno překročena a důstojnost otřesena. Heterogenita

vyžaduje funkční přístup – rozpětí funkční zdatnosti a zájmů seniorů zůstává obdobné jako v mladším věku, mění se však procentuální zastoupení jednotlivých kategorií. Pravidlem by mělo být pružné přizpůsobování služeb proměnlivým potřebám jednotlivých seniorů a jejich místních komunit, nikoli vměstnávání křehkých seniorů do rigidních schémat. V zájmu klientů i v zájmu společnosti by měla zdravotně – sociální politika usilovat o aktivní ambiciózní seniorskou populaci, která si zachovává zodpovědnost za sebe a která aktivně usiluje o udržení a zlepšování svého zdravotně funkčního stavu, o tzv. úspěšné stárnutí, zdravé stáří i o aktivní ovlivňování kompenzačních služeb, které jsou seniorům poskytovány. Geriatrictí pacienti s ohroženou či ztracenou soběstačností nebo s některými specifickými problémy a riziky, např. v sociální nouzi, vyžadují současně služby zdravotní i sociální. Hovoří se o komplexní problematice zdravotně sociální. Tím je vyjádřena i potřeba vzájemné provázanosti, návaznosti a koordinovanosti služeb. K základním požadavkům na zdravotně sociální služby patří účelnost. Ta vyžaduje kromě individualizace „šitím péče na míru“ (tayloring) i stanovení konkrétních cílů či kontrolních kritérií (goal seeking approach) a důsledné uplatňování průběžné evaluace a zpětné vazby. Principy zdravotně – sociální péče formulované již v Zásadách OSN pro seniory přijaté valným shromážděním OSN v roce 1991 a byly shrnuty do čtyř bodů:

- demedicinace – zvláště u chronických a dlouhodobě nemocných osob je třeba usilovat, aby medicínské aspekty byly podřízeny kvalitě života, aby prvotním úsilím byla socializace, zachování či obnova sociální role, aby byly respektovány nejen aspekty zabezpečení a kvalitního ošetření, ale také důstojnost, autonomie, seberealizace a participace. Ústavní dlouhodobá péče by měla usilovat o zachování civilního prostředí i způsobu života včetně civilního oblečení pacientů a prolomení rituálů lékařských nemocničních vizit. Důraz by měl být kladen na kvalitu života, nikoli na samoučelné upřesňování diagnóz a nadměrné kontrolování zdravotního stavu.
- deinstitucionalizace – těžiště služeb a péče by mělo spočívat v terénních komunitních službách. Úprava domácího prostředí s jeho bezbariérovostí a s využitím kompenzačních pomůcek má přednost před institucionalizací pacienta.

V ústavním prostředí je třeba usilovat o vytváření přirozeného prostředí, které zachovává soukromí, osobitost a přirozenou komunikaci, které stimuluje aktivitu a které předchází smyslové i sociální deprivaci.

- desektorializace – v zájmu účelnosti a kvality péče je třeba usilovat o prolomení tradičních bariér, které bývají např. mezi sektorem zdravotnickým a sociálním, mezi službami ústavními a ambulantními, či mezi kompetencemi různých odborností. Je třeba posilovat komplexnost, koordinovanost, návaznost i účelnost v zabezpečení klienta i ve využívání kapacit a zdrojů (Kalvach, 2004).
- deprofesionalizace – to znamená, že se určité jednoznačně definované profese samozřejmě musejí podílet na péči o staré lidi (např. lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník), ale nikomu z těch, kteří jsou ochotni a schopni participovat na péči, by nemělo být bráněno v prospěšných aktivitách. Koordinace nejrůznějších typů pomoci je však žádoucí. (Haškovcová, 2002).

1.10 ÚSP Hvízdal

ÚSP Hvízdal se nachází v klidném prostředí na okraji českobudějovického sídliště Vltava. Celková kapacita domova důchodců je 156 lůžek, z toho jsou 2 lůžka vyčleněna na poskytování respitní péče. 53 pokojů je dvoulůžkových a 50 pokojů jednolůžkových. Domov penzion pro důchodce má kapacitu 114 obyvatel – z toho je 6 obytných jednotek 1+1 určeno pro manželské páry.

Domov důchodců je rozdělen do šesti pater, které se skládají ze čtyř stanic. Tři z nich jsou určeny pro provozování samostatných ošetřovatelských oddělení pro ošetřování obyvatel upoutaných na lůžko nebo vyžadujících jinou náročnou ošetřovatelskou péči. Na každém oddělení je ošetřovna pro zdravotnický personál a lékaře, společná koupelna s vanou, sprchovým koutem, kuchyňkou a společenskou místností s televizí, která je zároveň využívána také jako jídelna. U každého pokoje (jednolůžkového i dvoulůžkového) je lodžie, předsíň, koupelna a WC. Pokoje jsou vybaveny váleňkami, klasickými lůžky, polohovacími mechanickými lůžky a elektrickými polohovacími lůžky pro zcela imobilní klienty, vestavěnými skříněmi, stolky, křesly, poličkami, zvukovým zařízením, hotelovým telefonem a videorozvodem.

Klient si může v jednolůžkovém pokoji své soukromí zpříjemnit svým nábytkem, včetně televize a lednice. Na dvoulůžkových pokojích, pokud to podmínky dovolují a po dohodě se spolubydlícím, může mít klient kousek svého domova – poličku, televizi i lednici.

Zdravotní péče – klientům domova důchodců je poskytována na jednotlivých stanicích dle jejich zdravotního stavu komplexní ošetrovatelská péče pod vedením úsekových sester – specialistek, včetně péče rehabilitační. Zdravotnický personál pracuje se zdravotní, ošetrovatelskou a sociální dokumentací. Práce zdravotnických pracovníků je týmová. Osobní údaje a data klientů jsou přístupné pouze pověřeným zaměstnancům a dodržují se platné obecně závazné normy a zákony. Veškerý personál dbá na dodržování povinné mlčenlivosti a důvěrnosti informací.

Lékařská péče – je zajišťována denně dle ordinačních hodin lékaři praktickým lékařem a geriatrem. V odpoledních a nočních hodinách slouží tito smluvní lékaři pohotovost – jsou dostupní např. pro telefonickou konzultaci, v případě potřeby přijíždějí za svým pacientem. V pravidelných intervalech dochází i lékaři specialisté: neurolog, psychiatr, urolog, oční lékař a následně optik, internista, dermatolog a v případě potřeby je pozván i stomatolog. Strava se poskytuje individuálně dle ordinace lékaře (racionální, šetřící, diabetická, bezlepková, redukční, tekutá pro krmení obyvatel sondou).

Léčebná rehabilitace – provádění rehabilitace má velký význam na psychiku a tím i na fyzickou výkonnost člověka. Cílem rehabilitační péče je udržet chodící, imobilizované a imobilní obyvatele v odpovídající fyzické kondici. Tuto péči zajišťují dvě fyzioterapeutky. Dále domov důchodců zajišťuje pravidelná denní cvičení, jízdu na ortopedu, cvičení na žebřinách, relaxační cvičení, procvičování jemné motoriky, rytmickou stabilizaci pomocí míčů, dále vodoléčbu – celkové perličkové koupele, vířivé a šlapací koupele, magnetoterapii, léčbu biolampou, klimatoterapii.

Psychosociální péče – hlavní prioritou je nejen poskytování ošetrovatelské péče, ale zároveň uspokojování potřeb klientů po stránce kulturního vyžití. Důležité je, aby klienti měli denní program, který vychází z jejich zálib a koníčků, snažili se zahnat nudu a kvalitně prožívali podzim života. Velmi důležité je předcházet psychické

disbalanci a translokačnímu šoku, hlavně při přijímání nových obyvatel a v době adaptačního procesu. Tuto péči zajišťuje šest zaměstnanců s odborným vzděláním.

Sociální pracovnice se zabývají převážně sociální gerontologií, která je zaměřena na mezilidské vztahy – člověk a společnost reagují na biologické, psychické a sociální změny. Zajišťují přijímání nových obyvatel do Domova důchodců i do Penzionu pro důchodce, včetně uzavírání dohod o podmínkách pobytu. Vyplácí zůstatky důchodů, vedou evidenci vkladních knížek, cenných věcí, apod. Pomáhají při zajišťování soukromých věcí klientů. V dopoledních hodinách navštěvují obyvatele na pokojích, zjišťují jejich individuální potřeby, vyplňují jejich volný čas a věnují se převážně klientům zcela upoutaným na lůžko. V odpoledních hodinách mají každý den jiný program ve společenské místnosti: kondiční cvičení, četba na pokračování, různé hry – kuželky, šachy, karty, apod., procvičování paměti, arteterapie, muzikoterapie, canisterapie. Pracovníci sociální péče také úzce spolupracují s rodinami klientů.

V dílnách na pracovní činnost zhotovují klienti různé výrobky – háčkují, šijí, pletou, malují, vyřezávají do dřeva, překližky, ale hlavně komunikují a poslouchají hudbu, každý podle svých schopností a zájmu ve spolupráci s ergoterapeutkou.

Ve vstupní hale je malý ZOO koutek s andulkami, akvarijními rybičkami a pejskem Alkou. V hale se pořádají různé společenské a kulturní akce. Večerní taneční zábavy několikrát do roka s živou hudbou, vystoupení dětí z mateřských, základních a hudebních škol, tanečních kroužků, umělců z Jihočeského divadla a i známých umělců z televizní obrazovky. Pravidelně se několikrát do roka pořádá táborový oheň s country kapelou, výlety za kulturními památkami, dále klienti navštěvují divadelní představení a zúčastňují se různých soutěží. Ve spolupráci se zřizovatelem jsou to i pobytové zájezdy u moře. Z výletů a velkých kulturních akcí se pořizují videozáznamy a poté jsou promítány do jednotlivých pokojů klientů. Individuálně jsou pořádány i výlety pro méně pohyblivé klienty či vozíčkáře v autobusech vybavených plošinou. Každou sobotu probíhá bohoslužba. Kněz dochází na přání obyvatel i k lůžku.

Dodržují se tradice související s velikonočními, vánočními svátky a jinými mimořádnými událostmi, např. masopustní veselice, mikulášská zábava včetně nadílky, Den matek, Den seniorů, apod.

Důraz je kladen na psychoterapeuticky účinné prostředí působením kladných vztahů mezi klienty, zdravotními a sociálními pracovníky výměnou informací – pravidelné schůzky s klienty jednotlivých stanic, tzv. „výbory obyvatel“. Klienti jsou při těchto schůzkách seznamováni s plánem oprav, nákupem nových investic, apod., ale zároveň jsou zde přijímány i jejich podněty, co by chtěli vylepšit, o jaké kulturní akce mají zájem. Také jsou zde řešeny stížnosti klientů domova.

V Penzionu pro důchodce žijí klienti samostatný život a je jim poskytován pouze zdravotní dohled, pokud ho potřebují. Geriatrický lékař dochází do ordinace pro tyto klienty třikrát v týdnu. Převážná většina obyvatel navštěvuje i odborné lékaře docházející do domova důchodců a využívá rehabilitační služby. Klientům se zde poskytují další služby: čtvrtletní úklid, vyčištění oken, vyprání záclon a závěsů, jednou měsíčně vyprání lůžkovin a další nadstandardní služby, zvláště hrazené: např. donáška oběda, nákupu, léků z lékárny, doprovod k úřednímu jednání, vyprání a vyžehlení osobního prádla, denní, týdenní či měsíční úklidy. Pokud onemocní, jsou jim poskytovány ošetrovatelské služby v plném rozsahu po celých 24 hodin. Každý týden probíhá s obyvateli penzionu a vedením tzv. „komunita“, kde obyvatelé vznášejí různé dotazy, připomínky, podněty a naopak. Stravování může být celodenní, nebo dle požadavku klienta pouze oběd či večeře.

Obyvatelé penzionu využívají veškeré společné prostory (rehabilitace, tělocvična, kadeřník, pedikérka, kantýna, dílny na pracovní činnost), účastní se odpoledních programů a veškerých společenských a kulturních akcí. Návštěvní hodiny jsou neomezené. Přespávání blízkých osob a chov domácích zvířat upravuje domácí řád a dohoda o podmínkách pobytu při přijetí.

Do zařízení jsou přijímáni občané, kteří mají trvalé bydliště na území města České Budějovice a kteří vzhledem ke svým sociálním poměrům a zdravotnímu stavu potřebují ústavní sociální péči.

Zásady pro umístění do Penzionu pro důchodce – penziony pro důchodce jsou určeny pro občany, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu (nebo plného invalidního důchodu) a jejichž celkový zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k

jejich věku a zdravotnímu stavu. Do penzionu se přijímají občané, jejichž zdravotní stav a věk jim umožňuje vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách.

Zásady pro umístování do Domova důchodců – domov důchodců je určen především pro občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy rodiny ani pečovatelskou službou, nebo jinými službami (agenturami) sociální péče a dále pro staré občany, kteří toto umístění potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení (Kubelová, 2006).

1.11 Co přináší nový zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.)

Začátkem roku 2007 začne platit nový zákon o sociálních službách, který je svým způsobem převratný (Kechner, 2006). Hlavním cílem zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti. Sociální služby umožňují člověku ohroženému sociálním vyloučením participovat na každodenním životě společnosti, čímž se míní přístup ke vzdělání, zaměstnání a kulturnímu a společenskému životu. Nový zákon vymezuje tři základní oblasti služeb:

- sociální poradenství jako nedílnou součást všech sociálních služeb
- služby sociální péče jako služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, které nemohou být zajištěny bez péče jiného člověka
- služby sociální prevence, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy.

Sociální služby jsou členěny také podle místa jejich poskytování:

- terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. především v domácnosti. Jde například o pečovatelskou službu nebo osobní asistenci
- za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny nebo denní stacionáře

- pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně, respektive celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory (Žárský, 2006).

Každý ze žadatelů o službu si může vybrat pro sebe tu nejvhodnější, která mu pomůže podpořit vlastní aktivitu vedoucí k řešení nepříznivé situace. Důležitým principem je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných lidí. Mezi služby sociální péče například patří: osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, domovy pro seniory, podpora samostatného bydlení, atd. Mezi služby sociální prevence například patří telefonická krizová pomoc, domy na půl cesty, noclehárny, sociální rehabilitace, atd.

Zásadní změna se týká financování. Od 1. ledna 2007 se sociální služby budou platit jiným způsobem než dosud. Základním nástrojem pro fungování nového modelu sociálních služeb je poskytování příspěvku na péči. Jedná se o nově zavedenou státní sociální dávku, která posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb. Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiného člověka, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péči o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí úkony umožňující účastnit se sociálního života, tj. komunikovat, nakládat s penězi, uvařit si, vyprat a uklidit. Příspěvek náleží člověku, o kterého je pečováno, nikoliv tomu, kdo péči zajišťuje. Každý se může rozhodnout, zda si třeba zaplatí pečovatelku, nebo za péči přispěje své vlastní rodině. Schopnost zvládnout péči o sebe a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci někoho jiného, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. O příspěvek lze požádat na obecním úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt. V současné době je vypláceno lidem, kteří potřebují pomoc jiného člověka, tzv. zvýšení důchodu pro bezmocnost, a lidem, kteří o ně pečují, je vyplácen příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. V těchto případech bude příspěvek na péči náležet ze zákona bez nutnosti podat

žádost a bude vyplacen v lednu 2007 (Žárský, 2006). Výše příspěvku za kalendářní měsíc osobám nad 18 let věku činí:

- + 2000 Kč v případě lehké závislosti na pomoci dalších osob
- + 4000 Kč v případě středně těžké závislosti
- + 8000 Kč v případě těžké závislosti
- + 11000 Kč v případě úplné závislosti

Výše příspěvku na péči závisí na tom, jak vysoký stupeň závislosti na pomoci dalších lidí přiznají jednotlivým žadatelům pracovníci úřadu práce. První stupeň bude žadateli přiznán, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12. úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Pro druhý stupeň se požaduje více než 18 úkonů, pro třetí stupeň je to více než 24 úkonů. Čtvrtý stupeň se přiznává při více než 30. úkonech péče, které žadatel nemůže zvládnout sám. Při posuzování stupně závislosti se bude hodnotit, jak člověk zvládá úkony běžného života: příprava stravy, podávání, porcování stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání, výkon fyziologické potřeby, apod. (Němec, 2006). Příjemce dávky si může sjednat službu sám přímo s poskytovatelem bez toho, aby mu ji jako dosud všechny musely vždy schvalovat úřady. Změny nastanou i těm lidem, kteří nevyužívají žádné sociální služby, ale jsou závislí na pomoci druhých. V těchto případech pobírají lidé vyžadující péči, ale i pečující osoby od státu finanční prostředky. Jedná se o zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu.

Příjemci zvýšení důchodu pro bezmocnost bude náležet příspěvek na péči v té výši, která odpovídá dosavadnímu stupni bezmocnosti, tj. při částečné bezmocnosti příspěvek ve výši I. stupně závislosti, při převážné bezmocnosti příspěvek ve výši II. stupně závislosti a při úplné bezmocnosti příspěvek ve výši III. stupně závislosti (Merhautová, 2006).

1.11.1 Nový zákon o sociálních službách a domovy důchodců

V novém zákoně o sociálních službách se již neobjevuje název „domov důchodců“ a je nahrazen termínem „domov pro seniory“. Zákon také nezná termín „domovy penzióny pro důchodce“. Tento druh zařízení se bude muset přetřansformovat na jinou službu. Nabízí se více možností – převést domovy penzióny pro důchodce do bytového fondu a registrovat se jako poskytovatel pečovatelské služby nebo podpora samostatného bydlení, nebo ponechat stávající formu bydlení a registrovat se pro domov pro seniory nebo službu chráněného bydlení, případně zvolit nějakou formu kombinace (Grätz, 2006).

Zákon 108/2006 Sb. říká, že v domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytování ubytování, stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Sociální služby se poskytují osobám bez úhrady, částečnou nebo úplnou úhradu nákladů. Sociální služby poskytované bez úhrady: sociální poradenství, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro seniory, sociální rehabilitace, služby sociálně terapeutických dílen. Sociální služby poskytované za úhradu: za pobytové služby poskytované v domovech pro seniory. Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví prováděcí právní předpis. Po úhradě za ubytování a stravu musí osobě zůstat alespoň 15% jejího příjmu. Poskytovatel sociálních služeb může služby poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. O registraci rozhoduje krajský úřad příslušný podle místa trvalého bydliště. O poskytování sociální služby uzavírá osoba smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb (např. domov pro seniory). Smlouva o poskytnutí sociální služby musí být uzavřena v písemné formě. Změna se také týká pořadníků čekatelů na umístění do ústavu sociální péče, vedené podle dosavadních právních předpisů zůstávají v platnosti i po dni nabytí účinnosti tohoto zákona, nejdéle však po dobu tří let. Zřizovatelé ústavů sociálních služeb, kteří

vedli tyto pořadníky, předají tyto pořadníky ve lhůtě dvou měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb (zákon 108/2006).

1.11.2 ÚSP Hvízdal a jeho transformace dle zákona č. 108/2006

ÚSP Hvízdal změnil svůj název na Domov pro seniory Hvízdal, p. o. Na základě Zřizovací listiny poskytuje toto zařízení sociální služby občanům s trvalým pobytem ve městě České Budějovice. Zařízení provozuje odlehčovací služby a pro tyto má vyčleněna dvě lůžka, jedno pro muže a jedno pro ženu s maximální délkou pobytu na tři měsíce. Odlehčovací služby jsou pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Dále Domov pro seniory zřídil domov pro osoby se zdravotním postižením. Pro tyto služby má vyčleněno 69 lůžek. Ubytování je ve dvoulůžkových pokojích na stanici 4C a 5B. Poskytují se pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Součástí zařízení je také domov pro seniory. Pro tyto služby má zařízení vyčleněno 165 lůžek. Jedná se o jednolůžkové pokoje na stanici 2D a 3E. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Další nedílnou součástí je domov se zvláštním režimem. Pro tyto služby má zařízení vyčleněno 34 lůžek. Jedná se o dvoulůžkové pokoje na stanici 6A (Kubelová, 2007). V domově se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence. Režim v tomto zařízení při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Králová a Rážová, 2003).

Na základě Zřizovací listiny Domova pro seniory Hvízdal neposkytuje toto zařízení služby osobám trpícím alkoholismem a jinými závažnými toxikomániemi (Kubelová, 2007).

2. CÍL PRÁCE

Cílem práce je popsat a zmapovat adaptační proces klientů Domova důchodců Hvízdal a pojmenovat největší problémy v rámci tohoto procesu.

3. METODIKA

3.1 Popis metodiky

Byly použity techniky kvalitativního výzkumu: řízené rozhovory s vybranými klienty Domova pro seniory Hvízdal, kasuistiky klientů, neřízené rozhovory se sociálními pracovníky a jako pomocná metoda byla využita sekundární analýza dat – sociální dokumentace klientů Domova pro seniory Hvízdal. Otázky řízeného rozhovoru byly vedeny tak, aby byly srozumitelné, jednoznačné a koncipované tak, aby odpovídaly cílové skupině respondentů. Dotazovaní byli seznámeni, za jakým účelem byl rozhovor pořizován, a byli ujisti o jeho anonymitě. V rozhovoru byly mnohdy použity citlivé otázky týkající se soukromí respondentů, proto bylo nutné volit individuální přístup k respondentům a brát ohled na respondentovo chování, momentální zdravotní i psychický stav a na prostředí dotazovaných. Přepis otázek řízeného rozhovoru je přiložen v příloze 3.

3.2 Charakteristika souboru.

V rámci souboru klientů Domova pro seniory Hvízdal bylo vybráno devět klientů pro řízený rozhovor (výsledky řízeného rozhovoru byly zaznamenávány písemnou formou se souhlasem respondentů). Výběr byl podmíněn třemi základními kritérii:

1. kognitivní funkce klienta jsou zachovány v plné výši
2. klient je v zařízení umístěn déle než jeden rok
3. ochota zúčastnit se výzkumu

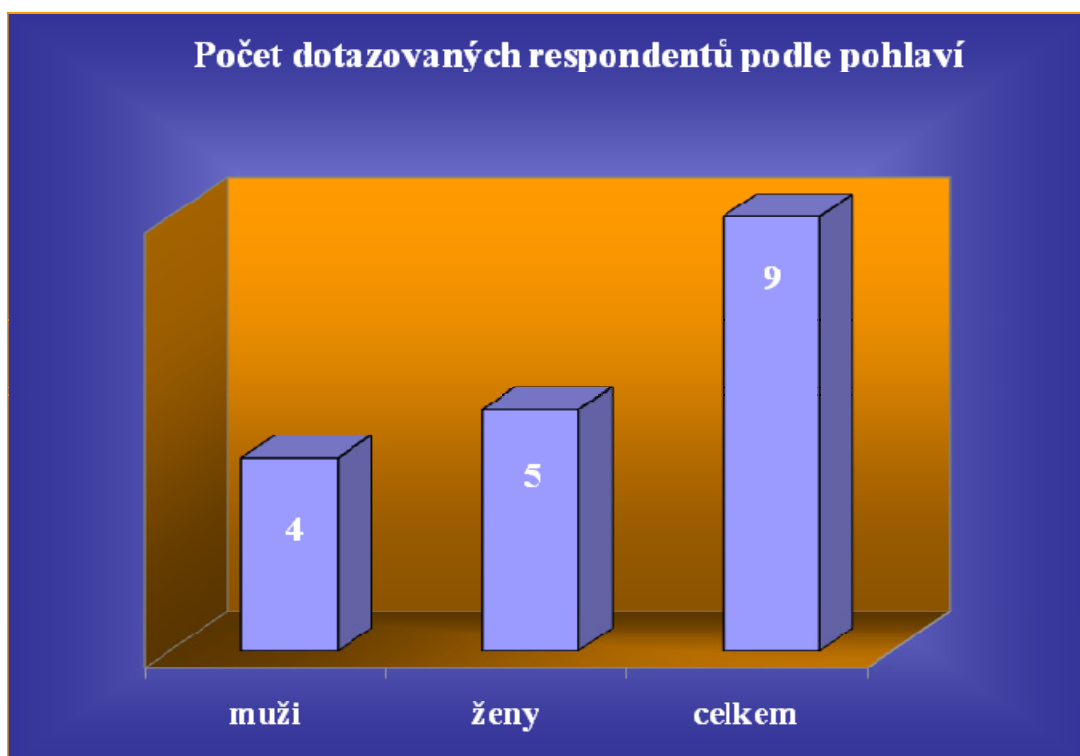
Kognitivní schopnosti klientů byly ověřeny testem Mini Mental State Examination (příloha 1) a Barthelovo testem základních denních činností. Tento test hodnotí stupeň soběstačnosti nebo naopak závislosti na péči okolí (příloha 2). Výzkum v Domově pro seniory Hvízdal probíhal od září do prosince 2006. Výběr klientů odpovídal procentuálnímu zastoupení jednotlivých věkových kategorií v rámci celého zařízení. Zkoumaná data byla zpracována formou tabulek a grafů. Všichni oslovení klienti byli ochotni zúčastnit se výzkumu a zodpověděli všechny mnou položené otázky.

4. VÝSLEDKY

4.1 výsledky řízených rozhovorů

Klienti byli v úvodní části výzkumu dotazováni na identifikační údaje (pohlaví, věk, stav).

Graf 1



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu devíti dotazovaných klientů Domova pro seniory Hvízdal¹ bylo 5 žen a 4 muži.

¹ Vzhledem k tomu, že od ledna 2007 nabyl účinnosti nový zákon o sociálních službách, ve kterém se mění terminologie, domov důchodců se přetřansformoval na domov pro seniory, bude v komentářích a v diskusi použit již nový výraz domov pro seniory Hvízdal. Ale zároveň je třeba zdůraznit, že výzkum probíhal v roce 2006, takže v otázkách pro řízený rozhovor je použit termín domov důchodců.

Tabulka 1: Věková struktura respondentů

Věk	Muži	ženy	Počet celkem
60-70 let	2	1	3
71-75 let	1	2	3
76-80 let	1	1	2
81-85 let	0	1	1
> 85 let	0	0	0
Počet celkem	4	5	9

Zdroj: vlastní výzkum

Věková struktura u dotazovaných mužů byla následující: ve věkovém rozmezí 60 – 70 let nebyl žádný respondent, v rozmezí 71 – 75 let byli dva respondenti, ve věku 76 – 80 let byl jeden respondent, ve věku 81 – 85 let byl jeden respondent a ve věkovém rozmezí 85 a více let nebyl žádný respondent. U žen bylo zaznamenáno následující věkové rozmezí: ve věku 60 – 70 let odpovídala jedna žena, ve věkovém rozmezí 71 – 75 let odpovídaly dvě ženy, ve věkovém rozmezí 76 – 80 let odpovídala jedna žena, ve věkovém rozmezí 81 – 85 let odpovídala jedna žena a ve věkovém rozmezí 85 a více let neodpovídala žádná žena.

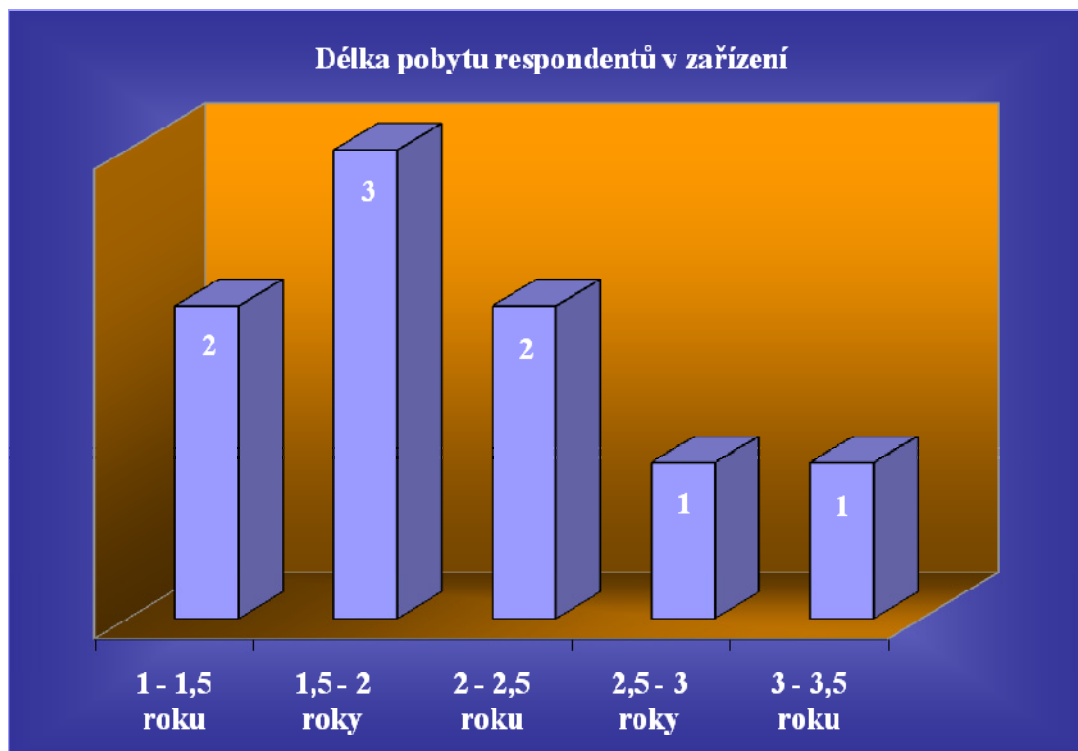
Tabulka 2: Rozdělení respondentů podle rodinného stavu

Stav	Muži	ženy	Celkem
svobodný svobodná	0	0	0
ženatý vdaná	0	0	0
rozvedený rozvedená	1	0	1
vdovec vdova	3	5	8
Počet celkem	4	5	9

Zdroj: vlastní výzkum

Žádný z dotazovaných mužů nebyl svobodný, jeden muž byl rozvedený a zbývající tři muži byli vdovci. U dotazovaných žen byl jejich stav zaznamenán následovně: žádná z dotazovaných žen nebyla svobodná ani rozvedená a všechny dotazované ženy byly vdovy.

Graf 2

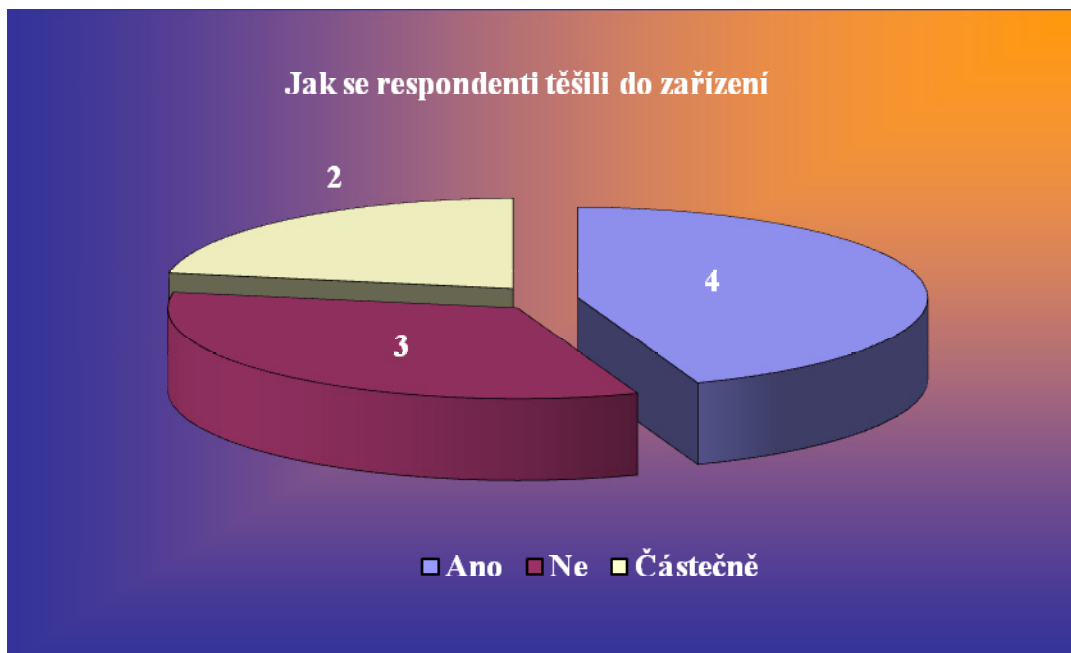


Zdroj: vlastní výzkum

Jak dlouho bydlíte v Domově důchodců Hvízdal?

Dva respondenti odpověděli, že bydlí v zařízení 1 – 1,5 roku, tři respondenti uvedli, že zařízení je jejich domovem již 1,5 – 2 roky, další dva respondenti uvedli, že v domově bydlí 2 – 2,5 roku, jeden dotazovaný uvedl, že bydlí v zařízení 2,5 – 3 roky a zbývající jeden respondent bydlí v zařízení 3 – 3,5 roku.

Graf 3



Zdroj: vlastní výzkum

Těšil/a jste se na přijetí do Domova důchodců?

Respondenti měli možnost vybrat si z následujících možností: ano, ne, částečně. Čtyři respondenti uvedli, že se těšili na přijetí do Domova pro seniory Hvízdal. Tři oslovení respondenti se netěšili do zařízení a zbývající dva respondenti uvedli, že se těšili částečně.

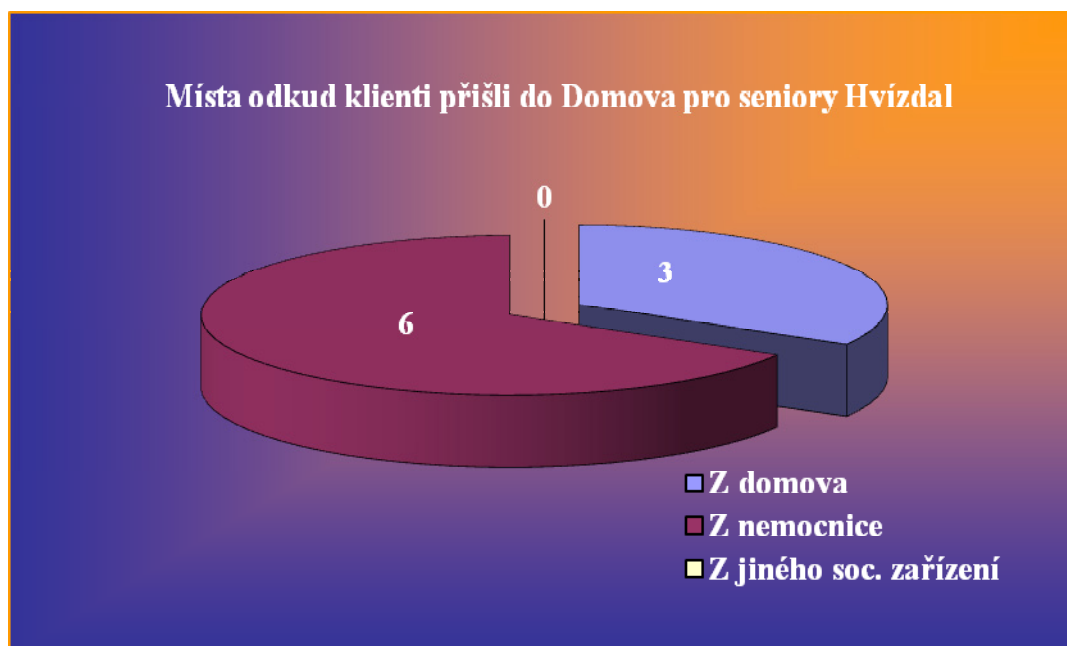
Jestliže jste se netěšil/a nebo částečně těšil/a, uveďte prosím proč?

Jeden respondent, který se netěšil na přijetí do Domova pro seniory Hvízdal, jako důvod uvedl strach z neznámého prostředí, druhá respondentka uvedla, že pro pracovní zaneprázdněnost svých dětí (jejich časté pobyty v zahraničí) a vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se s rodinou víceméně dohodla na pobytu v ústavní péči. A třetí respondentka uvedla jako důvod vyřešení bytové situace pro svou vnučku, které poskytla dům, ve kterém celý život bydlela a již svými fyzickými silami nestačila na obstarávání domu.

Jaké bylo Vaše zaměstnání před odchodem do starobního důchodu?

Čtyři dotazovaní respondenti pracovali celý život v dělnických profesích, dva respondenti byli státní zaměstnanci (administrativní práce), jedna dotazovaná respondentka byla učitelkou a zbývající dva respondenti pracovali v zemědělské výrobě.

Graf 4

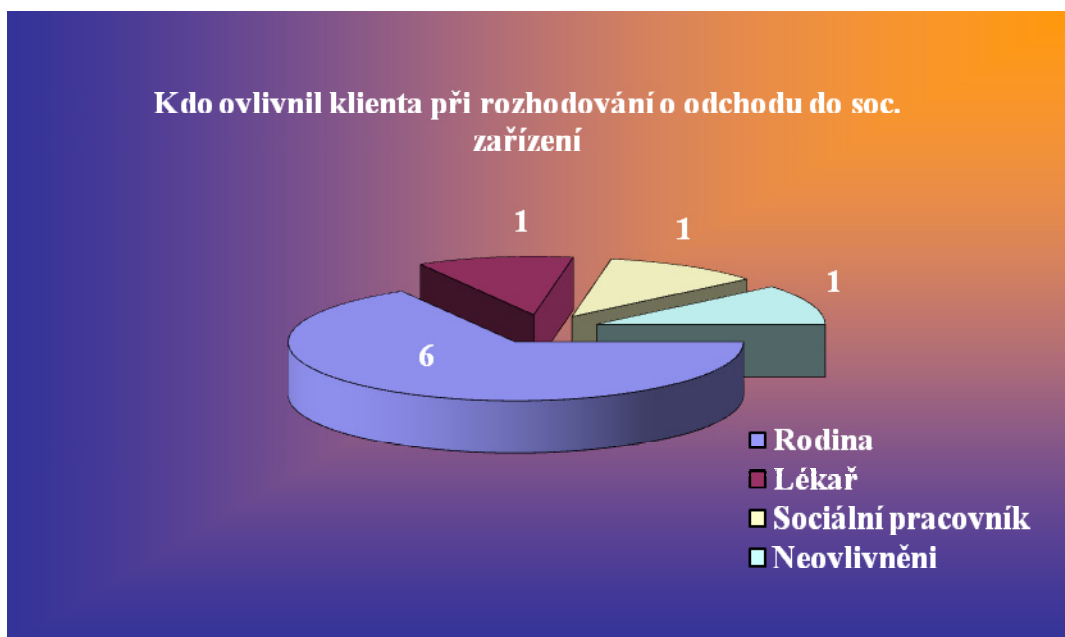


Zdroj: vlastní výzkum

Z jakého prostředí jste přišel/a do Domova důchodců?

Respondenti měli možnost vybrat si z následujících možností: z domova, z nemocnice nebo z jiného sociálního zařízení. Tři respondenti přišli do zařízení ze svého domácího prostředí, šest respondentů přišlo z nemocnice. Žádný respondent neuvedl jiné sociální zařízení.

Graf 5



Zdroj: vlastní výzkum

Bylo Vaše rozhodnutí někým ovlivněno?

Osm z devíti dotazovaných respondentů uvedlo, že někým byli ovlivněni, pouze jeden respondent uvedl možnost ne – nebyl jsem nikým ovlivněn.

Jestliže bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno, uveďte prosím kým?

Šest respondentů uvedlo, že byli ovlivněni svoji rodinou, jeden respondent byl ovlivněn lékařem a jedna respondentka byla ovlivněna sociální pracovnící terénní služby Homecare.

Měl/a jste nějaký zásadní požadavek na Domov důchodců?

Šest respondentů zvolilo odpověď ano – měli jsme zásadní požadavek na Domov pro seniory Hvízdal a zbývající tři respondenti zvolili možnost ne – neměli jsme žádný zásadní požadavek na Domov pro seniory Hvízdal.

Jestliže jste měl/a nějaký zásadní požadavek, uveďte jaký?

Všichni tři respondenti, kteří měli zásadní požadavek, uvedli, že vyžadovali jednolůžkový pokoj.

Měl/a jste v Domově důchodců Hvízdal a Penzionu pro důchodce před Vaším nástupem do zařízení někoho známého z řad obyvatel?

Sedm respondentů uvedlo, že před nástupem do zařízení zde neměli žádného známého a zbývající dva respondenti uvedli, že zde již nějakého známého měli.

Máte nějaké blízké příbuzné, se kterými udržujete kontakt?

Osm respondentů zvolilo možnost ano – udržujeme kontakty se svými blízkými příbuznými a jeden respondent uvedl možnost ne – neudržuji žádné kontakty se svými blízkými příbuznými.

Graf 6



Zdroj: vlastní výzkum

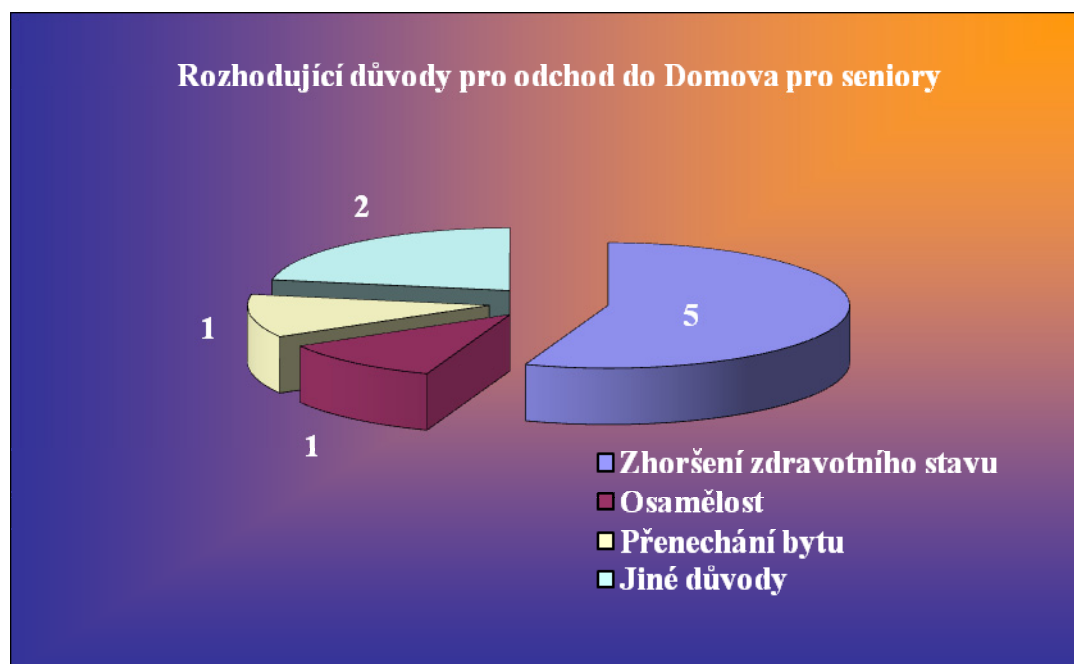
Změnil se po nástupu do Domova důchodců výrazně Váš životní styl?

Respondenti vybírali z následujících možností: ano – změnil se mi výrazně životní styl nebo ne – nezměnil se mi výrazně životní styl. Čtyřem dotazovaným respondentům se životní styl výrazně změnil. Zbývajících pět dotazovaných respondentů uvedlo, že po nástupu do zařízení se jejich životní styl výrazněji nezměnil.

Jestliže se Váš životní styl změnil, uveďte prosím jak?

Čtyřem respondentům, kterým se změnil po nástupu do zařízení výrazně životní styl, jako důvody uvedli, že se museli přizpůsobit režimu dne v zařízení, nemohou se již starat o zahrádku, na kterou byli celý život zvyklí, a dále respondentům vadila nepřítomnost satelitu v zařízení.

Graf 7



Zdroj: vlastní výzkum

Hlavní důvody, které Vás vedly k pobytu v Domově důchodců?

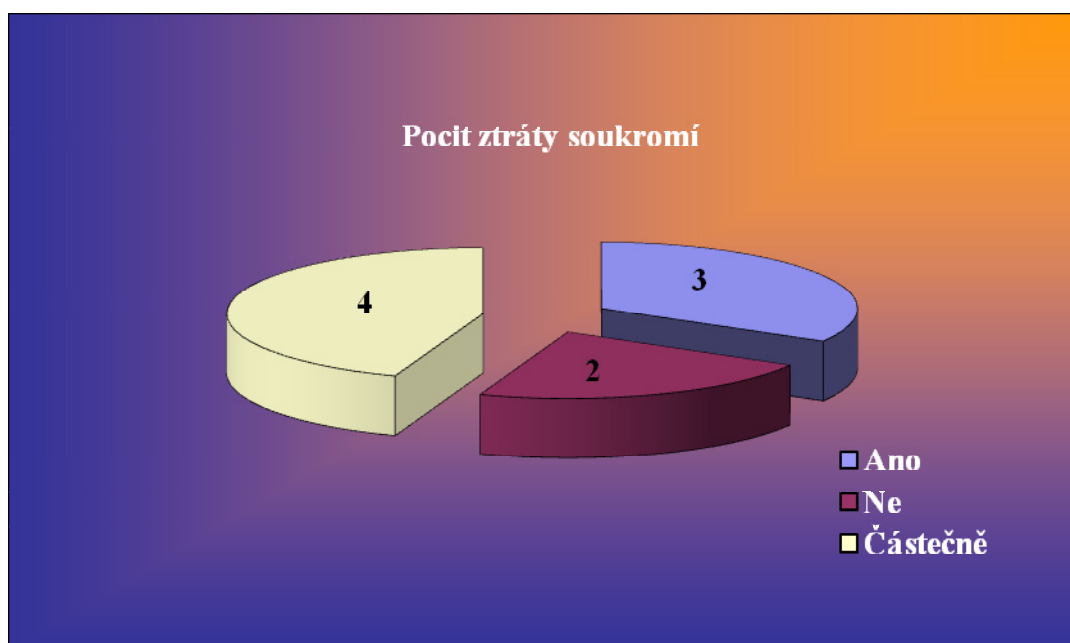
Respondenti vybírali z následujících možností: zhoršení zdravotního stavu, osamělost, přenechání bytu příbuzným, jiné důvody. Pět respondentů uvedlo, jako hlavní důvod jejich pobytu v Domově pro seniory Hvízdal, zhoršení zdravotního stavu.

Jeden respondent uvedl, že byl osamělý, jeden respondent uvedl jako hlavní důvod přenechání bytu příbuzným a zbývající dva respondenti uvedli jiné důvody.

Bydlíte na jednolůžkovém nebo dvoulůžkovém pokoji?

Šest z dotazovaných respondentů bydlí na dvoulůžkových pokojích a tři respondenti bydlí v jednolůžkových pokojích.

Graf 8



Zdroj: vlastní výzkum

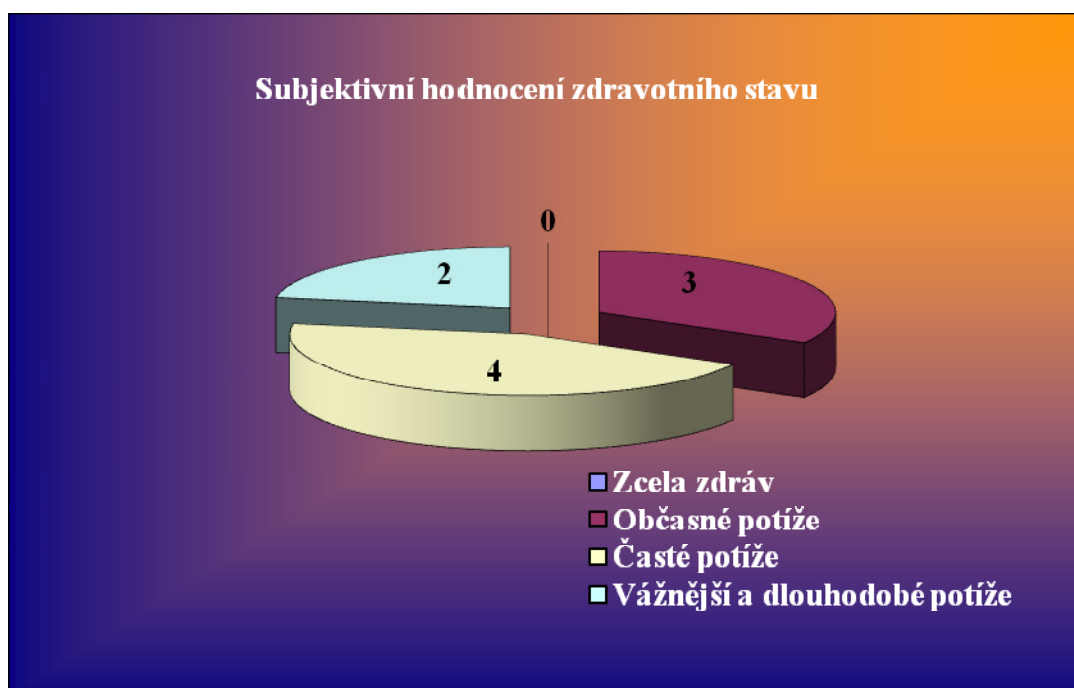
Pocitujete ztrátu soukromí?

Respondenti vybírali z následujících možností: ano, ne, částečně. Tři respondenti uvedli, že pocítují ztrátu svého soukromí, dva respondenti uvedli, že ztrátu soukromí nepocítují a zbývající čtyři klienti pocítují ztrátu soukromí pouze částečně.

Jestliže pociťujete ztrátu soukromí nebo částečnou ztrátu soukromí, uveďte prosím, jak se to projevuje?

Respondenti, kteří pociťovali ztrátu soukromí, uvedli, že jim nejvíce vadí nemožnost se zamknout na pokoji, možnost vstupu zmatených klientů do svého pokoje a celkově respondentům vadilo, že je v zařízení mnoho lidí.

Graf 9

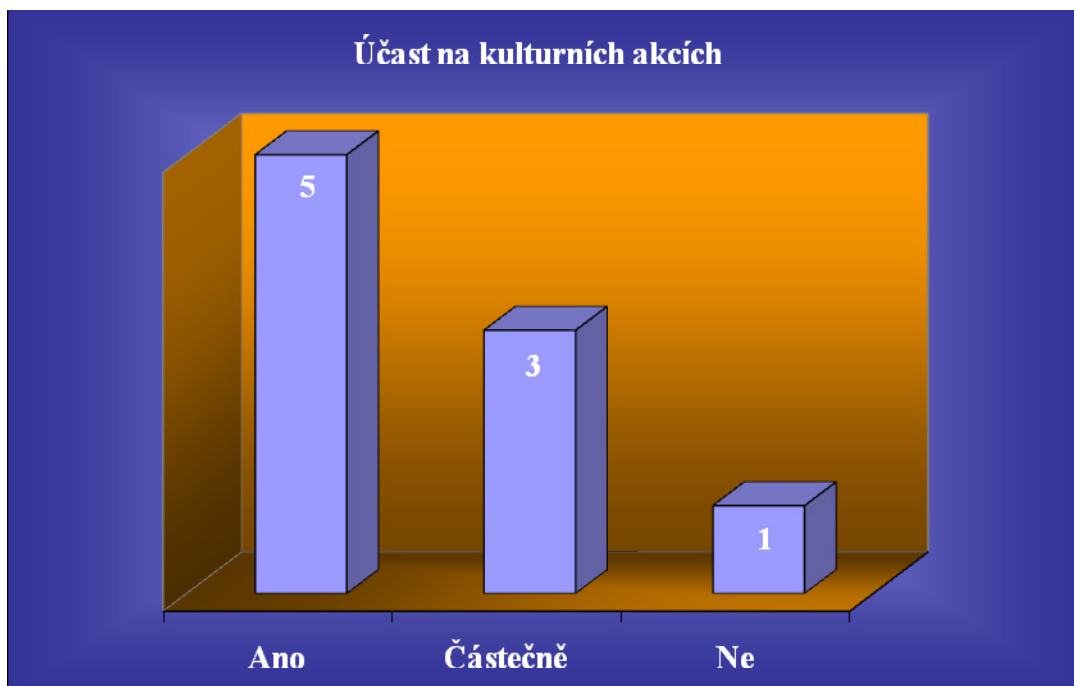


Zdroj: vlastní výzkum

Jaké je subjektivní hodnocení Vašeho zdravotního stavu?

Respondenti vybírali z následujících možností: jsem zcela zdrav, mám občasné potíže, mám časté potíže, mám vážnější a dlouhodobé potíže. Tři respondenti uvedli, že je trápí občasné zdravotní potíže, čtyři respondenti si stěžovali na časté zdravotní potíže. Dva respondenti uvedli, že trpí vážnějšími a dlouhodobými potížemi. Žádný z respondentů neuvedl, že je zcela zdrav.

Graf 10



Zdroj: vlastní výzkum

Zúčastňujete se pravidelně všech kulturních akcí v Domově důchodců?

Respondenti odpověď vybírali z následujících možností: ano, ne, některé kulturní akce nevyžívám. Pět dotazovaných respondentů pravidelně navštěvuje všechny kulturní akce pořádané v zařízení. Jeden respondent se těchto akcí vůbec neúčastní a zbývajících tři respondenti využívají všechny nabízené kulturní akce pouze částečně.

Pokud se neúčastňujete kulturních akcí, uveďte prosím proč?

Respondenti uváděli, že je omezuje jejich zdravotní stav nebo mají naplánovaný jiný program (např. sledují oblíbené seriály v televizi). Respondent, který se neúčastní žádných kulturních akcí, uvedl, že ho tyto šaškárny nebaví.

Jste spíše společenský typ nebo samotářský typ?

Pět z dotazovaných respondentů uvedlo, že jsou spíše společenský typ a čtyři respondenti se hodnotili spíše jako samotářský typ.

Graf 11



Zdroj: vlastní výzkum

Jste spokojen/a se zdravotnickou péčí ve Vašem Domově důchodců?

Respondenti vybírali z možností: ano, ne, částečně. Všech devět dotazovaných respondentů uvedlo, že jsou se zdravotnickou péčí spokojeni částečně.

Jestliže jste nespokojen/a nebo částečně spokojen/a se zdravotnickou péčí, prosím uveďte proč?

Zejména respondentům vadilo, že je v zařízení nedostatečné množství lékařů, stěžovali si na nedostatek času strávený u lékaře a také jim vadí velké množství doplatků za léky. Na druhou stranu respondenti kladně hodnotili péči sester.

Graf 12



Zdroj: vlastní výzkum

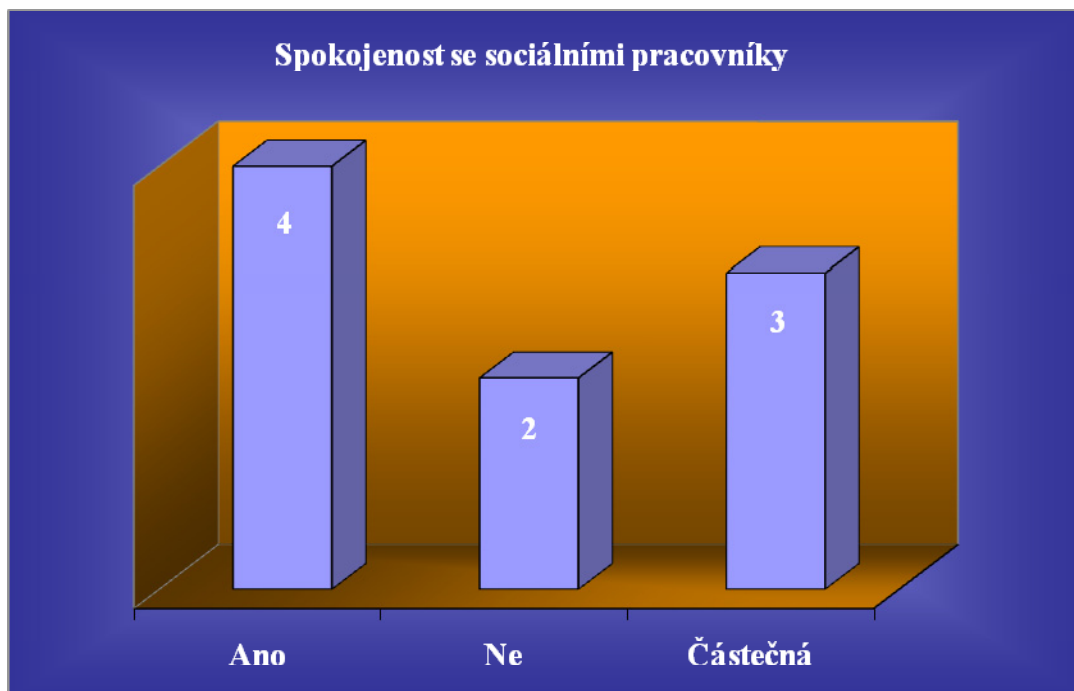
Jste spokojen/a s přístupem zdravotnického personálu?

Respondenti vybírali z následujících možností: ano, ne, částečně. Čtyři respondenti uvedli, že jsou s přístupem zdravotnického personálu spokojeni. Dva respondenti byli nespokojeni a zbývající tři respondenti byli spokojeni pouze částečně.

Jestliže jste nespokojen/a nebo částečně spokojen/a s přístupem zdravotnického personálu, uveďte prosím proč?

Jako důvody nespokojenosti respondenti uváděli, že zdravotnický personál bagatelizuje zásadní zdravotní problémy svých klientů a také, že zdravotnický personál věnuje málo času na komunikaci se svými klienty.

Graf 13



Zdroj: vlastní výzkum

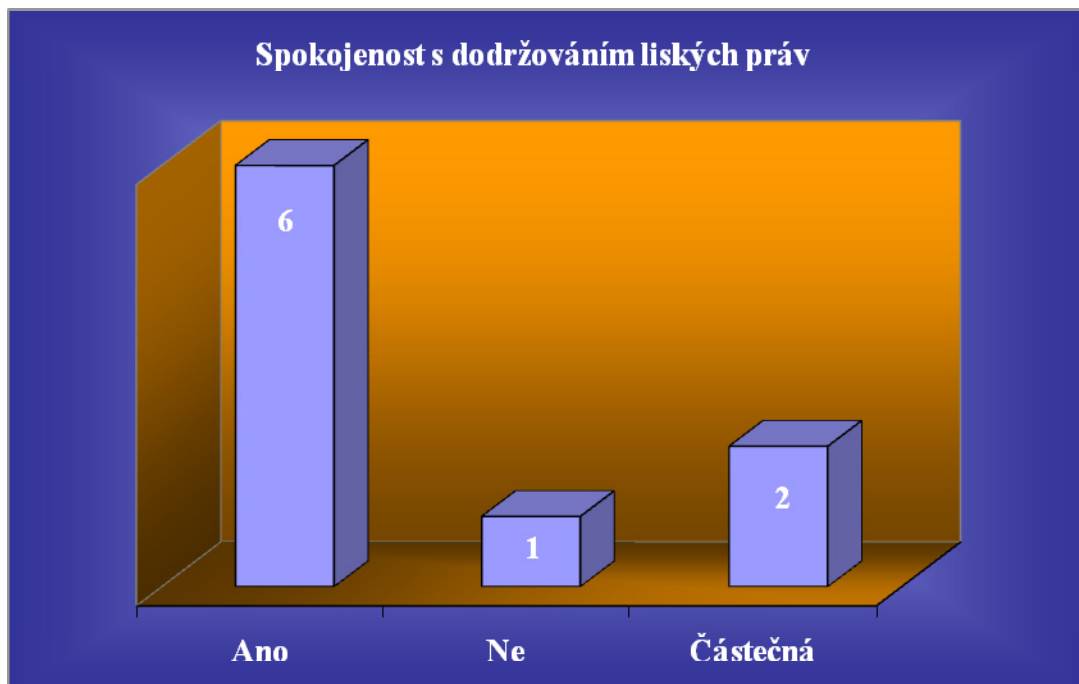
Jste spokojen/a s přístupem sociálních pracovníků?

Respondenti vybírali z možností: ano, ne, částečně. Čtyři dotazovaní respondenti jsou s přístupem sociálních pracovníků spokojeni. Dva respondenti jsou nespokojeni a zbývající tři respondenti jsou spokojeni částečně.

Jestliže jste nespokojen/a nebo částečně spokojen/a s přístupem sociálních pracovníků, uveďte prosím proč?

Respondenti mají pocit, že jejich připomínky týkající se třeba zařízení jsou občas bagatelizovány.

Graf 14



Zdroj: vlastní výzkum

Myslíte si, že je Vašem Domově důchodců dostatečně zachováno dodržování lidských práv?

Respondenti vybírali z následujících možností: ano, ne, částečně. Šest respondentů uvedlo možnost ano – v Domově pro seniory Hvízdal je dostatečně zachováno dodržování lidských práv. Jeden respondent uvedl možnost ne – nejsou zde dodržována lidská práva a zbývající dva respondenti si myslí, že v zařízení jsou lidská práva dodržována pouze částečně.

Jestliže si myslíte, že Vaše práva nejsou dostatečně dodržována nebo pouze částečně, uveďte prosím proč?

Negativní odpovědi byly odůvodněny tím, že nemají svoje klíče od pokojů a tudíž se nemohou zamknout a chránit si svoje soukromí. Dále některým respondentům vadí nutnost dodržovat domovní řád.

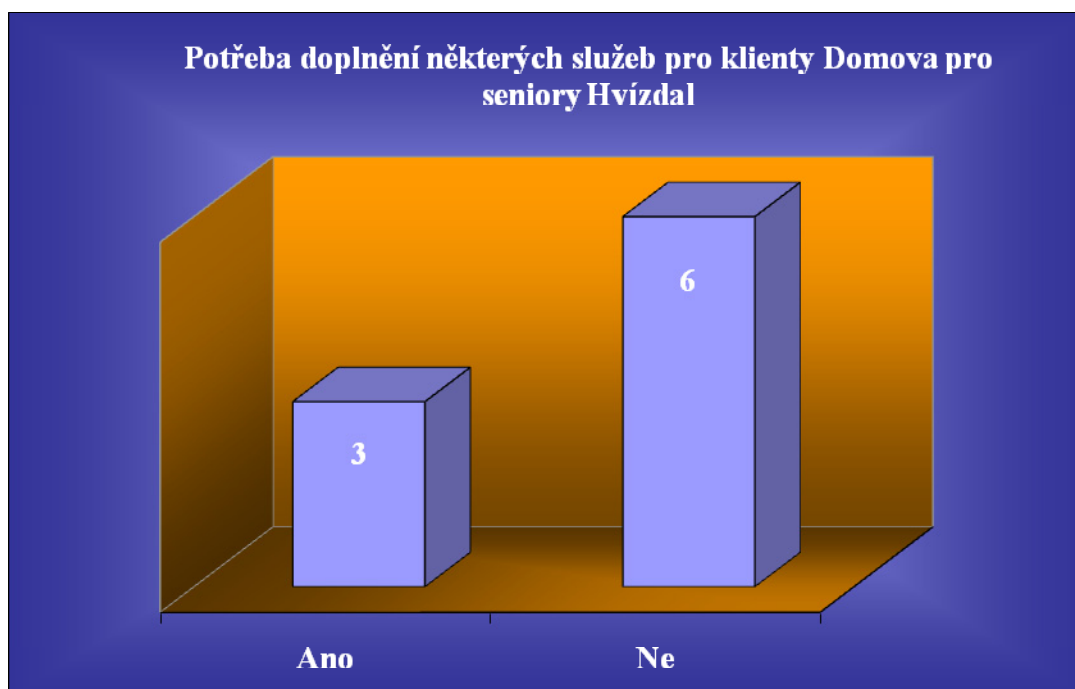
Jste spokojen/a se stravováním ve Vašem zařízení?

Respondenti vybírali z možností ano, ne, částečně. Tři respondenti jsou se stravováním spokojeni, jeden respondent vyjádřil svojí nespokojenost a zbývajících pět respondentů je spokojeno se stravováním částečně.

Jestliže jste nespokojen/a nebo částečně spokojen/a se stravováním, uveďte proč?

Někteří respondenti jsou nespokojeni s malým výběrem jídel a lékařem předepsanou dietou.

Graf 15



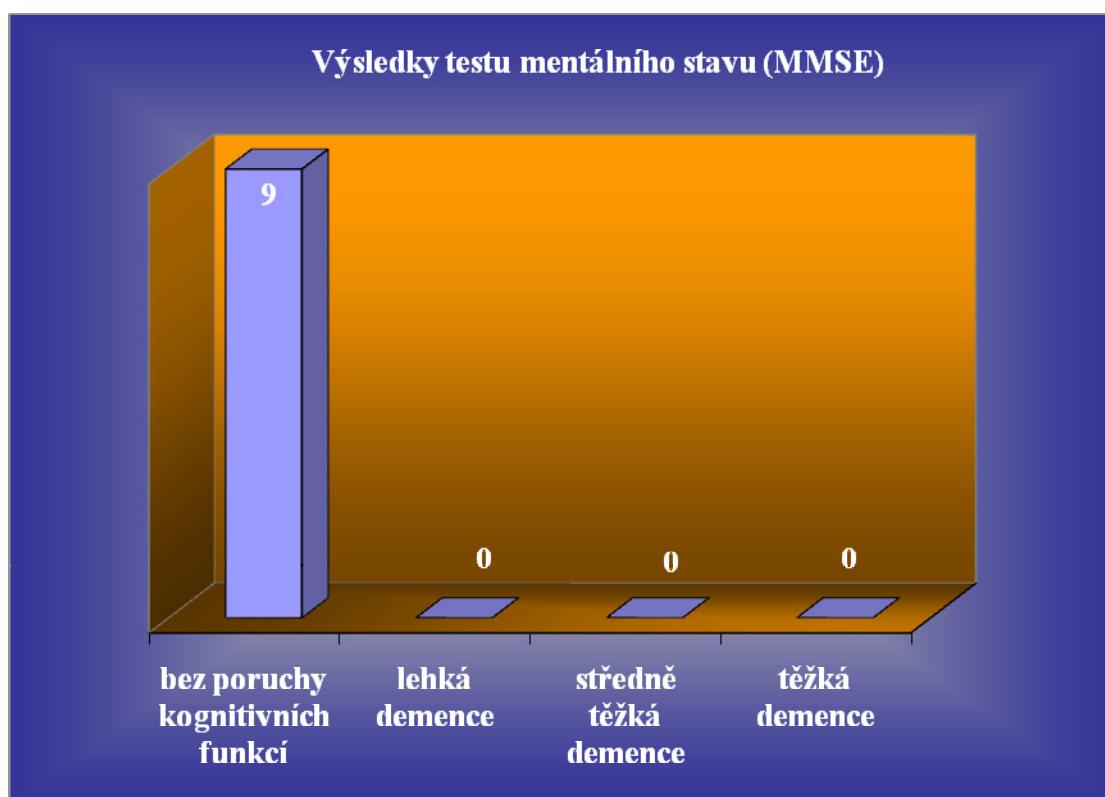
Zdroj: vlastní výzkum

Myslíte si, že by bylo ve Vašem zařízení zapotřebí doplnit nějakou službu?

Respondenti vybírali z možností ne, ano (uveďte jakou). Šest respondentů si myslí, že není třeba zavádět novou službu. Tři dotazovaní by novou službu uvítali, např. více odborných ordinací, přítomnost lékaře 24h denně, stravování formou jídelního lístku a možnost účasti na pravidelných divadelních či kulturních představeních pražských umělců v Domově pro seniory Hvízdal.

4. 2 Výsledky testu MMSE

Graf 16



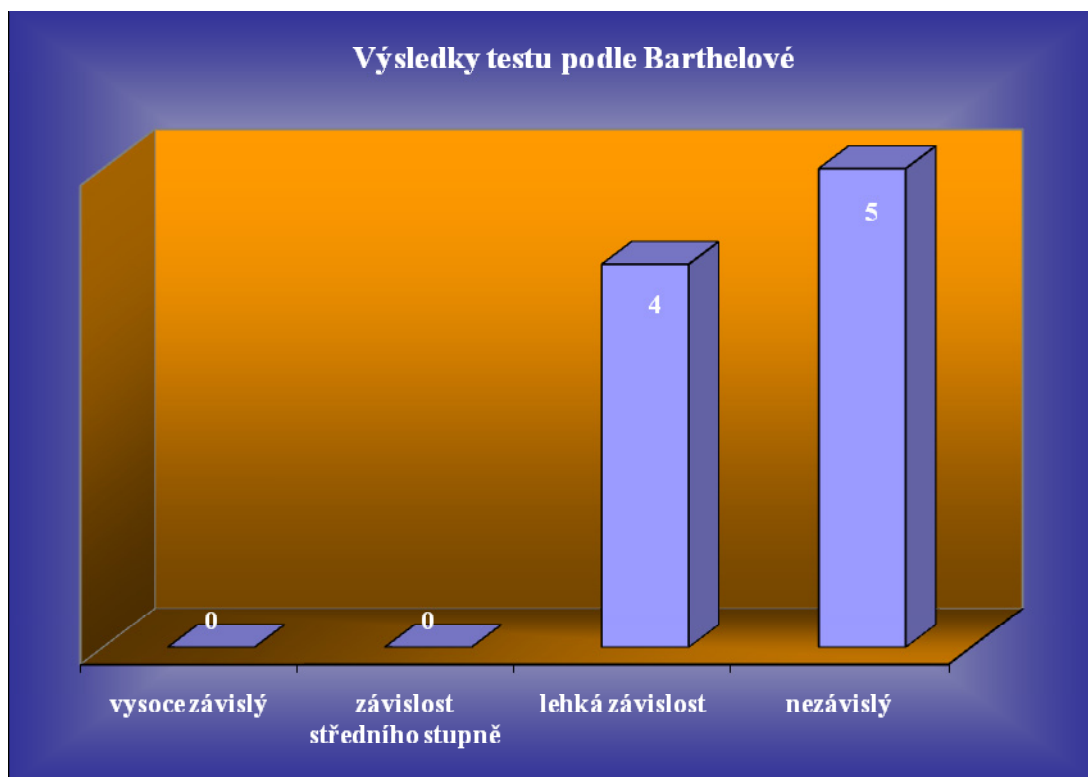
Zdroj: vlastní výzkum

Všech devět dotazovaných respondentů se v bodovém hodnocení pohybovalo v rozmezí 25 – 30 bodů, tj. bez poruchy kognitivních funkcí. Test mentálního stavu je složen z 30 otázek. Zaměřuje se na oblasti: orientace, registrace, pozornosti a počtů, paměti, jazyka a praxe. Bodové ohodnocení se pohybuje v rozmezí 0 – 1 bod. 0 bodů za odpověď nesprávnou či neúplnou a 1 bod za správnou odpověď. Výsledky testu mentálního stavu byly získány po předchozím odsouhlasení vybraných respondentů z jejich dokumentace. Test je přiložen v příloze 1.

Hodnocení: 25 – 30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
18 – 24 bodů	lehká demence
9 – 17 bodů	středně těžká demence
méně než 9 bodů	těžká demence

4.3 Výsledky testu základních všedních činností podle Barthela

Graf 17



Zdroj: vlastní výzkum

Čtyřem dotazovaným respondentům se bodové ohodnocení pohybovalo v rozmezí 65 – 95 bodů, tj. lehká závislost. Zbývajících pět respondentů dosáhlo 100 bodů, tj. nezávislost. Výsledky testu základních všedních činností podle Barthela byly opět získány po předchozím souhlasu vybraných respondentů z jejich dokumentace. Test je přiložen v příloze 2.

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

4.4 Kasuistiky

Ze vzorku dotazovaných respondentů byly vybrány čtyři kasuistiky získané ze zdravotně sociální dokumentace. Doplňující informace byly získány z neřízeného rozhovoru se sociálními pracovníky a ošetřujícím personálem.

Kasuistika 1

Muž L. K. 72 let, vdovec. Ve zdravotní anamnéze je uvedena hypertenze, stav po zlomenině krčku levé končetiny, artróza kyčelních a kolenních kloubů třetího stupně. Klient žije v zařízení 1 rok a sedm měsíců. Vychoval dvě děti, celý život pracoval v zemědělské výrobě. Záliby: luštění křížovek. Do Domova pro seniory Hvízdal přišel ze svého rodinného domu, na který byl velmi fixován. Pro svá předchozí onemocnění má omezenou pohyblivost. Pohybuje se s pomocí francouzských holí. Obě jeho děti potřebovaly vyřešit svou finanční situaci a po dlouhodobém psychickém nátlaku ze strany dětí si klient sám požádal o umístění do Domova pro seniory Hvízdal a rodinný dům i auto svým dětem odkázal. Tuto situaci sám těžce nese. O to více ho tíží skutečnost, že ho jeho blízcí navštěvují pouze jednou do roka. Klient L. K. je ve své podstatě samotářský typ. K pořádaným akcím se staví velice negativisticky a tvrdí, že ho tyto šaškárny nebaví. Další volnočasové aktivity, které mu byly nabídnuty, rovněž odmítá. Je s ním špatná komunikace a sám neví, co by ho případně zaujalo pro lepší naplnění jeho života. Strava mu nevyhovuje, chybí mu výběr z více jídel. Od smrti své manželky se prý už nikdy dobře nenajedl. Klient je sociálně otažitý i vůči svým spolubydlícím. Při přijetí do zařízení vyžadoval jednolůžkový pokoj, který mu byl přidělen. Smyslem jeho života se tak staly pouze sportovní přenosy v televizi. Klient se občas účastní komunit klientů s personálem, kde vyvolává názorové konflikty. Byla mu nabídnuta i konzultace s klinickým psychologem, tu však opakovaně odmítá. I přes svůj zdravotní stav nemá potřebu navštěvovat ošetřující lékaře. Přestože byla rodina opakovaně upozorňována na vhodnost častějších návštěv svého otce, kterému by to zdravotně i psychicky velice prospělo, intenzita návštěv je stále jednou ročně. On sám o své rodině vůbec nemluví. Má ve svém pokoji vystaveny fotografie pouze své zesnulé ženy a jedné vnučky. Celkově klient od doby přijetí do zařízení psychicky i tělesně

schází. V zařízení vyvolává klient rozsáhlé konflikty s ostatními obyvateli, v důsledku toho se musel opakovaně stěhovat z jedné stanice na druhou.

Výsledek: klientova adaptační fáze dosud probíhá a jeví se jako velmi problematická. Příčinou mohou být jeho povahové vlastnosti nebo jeho velmi špatný kontakt s rodinou. Závěrem lze předpokládat velmi nízkou pravděpodobnost sžití se se zařízením, s obyvateli, personálem a jeho zapojením do života v jeho novém domově.

Kasuistika 2

Žena, A. K. 68 let, vdova, původní bydliště České Budějovice, klientka celý život pracovala v dělnických profesích, v zařízení bydlí jeden rok a čtyři měsíce, má 2 dcery. Zdravotní stav: diabetička, klientka je chodící, hypertonička. Záliby: televizní seriály, hraní karet. Před nástupem do zařízení bydlela ve staré zástavbě v bytě čtvrté kategorie. V tomto bytě byla nucena před nástupem do zařízení využívat jeden rok služby Homecare. Klientka byla díky svým zdravotním obtížím často hospitalizována v nemocnici. V Domově pro seniory Hvízdal měla klienta kamarádku, kterou často navštěvovala. Toto zařízení se jí velice líbilo a kamarádka ji rovněž pozitivně motivovala k nástupu do zařízení. Klientce doporučil nástup do zařízení její ošetřující lékař. Dcery matku navštěvují pravidelně jednou měsíčně a některé svátky s nimi také tráví. Nicméně sociální pracovnice autorku práce upozornily, že pravidelné měsíční návštěvy dcer klientky probíhají ze zcela zřejmého důvodu. Přicházejí ke konci měsíce, kdy je klientce vyplácen důchod. Na dotaz sociálních pracovnic, zda klientce zbývají volné finanční prostředky po zaplacení všech výdajů spojených s pobytem v zařízení, klientka uvedla, že žádné peníze navíc nepotřebuje. V Domově pro seniory Hvízdal jí nic nechybí a zbylé peníze ráda poskytne svým dcerám a vnoučatům, která to dle klientky potřebují mnohem více než ona. V zařízení je ubytována na dvoulůžkovém pokoji. Se svojí spolubydlící si výborně rozumí, mají společné zájmy. Aktivně se účastní všech nabízených společenských akcí a volnočasových aktivit. K obyvatelům i personálu je klientka velice vstřícná a přívětivá. V zařízení je spokojená a má zde veškerou péči. Nový a tolik diskutovaný sociální zákon jí nečiní žádné starosti. Jediné věci, které se obává, je že jí její diabetes bude zhoršovat zrak a nebude moci číst své tolik oblíbené zamilované romány. Nový zákon o sociálních službách ale dělá nemalé starosti dcerám klientky. Obávají se, zda jejich maminka nebude muset platit více peněz než dosud. Občas klientka poruší nařízenou diabetickou dietu a tak je nutný zvýšený ošetrovatelský dohled z důvodu odebrání glykémie. Ráda chodí se svou kamarádkou na vycházky do okolí.

Výsledek: Z pohledu adaptačního procesu se tato klientka jeví jako bezproblémová, tudíž adaptace na nové prostředí je velmi rychlá. Důvodem byla znalost prostředí před nástupem do zařízení, přítomnost její dlouholeté kamarádky a v neposlední řadě blízký kontakt s rodinou. Celkově se také zlepšila kvalita jejího života i přestěhováním z nevyhovujících bytových prostor do nadstandardně vybaveného zařízení.

Kasuistika 3

Žena, Z. T. 75 let, vdova, původním povoláním státní zaměstnankyně (administrativní práce), v zařízení bydlí dva roky a tři měsíce, má dva syny. Jeden trvale žije v zahraničí, druhý bydlí s rodinou v Táboře. Zdravotní stav: hypertonička, lehká cévní mozková příhoda, ischemická choroba srdeční. Záliby: háčkování a pletení. Po náhlé cévní mozkové příhodě byla klientka dlouhodobě hospitalizována na oddělení následné péče. Zde byla poměrně dobře zrehabilitována, ale zůstala jí špatná pohyblivost. Pohybuje se buď s dopomocí, nebo s kompenzační pomůckou. Na doporučení sociální pracovnice požádala o umístění do sociálního zařízení. Klientka byla umístěna na dvoulůžkový pokoj. Je sociálně komunikativní, ale poměrně naléhavá ve svých požadavcích na stravu a na svou spolubydlící a stěžuje si také na neustálé doplatky za léky. Vztah klientky se spolubydlící se často vyhrocoval. To vše bylo řešeno jak s ošetřujícím personálem a sociálními pracovníky, tak i s rodinou. V důsledku toho byla opakovaně přemístována na jiný pokoj. Klientka stále intenzivně žádá o pokoj jednolůžkový, ale nechce přistoupit na změnu platby. Klientku navštěvuje vždy jednou měsíčně její vnuk, který studuje v Českých Budějovicích a kterého dle jejích slov musí neustále finančně podporovat. Vzhledem k její špatné pohyblivosti se nemůže účastnit všech akcí pořádaných v domově i mimo zařízení. Mimo svůj pokoj udržuje sociální kontakty s obyvateli domova a pravidelně navštěvuje ošetřujícího lékaře. Využívá rehabilitačních služeb v zařízení a celkově o sebe dbá, což dokazují její pravidelné návštěvy kadeřníka a pedikérky. Často se zmiňuje o synovi žijícím v zahraničí, který s ní udržuje pouze občasný telefonický kontakt. Trápí ji vážné obavy, že než se syn vrátí domů, ona zemře. Jedinou její motivací je ukončení vysokoškolského studia jejího vnuka, kterého finančně podporuje. Klientka šetří tak, že často nemá ani na doplatky na léky. Její současný zdravotní stav je poměrně stabilizován, neboť pacientka o sebe zdravotně dbá. Klientka po svém nástupu do zařízení byla značně vybíravá, ale díky vstřícnosti veškerého personálu ve snaze vyhovět jí v jejích požadavcích, se klientka postupem doby stávala bezproblémovou a cítila se spokojená.

Výsledek: Adaptační proces u této klientky měl ne zcela bezproblémový průběh, trval delší dobu, ale výsledkem usilovné spolupráce jak klientky, tak obyvatel a personálu bylo dosaženo úspěšné adaptace klientky na nové prostředí.

Kasuistika 4

Žena, 76 let, vdova, původním povoláním učitelka, bezdětná, v zařízení bydlí tři roky. Zdravotní stav: hypertonička, diabetes mellitus, poruchy spánku, emočně labilní, kuřačka. Záliby: četba, hudba, divadlo. Do Domova pro seniory Hvízdal byla klientka umístěna po ročním pobytu na oddělení následné péče v nemocnici. Klientka neustále vyžaduje informace o novém sociálním zákonu. Trpí obavami, že její výše důchodu bude pro pobyt nedostatečná. Stěžuje si také, že je pro ni vše příliš drahé a nezbývají jí peníze na oblečení, kosmetiku a vitamíny, které by tolik potřebovala. Klientka má patologické obavy o svůj zdravotní stav. Neustále vyžaduje u sloužících sester při službách opakovaná nesmyslná vyšetření u odborných lékařů. Klientku v zařízení nenavštěvují žádní přátelé. Ostatním klientům jejich návštěvy znepříjemňuje nevhodnými poznámkami. Nejvíce jí obtěžují dětské návštěvy, které tvoří nadměrný hluk. Kulturních akcí v zařízení se sice účastní, ale ve výsledku je stejně vždy nespokojená s odůvodněním, že tyto akce pro ni nemají žádnou společenskou úroveň. Výhrady má také při společném stravování, kdy neustále napomíná své spolubydlící, že si nevhodně vyndávají své zubní protézy na stůl. V kolektivu svých spolubydlících je neoblíbená. Klientka bydlí na jednolůžkovém pokoji, kde má chaotický nepořádek se spoustou lékařských časopisů. Využívá nabízených rozhovorů s klinickým psychologem v zařízení, se kterým si prý vždy velice dobře popovídá a tvrdí, že on je jediný rozumný člověk v tomto zařízení.

Výsledek: Adaptační proces u klientky dosud probíhá. S přibývajícím délkou pobytu se u klientky neprojevují výraznější pokroky v adaptaci, projevují se pouze patrné náznaky zlepšení.

5. DISKUSE

Na rozhodnutí o nástupu klienta do zařízení dlouhodobé ústavní péče se podílí v různém stupni vzájemné propojenosti několik faktorů. K hlavním patří funkční stav klienta, funkční náročnost jeho domácího prostředí, kapacita, úroveň a pověst zařízení dlouhodobé ústavní péče, sebehodnocení a životní priority klienta, sociální podmínky (finanční i vztahové zázemí, rodinný stav, vztahy s dětmi). Výsledky autorčina výzkumu potvrdily, že důvodem přijetí do dlouhodobé ústavní péče je především špatný zdravotní stav, ztráta soběstačnosti v domácím prostředí a osamělost (graf 7). Autorka se domnívá, že zdravotní stav a subjektivní pohled na svůj zdravotní stav je jedním z nejdůležitějších činitelů, které ovlivňují úspěšnou adaptaci na nové prostředí (graf 9). Autorka se také domnívá, že umístování klientů do sociálního zařízení zejména z důvodu zhoršeného zdravotního stavu se negativně projevuje v délce adaptačního procesu. Podle Kalvacha je dalším důvodem k přijetí do zařízení ústavní péče nedostatek finančních prostředků k úhradě nájmu či ztráta bytu (Kalvach, 2004). Toto tvrzení autorky výzkum potvrdil pouze zčásti. Jedna respondentka uvedla, že již svými fyzickými silami nestačila na obstarávání domu a poskytla ho své vnučce. Kalvach dále uvádí, že často jsou důležitější vlastní zájmy jiných osob, např. členů rodiny, než zájmy žadatelů o přijetí (Kalvach, 2004). S tímto tvrzením se výzkum autorky ztotožnil. Odchodem do ústavního sociálního zařízení navždy opouští senior svůj domov i navyký způsob života. V novém prostředí se musí adaptovat, přizpůsobit se novým podmínkám, situacím i režimu nového domova. Často se stává, že rodina řeší nepříznivou sociální a zdravotní situaci „na poslední chvíli“ a senior se dostává do domova pro seniory sice se souhlasem, ale s přijetím do ústavu není vnitřně ztotožněn.

Jedlička konstatuje, že příchodem do domova důchodců dochází často k izolaci, ztrácí se vazby na život společnosti (Jedlička, 1991). Senior v ústavní péči může být z pohledu společenského a sociálního statusu, a také z důvodu vytržení z původních sociálních vazeb zařazen mezi rizikové klienty.

Kasalová uvádí, že závažným důvodem pobytu v sociálních zařízeních je sociální status, včetně rodinného stavu (Kasalová, 1991). Tak jako Kasalová je i autorka

práce přesvědčena o tom, že v zařízeních sociální péče převažují lidé, kteří nežijí v partnerském vztahu, zvláště lidé ovdovělí. V úvodu řízeného rozhovoru s klienty se autorka diplomové práce dotazovala na rodinný stav klientů. Osm z devíti dotazovaných byli vdovy nebo vdovci a zbývající jeden byl rozvedený (tabulka 2). Kalvach a Kasalová ve shodě konstatují, že bylo opakovaně prokázáno, že život v partnerském vztahu, vyšší vzdělání a vyšší společenský status, jsou spojeny s lepším zdravotním stavem a tím i nižší potřebou dlouhodobé ústavní péče (Kalvach, 2004, Kasalová, 1991). S tímto tvrzením se autorka potencionálně ztotožňuje. Z výzkumu autorky sice vyplynulo, že vyšší vzdělání a společenský status klienta nemusí být vždy zárukou lepšího zdravotního stavu a zároveň i nižší potřebou dlouhodobé ústavní péče (kasuistika 4). Zároveň je nutné podotknout, že výsledky uváděné v této práci je možno vztáhnout pouze na zařízení Domov pro seniory Hvízdal. Pokud by se v této části provedl reprezentativní výzkum na odpovídajícím vzorku seniorské populace lze předpokládat shodu s autory.

Matoušek se domnívá, že poruchy rodinných vztahů by se však neměly přeceňovat. Mnohdy je výskyt „nežádoucího chování“ v tzv. disfunkčních rodinách obyvatel dlouhodobé ústavní péče obdobný jako v rodinách „normálních, eufunkčních“ (Matoušek, 1999). Nicméně Kasalová uvádí, že vůči svým příbuzným a k dlouhodobé institucionální péči se část rodin chová antisociálně – zneužívá sociální dávky i služby, stejně jako byty, důchody či jiný majetek svých příbuzných. Pozitivní podpurné emoční kontakty s klienty takové rodiny prakticky neudržují a zjištěně přicházejí převážně pro jejich důchody (Kasalová, 1991). Autorka diplomové práce se shoduje spíše s Kasalovou. Sociální pracovnice autorce uvedla, že k jedné dotazované klientce takto zjištěně její rodina přistupuje. Pravidelně jednou měsíčně klientku navštěvují přesně v den, kdy je vyplácen důchod. Klientka byla opakovaně intervenována sociální pracovníci na téma jejích financí. Byla také seznámena s tím, že Domov pro seniory Hvízdal má povinnost hájit práva svých klientů. Klientka byla dotázána, zda ví, že nemusí všechny své finanční prostředky dávat dcerám a vnoučatům, ale že si je může nechat pro svou osobní potřebu. Klientka opakovaně uvedla, že nic nepotřebuje a své rodině tyto finanční prostředky ráda poskytne (kasuistika 2). Tak jako u všech

dotazovaných respondentů byl i u této klientky proveden test mentálního stavu (MMSE). Výsledky klientky se pohybovaly v rozmezí 25 – 30 bodů tj. bez poruchy kognitivních funkcí. Otázkou však zůstává, zda jde opravdu o úplnou dobrovolnost či zda není klientka nějakým způsobem vydírána.

Bayer aj. uvádí, že v Kanadě byly v rámci rozsáhlé studie Canadian Study of Health and Aging identifikovány jako typičtí klienti dlouhodobé ústavní péče ženy mimo manželství, bez blízké pečující osoby s funkčními či kognitivními poruchami, po cévní mozkové příhodě, s diabetem mellitus (Bayer aj., 2004). Výsledky autorčina výzkumu i u takto minimálního vzorku klientů tento posudek kanadských autorů potvrdil a lze předpokládat, že kanadské tvrzení o charakteru klientely ústavní péče by byl potvrzen i v rámci ČR. Kalvach uvádí, že v prvních týdnech až měsících po vstupu do zařízení sociální péče, dochází k vyššímu počtu úmrtí klientů (Kalvach, 2004). Autorka diplomové práce se domnívá, že toto může být dáno pozdním či neindikovaným nástupem klienta ve špatném zdravotním stavu, kdy dochází k řešení pobytu seniora v terminálním stádiu nemoci (např. překladem z nemocničního oddělení), ale také stresovým vlivem vlastního nástupu. Autorka se dále domnívá, že za doby vzniku hospiců a lepšího fungování podpůrných služeb by již nemělo docházet k takto neindikovaným nástupům do zařízení sociální péče. K běžným adaptačním reakcím patří dle Matouška úzkostné reakce, změny chování, útlum (hypobulie, apatie) či agitovanost, emoční labilita, poruchy spánky (spavost i nespavost), psychosomatické projevy a zhoršení chronických zdravotních obtíží (bolesti, závratě, nechutenství, poruchy vyprazdňování, pocení) (Matoušek, 1999). Autorka výzkumu se s Matouškem shoduje. Výzkum potvrdil, že jde většinou pouze o přechodné problémy v době trvání adaptačního procesu. Po ukončení adaptačního procesu jsou tyto problémy většinou eliminovány (kasuistika 4).

Tak jako Dušová je i autorka práce přesvědčena o tom, že i ve stáří je nezbytnou součástí života tělesná a duševní aktivita. Skutečná podpora aktivity klienta znamená společné hledání toho, co jej naplňuje radostí a dává mu smysl. Aktivita má přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí či institucionalizací, nebo rozvinout to, co zůstalo skryto jako vnitřní možnost a příležitost k růstu. V prvních

měsících po přijetí klienta do zařízení je velmi důležité sžití se s komunitou, navázání nových sociálních kontaktů. Důležité je pro klienta také zajištění pocitu bezpečí. Je třeba respektovat osobnost klientů, jejich vůli, aktivitu i pasivitu, pokud odráží osobnostní zaměření a není projevem vynuceným negativními okolnostmi, např. rezignací. Zásadou při aktivizaci seniorů je vždy individualizovaný osobnostní přístup a přiměřenost. To vše přispívá k rychlejšímu a zdárnějšímu průběhu adaptačního procesu v zařízení (Dušová, 2004). Dotazováním klientů Domova pro seniory Hvízdal bylo zjištěno, že pět dotazovaných pravidelně navštěvuje všechny kulturní akce, které zařízení pořádá. Jeden respondent se těchto akcí vůbec neúčastní a zbývající tři respondenti nevyužívají všechny nabízené kulturní akce (graf 10). Autorka se dále dotazovala klientů, zda se jim po nástupu do zařízení výrazně změnil životní styl. Pět dotazovaných uvedlo, že se jim životní styl výrazně nezměnil. Čtyři klienti pocítovali výraznou změnu životního stylu (graf 6). Jako důvody uváděli nutnost přizpůsobení se režimu dne v zařízení, nemožnost starat se o zahrádku, atd.

Autorka práce se dále shoduje s Kalvachem, který uvádí, že starý člověk daleko více potřebuje důvěřovat svému bezprostřednímu okolí a zdůrazňuje výhodu, pokud klient zná prostředí, do něhož vstupuje. I při omezené pohyblivosti je žádoucí, aby klient zařízení navštívil ještě před vlastním nástupem, neboť tento fakt napomáhá pocitu svobodné volby (Kalvach, 2004). Totéž potvrdil i výzkum autorky u klientky, která navštěvovala Domov pro seniory Hvízdal již před nástupem do zařízení a jejíž adaptační proces pak po vstupu do zařízení proběhl bezproblémově (kasuistika 2).

Autorka souhlasí s tvrzením Kalvacha, který uvádí, že usnadnění adaptace by měl pomáhat přijímací proces zahrnující následující prvky:

Dobrovolnost vstupu. Přijetí do domova důchodců je striktně vázáno na písemnou žádost klienta, což odpovídá sociálně – právním aspektům. Klient se obvykle vzdává vlastního bytu, platí pobytové úhrady v domově, atd. Důležité je však i vnitřní ztotožnění se s nástupem, k němuž je nezbytný dostatek hodnověrných informací. Nástup by neměl být dobrovolný jen formálně, nýbrž pokud možno i přesvědčením či alespoň vlastní vůlí a volbou (Kalvach, 2004). Zde se autorka ztotožňuje s Kalvachem.

U seniora, který byl k nástupu do domova pro seniory fakticky dotlačen rodinou, adaptační proces nadále trvá a jeví se jako problémový (kasuistika 1).

Poučenost, znalost prostředí. Je výhodné, když klient zná prostředí, do něhož nastupuje. V zahraničí bývá uplatňován i frakcionovaný nástup – klient má možnost v zařízení strávit nejprve určitý čas (např. formou denního nebo týdenního pobytu) a teprve pak se definitivně rozhoduje (Kalvach, 2004). Autorka se shoduje s tvrzením, že je výhodná znalost prostředí, do kterého klient nastupuje. I frakcionovaný nástup do zařízení je v Domově pro seniory Hvízdal možný a to formou přechodného pobytu, kdy klient pobývá v zařízení takzvaně „na zkoušku“ zhruba jeden měsíc a poté se vrací zpět do svého domácího prostředí. Tato forma péče je klienty hojně využívána. Respitní péče je velice oblíbená u rodin klientů, např. když si potřebují odpočinout od intenzivní péče o své rodiče.

Podpora orientace v realitě (v prostoru i v čase) a bezbariérovost prostředí. Je důležité předcházet nedobrym zkušenostem zblouděním, ztrácením se, atd. Důsledně je třeba odstraňovat anonymitu personálu – čitelné jmenovky na oblečení i na pracovních místech (Kalvach, 2004).

Zachování důvěrnosti, důstojnosti, lidské slušnosti. Projevování zájmu a akceptace – přijímání klienta takového jaký je, bez předsudků a moralizování (Kalvach, 2004). Klienti Domova pro seniory Hvízdal byli také dotazováni, zda si myslí, že jsou v zařízení dostatečně dodržována jejich lidská práva. Šest klientů odpovědělo ano – jsou dodržována, jeden klient uvedl, že v zařízení lidská práva dodržována nejsou a zbývající dva si myslí, že jsou dodržována pouze zčásti (graf 14).

Přirozenost, civilnost, domáckost prostředí včetně pokud možno civilního oblečení personálu (Kalvach, 2004).

Informovanost o pravidlech života v zařízení. Pravidla by měla být ucelená, pochopitelná a pro klienty přijatelná (Kalvach, 2004).

Důsledné eliminování šikany a nevhodného zacházení jak ze strany personálu, tak ze strany klientů.

Čtít soukromí svých klientů (Kalvach, 2004). Autorka se dotazovala klientů, zda pociťují v zařízení ztrátu soukromí. Tři klienti uvedli, že pociťují ztrátu svého soukromí,

dva dotazovaní klienti tuto ztrátu nepociťují a zbývající čtyři klienti pociťují částečnou ztrátu soukromí (graf 8). Autorka se domnívá, že respektování soukromí klientů je důležitým činitelem, který ovlivňuje proces adaptace.

Nabídka dostatečného spektra aktivit. Cílevědomá práce s klientem po přijetí – např.: „ustanovení patrona“ - kontaktní osoby (psycholog, terapeut, sociální pracovníce), na niž se klient především během příjmové adaptační fáze prvních dvou až tří měsíců může obracet s problémy nad rámec běžných kontaktů s ostatními pracovníky. Osobní vztah pomáhá proti pocitu ztracenosti a bezmocnosti (Kalvach, 2004).

Důležité je stanovení a dodržení pevného harmonogramu pravidelných schůzek. V Domově pro seniory Hvízdal je kladen velký důraz na pravidelné schůzky klientů s vedením domova. Tyto schůzky dávají klientům pocit, že jsou důležitou součástí zařízení. Zejména v tak přelomovém období, kdy vstoupil v platnost nový zákon o sociálních službách, klienti s velkým zaujetím diskutovali nad problémy s tímto zákonem související. Sociální pracovníce uvedly, že největší strach měli klienti ohledně nových ekonomických pravidel (např. jestli budou platit zařízení více peněz, zda na to budou mít nebo jestli se budou muset přestěhovat jinam). Nový zákon jim přinášel existenční nejistotu a některým klientům se díky tomu prodloužil adaptační proces v zařízení (kasuistika 4). Nicméně lze říci, že nový zákon o sociálních službách dává klientům vysokou autonomii a předpokládá do budoucna rychlejší adaptabilitu klientů na nové prostředí.

Nástupní pohovor včetně komplexního geriatrického hodnocení ke stanovení priorit, přání, limitací, rizik, sociálního zázemí (např. od koho čerpá a očekává podporu v případech krizí a nouze) (Kalvach, 2004). S tímto Kalvachovo tvrzením se lze ztotožnit, přestože komplexní geriatrické hodnocení není naplněno v autorčině pojetí. Jednotlivé části komplexního geriatrického hodnocení jsou součástí standardní dokumentace v Domově pro seniory Hvízdal a bylo by možné u většiny klientů těchto výsledků využít.

Cílem diplomové práce bylo popsat a zmapovat adaptační proces klientů Domova pro seniory Hvízdal a pojmenovat největší problémy v rámci tohoto procesu.

Cíl dle mého názoru byl naplněn, neboť byly zmapovány a popsány nejdůležitější faktory, které ovlivňují úspěšnou adaptaci klientů v Domově pro seniory Hvízdal. Ze zrealizovaného výzkumu by bylo možné stanovit hypotézu:

Na adaptační proces klientů Domova pro seniory Hvízdal má vliv rodinné prostředí, zdravotní stav a přijetí změny životního stylu.

Z hlediska stanovení hypotézy je nutné všechny pojmy jasně definovat:

- Rodinné prostředí – funkčnost a šíře rodiny.
- Zdravotní stav – z pohledu seniorů se jedná zejména o zdravotní limitaci.
- Změna životního stylu – změna způsobu bydlení, aglomerace, schopnost tvorby nových sociálních vazeb, znalost prostředí, sžití se s komunitou.

6. ZÁVĚR

Domov pro seniory nemá být místem, kam člověk přijde dožít, ale má to být místo, kde člověk plnohodnotně a uspokojivě stráví svou poslední fázi života. Základní podmínkou pro naplnění tohoto cíle je adaptace člověka na nové prostředí v takové míře, jak to jeho fyzická a psychická stránka dovolí. Na základě všech dostupných informací je vždy potřeba zvolit individuální přístup k novému klientovi od první chvíle setkání. Od prvního kontaktu je rovněž hlavním pravidlem respektování přání a potřeb klienta. Doprovázení klienta v době jeho adaptace na nové prostředí, na nové možnosti, ale i po tomto období, snižuje riziko toho, že senior zůstane zapomenut, osamocen, že nebude moci plnohodnotně využít svých možností.

Řada klientů se na pobyt v Domově pro seniory Hvízdal obtížně adaptuje. Přispívá k tomu např. silná vazba na původní domácí prostředí, nesmířenost s odchodem do ústavní péče, pocit zásadního životního zlomu. Změna prostředí i životního způsobu představuje závažný stres a u části obyvatel se rozvinou projevy špatné adaptace zahrnující např. zhoršení zdravotního stavu, výskyt různých psychicky podmíněných zdravotních stesků. Závažná může být ztráta soukromí způsobená jak personálem, tak spolubydlícími i nutnost sdílet jednu místnost s cizí osobou mnohdy zcela odlišných zvyků, zájmů a hodnot. Tomu všemu lze předcházet především vhodným výběrem zařízení – každý klient by měl vědět, do jakého zařízení vstupuje a že mu opravdu vyhovuje. Vstup by měl být vždy z vlastního uvážlivého rozhodnutí, nikoli unáhleně. Důležité je zachování vazeb na blízké osoby – četnost kontaktů s rodinou, přáteli, sousedy. Proto mají přednost zařízení v oblasti původního bydliště. Zaměstnanci Domova pro seniory Hvízdal by měli věnovat dostatečnou pozornost seznámení klienta s provozem a v prvních měsících mu aktivně pomáhat s adaptací. Na straně obyvatel je třeba zachovávat „vůli ke smyslu“ a osobní identitu – krédem každého obyvatele domova pro seniory by mělo být „stále jsem to já a dokážu zachovat smysl svého života i v novém prostředí“. Nápravná opatření v zařízení by měla směřovat na okruhy problémů, které byly vytipované jako příčina afektogenních situací obyvatelů domova: v oblasti kontaktů s nejbližším sociálním okolím, jako je povahový

a zájmový nesoulad se spolubydlícími, přeplněné pokoje, nedostatek soukromí, necitlivost při rozdělování osob do pokojů, méně častý kontakt osobní nebo písemný s nejbližšími osobami (rodina, přátelé). Výsledky diplomové práce pomohou při zlepšování kvality života klientů v Domově pro seniory Hvízdal a při zjišťování individuálních potřeb jednotlivých klientů. Jedním ze způsobů, kterým lze klientům pomoci adaptovat se na nové prostředí, je nadále úspěšně rozvíjet dobrovolnický program v Domově pro seniory Hvízdal. Dochází tak k interakci s vnějším prostředím, ale také k mezigeneračním kontaktům, které jsou žádoucí.

V tuto chvíli je adaptační proces jedním ze zásadních ukazatelů kvality zařízení, toto se jeví i do budoucna vzhledem ke změně zákona a nově nastaveným podmínkám. Zásadním ukazatelem kvality zařízení bude schopnost komunikovat s rodinou klienta, sociálními pracovníky a s lékaři. Spolupráce těchto složek zajistí budoucím klientům bezproblémovou adaptaci na nový způsob života v seniorském věku. Zařízení, která tento náročný úkol zvládnou, budou i do budoucna z hlediska kvality služeb považována za adekvátní.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BALEJOVÁ, M. Příklad do nového domova. *Sociální péče*. Ikaria, 2006. č. 1, vychází čtvrtletně. s. 32-33. ISSN 1213-2330.
2. BAYER, A. – REBAN, J. *Alzheimer's disease and related conditions. A dementologist's handbook*. Frontispiece, 2004. s. 320. ISBN 80-239-2529-6.
3. BOHÁČKOVÁ, P. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007*. [online]. [cit. 2006-11-03]. Poslední aktualizace 6.5.2006. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/1057>>.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. [22.12.2005] Dostupné z <<http://boldis.cz/citace1.pdf>>.
5. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 2 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. [22.12.2005] Dostupné z <<http://boldis.cz/citace2.pdf>>.
6. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2000. Vydání 3. ISBN 80-246-0139-7.
7. DUŠOVÁ, B. Aktivizace ve stáří. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, 2004, roč. XIV, č. 7, s. 54-55. ISSN 1210-0404.
8. GRÄTZ, L. Kvalita sociálních služeb. *Zpravodaj*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2006. roč. VIII, č. 3, s. 6. ISSN1802-0046.
9. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 2.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita,

ZSF, 1999. s. 86. ISBN 80-7040-364-0.

10. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10 – manuálek sociální gerontologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 1. vyd. s. 78. ISBN 80-7013-363-5.

11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN80-7038-158-2.

12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Galén, 2002. s. 272. ISBN 80-7262-132-7.

13. HEGYI, L. Maladaptivní syndróm – riziká dlhodobého inštitucionálneho pobytu. In *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 5.4.10, s. 506.

14. HOLMEROVÁ, I. Zdravotnické a sociální služby pro seniory. In *Gerontologie a Geriatric*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 5, s. 465.

15. CHLOUBOVÁ, H.. *Psychosociální potřeby ve stáří*. Praha: Marcom spol. s.r.o., 2005.

16. JANEČKOVÁ, H., et al. Charakteristiky aktivit seniorů. In *Gerontologie a Geriatric*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 4.8.1.2, s. 438-439.

17. JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

18. JIRÁK, R. Hodnocení psychických funkcí u seniorů. In *Gerontologie a Geriatric*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 2.5.3, s. 183-189.

19. KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 864. ISBN 80-247-0548-6.
20. KALVACH, Z., et al. *Úvod do gerontologie a geriatric*. Praha: Karolinum UK, 1997. s. 191. ISBN 80-7184-366-0.
21. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří, Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Galén, 2006. s. 37. ISBN 80-7262-455-5.
22. KALVACH, Z. „Senior a já – já a senior“ v praxi. [online]. [cit. 2007-02-03]. Poslední aktualizace 6.12.2006. Dostupné z <<http://www.spvg.cz>>.
23. KASALOVÁ, H., SCHIMMERLINGOVÁ, V. *Problémy starých občanů se sníženou soběstačností*. Bratislava: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 1991. s. 77. ISBN 80-7138-046-6.
24. KECHNER, O. Nový zákon ulehčí život lidem se sníženou soběstačností. *Senior servis*. Medium agens, 2006. roč. I, č. 0, s. 4-5. ISSN 1801-9404.
25. KRÁLOVÁ, J. RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: ANAG, spol. s.r.o., 2003. 2. vyd. ISBN 80-7263-168-3.
26. KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatric*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2000. s. 46. ISBN 80-7040-442-6.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Portál: Praha, 2001. s. 273. ISBN 80-7178-774-4.

28. KUBELOVÁ, L. *ÚSP Hvízdal a jeho transformace dle zákona č. 108/2006*. [online]. [cit. 2007-01-13]. Poslední aktualizace 8.1.2007. Dostupné z <<http://www.usp-hvizdal.cz>>.
29. KUBELOVÁ, L. *ÚSP Hvízdal – o nás*. [online]. [cit. 2006-09-20]. Poslední aktualizace 3.2.2006. Dostupné z <http://www.usp-hvizdal.cz/o_nas.htm>.
30. KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Akademické nakladatelství Brno, 2001. s. 176. ISBN 80-214-1844-3.
31. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2000. s. 339. ISBN 80-7169-195-X.
32. MATOUŠ, M. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1. vyd. Grada Publishing, 2002. s. 112. ISBN 80-247-0331-9.
33. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Sociologické nakladatelství, 1999. s. 159. ISBN 80-85850-76-1.
34. MERHAUTOVÁ, I. Co přináší nový zákon o sociálních službách klientům a poskytovatelům. *Sestra*. Mladá fronta, 2006. roč. XVI, č. 12, s. 57. ISSN 1210-0404.
35. NĚMEC, P. Zákon o sociálních službách. *Zpravodaj*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2006. roč. VIII, č. 2, s. 2-5. ISSN 1802-0046.
36. ONDRICOVÁ, I. KOLLÁROVÁ, B. Úloha sestry v prevenci GMS. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, 2004, roč. XIV, č. 11, s. 25. ISSN 1210-0404.
37. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. s. 135. ISBN 80-201-0076-8.

38. RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. 1. vyd. Brno, Masarykova univerzita: Georgetown, 1995. s. 192. ISBN 80-210-1155-6.
39. STUART - HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 320. ISBN 80-7178-274-2.
40. ŠPATENKOVÁ, N., et al. *Krize, psychologický a sociologický fenomén*. Grada Publishing, 2004. 1. vyd. s. 132. ISBN 80-247-0888-4.
41. ŠVANCARA, J. *Adaptace v seniu a preseniu*. In *Gerontologie a Geriatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 1.7.3, s. 106-107.
42. ŠVANCARA, J. *Duševní životospráva ve stáří*. In *Gerontologie a Geriatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 1.7.6, s. 47.
43. TOPINKOVÁ, E. *Geriatrie pro praxi*. Galén, 2005. s. 241. ISBN 80-7262-365-6.
44. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatrie pro praktického lékaře*. Grada Publishing, 1995. s. 304. ISBN 80-7169-099-6.
45. VODÁČKOVÁ, D., et al. *Krizová intervence*. Portál, 2002. s. 554. ISBN 80-7178-696-9.
46. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. [online]. [cit. 2007-01-14]. Poslední aktualizace 15.12.2006. Dostupné z <<http://www.zakonycr.cz/seznamy>>.
47. ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80246-0326-8.

48. ZIMMELOVÁ, P. Problematika stárnutí Evropy. In *Problematika – Generace 50 plus*. Jihočeská univerzita, ZSF, 2004. s. 71. ISBN 80-7040-720-4.

49. ŽÁRSKÝ, M. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. [online]. [cit. 2007-01-28]. Poslední aktualizace 5.12.2006. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz>>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Senioři

Adaptace

Domov pro seniory

Stáří

9. PŘÍLOHY

9.1 Příloha 1: MMSE – Mini Mental State Examination

KRÁTKÁ ŠKÁLA MENTÁLNÍHO STAVU	
Orientace	
Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.	
	0 nebo 1
Jaké je dnešní datum?	
Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu,	
v následujícím pořadí:	
1. Který je rok?	.....
2. Které je roční období?	.....
3. Který je měsíc?	.....
4. Kolikátého je dnes?	.....
5. Který je den v týdnu?	.....
Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.	
6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?	.....
7. Ve kterém městě jsme?	.....
8. Jak se jmenuje čtvrt', kde je naše nemocnice?	.....
9. Ve kterém státě jsme?	.....
10. Ve kterém jsme poschodí?	.....
Registrace	
Řeknu Vám tři slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.	
11. klobouk	.....
12. citrón	.....
13. auto	.....
Pozornost a počty	
Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.	
14. 93	.....
15. 86	.....
16. 79	.....
17. 72	.....
18. 65	.....
Paměť	
Zopakujte prosím ta tři slova, jež jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.	
19. klobouk	.....
20. citrón	.....
21. auto	.....
Jazyk	
22. Ukažte pacientovi tužku.	.....
Můžete mi říci, co to je?*	
23. Ukažte pacientovi hodinky.	.....
Můžete mi říci, co to je?***	
24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mě:	.....
Žádná jestli, ano nebo ale.***	
25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:	.....
Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu:	

Vezměte papír do pravé ruky.	
26. Přeložte ho napolovic.	.....
27. A hod'te ho na podlahu.******	.....
28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno "Zavřete oči", a řekněte pacientovi: Prosím udělejte to, co je zde napsáno.	.....
29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu: Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.*******	.....
<p>* Je třeba použít tužku (nikoliv pero nebo kuličkové pero). Jakákoli jiná odpověď než "tužka" je považována za nesprávnou.</p> <p>** Jakákoli jiná odpověď než "hodinky" nebo "náramkové hodinky" je považována za nesprávnou.</p> <p>*** Větu vyslovte hlasitě, tak, aby ji pacient jasně slyšel a dívejte se přitom na něj. Povolen je pouze jeden pokus. Počítejte 1 bod jen tehdy, pokud pacient větu zopakoval naprosto správně.</p> <p>**** Povel, skládající se ze tří částí: počítejte 1 bod za každou část, jež byla správně vykonána. Pokud pacient přeruší úkol a zeptá se vás, co má dělat, neopakujte instrukci, pouze řekněte: "Udělejte to, co jsem Vám řekl(a)."</p> <p>***** Větu nediktujte, pacient ji musí napsat spontánně. Počítejte 1 bod, jestliže věta obsahuje podmět a přísudek. Nezáleží na pravopisu a syntaxi. Vymezený čas je 30 sekund.</p>	
Praxe	
30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu: Prosím nakreslete stejný obrázek.	.....
Vzor k úkolu	
Celkové skóre (0 až 30)	
Hodnocení:	
25-30 bodů bez poruchy kognitivních funkcí	
18-24 bodů lehká demence	
9-17 středně těžká demence	
< 9 bodů těžká demence	

Podle: TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha : Grada, 1995

9.2 Příloha 2: Test základních všedních činností podle Barthela

TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ PODLE BARTHELA		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně více než 50m	15
	s pomoci 50m	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
Celkové skóre (0 až 100):		
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:		

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Podle: TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995

9.3 Přepis otázek řízeného rozhovoru s vybranými klienty Domova pro seniory Hvízdal

Vážený pane/Vážená paní

Jmenuji se Pavlína Nešpolová a jsem studentkou 5. ročníku Zdravotně sociální fakulty. V rámci mé diplomové práce, na téma adaptační proces klientů Domova Důchodců Hvízdal, bych Vás ráda požádala o spolupráci a byla bych vděčná, kdybyste mi mohl/a odpovědět na několik otázek. Rozhovor je zcela anonymní a všechna získaná data budou použita pouze pro účely této diplomové práce.

Děkuji

Identifikační údaje:

Věk: 60 – 70 let 71 – 75 let 76 – 80 let 81 – 85 let více než 85 let
Pohlaví: muž žena
Stav: svobodný/á ženatý/vdaná rozvedený/á vdovec/vdova

1. Jak dlouho bydlíte v Domově důchodců Hvízdal?

1 – 1,5 roku 1,5 – 2 roky 2 – 2,5 roku 2,5 – 3 roky 3 – 3,5 roku

.....

2. Těšil/a jste se na přijetí do Domova důchodců?

 ano ne částečně

.....

3. Jestliže jste se netěšil/a nebo částečně těšil/a, uveďte prosím proč?

.....

4. Jaké bylo Vaše zaměstnání před odchodem do starobního důchodu?

.....

5. Z jakého prostředí jste přišel/a do Domova důchodců?

z domova

z nemocnice

z jiného sociálního zařízení

.....

6. Bylo Vaše rozhodnutí někým ovlivněno?

ano

ne

.....

7. Jestliže bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno, uveďte prosím kým?

.....

8. Měl/a jste nějaký zásadní požadavek na Domov důchodců?

ano

ne

.....

9. Jestliže jste měl/a nějaký zásadní požadavek, uveďte jaký?

.....

10. Měl/a jste v Domově důchodců Hvízdal a Penzionu pro důchodce před Vaším nástupem do zařízení někoho známého z řad obyvatel?

ano ne

.....

11. Máte nějaké blízké příbuzné, se kterými udržujete kontakt?

ano ne

.....

12. Změnil se po nástupu do Domova důchodců výrazně Váš životní styl?

ano ne

.....

13. Jestliže se Váš životní styl změnil, uveďte prosím jak?

.....

14. Hlavní důvody, které Vás vedly k pobytu v Domově důchodců?

zhoršení zdravotního stavu osamělost přenechání bytu příbuzným jiné důvody

.....

15. Bydlíte na jednolůžkovém nebo dvoulůžkovém pokoji?

.....

16. Pociťujete ztrátu soukromí?

ano ne částečně

.....

17. Jestliže pociťujete ztrátu soukromí nebo částečnou ztrátu soukromí, uveďte prosím, jak se to projevuje?

.....

18. Jaké je subjektivní hodnocení Vašeho zdravotního stavu?

zcela zdrav občasné potíže časté potíže vážnější a dlouhodobé potíže

.....

19. Zúčastňujete se pravidelně všech kulturních akcí v Domově důchodců?

ano ne některé kulturní akce nevyžívám

.....

20. Pokud se nezúčastňujete kulturních akcí, uveďte prosím proč?

.....

21. Jste spíše společenský typ nebo samotářský typ?

.....

22. Jste spokojen/a se zdravotnickou péčí ve Vašem Domově důchodců?

ano ne částečně

.....

23. Jestliže jste nespokojen/a nebo částečně spokojen/a se zdravotnickou péčí, prosím

.....

24. Jste spokojen/a s přístupem zdravotnického personálu?

ano ne částečně

.....

25. Jestliže jste nespokojen/a nebo částečně spokojen/a s přístupem zdravotnického personálu, uveďte prosím proč?

.....

26. Jste spokojen/a s přístupem sociálních pracovníků?

ano ne částečně

.....

27. Jestliže jste nespokojen/a nebo částečně spokojen/a s přístupem sociálních pracovníků, uveďte prosím proč?

.....

28. Myslíte si, že je Vašem Domově důchodců dostatečně zachováno dodržování lidských práv?

ano ne částečně

.....

29. Jestliže si myslíte, že Vaše práva nejsou dostatečně dodržována nebo pouze částečně, uveďte prosím proč?

.....

30. Jste spokojen/a se stravováním ve Vašem zařízení?

ano ne částečně

.....

31. Jestliže jste nespokojen/a nebo částečně spokojen/a se stravováním, uveďte prosím proč?

.....

32. Myslíte si, že by bylo ve Vašem zařízení zapotřebí doplnit nějakou službu?

ano (uveďte jakou) ne

9.4 Fotografie Domova pro seniory Hvízdal a společenských akcí





