

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Změny zdravotního stavu u seniorů
po přijetí do ústavního zařízení sociální péče**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Ing. Hana Konečná, PhD.

Autor práce:

Pavla Voráčková

Datum odevzdání: 14. 5. 2007

Changes of health condition in seniors after their admission into social care institution

There is an increasing trend of aging population. A survival age increases and therefore disease probability and permanent help necessity increase too. Sometimes it's necessary to relocate a senior from his family background into a social care institution. There are many determining factors influencing how a senior feel in the new background. Sometimes a senior may be afflicted with maladaptation syndrome. A common effect is expansion or deterioration of psychosomatic diseases or symptoms. Therefore the psychosomatic medicine relevance increases.

The objective of this thesis is to describe how social care institution background influences a senior's health condition in first year of his placement into this institution.

It's qualitative research. As a research technique was used a content analysis of semistructured interviews with clients and employees in the social care institution for seniors. As a subsidiary technique was used secondary analysis of medical documentation at selected clients.

My thesis results showed mostly seniors' health condition after their admission into the social care institution remained unchanged, even it improved at four clients. Health condition declined only at two clients. Admittedly health condition deterioration was caused by background changing, but not in connection with psychic stress.

A following hypothesis proceeds from my thesis results: a family background and a psychic composure influence a senior's health condition in a social care institution. The research demonstrated some seniors regard an institutional care as a positive solution for their life situation. It proved seniors can live a satisfied life in a social care institution.

My thesis results can be used in instruction in an educational institution and it can be used by employees in social care institutions too.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Změny zdravotního stavu u seniorů po přijetí do ústavního zařízení sociální péče vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14. 5. 2007

.....

Poděkování:

Děkuji tímto vedoucí bakalářské práce, paní PhDr. Ing. Haně Konečné, PhD., za odborné vedení, cenné rady a pomoc při psaní této práce a za její ochotu, vstřícnost a čas, který mi věnovala. Děkuji také klientům a pracovníkům zařízení, s kterými jsem vedla rozhovory.

Obsah:

Úvod	7
1. Současný stav.....	9
1.1. Demografické údaje	9
1.1.1. Vývoj obyvatelstva	9
1.1.2. Index stáří a index závislosti	9
1.1.3. Demografický vývoj z hlediska psychosomatické medicíny.....	10
1.1.4. Senioři a společnost	10
1.2. Stárnutí a stáří	10
1.2.1. Základní pojmy – stárnutí, stáří, věk, senior, gerontologie, geriatric	10
1.2.2. Charakteristika stáří – fyziologie, psychologie, sociologie	14
1.2.3. Nemoci ve stáří	16
1.2.4. Senior a rodina	18
1.3. Psychosomatika	20
1.3.1. Psychosomatická medicína	20
1.3.2. Historie psychosomatické medicíny	21
1.3.3. Současné pojetí psychosomatické medicíny.....	22
1.3.4. Vymezení pojmu psychosomatické onemocnění.....	22
1.3.5. Jak mohou emoce, starosti a problémy způsobit somatické příznaky	23
1.3.6. Psychosomatické koncepty chorob a stonání ve stáří.....	23
1.3.7. Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace.....	25
1.3.8. Psychosomatika v léčebné praxi	25
1.4. Sociální péče o seniory	25
1.4.1. Ústavní zařízení sociální péče.....	26
1.4.2. Vliv prostředí na starého člověka	27
1.4.3. Novodobá péče o seniory.....	28
2. Cíl práce.....	30
3. Metodika výzkumu	31
3.1. Kvalitativní výzkum	31

3.2. Reliabilita a validita kvalitativního výzkumu	31
3.3. Použité metody a techniky	32
3.4. Charakteristika výzkumného souboru	32
4. Výsledky	34
4.1. Charakteristika výzkumného souboru	34
4.2. Výsledky k rozhovoru	36
4.2.1. Důvod přijetí seniora do ústavního zařízení sociální péče	36
4.2.2. Spokojenost seniorů v prostředí ústavního zařízení sociální péče	40
4.2.3. Zdravotní stav seniorů po přijetí do ústavního zařízení sociální péče	43
4.2.4. Rodinný život seniorů	52
4.2.5. Největší dopad na seniory v ústavním zařízení sociální péče podle pracovníků zařízení	58
5. Diskuze	64
6. Závěr	69
7. Seznam použité literatury	70
8. Klíčová slova	73
9. Přílohy	74

Úvod

Téma bakalářské práce Změny zdravotního stavu u seniorů po přijetí do ústavního zařízení sociální péče jsem si zvolila proto, že mě problematika seniorů velmi zajímá. Mám osobní zkušenost se svou babičkou, o kterou jsme se doma starali. Babička se cítila nejlépe doma a neměla ráda jakékoliv změny. Jak říká i jedno staré přísloví: „Starý strom nepřesadíš!“. Když se babiččin zdravotní stav zhoršil, bylo nutné ji hospitalizovat v nemocnici. Tam se babičce dostávalo odborné lékařské péče a její stav se měl zlepšovat. Ale nestalo se tak. Na moji babičku působilo prostředí nemocnice velmi špatně, po psychické stránce šla velmi dolů a to se odráželo i na jejím zdraví. Říkali jsme si, že pokud to tak půjde dál, babička tu s námi již dlouho nebude. Moje maminka se rozhodla, že péči, kterou babička dostává v nemocnici, zajistí doma, a tak babička podepsala revers. Babička byla šťastná, že je zase doma, a její psychický i zdravotní stav se za krátkou dobu výrazně zlepšil. Přesto měla babička závažné zdravotní komplikace, měla porušenou funkci ledvin a musela několikrát týdně jezdit na dialýzu. To bylo pro moji babičku velmi stresující a vyčerpávající. Babičce již bylo přes 80 let a život ji už nebavil. Když jsem s ní mluvila, řekla mi, abychom ji raději dali do domova důchodců, že by byl alespoň dřív konec. To jsme samozřejmě nechtěli dopustit. Moje maminka se o babičku celodenně a řádně starala. Dialýza byla pro babičku nezbytná k životu, ale vyčerpávala ji tak, že jednoho večera přijela z nemocnice, tak unavená, že se sotva postavila na nohy, a v noci zemřela.

Pro mou babičku byly domovy pro seniory místem, kde staří lidé, opuštěni svou rodinou, umírají. Když jsem si vybírala téma pro svou bakalářskou práci, měla jsem představu, že umístění do ústavního zařízení sociální péče je pro seniora velmi stresující situace, se kterou se těžko vyrovnává. Domnívala jsem se, že je to pro seniora velká zátěž, která se může negativně odrazit na jeho psychickém i zdravotním stavu. Začala jsem se tedy více zajímat o psychosomatickou medicínu. Tento vědní obor pohlíží na člověka jako bio-psycho-sociální jednotu a dokládá, že psychický stres může vyvolat i somatické poruchy.

Populace stárne, stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá. Zvyšuje se věk dožití a tím také roste pravděpodobnost toho, že je člověk nemocný a potřebuje stálou

pomoc. Někdy je nutné vytrhnout seniora z jeho rodinného prostředí a umístit ho do ústavního zařízení sociální péče. Proto si myslím, že je tato problematika v současné době velmi aktuální.

Ve své práci bych se chtěla zaměřit zejména na seniory v období prvního roku po přijetí do ústavního zařízení sociální péče – domova pro seniory. Chtěla bych se soustředit především na zdravotní komplikace seniorů, které se mohou v souvislosti se změnou prostředí a odloučením od rodiny objevit. Domnívám se, že velký vliv na to, jak se senior v novém prostředí cítí, má rodina.

1. Současný stav

1.1. Demografické údaje

1.1.1. Vývoj obyvatelstva

Z nejnovější projekce obyvatelstva České republiky, která byla publikována Českým statistickým úřadem v roce 2003, vyplývá postupné zvyšování počtu budoucích seniorů, které odpovídá početnímu zastoupení generací již narozených. (3)

Poslední sčítání lidu, které se na území České republiky uskutečnilo v roce 2001, potvrdilo, že nejvýznamnějším vývojovým rysem se stává vysoký přírůstek osob ve vyšších věkových kategoriích. Starých lidí ve věku 85 a více let žilo v České republice podle údajů posledního sčítání lidu téměř pětinasobně víc v porovnání s údaji z roku 1950. Tento trend bude v dohledné době, se zrychlující se intenzitou, pokračovat. Naopak došlo ke snížení počtu narozených dětí. Poprvé od roku 1950 se snížil počet osob ve věku 0-14 let pod hranici 2 milionů. (3) Z hlediska pomáhajících a pečujících profesí je podstatné, že dochází výraznému přibývání velmi starých lidí. (14)

Obyvatelstvo žijící na území České republiky na začátku 21. století je tedy nejstarší v celé dosavadní historii a má předpoklady k dalšímu stárnutí. Proces stárnutí obyvatelstva zasáhl, s různou intenzitou, celý evropský kontinent. Nejvýrazněji se stárnutí populace projevuje v zemích s nízkou porodností a v zemích, kde se obyvatelé dožívají vysokého věku. Z těchto důvodů se předpokládá, že se Česká republika v blízké budoucnosti stane jednou z nejstarších evropských zemí, neboť zatím není významněji omlazována imigrací ze zahraničí, která do určité míry v řadě západoevropských zemí zmírňuje rychlé populační stárnutí. (3)

1.1.2. Index stáří a index závislosti

Jako index stáří se označuje poměr seniorů k dětem, tedy osob ve věku 60 a více let k osobám ve věku 0-14 let. V ČR v r. 1991 činil 84,4, v r. 1997 poprvé přeskočil 100 (více seniorů než dětí) a k 31.12.2000 činil 113,9. Z ekonomického hlediska jsou ještě závažnější indexy závislosti, které popisují poměr osob věkově „předproduktivních“ ve

věku 0-14 let, „poproduktivních“ ve věku 60 let a vyšším i jejich souhrn k osobám ekonomicky „produktivním“ ve věku 15-59 let. Zatímco index stáří stále dramaticky narůstá, souhrnný index závislosti se v ČR během 90. let z ekonomického hlediska zlepšoval. Přibývání seniorů bylo kompenzováno nízkou porodností. To umožňuje přesunout část zdravotnických zdrojů a kapacit z oblasti pediatrické do geriatrické. (15)

1.1.3. Demografický vývoj z hlediska psychosomatické medicíny

To, že nositelem „komplexní, psychosomatické“ medicíny je dnes geriatric a ne pediatrie je demografický vývoj. V polovině 19. století, kdy se formovaly základy a struktura současné medicíny v podmínkách demograficky mladé společnosti, žilo na území dnešní ČR asi 6 % osob starších 60 let. V roce 2050 půjde podle OSN i našich demografů o 40 %, byť ve významně lepším zdravotním a funkčním stavu. Pokud nebude zdravotní péče o ně psychosomaticky komplexní, bude neúčinná i neúčelná. A důsledek: nízká kvalita života seniorů s jejich vysokou a nesprávně chápanou nemocností, jejich přetlačování na zdravotně sociálním pomezí s vysokou a neúčelnou spotřebou služeb zdravotnických a sociálních. (13)

1.1.4. Senioři a společnost

Stárnoucích a starých lidí přibývá. Tato skutečnost nutí v podstatě každou společnost na světě, aby podle svých možností a ekonomické úrovně rozvíjela profesionální péči o seniory a rozvíjela i laické programy takové péče. Celá společnost, každý její člen nejen že může, ale musí něco udělat pro staré. Jen tak se uplatní právo, které člověku přiznáváme - právo na důstojné stáří. (8)

1.2. Stárnutí a stáří

1.2.1. Základní pojmy

Stárnutí

Stárnutí můžeme definovat jako „působení času na lidskou bytost“. (20) Je to proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní,

morfologické a funkční změny. Tyto změny nastávají v ontogenezi jedince v různou dobu a pokračují různou rychlostí. Jde o proces disociovaný, desintegrovaný a asynchronní. Rychlost stárnutí člověka je geneticky zakódována – předpokládá se multifaktoriální typ dědičnosti. (30) Pod pojmem stárnutí zpravidla rozumíme souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti. (19)

Stáří

Stáří je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě člověka, které v sobě nese pečeť období předcházejících, tzn. odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Je to biologický proces, který lze charakterizovat tím, že je nezvratný a končí smrtí jedince. (6)

Stáří je fáze životního cyklu, která nastává většinou po skončení ekonomické činnosti člověka a je doprovázena fyzickými a duševními změnami. Nemůžeme ji vymezit pouze věkem, protože individuální rozdíly mezi jedinci jsou velké. Obecně se uvádí, že stáří znamená pokles schopnosti adaptace, narůstající sociální izolovanost danou postupným ztrácením rodinných příslušníků, přátel a spolupracovníků a odchodem dětí z primární rodiny. Ve stáří se zmenšuje okruh zájmů. Podle právní definice je stáří věk, kdy člověk odchází do důchodu. Je to umělá hranice, ale má konkrétní společenské a psychologické důsledky, protože často znamená ztrátu statusu, zmenšení příjmu, snížení životního standardu, ztrátu pracovní rutiny trvající desítky let, snížení respektu (zkušenosti už nejsou pro mládež použitelné), ztráta kontaktů s kolegy. Uvedené změny se mohou ve svých psychofyzilogických souvislostech odrazit také na zdravotním stavu. Proto žije značná část společnosti v domněnání, že starým lidem brání nemoci a psychická nezpůsobilost v další práci, ačkoliv se tu někdy může zaměřit příčina a důsledek. (11)

Věk

Věk je základní biologická charakteristika a životní proměnná jedince. Z věku biologického se odvozuje celá řada dalších významů. Věk chronologický (kalendářní) je dán počtem let od narození, je jednoznačný a jeho čas plyne lineárně. **(11)** Z kalendářního věku vycházejí také různé konvekce o stárnutí a stáří. Nejčastěji se užívá věková kategorizace doporučená Světovou zdravotnickou organizací (WHO). **(22)**

Podle návrhu WHO se za stáří označuje věk od 60 let výše.

Období od 60 – 74 let	se označuje: rané stáří	– senescence
75 – 89 let	vlastní stáří	– senium
90 let a výše	dlouhověkost	

V anglosaských zemích se užívá dělení na:

65 – 74 let	mladí staří	young old
75 – 84 let	staří	old old
85 let a víc	velmi staří	very old (6)

Věk funkční odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka - věk skutečný. Velmi často není shodný s věkem kalendářním. Je dán souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních. **(22)**

Biologický věk (biologické stáří) je důsledkem: geneticky řízeného programu biologického stárnutí, především involučních fyziologických dějů, celoživotním působením zevního prostředí a způsobem života, chorobnými situacemi. **(22)**

Psychologický věk (psychické stáří) je podmíněn mnoha faktory, především přirozenými funkčními změnami v průběhu procesu stárnutí, individuálními osobnostními rysy, reakcí jedince na stáří. Pro lékařskou praxi je důležitý také tzv. věk subjektivní – jak starý se člověk sám cítí; nemusí být v souladu s objektivními skutečnostmi a s reálnými možnostmi seniora. **(22)**

Věk sociální (sociální stáří) zahrnuje rozmanité stránky sociálního života člověka. **(22)** Je dán sociálně určenými kategoriemi stáří – dětství, mládí, dospělost, stáří (jako poslední životní etapa), interními měřítky institucí (stáří požadované před převzetím funkce), zvyky (tolerovaný věkový rozdíl mezi snoubenci). **(11)**

Senior

Příslušník starší věkové kategorie. (25)

Gerontologie

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří. (15) Název je odvozen od řeckého slova gerón = starý člověk, stařec a logos = nauka. (7)

Gerontologie je integrovaným vědním oborem, který má interdisciplinární charakter, zabývá se problematikou stárnutí a stáří v nejširším slova smyslu. (30) Bývá členěna na tři nestejně, ale velmi důležité části (7) :

1. Gerontologie experimentální – zabývá otázkami proč a jak živé organismy stárnou. (15) Její součástí jsou např. experimenty na zvířatech, in vitro, klinicko-fyziologické studie u lidí. (30) Dříve spadala experimentální gerontologie pod teoretickou gerontologii, která koncipuje teorie stárnutí, soustřeďuje a třídí poznatky o stárnutí a stáří a provádí jejich syntézu (6) a vytváří tak teoretický základ pro praktickou aplikaci poznatků (30).
2. Gerontologie klinická – zabývá se starým člověkem jako jedincem a hodnotí ho komplexně a to jak ve zdraví, tak nemoci. (6) Zabývá se také zvláštnostmi chorob ve stáří a způsoby jejich ovlivnění. (30) Nedílnou součástí je také zdravotní výchova, spolupráce se seniorskými organizacemi a řešení optimálních služeb pro nemocné seniory. (6) Bývá též nazývána geriatrií. (7)
3. Gerontologie sociální – se zabývá vzájemnými vztahy starého člověka a staré populace vůbec ke společnosti jako celku (6), tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj (15).

Geriatric

Je to samostatný lékařský obor, který se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří i specifických aspektů léčby starých lidí. (7) Geriatric zahrnuje prevenci, diagnostiku, léčbu, specifickou rehabilitaci a geriatrické ošetřovatelství. (6) Používá specifické metody a formy práce. Zejména se pak zabývá chronickými stavy, spojenými se ztrátou funkčního potenciálu, ubýváním soběstačnosti a narůstáním závislosti. Úzce

spolupracuje i s jinými lékařskými obory a integruje jejich poznatky o starém a nemocném člověku. Ve svém interdisciplinárním pojetí nenahrazuje činnost ostatních klinických lékařských oborů v péči o starého člověka, ale doplňuje je uplatňováním specifického geriatrického režimu, jehož konečným cílem je posilování nezávislosti a zlepšení soběstačnosti nemocných seniorů. Obecnou charakteristikou tedy je interdisciplinární přístup k léčbě chorob a řešení dysaptibility ve stáří. (30)

V České republice funguje geriatricie od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku – nad 65 let, obvykle však nad 70-75 let. Vychází z poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik včetně omezené funkční rezervy a důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě nemoci i výsledky zdravotní péče. (28)

1.2.2. Charakteristika stáří

Fyziologie

Jak uvádí GRUBEROVÁ (6), stárnutí je možno charakterizovat jako involuční proces postihující všechny orgány a tkáně, při kterém dochází k úbytku jejich funkcí. Involuce je ireverzibilní, nezvratný a jednosměrný proces, který končí zánikem individua. Dochází při něm k poklesu životnosti, odolnosti organismu a adaptability. Nejvýznamnější pro okolí jsou vnější, zevní projevy stárnutí.

Podle MINIBERGEROVÉ a DUŠKA (20), změny nastávají zejména v oblasti percepce. U 90% starých lidí se objevuje zhoršení zrakové percepce, zrak slábne, obtížně se adaptuje na tmou, dochází k zúžení zorného pole. U 30% starých lidí se objevuje zhoršení sluchové percepce, uši obtížně vnímají vysoké tóny, jsou citlivé na šumy. Zhoršení sluchu a zraku s sebou nese omezení pracovní i zájmové činnosti, ztrátu výkonu, ohrožení bezpečnosti starého člověka, sníženou schopnost komunikace s druhými lidmi. Tato omezení mohou vnášet do komunikace se starým člověkem problémové momenty.

Dochází také ke změně imunitních mechanismů, zvláště pokles imunity a zvýšená tvorba autoprotilátek. Ubývá tzv. aktivní tělesné (svalové) hmoty a dochází k poklesu

svalové síly, poklesu celkové tělesné vody, zmnožení tuku a úbytku kostní hmoty. (22)
Zhoršuje se také pohyblivost, stabilita a jemná motorika rukou. (14)

Psychologie

Fyziologické stárnutí a stáří je všeobecně charakterizováno postupným úbytkem nejen tělesných, ale také duševních sil. (6) Některé psychické funkce se nemění, některé mají sestupnou, některé naopak vzestupnou tendenci. (6) Působením času se nemění slovní zásoba, jazykové dovednosti a intelekt. Zlepšují se některé vlastnosti: zvyšuje se vytrvalost zvláště v monotónní tělesné i duševní činnosti, stupňuje se trpělivost a pochopení pro motivy v jednání druhých lidí, zlepšuje se rozvaha. (20)

Při fyziologickém stárnutí a stáří se kvalitativně nemění struktura osobnosti. Pro kvalitu psychiky ve stáří má zřejmě větší význam osobnost člověka a její úroveň než kalendářní věk. (20) Obecně se negativní vlastnosti stářím akcentují, ale není to pravidlo. (6)

V oblasti paměti a učení jsou také patrné změny. Zhoršuje se zejména krátkodobá paměť tj. starý člověk si hůře pamatuje nové události. Starší vzpomínky zůstávají zachovány, ale mohou být emočně i obsahově zkresleny. (20)

Citové prožívání ve stáří je méně bezprostřední a snižuje se i intenzita emocí. Emoce jsou labilnější, starý člověk snadno podléhá dojetí. (20) Může se vyskytovat i střídání nálad, sklon k úzkosti. (6) Starého člověka již události tolik nevzrušují a nezaujmou jako mladého. Díky tomu se starý člověk může stahovat více do sebe, do svého vnitřního světa, příliš se soustředit na své vlastní problémy. (20) Na počátku období stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé, později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivní přijetí v okruhu blízkých osob. (19) Staří lidé jsou citově snadno zranitelní, mají větší potřebu projevů náklonnosti a očekávají ohledy a porozumění od okolí. (6)

Intelligence měřená běžnými inteligenčními testy zřetelně klesá ve vyšším věku. (19) S věkem klesá psychomotorické tempo, starší lidé proto podávají horší výkon v časově limitovaných úkolech. (20)

Sociologie

V minulosti, dokud bylo málo pravděpodobné, že se člověk dožije vyššího nebo vysokého věku, bylo stáří více respektováno a ctěno. (6) Společnost se v dějinném procesu snažila více či méně úspěšně zajistit péči o starého člověka, pokud to nebylo možné v rodině. (6) Se zvyšující se pravděpodobností dožít se vysokého věku se stáří stalo společenským jevem. Staří lidé tvoří stále větší % společnosti a to zejména v industriální společnosti, kde se výrazně prodloužila střední délka života. (6) Současné celospolečenské programy kladou hlavní důraz nikoliv na další prodlužování života, ale zejména na podporu kvality života ve stáří; zdůrazňovány jsou především principy nezávislosti, participace, seberealizace a důstojnosti starých lidí. (19)

Podle KALVACHA A ONDERKOVÉ (14), seniorská populace je výrazně různorodá. I když bývají senioři leckdy vnímáni jako zdánlivě stejnorodá skupina, liší se mezi sebou navzájem velmi výrazně věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinnou situací, sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi, hodnotovým systémem, genetickými vlohami pro dlouhověkost i dalšími okolnostmi. Ze vzájemné odlišnosti vyplývá také rozdílnost očekávání, priorit, přání a potřeb, a to ve zdraví i v nemoci. K hrubým chybám v poskytování služeb seniorům patří schematismus, sdružení do jednoho průměru, jako by si všichni byli ve svých potřebách velmi blízcí.

K největším sociologickým obavám v souvislosti se stárnutím populace patří vyčleňování seniorů – věková segregace – z většinové mladší společnosti a ztráta životní smysluplnosti starých lidí. Toto nebezpečí hrozí zvláště starým lidem nemocným, nezdatným a chudým. (14)

1.2.3. Nemoci ve stáří

Většina lidí dává rovnítko mezi stáří a nemocí a každé stáří tedy považuje za patologické. K obrazu stáří, ke shrbené postavě a vráskám ve tváři, se připojuje představa nemoci, bolesti a utrpení. (8)

Nemoci, které se vyskytují u starších osob, jsou stejné jako ve středním věku, ale liší se frekvencí výskytu, často klinickým obrazem a komplikacemi i event. následky. Výskyt řady chorob stoupá se stoupajícím věkem. (6)

Charakter nemocnosti ve stáří podle TOPINKOVÉ (28):

- narůstání celkové prevalence s věkem a polymorbidita;
- změna spektra chorob – více chronických a degenerativních nemocí, častější akutní dekompenzace a hospitalizace;
- riziko přechodu do chronicity a vysoký invalidizující potenciál nemocí;
- významná sociální komponenta.

Polymorbidita - podle epidemiologických studií trpí téměř 90 % osob nad 75 let jednou či více chronickými chorobami. Obvyklé je sdružování nemocí, a to buď v kauzální (příčinné) souvislosti, nebo dochází k řetězení chorob, kdy jedna vyvolává druhou. (28)

Kombinace involučních změn, obvykle několika chorob a dalších vlivů vytváří komplex příčin, které se vzájemně ovlivňují. (14) V geriatrii narůstá význam tzv. geriatrických syndromů. Jimi se rozumí závažný příznak či příznakový soubor vyvolávaný různě kombinovanými příčinami. Důraz je kladen nejen na kauzální léčbu léčitelných chorob, ale především na komplexní (víceoborové) zvládnání obtíží a pacientovy situace. (14)

K hlavním geriatrickým syndromům podle KALVACHA a ONDERKOVÉ (14) patří:

- syndrom instability
- syndrom dekonidice a hypomobility
- syndrom imobility
- syndrom anorexie a malnutrice
- syndrom psychické alterace (syndrom demence, poruchy chování, deliria)
- syndrom inkontinence
- syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu
- syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace
- syndrom terminální geriatrické deteriorace

Geriatrická medicína bývá také někdy charakterizována jako medicína pěti i – oněch pět projevů je instabilita, imobility, inkontinence, intelektové poruchy a iatrogenní poškození (v důsledku vedlejších a nepříznivých účinků léčby). (7)

1.2.4. Senior a rodina

JANKOVSKÝ (12) uvádí, rodina po staletí plnila své poslání, jímž je plnění funkce reprodukční, ekonomické, výchovné, socializační, ochranné a emocionální. Ačkoliv může mnohé nasvědčovat tomu, že současná rodina postupně ztrácí svůj význam a že se mění též její základní poslání, stále je rodina v mnoha směrech nenahraditelná. Bezpochyby pominulo období soběstačnosti rodiny, v němž měly všechny její funkce svůj daný a neměnný význam. Současná rodina je při své existenci v mnohém odkázána na společnost, a proto je také mnohem zranitelnější.

Podle HOLMEROVÉ a kol. (10) je třeba rodinu chápat jako základní prvek společnosti, který integruje všechny věkové kategorie. Proto se považuje za klíčové, aby byl vytvořen systém podpory pečujících rodin. V případě nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora je třeba rodině dodat takové služby, které jí umožní se o pacienta seniora postarat. Rodina pacienta je ale mnohdy nejednoznačnou entitou. Rodiny mohou být milující a pečující, ale také ubližující či vydírající. V kontaktu s rodinou je třeba respektovat vůli pacienta.

Děti přejímaly do svého kodexu chování jednání rodičů vůči prarodičům. Bezděčně se učily jak pečovat o staré, a jak v dobrém, tak i ve zlém. Z dnešního pohledu bylo poskytování péče jednodušší, protože mezi rodiči a dětmi nestála bariéra někdy značných územních vzdáleností. (8) Dnes je typická prostorová rozptýlenost rodiny, která je limitujícím nebo přinejmenším komplikujícím faktorem poskytování pomoci a péče jejím starým členům. (8)

MINIBERGEROVÁ a DUŠEK (20) uvádí, v dnešní době žijí rodiny tří generací pod jednou střechou velice zřídka. Ze sociologického hlediska se vytrácí v rodinných vztazích pomalu ale jistě závislost na prarodičích. Kontakty s prarodiči se omezují. Rodina nebydlí pohromadě, její členové jsou pracovně nebo jinak časově vytíženi.

Jak uvádí HAŠKOVCOVÁ (8), starý člověk se bojí ztráty soběstačnosti. Právem. A klade si otázku: Postarají se o mne mé děti? Nebo vnuci? Neodmítnou mě? A když mě přijmou, budou se moci postarat? Budou k tomu mít možnosti, čas a prostředky? Nekomplikuji jim život víc, než bych chtěl a než je nutné? Nemám se raději obrátit o pomoc k nějaké instituci? Třeba k nemocnici a k domovu důchodců? Do domova důchodců se většinou starých lidí nechce, nemocnice je z těch „dvou zel“ lákavější. Nemá a priori charakter „poslední štace“. I když se v nemocnici umírá, i když se tam dlouho stůně, také se tam propouští domů. Pobyt v nemocnici v sobě skrývá naději. Profesionální pomoc je sice „studenější“ než rodinná, ale starý člověk se alespoň nemusí stydět za to, že ji potřebuje. „Oni“ jsou na to zvyklí, „oni jsou tu od toho“ – to uklidní spíš než představa, že by syn či dcera, natož vnuk, měli jednou vynášet mísu a prát potřísněné prádlo.

V posledních desetiletích se rodiče odklánějí od autoritativně-represivního způsobu výchovy. Lze předpokládat, že se to odrazí také ve vztahu dospělých dětí k rodičům - vztahy mezi generacemi budou volnější, budou mít „nezávislejší a demokratičtější“ charakter. Dnes se mnohdy všeobecně předpokládá, že záležitosti seniorů spadají do kompetence státu. (20)

HAŠKOVCOVÁ (8) uvádí, „Proč bych se namáhal, proč bych si komplikoval život, přinášel jistě oběti, když se stát umí tak dobře a dokonce lépe postarat o starého člověka než já?“ myslívají si mladí lidé a argumentují tím, že ústavní péče je nejlepším řešením. Nemůže tomu tak být; z důvodů ekonomických, sociálních i psychických je nezbytné znovu a výrazným způsobem zapojit rodinu i laickou veřejnost do péče o staré osoby.

Podle MINIBERGEROVÉ a DUŠKA (20) se v současných podmínkách rodina pečující o seniora dostává do sociální izolace. Pečující rodina v důsledku závislosti a neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolním světem. Osoba, která pečuje o seniora, trpí fyzickým i psychickým tlakem. Nedochozí-li ke snížení tohoto tlaku, sám pečující může hledat východisko např. v násilí vůči ošetřovanému. Společnost by měla nabízet rodině pečující o seniora dostatečnou sociální podporu. Rodina pečující o seniory by měla pomoc vyhledávat a využívat ji, snažit se uplatňovat opatření a podmínky pro udržení zdravého způsobu života ve svém okruhu.

HAŠKOVCOVÁ (8) uvádí, každý člověk stárne. A starý člověk se dříve nebo později stane dítětem svých vlastních dětí a dospělé děti se stanou rodiči svých vlastních rodičů.

1.3. Psychosomatika

Psychosomatiku můžeme chápat jako vnitřně složité propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a nemoci. (2) Samotný název psychosomatika pochází ze starořeckých slov psyché (duše) a sóma (tělo). (27) Psychická a somatická stránka nemoci je neoddělitelná. Nelze oddělit to, co je duševní a tělesné. Stav našeho těla a naší mysli se navzájem zrcadlí a vysílají jasné signály o tom, co nám chybí, o místě, ve kterém je porušená vnitřní rovnováha. (23) Protože třetím faktorem komplexního nazírání na člověka je přírodní a sociální okolí, používáme i termínu **bio-psycho-sociální přístup** a nebo vzhledem k vědecko poznávací metodě **systemický přístup**. (27)

1.3.1. Psychosomatická medicína

KŘIVOHLAVÝ (18) uvádí, prvním oborem, který studoval soustavně problémy a role psychologických faktorů ve zdraví a nemoci, byla psychosomatická medicína. Ta je definována jako vědní obor, který vznikl z poznání, že fyzické (tělesné) nemoci mají své emocionální a psychické složky a že psychologické a somatické faktory jsou spolu v interakci tam, kde vznikají nemoci. Bylo prokázáno, že emoce nejen doprovázejí tělesné změny, ale že také fyzické (tělesné) změny způsobují. Nastalé změny mohou vést k fyzické nemoci.

Je-li předmětem našeho zájmu člověk ve zdraví a v nemoci, pak v současné době základním předpokladem je chápat ho jako neustálou interakci činností somatických struktur, psychických funkcí a vlivů vnějšího prostředí. (2) Zrodila se tak představa biopsychosociálního modelu nemoci. (18) Je tedy za potřebí lékařské vědy zabývající se celou osobou, která pacienta a jeho nemoc vnímá a respektuje jejich skutečné komplexnosti. (4)

Všechny nemoci jsou psychosomatickými, neboť každá nemoc obsahuje ve své etiologii (ve svém vzniku) jak somatické, tak i psychologické faktory. (18)

1.3.2. Historie psychosomatické medicíny

Jak uvádí BAŠTECKÝ a kol. (2), o vztahu emocí k činnosti vnitřních orgánů nacházíme četné doklady ve všech oborech lékařství. Chápána v nejširším pojetí je psychosomatická medicína stará jako lékařství samo a představuje ve smyslu hippokratovské tradice pojetí člověka v jeho celistvosti, vzájemné jednotě somatického a psychického a především v jednotě se zevním prostředím (zejména sociálním), v němž žije.

DANZER (4) uvádí, v době romantismu, byla psychosomatika poprvé nazvána jménem. Lékař Heinroth použil v roce 1818 ve své knize *Lehrbuch der Störungen des Seelenslebens* (Učebnice poruch duševního života) pojem psychosomatika v souvislosti s poruchami spánku, o nichž se domníval, že jsou způsobeny určitými duševními stavy a náladami. Přesto trvalo ještě celé století, než z tohoto slova začal postupně krystalizovat určitý postoj a forma medicíny a zcela jedinečný způsob diagnostiky a terapie lidských onemocnění.

Toto přiřazení oddělilo ve druhé polovině 19. a v první polovině 20. století bezduchou tělesnou medicínu (somatiku) od netělesné medicíny duše (psychologie, psychoterapie). Ale aby nebyla diagnostikována a léčena pouze duše bez těla a tělo bez duše, nýbrž celý člověk, je zapotřebí lékařské vědy zabývající se celou osobou, která pacienta a jeho nemoc vnímá a respektuje jejich skutečné komplexnosti. (4)

Psychosomatika v dnešním pojetí vznikala počátkem 20. století na půdě psychoanalýzy. Freud sám tento termín nikdy nepoužil. Psychosomatickou problematiku však rozpracovávali jeho žáci. (2)

Na počátku 30. let evropská psychoanalytická psychosomatika končí a po emigraci analytiků do USA se rozvíjí v zámoří. Uvedená vývojová etapa psychosomatické medicíny se nazývá **psychosomatické hnutí**. Vzniklo jako reakce na krizi evropského lékařství koncem 19. a začátkem 20. století. (2)

Postupně se konstituoval pojem **psychosomatická medicína**. Ta byla do konce 40. let tohoto století pokládána převážně za studium vzájemných vztahů psychologických a fyziologických aspektů tělesných funkcí v normě a patologii a za pokus integrovat somatoterapii a psychoterapii. Z tohoto chápání vyplývá, že psychosomatická medicína je jednak vědeckou disciplínou, jednak přístupem k léčení. Definice však nehovoří o kauzálních vztazích mezi studovanými proměnnými a nebere v úvahu vliv zevního prostředí. (2)

1.3.3. Současné pojetí psychosomatické medicíny

BAŠTECKÝ a kol. (2) uvádí, Lipowski chápe Psychosomatickou medicínu jako vědeckou a klinickou disciplínu, jež se zabývá:

- a) studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými funkcemi;
- b) studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými činiteli v etiologii, načasování začátku příznaků, průběhu a vyústění všech nemocí;
- c) zdůrazňováním bio-psycho-sociálního přístupu v péči o nemocné;
- d) aplikací psychiatrických a behaviorálních léčebných metod v prevenci, terapii a rehabilitaci nemocí.

1.3.4. Vymezení pojmu psychosomatické onemocnění

Psychosomatické onemocnění podle BAŠTECKÉHO a kol. (2) musí splňovat jednu ze čtyř následujících podmínek:

1. etiologie nemoci může být přímo vztažena k předchozí psychologické události;
2. průběh nemoci (nezávisle na její etiologie) je významně ovlivňován psychologickými faktory;
3. primární příznak má přímý vztah k jedinému psychologickému faktoru;
4. příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo nepřiměřeně protražované a manifestující se v kontextu somatického onemocnění.

1.3.5. Jak mohou emoce, starosti a problémy způsobit somatické příznaky

Tuto problematiku se pokusil popsat BARAN (1) :

Zaprvé: starosti a psychické tenze mohou způsobit svalové napětí. Pokud tento stav trvá déle, svaly mohou začít bolet. Pokud to například nastane u svalů na šíji, způsobí to bolest hlavy. Následkem napětí svalů v okolí střev jsou bolesti žaludku.

Zadruhé: napětí a úzkost u lidí způsobuje vyloučení látky zvané adrenalin do organismu. Toto může být velmi prospěšné – člověk se stává ostražitějším a je lépe připraven řešit problémové situace. Zároveň však může tato látka způsobit různé nepříjemné somatické příznaky po celém lidském těle, včetně bušení srdce, bolesti hrudníku atd.

Zatřetí: má-li člověk špatnou náladu anebo má-li všeho tzv. „plné zuby“, inklinuje také mnohem více k tomu, že se zabývá svými tělesnými pocity a s těmito pocity si dělá i mnohem víc starostí, než když je veselý.

Začtvrté: somatické symptomy zpravidla vykazují časovou strukturu. Mohou se vyskytovat zejména v době, kdy je člověk vystaven stresu.

1.3.6. Psychosomatické koncepty chorob a stonání ve stáří

KALVACH (13) uvádí, klasickým psychosomatickým protikladem je chronické stonání osob v pokročilém stáří, kde se vlivy mnoha chorob, involučních změn, psychických a sociálních vlivů i náročnosti prostředí natolik prolínají, že mnohdy můžeme a musíme hodnotit a ovlivňovat (komplexně) funkční stav, aniž bychom byli schopni určit dominantní chorobu, která nízkou kvalitu života či ztrátu soběstačnosti „sama o sobě“ způsobuje. Což v žádném případě neznamená, že by tito lidé kvalifikovanou zdravotní péčí nepotřebovali. Jen nesmí jít o „expertízu chorob“, ale o komplexně „psychosomatickou“ medicínu „celého“ člověka – hovoří se o comprehensive geriatric assessment (CGA) či o geriatric evaluation and management (GEM), nebo-li o komplexním přístupu. Ten by měl být obvyklý u všech nemocných, ale nezbytný je především u křehkých, nejzranitelnějších pacientů, jakými jsou typicky děti a senioři.

KALVACH a kol. (15) dále uvádí, v oborově specializované medicíně bývá komplexní problematika geriatrických pacientů, především směs involučních změn, křehkosti, multimorbidity a sociálních souvislostí, obtížně uchopitelná a zařaditelná. Neujasněn zůstává význam i smysl různých změn, příznaků, ale i diagnostických a terapeutických postupů. Geriatrickí pacienti bývají nepochopeni a neúčelně „lčeni“. Geriatrická medicína se tak stává rozsáhlým polem pro uplatnění celovztažných konceptů a přístupů systemických, psychosomatických.

Zdraví je dynamický stav, v němž člověk ve všech úrovních (biologické i psychosociální) zvládá svůj vývoj v měnlivém prostředí. Symptom, syndrom nebo choroba jsou patrnými známkami (signály) nedostačivého řešení určité konkrétní problémové situace. Tyto signály nesou informaci o specifických souvislostech, v nichž jedinec hledá řešení a ve vhodné interpretaci jsou i autopoietickým návodem k tomu, jak optimálně napomoci k jejich zvládnutí, návodem k terapii. (15)

Pro gerontologii plyne, že křehčí a labilnější možnosti nacházení souladu s prostředím ve stáří zavazují společnost, aby hledala vhodné způsoby péče, zaměřené ke specifickým potřebám člověka. (15)

Jak uvádí HAŠKOVCOVÁ (8), s přibývajícím věkem stoupá počet nemocných osob. Za zdravého lze považovat „takového geronta, u kterého není přítomná zjevná choroba, který je spokojen, je sociálně adaptabilní a má neporušenou homeostázu“. Takový člověk prožívá onen pocit fyzického, psychického i sociálního blaha. Nemocný starý člověk vykazuje nedostatečnost, a to v jedné, nebo častěji ve všech uvedených komponentách zakládající pocit blaha, a tedy i zdraví. Někdy je primární somatická nemoc, která ve svém důsledku vyvolává psychickou rozladu a sociální diskomfort, jindy člověk začne stonat „na duši“, a tím je posléze porušena i funkce sociálních vztahů a vazeb. Nemocná duše může somatizovat, tzn. že v důsledku psychické nemoci ochoří také tělo. U starých osob je typické, že sociální důvody bývají primárním činitelem kaskády stavů, které pak mohou vyústit v nemoc. Je známo, že ztráta silné sociální vazby ve vyšším věku může vést i ke smrti.

1.3.7. Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace

KALVACH a ONDERKOVÁ (14) uvádí, jde o maladaptaci především na přijetí do dlouhodobé ústavní péče, případně na jiné závažné životní události. Ošetrovatelským personálem jsou patientské projevy často považovány za projev syndromu demence – apatie, bezcílné přecházení, pohybové stereotypy (žmoulání, či opakované upravování oděvu), vyhýbání se očnímu kontaktu, soustředění zájmu na základní životní potřeby a nadměrný rozsah spánku (stesky na stravu, vyžadování hypnotik a projímadel), akcentování chronických obtíží (závratě, chronické bolesti). Psychosomatická dekompenzace se může projevit nejrůznějšími stesky, obvykle takovými, které přicházely při stresových zátěžích již v mladém věku. Jde např. o závratě, bušení srdce, pocení, pokašlávání, pocity nedonadechnutí, nadýmání a jiné dyspeptické obtíže, mikční diskomfort atd. Ani rozsáhlé vyšetřování nevede ke zjištění organické příčiny, farmakoterapie spíše situaci zhoršuje nežádoucími účinky léků. Řešením může být psychoterapeutická podpora.

1.3.8. Psychosomatika v léčebné praxi

Psychosomatika se snaží vidět příčiny zdravotních problémů člověka ve všech souvislostech: v jeho sebepojetí i vztahu k vlastnímu tělu, jež jsou dány psychickými charakteristikami, osobnostními zvláštnostmi i tělesnou konstitucí, v jeho vztazích s okolím, které se projevují celým životním stylem, tj. způsobem chování, návyky a zvyklostmi v jeho sociálním, profesním a rodinném prostředí a intimním prostoru. (27)

Komplexní psychosomatický přístup doplňuje a dále rozvíjí principy vědecké biologické medicíny a je základním předpokladem kvalitní a efektivní zdravotnické péče. Spatřujeme v něm budoucí podobu medicíny. (27)

1.4. Sociální péče o seniory

Sociální péče zajišťuje pomoc osobám v nepříznivých životních podmínkách. Její významná část je věnována právě starým lidem. (15)

Služby sociální péče poskytují pomoc k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti zabezpečením základních životních potřeb osob. (10) Sociální službou se

rozumí činnost nebo soubor činností podle zákona č. 108/2006 Sb. zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. (31) Cílem služeb sociální péče je také posílit nebo nahradit soběstačnost osob zhoršenou vlivem změn zdravotního stavu. (10)

1.4.1. Ústavní zařízení sociální péče

Domovy důchodců

Jde o zařízení, která byla dle zákona č. 108/2006 Sb. transformována na domovy pro seniory. (viz Domovy pro seniory)

Domov důchodců je trvalým pobytovým zařízením režimového typu, který slouží starším občanům, kteří nejsou schopni žít a samostatně pouze s občasnou dopomocí, ale potřebují pomoc, péči a dohled po většinu dne. (10) Domovy důchodců zajišťují komplexní péči o staré lidi. (6) Domovy důchodců tvoří asi 75 % kapacity zařízení sociální péče určených pro dlouhodobou péči o seniory. (15)

Domovy důchodců jsou podle starého zákona - par. 72 vyhlášky č. 182/1991 Sb. - určeny 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 v jejich vlastním prostředí za pomoci rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými terénními službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných závažných důvodů. Nemohou však být přijati občane, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. (17)

Podle KALVACHA a kol. (15) jsou domovy důchodců (DD) plně ústavní zařízení, která se řídí stanoveným provozním řádem. Občan je přijímán do DD na základě žádosti. Zdravotnická péče je zajištěna zdravotními sestrami a přes den i lékařem. Obyvatelům chybí soukromí – jednolůžkové pokoje jsou ojedinělé, tíživá je izolace od rodiny a přátel. DD mohou být zařízení státní, církevní i soukromá. DD byly dříve určeny pro staré soběstačné osoby. V současné době jsou azylovým zařízením, kde lidé dožívají svůj život, často zcela závislí na ošetřovatelských odděleních. Tento typ institucionalizace starých osob není ve společnosti oblíben. Jen necelých 5 % starých

lidí uvažuje o pobytu v nich, zpravidla pouze v případě, že by nebyla jiná možnost. Přesto mohou být čekací doby velmi dlouhé.

Jak uvádí HAŠKOVCOVÁ (8), existují ale i lidé, kteří jsou v domovech rádi. Je třeba vzít v úvahu, kdo do domova odchází, proč, a co od života v něm očekává. Jestliže starý člověk odchází z původního domova nerad, nebo dokonce proti své vůli, pak se nelze divit jeho pocitům trpkosti a životní křivdy. Ani ti, kteří odcházejí do domova důchodců s růžovými představami, na tom nejsou o mnoho lépe. Domovy důchodců jsou jediným a někdy jedinečným východiskem z nouze pro řadu lidí, kteří zůstali sami nebo kterým se „nepovedly“ děti. Ti, kteří jsou schopni i ve vyšším věku navozovat další kvalitní vztahy, mají také šanci cítit se v domově důchodců spokojeně.

V roce 2006 proběhla v celém systému sociálních služeb výrazná transformace, a to v oblasti organizační i obsahové. Část ústavní péče je organizačně přenesena na nižší územně správní celky a nově je vymezen i způsob financování. Obsahově je třeba stávající sociální služby dále diferencovat a provázat je se službami zdravotnickými, a to jak lůžkovými, tak i terénními. (7)

Domovy pro seniory

V domovech pro seniory podle par. 49 vyhlášky č. 108/2006 Sb. se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (31)

1.4.2. Vliv prostředí na starého člověka

Jak uvádí RHENWALDOVÁ (24), vliv prostředí na pocity, zdraví a chování seniorů je dokázán mnoha studiemi. Z těch vyplývá, že prostředí by mělo být uzpůsobeno pro různé potřeby starých lidí. Chování lidí se neděje ve vakuu, ale je závislé na mnoha faktorech. Prostředí je jedním z nich. Nastává interakce mezi osobou a prostředím, která vede k určitému chování a reakcím organismu. Zaměříme se nyní na instituce s dlouhodobou péčí. Jaké prostředí je vhodné pro seniory v domovech důchodců? V prvé řadě musí být přizpůsobené potřebám seniorů. Musí splňovat požadavky na

bezpečnost a pohodlí, ale nejenom to. Důležité je, aby v domovech důchodců bylo prostředí pro obyvatele po všech stránkách podnětné, tj. příjemné, kulturní, různorodé, poskytující maximum informací, zábavy a společenských kontaktů. Má být zachován co možná největší prostor pro soukromí. Prostředí by mělo stimulovat obyvatele ke snaze o soběstačnost, k aktivitám, které mají vnitřní hodnotu a které vedou k úspěchům, k učení se novým věcem a mělo by také podporovat používání všech smyslů.

1.4.3. Novodobá péče o seniory

RHENWALDOVÁ (24) uvádí, Péče o občany, kteří se z jakéhokoli důvodu nemohou o sebe starat sami, patří k morálním povinnostem těch, kteří jsou produktivní a zdraví. Tak tomu bylo po staletí u všech kulturních národů. Starším lidem byla prokazována úcta k jejich stáří a moudrosti. Četné studie ukázaly, že tam, kde staří lidé zůstávali až do smrti váženými občany, byl nízký výskyt srdečních a jiných onemocnění. Toto se změnilo se změnami životního stylu. Mladí lidé začali odcházet za prací do měst, svých seniorů si přestávali vážit a tzv. civilizačních nemocí začalo přibývat. V mladých rodinách dnes obvykle oba partneři pracují a ve zbývajícím čase se sotva stačí postarat o své děti. Rodiny bydlí často v malých, nedostačujících bytech a při nejlepší vůli není pro staré rodiče čas a místo. Není to sobectví dětí, že nemohou mít rodiče u sebe, ale součást dnešní reality. V mnoha případech by takové soužití nebylo ani zdravé. Navíc mnozí senioři potřebují celodenní péči a noční dohled, což jim děti nemohou zajistit.

Je tedy na místě, že lidé, ať už v jakémkoli věku, kteří z nějakého důvodu ztratili soběstačnost, odcházejí žít do domovů důchodců či podobných zařízení. Tam by měli najít nový, bezpečný domov, kde budou moci spokojeně žít. Nový domov by měl poskytovat nejen důstojné bydlení a nutnou zdravotní péči, ale také moderní prevenci patologického chátrání, a to jak fyzického, tak duševního. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by vracel smysl a hodnotu. Měl by pomáhat lidem žít, bavit se, mít se na co a z čeho těšit. Měl by napomáhat vyplňovat dlouhé dny, které tráví senioři v mnoha zařízeních nehybně, beze slova, s vyhaslýma očima, odevzdání svému

osudu. Čekají jen na jídlo, na léky. Pozornosti se dostává jejich nemocím, ale ne jim. (24)

Samotné stáří není nemocí. Nemoci mají mnoho různých fyziologických, fyzických a psychických příčin, ve kterých hraje důležitou roli osobnost, životní styl člověka, prostředí, ve kterém žije, strava a návyky. Z tohoto důvodu má být v zařízeních pro lidi různého věku neschopných péče o sebe postaráno o všechny tyto faktory. Musí být pečováno stejnou měrou o fyzické, mentální a duchovní potřeby. Každému obyvateli je třeba poskytovat individuální péči. (24)

2. Cíl práce

Jako cíl jsem si zvolila popsat, jak působí prostředí ústavního zařízení sociální péče na zdravotní stav seniora v období prvního roku po přijetí do tohoto zařízení. Ve své práci bych se chtěla zaměřit zejména na zdravotní komplikace seniorů, které se mohou objevit v souvislosti se změnou prostředí a odloučením od rodiny.

Má práce má řešit tyto otázky a problémy:

- 1) Zjistit, jaký byl důvod přijetí seniora do ústavního zařízení sociální péče.
- 2) Popsat jak jsou senioři spokojeni v prostředí ústavního zařízení sociální péče.
- 3) Zjistit, zda se změnil zdravotní stav seniora po přijetí do ústavního zařízení sociální péče.
- 4) Popsat rodinný život seniorů v ústavním zařízení sociální péče.
- 5) Zjistit, co má podle pracovníků zařízení největší dopad na seniory v ústavním zařízení sociální péče.

Protože jsem výzkum zaměřila kvalitativně, cílem mé práce bylo především vytvoření hypotézy. Hypotézu tedy uvádím až v závěru své práce.

3. Metodika výzkumu

3.1. Kvalitativní výzkum

Dle Hendla (9) neexistuje jediný obecně uznávaný způsob jak vymezit nebo dělat kvalitativní výzkum. Jak uvádí Strauss a Corbinová (26) termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Mnoho autorů nesouhlasí s tímto vymezením, protože podle nich jedinečnost kvalitativního výzkumu nespočívá pouze v absenci čísel. Potíž je v tom, že kvalitativní výzkum je široké označení pro rozdílné přístupy. (9) Významný metodolog Creswell (1998) definoval kvalitativní výzkum takto: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (6) Dle Dismana (5) je vzorek v kvalitativním výzkumu nasycen, když další data nepřinášejí nic nového.

3.2. Reliabilita a validita kvalitativního výzkumu

Reliabilní měření je takové, které nám při opakované aplikaci dává shodné výsledky, pokud se stav pozorovaného objektu nezměnil. (5)

Validita je konstruktem toho, zda způsob, jakým jsme k našim zjištěním dospěli (metody, procedura), a samotná tato zjištění (argumenty, tvrzení), jsou pravdivé, tedy zda odpovídají realitě (jsou věrohodné). (21) Jinak řečeno, validní měření je takové měření, které měří skutečně to, co jsme měřit chtěli.

Dominantní technikou kontroly validity týkající se získávání dat je **triangulace**. Triangulace metod představuje získávání údajů různými postupy. (16) Mnou užitá postupy byly analýza rozhovorů s klienty a pracovníky v ústavním zařízení a sekundární analýza dat zdravotní dokumentace. Triangulace zdrojů je získávání dat jedinou metodou, ale z různých zdrojů. (16) Zdroje při mém výzkumu byly klienti a pracovníci v zařízení.

Technikou kontroly validity týkající se povahy dat je např. bohatost dat. Bohatá data jsou podrobná a úplná. (21) U rozhovorů jsou takovými daty doslovné přepisy (16), což jsem se ve své práci snažila splnit.

3.3. Použité metody a techniky

V této práci byla jako technika použita obsahová analýza polostrukturovaných rozhovorů s klienty v ústavním zařízení sociální péče. Rozhovory byly vedeny s klienty, kteří byli v zařízení v období jednoho roku po přijetí. V rozhovoru s klienty jsem měla připraveno 15 otázek, ale protože byl rozhovor polořízený, pokládala jsem klientům ještě doplňující otázky. Dále byla použita obsahová analýza polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky v ústavním zařízení sociální péče. Pro rozhovory s pracovníky zařízení jsem měla připraveno 9 otázek. Sběr dat probíhal formou osobního kontaktu. Jako pomocná metoda byla využita sekundární analýza dat zdravotní dokumentace vybraných klientů.

3.4. Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum probíhal ve třech různých ústavních zařízeních sociální péče v období od února do dubna 2007. Pro výzkum jsem vybrala zařízení s odlišnou kapacitou, která jsou v obci s různě velkým počtem obyvatel. Byla to zařízení: Dům klidného stáří sv. Anny v Sousedovicích, Domov pro seniory Strakonice a Domov pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích.

Výzkumný vzorek tvořili senioři ve věku 60 – 99 let, kteří jsou obyvateli domova v období do jednoho roku po přijetí, a dále pracovníci zařízení různé profese - sociální pracovníce, ergoterapeut, fyzioterapeut, zdravotní sestry a uklízečka. Každý rozhovor s pracovníkem zařízení byl zaměřen na konkrétního klienta, kterého jsem se již dotazovala.

Dohromady jsem uskutečnila 26 rozhovorů – 13 s klienty a 13 s pracovníky zařízení. V Domě klidného stáří sv. Anny v Sousedovicích, kde je kapacita zařízení 30 obyvatel, jsem provedla 2 rozhovory s klienty a 2 s pracovníky. V Domově pro seniory Strakonice s kapacitou 70 obyvatel jsem provedla 9 rozhovorů s klienty a 9

s pracovníky zařízení. V Domově pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích, kde je kapacita 156 obyvatel, jsem uskutečnila 2 rozhovory s klienty a 2 s pracovníky zařízení.

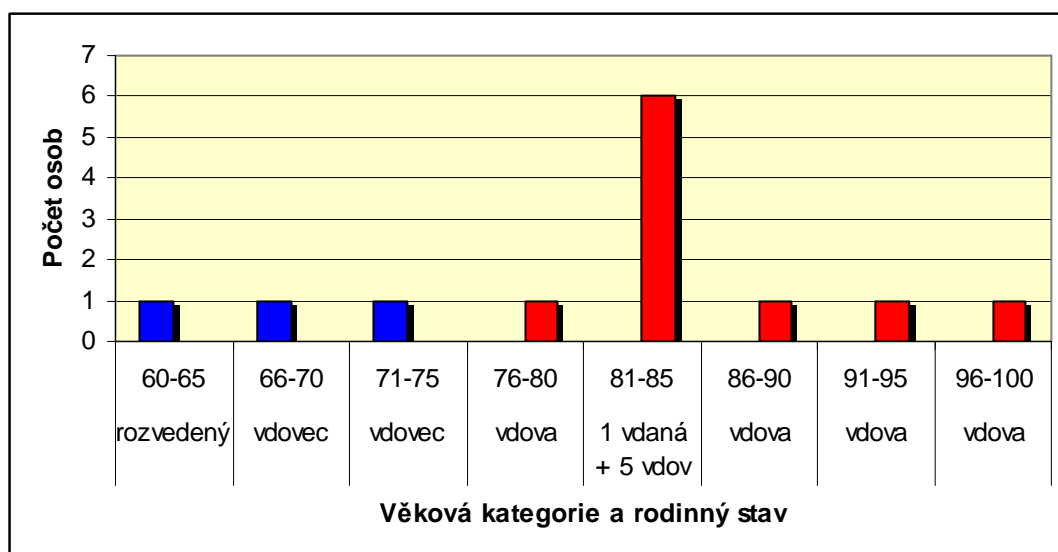
4. Výsledky

4.1. Charakteristika zkoumaného souboru

Identifikační údaje seniorů - pohlaví, věková kategorie, rodinný stav

V grafu je uvedeno pohlaví, věková kategorie a rodinný stav dotazovaných seniorů. Graficky je znázorněno, že s nimi bylo uskutečněno 13 rozhovorů. Vždy byl uskutečněn minimálně jeden rozhovor se seniorem v každé věkové kategorii. Nejvíce rozhovorů bylo provedeno se ženami ve věkové kategorii 81-85 let, kde byla 1 žena vdaná a 5 vdov. Dohromady bylo uskutečněno 10 rozhovorů se ženami a u 9 z nich byl rodinný stav – vdova. S muži byly provedeny 3 rozhovory. Ukázalo se, že muži obsadili první 3 věkové kategorie. Rodinný stav u mužů byl 2x vdovec a 1x rozvedený.

Graf 1: Identifikační údaje seniorů - pohlaví, věková kategorie, rodinný stav.

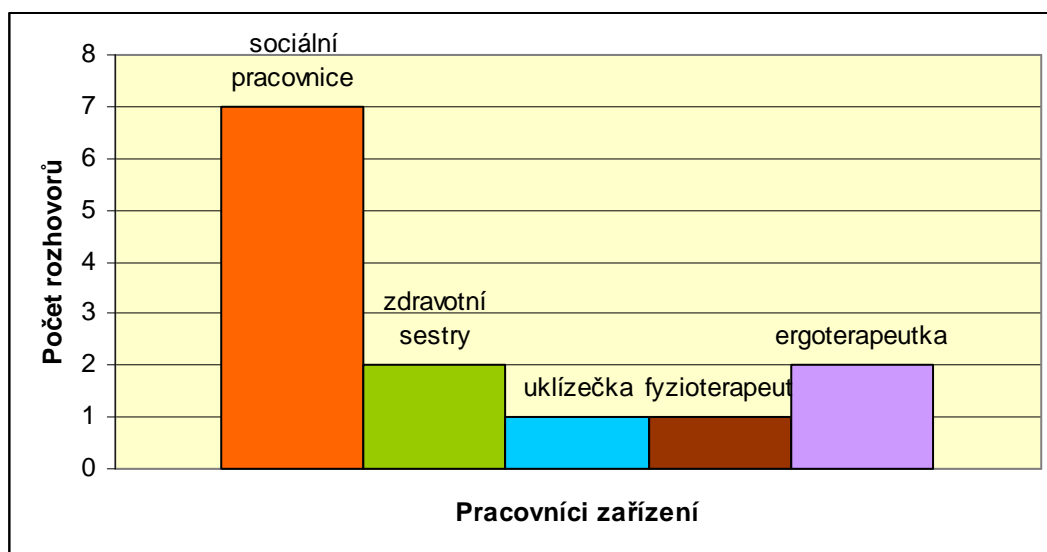


Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovory s pracovníky zařízení

Z grafu je zřejmé, že bylo provedeno 13 rozhovorů s pracovníky zařízení, kteří měli 5 různých profesí. Nejvíce – 7 rozhovorů – bylo uskutečněno se sociálními pracovníci, 2 rozhovory proběhly se zdravotními sestrami, další 2 s ergoterapeutkou, 1 byl proveden s uklízečkou, 1 s fyzioterapeutem.

Graf 2: Rozhovory s pracovníky zařízení



Zdroj: vlastní výzkum

4.2. Výsledky k rozhovoru

4.2.1. Důvod přijetí seniora do ústavního zařízení sociální péče

Moje první otázka na seniory v ústavním zařízení sociální péče byla – **Jak dlouho tu bydlíte?** Nejčastější odpověď byla „*Jsem tady asi půl roku*“. Někteří klienti zařízení si přesně nepamatovali, jak jsou v domově pro seniory dlouho. Někteří si vzpomněli na měsíc, kdy byli do zařízení přijati „*Jsem tady od poloviny srpna loňského roku*“, „*Od července 2006*“. Dvě klientky, s kterými jsem dělala rozhovor, byly v zařízení krátce – „*Jsem tu dva měsíce, přišla jsem 14. 2. na Valentýna*“, a jedna klientka dokonce jen 3 týdny. Setkala jsem se i s odpovědí „*To já nevím, mají to zapsané sestry*“, protože paní trpí počínající demencí, má tedy zhoršenou paměť.

Moje další otázka **Kde jste byl/a předtím?** měla být zaměřena na to, zda senior přišel do zařízení z domácího prostředí nebo z prostředí nemocnice apod. Myslím si, že je to důležitá otázka, protože na tom může záviset, jaká to byla pro seniora změna, zda to byl pro seniora šok nebo se do zařízení těšil. Uvádím odpovědi seniorů:

- *R: Tady ve Strakonících, doma v bytě.*
- *R: Byl jsem doma, ale pak jsem byl ještě asi 4 měsíce v nemocnici a potom jsem šel rovnou sem.*
- *R: Já jsem byla asi 3 měsíce doma a předtím jsem byla ve Volyni – LDN, tam jsem byla asi také 3 měsíce, a pak se tu uvolnilo místo.*
- *R: Předtím jsem byla 3 měsíce ve Volyni - LDN, pak jsem byla u snachy a po prvním lednu jsem šla sem.*
- *R: Byla jsem doma, ale předtím jsem byla skoro 2 roky po nemocnicích, protože jsem měla zlomený kyčel.*
- *R: Bydlela jsem 14 roků doma sama bez muže. Než jsem přišla sem, tak jsem byla v nemocnici. Těch 14 roků, co jsem byla sama, jsem měla deprese a pak už jsem si říkala, že už to dál nejde a musím s tím něco udělat.*

- *R: To vám také neřeknu, nevím.*
- *R: Předtím jsem byl v jiném domově důchodců.*
- *R: Doma.*
- *R: Tady ve Strakonících v bytě.*
- *R: Byla jsem v Praze, kde jsem měla svůj byt. T: A to jste bydlela doma sama?*
R: Ano, sama.
- *R: Celý rok jsem byla v nemocnici - LDN. T: A pak jste šla rovnou sem? R: Ano.*
- *R: Dříve jsem byla doma.*

Z uvedeného vyplývá, že mohou být minimálně 3 možnosti, z jakého prostředí senior do domova pro seniory přichází. Zaprvé je to prostředí domova („Dříve jsem byla doma“), senior může přijít také z jiného domova pro seniory („Předtím jsem byl v jiném domově důchodců“), častou odpovědí také bylo, že senior měl zdravotní potíže a trávil nějakou dobu v nemocnici, nejčastěji na oddělení LDN („Celý rok jsem byla v nemocnici na LDN“).

V následující otázce jsem se ptala seniorů na to, jaký byl důvod přijetí do ústavního zařízení sociální péče – **Co Vás sem tedy přivedlo?**

- *R: Byla jsem v rodině, měla jsem tam sestru a dceru. Prostě, ujednaly se, že by pro mě bylo lepší, kdybych šla sem do domova, že tu budu mít všechno, že tu budu zaopatřená.*
- *R: Padal na mě strop. T: Takže kvůli bytu? R: Ne, kvůli manželce, moje manželka je po smrti. T: Takže jste nezvládal domácnost? R: Domácnost ne, to já umím udělat všechno. Prostě tam na mě všechno padalo.*
- *R: To víte, už to pro nás s dědou nebylo doma dobré. On je tu také, ale na jiném pokoji. T: Bylo to tedy kvůli vašemu zdravotnímu stavu? R: Ano.*
- *R: Snažil jsem se získat jednolůžkový pokoj.*
- *R: Zdravotní stav.*

- *R: Bydlela jsem 14 roků doma sama bez muže. Než jsem přišla sem, tak jsem byla v nemocnici. Těch 14 roků, co jsem byla sama, jsem měla deprese a pak už jsem si říkala, že už to dál nejde a musím s tím něco udělat. To byl tedy ten hlavní důvod, proč jsem sem šla, protože jsem nemohla být doma. Ted' už ty stavy nemám, protože jsem přesazená do jiného prostředí.*
- *R: Kvůli zdravotnímu stavu, ale i proto, že jsem doma byla jenom sama. Mám tam syna ženatého se snachou a tady ve Strakonících mám dceru. Děti tam za mnou pořád musely jezdit, koupaly mě, praly mi, všechno mi dělaly. Tak jsem sem šla. T: Děti se o Vás tedy nemohly denně starat, proto Vám to zařídily tady? R: Sem za mnou jezdí každý den, ale doma jsem stálou péčí neměla.*
- *R: Protože se o mě nemůže nikdo starat. Snacha je vdova, syna zabil blesk, ona chodí do práce, tak nemůže doma se mnou být a já doma sama být nemohu.*
- *R: Já jsem musela jít sem, protože jiné východisko nebylo. Já jsem nemohla být sama. T: Neměl se tedy o Vás kdo postarat? R: Mám syna, ale on byl nemocný, tak to jsem nemohla, to bych ani nikdy nechtěla. To nepřipadalo vůbec v úvahu. On bydlel jinde, já taky jinde. To nešlo. Řekli mi, že sama být nemohu, tak jsme hned zažádali o umístění sem.*
- *R: Já jsem vázaný na dýchací přístroj. Doma bych k tomu neměl možnost a byl jsem doma sám. To bych nezvládl. Žena mi zemřela. Dokud jsem byl trochu schopný, tak jsem byl doma, ale ted' už to nejde.*
- *R: Já jsem měla úraz, byla jsem v nemocnici. Cítila jsem, že už je to se mnou dost špatné. Mně je 93 let. T: Takže to bylo ze zdravotních důvodů, proč jste si požádala o přijetí sem do tohoto zařízení? R: Ano. Já jsem vlastně byla u dcery a oni mě sem denně vozili. Říkala jsem si, že by bylo lepší, kdybych měla stálou péči.*
- *R: Já mám cukrovku, píchají mi inzulín, a jsem také operovaná na šedý zákal. Když nevidím, tak mně museli jezdit z Červeného kříže píchat inzulín - 2x denně. A to je velká zátěž, a proto jsme zažádali o domov důchodců.*
- *R: Já jsem od 45 let v invalidním důchodu, měla jsem roztroušenou sklerózu a 30 let jsem se na to léčila jako invalida. Pak to bylo lepší, ale zase moje hlava –*

mám nedokrevnost mozku a pořád jsem padala. Charita se o mě celé ty roky, kdy jsem byla doma, starala. Jenomže jsem padala, pořád mě někde nacházeli na zemi. A tak rozhodli, že doma už být nemohu, a tak jsem tady.

Senioři, kteří přišli do zařízení z rodinného prostředí, nejčastěji uvádějí jako důvod žádosti o přijetí do domova pro seniory svůj špatný zdravotní stav („*Já jsem vázaný na dýchací přístroj, doma bych k tomu neměl možnost*“, „*Mám nedokrevnost mozku a pořád jsem padala*“) a tedy hlavním problémem byla nesoběstačnost („*Já mám cukrovku a jsem také operovaná na šedý zákal. Když nevidím, tak mně museli jezdit z Červeného kříže píchat inzulín*“). Dalším hlavním důvodem bylo to, že se o seniora v domácím prostředí neměl kdo postarat („*Protože se o mě nemůže nikdo starat*“). Někteří senioři raději žádají o přijetí do ústavního zařízení než o pomoc ve své rodině („*Já jsem nemohla být sama. T: Neměl se tedy o Vás kdo postarat? R: Mám syna, ale on byl nemocný, tak to jsem nemohla, to bych ani nikdy nechtěla. To nepřipadalo vůbec v úvahu*“). Z uvedených odpovědí také vyplývá, že velkým problémem byla samota seniora. Někdo řešil problém samoty zejména kvůli jeho zdravotnímu stavu – somatickým obtížím („*Kvůli zdravotnímu stavu, ale i proto, že jsem doma byla jenom sama*“), ale u někoho se objevily psychické problémy v souvislosti s úzkostí ze samoty („*Bydlela jsem 14 roků doma sama bez muže. Než jsem přišla sem, tak jsem byla v nemocnici. Těch 14 roků, co jsem byla sama, jsem měla deprese a pak už jsem si říkala, že už to dál nejde a musím s tím něco udělat*“, „*Padal na mě strop, moje manželka je po smrti, prostě tam na mě všechno padalo*“). Někdo naopak samotu vyhledával („*Snažil jsem se získat jednolůžkový pokoj*“). A vyskytla se i odpověď, z které jsem pochopila, že klientka sama netoužila stát se obyvatelkou domova pro seniory, ale její rodina ji k tomu přemluvila („*Byla jsem v rodině, měla jsem tam sestru a dceru. Prostě se ujednaly, že by pro mě bylo lepší, kdybych šla sem do domova, že tu budu mít všechno, že tu budu zaopatřená*“).

4.2.2. Spokojenost seniorů v prostředí ústavního zařízení sociální péče

Další otázka byla zaměřena na to, jak je senior v daném zařízení spokojený. Je důležité, jak se klient v novém prostředí domova pro seniory cítí, zda se mu tam líbí či nikoli. Od toho se odvíjí i to, jak bude probíhat proces adaptace. Pokládala jsem tedy seniorům otázku **Jste celkově spokojen/a se svým životem v tomto zařízení?** Bylo zajímavé, že na tuto otázku odpovídali všichni senioři téměř stejně.

- *R: Ano jsem.*
- *R: Jak už jsem vám říkal, mám tu známé, kteří mi pomáhají, vzájemně si pomáháme. Dokonce mám nejlepší pokoj. Zázemí jsem si vytvořil. Tady kolega je také dobrý. Sedneme si do altánu, jezdíme všude po Šumavě, i tam, kde jsem v životě nebyl. Zázemí je tu dobré. T: Takže jste tu spokojený? R: Úplně.*
- *R: Spokojená jsem, jenomže jsem upadla a zlomila jsem si nohu v krčku, tak jsem od začátku září uvězněná tady na pokoji. Snad to už tak dlouho trvat nebude. Chodím o holích, ale venku jsem ještě nebyla. Tady chodím na terasu, tady se vždy projdu.*
- *R: Ano, zatím ano. Za ten půl rok je to tu dobré.*
- *R: To víte, že ano. Tady se o mě postarají, dají mně najíst, vyspím se tu. Nic mi tu neschází.*
- *R: Jsem zde maximálně spokojená.*
- *R: Jak bych to řekla, spokojená ano, ale pořád si tu nemohu zvyknout. Byla jsem doma na vesnici, měli jsme psa, kočku, já jsem tam pracovala do 82 let. Teď mi je 84 let. Všechno jsem si uvařila, udělala, a teď už nemohu. Děti šly do práce – syn s manželkou a já jsem byla doma sama. Jejich děti už mají své rodiny, jsou pryč. Ze školy mi vozili jídlo – obědy. T: Takže je to tady pro Vás velká změna. R: Ano, to je. Já byla zvyklá doma, tam jsem měla susedky. Všichni mě měli rádi a já je. A měla jsem se tam tak hezky.*
- *R: Je to tu pěkné, ale to víte. Babička se mnou na pokoji je nemocná, nemluví, tak si nemohu ani popovídat. Já si nemohu ani sama sednout na postel a slézt*

z postele také nemohu, nemohu ani sedět. S pomocí trochu chodím, ale jen chvíli, musí mě podržet.

- *R: Ano, musím být, vždyť už je mi skoro 90 let. 90 let, to už je ztracené. Díky bohu chodím, musím si ale říct, že prostě musím. Jsem tu spokojená. Starají se o nás dobře.*
- *R: Jsem spokojená, rozhodně.*
- *R: Jsem spokojená. Představovala jsem si to horší. T: Takže jste poznala, že to tu je dobré? R: Ano, je to tu výborné.*
- *R: Ano, jsem spokojená. Já jsem pořád dole v hale. Mají tady pejsky, s kterými chodí na vycházku, a já si s nimi hraji. Je tu pejsek, který bydlí přímo tady v domově, jmenuje se Alka, je jí už 7 let a já si s ní hraji.*
- *R: Moc se mi tu líbí, jsem tu spokojená. Ale to víte, všechno není růžové. To nadšení, se kterým jsem sem šla, pak nebylo takové, jak jsem si myslela. Ale bylo všechno v pořádku. Všechno se dá srovnat. Takže jsem tu spokojená.*

Odpovědi na moji otázku byly převážně kladné („*Jsem spokojená, rozhodně*“). Senioři přicházeli do zařízení s různou představou. U někoho, když se řeklo domov pro seniory, převládalo nadšení a senior se sem doslova těšil, i když pak skutečné dojmy byly trochu jiné („*Moc se mi tu líbí, jsem tu spokojená. Ale to víte, všechno není růžové. To nadšení, se kterým jsem sem šla, pak nebylo takové, jak jsem si myslela*“). Někdo si představoval domov pro seniory naopak negativně a pak byl mile překvapen („*Jsem spokojená. Představovala jsem si to horší. Je to tu výborné*“). Pro někoho to byla velká změna, protože přicházel z úplně jiného prostředí, a proto si tu těžko zvykal („*Jak bych to řekla, spokojená ano, ale pořád si tu nemohu zvyknout. Byla jsem doma na vesnici*“). Někteří senioři se zkrátka smířili s tím, jaká je jejich situace („*Ano, musím být, vždyť už je mi skoro 90 let*“, „*Tady se o mě postarají, dají mně najíst, vyspím se tu. Nic mi tu neschází*“). Také velmi záleží na tom, na jaký pokoj se senior dostane. Jednolůžkové pokoje jsou určeny spíše pro soběstačné klienty. Pokud má senior takové zdravotní potíže, že je odkázán na pomoc druhé osoby, je ubytován na ošetrovatelském oddělení, kde jsou pokoje minimálně dvoulůžkové. Pak velmi záleží na tom, jak senior vychází se

svým spolubydlícím. Pokud je zdravotní stav spolubydlícího seniora špatný, může to na klienta působit negativně („*Je to tu pěkné, ale to víte. Babička se mnou na pokoji je nemocná, ani nemluví, tak si nemohu ani popovídat*“).

Seniorům jsem položila tzv. měřící otázku – **Představte si pětibodovou stupnici, kde 1 znamená, že jste zcela spokojený/á s Vaším životem, že Vám nic nechybí, a 5 znamená, že nejste vůbec spokojený/á a chtěl/a byste všechno změnit. Kde jste na této stupnici právě teď?** Jak klienti zařízení odpovídali, uvádím v následující tabulce a grafu.

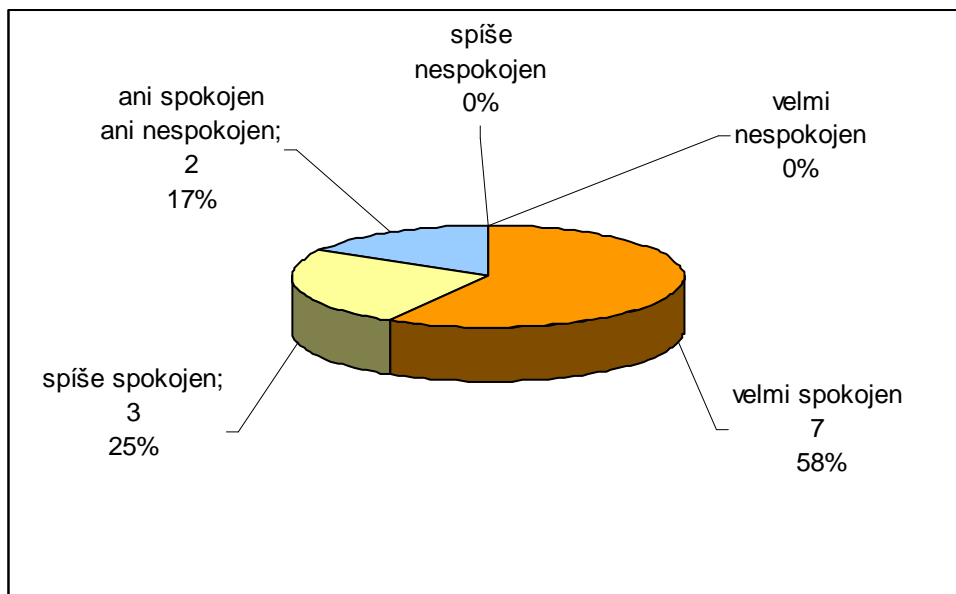
Z tabulky i z grafu je zřejmé, že nadpoloviční většina dotázaných (58 %) odpovědělo, že je velmi spokojen se svým životem. 3 respondenti (25 %) odpověděli, že jsou spíše spokojeni se svým životem. Odpověď 2 respondentů (17 %) byla ani spokojen, ani nespokojen. Ani jeden respondent neodpověděl, že je spíše nespokojený ani velmi nespokojený.

Tabulka 2: Měřící otázka (v absolutních číslech i v %)

Číselné hodnocení	Slovní hodnocení	Počet odpovědí	Odpovědi v %
1	velmi spokojen	7	58
2	spíše spokojen	3	25
3	ani spokojen ani nespokojen	2	17
4	spíše nespokojen	0	0
5	velmi nespokojen	0	0
CELKEM		12	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4: Měřicí otázka (v absolutních číslech i v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Musím ještě podotknout, že na tuto otázku odpovědělo jen 12 respondentů, protože z důvodu rozrušení jednoho klienta nebylo možné pokračovat v rozhovoru.

Tato klientka byla v domově pro seniory krátce, teprve si zvykala na nové prostředí, a z kapacitních důvodů byla na pokoji s paní, která umírala. Když jsem s paní začala hovořit, byla velmi milá a ochotná. Klientka při rozhovoru mluvila o své rodině a o tom, jaké trápení ji v životě potkalo. Vzpomínala na svého syna, kterého zabil blesk, vyprávěla o svém druhém synovi, který měl autohavárii, a nakonec mluvila o svém manželovi, který zemřel před čtyřmi roky. Tyto smutné vzpomínky vyvolaly u klientky velké rozrušení, paní začala plakat a z tohoto důvodu se mnou již nechtěla hovořit.

4.2.3. Zdravotní stav seniorů po přijetí do ústavního zařízení sociální péče

To nejdůležitější, na co jsem se chtěla při výzkumu zaměřit, byly změny zdravotního stavu u seniorů. Této problematice jsem se věnovala hned ve třech otázkách - **Trápí Vás teď nějaké zdravotní potíže?, Měl/a jste tyto potíže již dříve?, Změnil se nějak Váš zdravotní stav po přijetí do tohoto zařízení?** Zjistila jsem ale, že toto téma není

pro seniory tak důležité. Senior je většinou smířen s tím, že nemoci se ve stáří často vyskytují, a uvědomuje si, že jeho zdravotní stav již nebude takový, jako býval před 20 lety. Na tuto oblast jsem se ptala i pracovníků zařízení – **Změnil se nějak zdravotní stav pana/í X po přijetí do Vašeho zařízení?** Pracovníci zařízení převážně neměli v rukou zdravotní dokumentaci, byli ale s klienty v častém kontaktu a mohli si tedy všimnout nějaké odchylky ve zdravotním stavu klienta nebo se jim mohl senior sám s něčím svěřit. Pro kontrolu svých poznatků jsem využila také sekundární analýzy dat zdravotní dokumentace vybraných klientů. Tato pomocná metoda pouze potvrdila výpovědi respondentů.

Uvádím zde odpovědi seniorů na otázku **Změnil se nějak Váš zdravotní stav po přijetí do tohoto zařízení?**

- *R: Ne, nebo naopak k lepšímu, protože už jsem si zvykla. T: A ze začátku, ty první dny? R: Měla jsem starosti, velký stesk, velká změna. Prostě byla jsem v cizím.*
- *R: Takto, tady je hodně nízko u řeky a je tu hodně mlhy a vlastně ta inverze, smog, a to mně tady nejvíc vadí. No a změnila se strava, jídla, doma jsem si vařil podle sebe, varoval jsem se něčeho a tady to nejde, tady je to hromadný. Takže ta změna stravy a ten smog. To mě tady nejvíc vadí. T: Takže myslíte, že je to teď horší? R: No není to nejhorší, ale je to horší, než když jsem bydlel doma.*
- *R: Doma jsem měla žaludeční potíže a teď jsem tady dostala dietu, nejdřív jsem měla dietu na cukrovku a teď jsem dostala dietu na žlučník. A zdá se mi, že se mi to zlepšilo. Ty potíže nemám, co jsem měla dřív. Za to jsem vděčná. I když si nemohu vybrat jídlo, jako to bylo ze začátku, kdy jsme si mohly vybrat ze dvou jídel, teď si musím vzít to, co dostanu. Ale jsem za tohle ráda. Také jsem ze začátku zvracela a teď už se potíže zlepšily.*
- *R: Je to teď trošku lepší co do mobility. T: Takže spíše vidíte zlepšení? R: Ano.*

- *R: Já si myslím, že jsem pořád stejná. Někdo sem také za mnou přijde a já si ho nepamatuji. T: Takže Vás spíše trápí paměť? R: Někdo sem přijde a já si říkám, kdo to je, nepamatuji si, ale za chvíli si vzpomenu.*
- *R: Ano, naprosto. Právě ty obavy, které jsem měla dřív doma, teď nemám. Mám tu pocit jistoty. Doma jsem měla takovou nejistotu, že o mě nikdo nevěděl. Bála jsem se, že tam zůstanu, že o mě nikdo neví. To se tady absolutně nestane, tady si vezmu dovolenku nebo jdu ven na zahradu a sestry o mně vědí. To je úžasné. Ta samota, to byl ten největší problém. Já do mého bytu chodím, ale jsem tam 2 hodiny a stačí, mám na to špatné vzpomínky.*
- *R: Oči – byla jsem tady v tomto pokoji, jsou tu dvoje dveře, byl tu průvan a kvůli tomu se mi jedno oko vůbec nezavřelo. Byla jsem na nervovém a přestala jsem i vidět. Ale teď už je to lepší, ale je to ještě živé. Včera jsem byla na očním a ještě to není všechno v pořádku. Jinak se mi zdravotní stav nezměnil. Jen ty léta, to si už člověk říká, kdyby radši nebyl.*
- *R: Klouby mám pořád stejné, to už mi zůstane, s tím mi už nic neudělají.*
- *R: To ne. Já to беру tak, jak to přijde, a říkám si: Jsi stará, to musí být. Nikdo neví, co ho čeká. Já jsem si nikdy nemyslela, že budu moci chodit ven jen s hůlkou. Přeci jen jdete a nejste si jistá. Chodí sem syn se snachou a chtějí, abych chodila každý den, ale každý den nechodím.*
- *R: Ne, to je stejné. Já jsem byl zvyklý, doma jsem byl většinou sám. Žena mi umřela, té bylo 52, ta byla mladá, to bylo v 90. roce. Byl jsem doma až do loňského roku, dokud jsem mohl. Dřív jsem doma dělal všechno – vařil, pral, uklízel, na to jsem zvyklý. A dřív, dokud jsem byl mladý, byl jsem léta v Příbrami na dolech na uranu a potom na Ostravě. Celkově jsem tam byl přes 20 let. Tak taky možná, že ty plíce mám nemocné z toho.*
- *R: Ne, vůbec. Díky bohu.*
- *R: Ne, je to pořád stejné.*
- *R: Celkově se mi zdravotní stav nezměnil.*

Na tuto otázku jsou tři možné odpovědi:

1. zdravotní stav se nezměnil
2. zdravotní stav se zlepšil
3. zdravotní stav se zhoršil

1. Zdravotní stav se nezměnil – tak odpověděla většina seniorů („*Já si myslím, že jsem pořád stejná*“, „*Celkově se mi zdravotní stav nezměnil*“).

2. Zdravotní stav se zlepšil – někteří klienti domovů pro seniory vidí u svého zdravotního stavu zlepšení. U někoho mohlo dojít k zlepšení díky změně prostředí („*Ano, naprosto. Právě ty obavy, které jsem měla dřív doma, teď nemám. Mám tu pocit jistoty*“), díky tomu, že je člověk v ústavním zařízení sociální péče obklopen lidmi a to jak pracovníky zařízení, tak ostatními obyvateli („*Doma jsem měla takovou nejistotu, že o mě nikdo nevěděl. Bála jsem se, že tam zůstanu, že o mě nikdo neví. To se tady absolutně nestane, tady si vezmu dovolenku, nebo jdu ven na zahradu a sestry o mně vědí. To je úžasné. Ta samota, to byl ten největší problém*“). Někdo vidí zlepšení zdravotního stavu díky komplexní péči, kterou tu klient dostává, tedy např. i stravování („*Doma jsem měla žaludeční potíže a teď jsem tady dostala dietu, nejdřív jsem měla dietu na cukrovku a teď jsem dostala dietu na žlučník. A zdá se mi, že se mi to zlepšilo*“) nebo možná i díky rehabilitaci („*Je to teď trochu lepší, co do mobility*“). Pro někoho mohl být přechod z domácího prostředí do ústavního zařízení velká změna, která ze začátku vyvolávala smutek a stesk po domově. Po nějaké době si člověk zvykne a může vidět zlepšení zdravotního stavu („*Ne, nebo naopak k lepšímu, protože už jsem si zvykla. T: A ze začátku, ty první dny? R: Měla jsem starosti, velký stesk, velká změna. Prostě byla jsem v cizím*“).

3. Zdravotní stav se zhoršil – u dvou seniorů z 13 dotázaných došlo, jak sami uvádějí, ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Senior byl přestěhován do prostředí, na které nebyl zvyklý – šlo hlavně o podnební podmínky („*Takto, tady je hodně nízko u řeky a je tu hodně mlhy a vlastně ta inverze, smog, a to mně tady nejvíc vadí*“) a také

došlo ke změně některých návyků – především stravování („*No a změnila se strava, jídla, doma jsem si vařil podle sebe, varoval jsem se něčeho a tady to nejde, tady je to hromadný*“). Ale jak klient dodává („*No není to nejhorší, ale je to horší, než když jsem bydlel doma*“), člověk se může vyrovnat se vším. Konkrétně tento klient je jinak se svým pobytem v zařízení spokojený, jak sám říkal, doma na něj vše padalo a tady má vytvořené dobré zázemí. Jak uvádí druhá klientka („*Byla jsem tady v tomto pokoji, jsou tu dvoje dveře, byl tu průvan a kvůli tomu se mi jedno oko vůbec nezavřelo. Byla jsem na nervovém a přestala jsem i vidět*“), změna prostředí souvisí i s uspořádáním pokoje. Doma si člověk může vybrat, který pokoj mu nejvíce vyhovuje, v ústavním zařízení si nemůže moc vybírat, prostě dostaneme pokoj, který je volný. Zhoršení zdravotního stavu z důvodu psychického stresu ale žádný klient nevedl. Senior si také uvědomuje, že s přibývajícím roky se jeho celkový stav zhoršuje („*Jen ty léta, to si už člověk říká, kdyby radši nebyl*“).

V tabulce je znázorněn počet odpovědí k příslušným třem možnostem změny zdravotního stavu, odpovědi jsou vyjádřeny i v procentech.

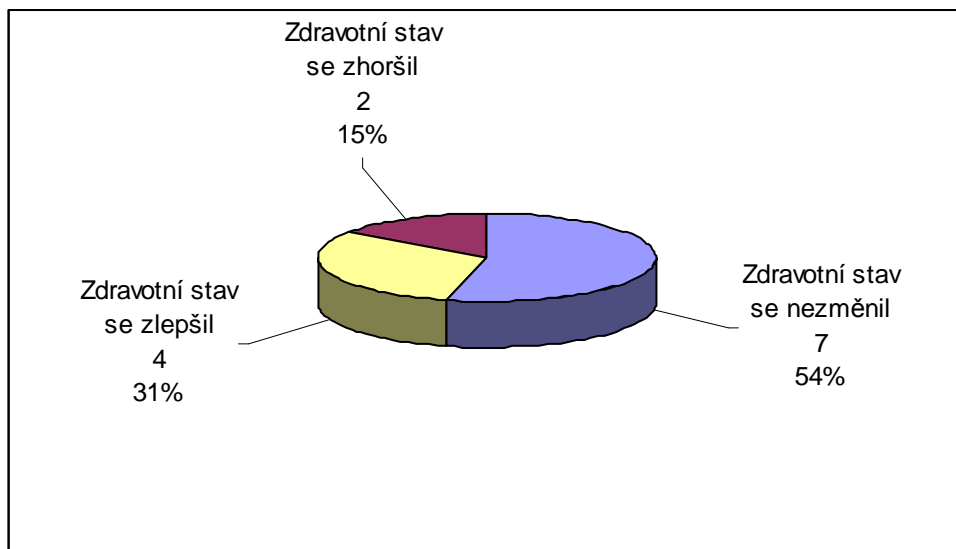
Tabulka 1: Změny zdravotního stavu u seniorů

Možnosti	Změny zdravotního stavu	Počet odpovědí	Odpovědi v %
1	Zdravotní stav se nezměnil	7	54
2	Zdravotní stav se zlepšil	4	31
3	Zdravotní stav se zhoršil	2	15
CELKEM		13	100

Zdroj: vlastní výzkum

Vše je znázorněno ještě v následujícím grafu.

Graf 3: Změny zdravotního stavu u seniorů



Zdroj: vlastní výzkum

Problematika zdravotního stavu seniorů v ústavním zařízení sociální péče byla stěžejní částí tohoto výzkumu, proto jsem se ptala i pracovníků zařízení - **Změnil se nějak zdravotní stav pana/í X po přijetí do Vašeho zařízení?**

- R: To nevím, musela byste se zeptat lékaře nebo sester.
- R: Zatím se jeho stav výrazně nezměnil. Tam jde akorát o takové náhlé změny jako jsou virózy, chřipky. To se u něho projevuje pocit strachu o sebe, což si myslím, že je u starých lidí normální. Aby mu byla včas poskytnuta pomoc. I když tady není problém navázat kontakt. Klienti mají zvonky, mohou si zazvonit. Někdy se lidem jejich stav zhoršuje tak rychle, že si musí pomoc přivolat sami. Ten barák je tady opravdu rozlehlý, a když jsme tady 3-4 na službu, tak skutečně nemůžeme být všude.
- R: Díky tomu úrazu k horšímu. Ale psychicky si myslím, že je na tom paní dobře.
- R: Já myslím, že je to pořád stejné.
- R: Ano, určitě k lepšímu. Paní přišla ve stavu, kdy byla netečná, teď opravdu komunikuje, zapojuje se.

- *R: Fyzický stav u ní byl v pořádku, uspokojivý. Fyzický stav – kondice, stavba těla, pohyblivost, to bylo všechno v pořádku. Jediné problémy byly toho psychického rázu, které nastaly po ztrátě partnera. S tím se paní částečně vyrovnávala díky jejímu pejskovi, který ale bohužel zemřel. Ten psychický stav se stabilizoval a myslím si, že to je díky domovu a díky náplni činností, kterých se dennodenně účastní. Chodí na koncerty s přáteli, ti ji doprovází i na zahrádku. Zabývá se různými aktivitami nejen u nás, ale i mimo domov. Myslím si, že je teď v pohodě. T: Objevily se nějaké somatické potíže, které by mohla vyvolat psychická reakce na změnu prostředí? R: Já neznám její diagnózu, nejsem zdravotník. Když jsme spolu mluvily, tak si nestěžovala. Ptala jsem se jí, jak se vyspala, jak se aklimatizovala. Naopak byla ráda, když jsme jí vybrali pokoj, byla ohromě spokojená.*
- *R: Paní je ochrnutá na půlku obličeje, takže ji to limituje – jednak společensky, jednak nemůže číst, nemůže se dívat na televizi. Byla na operaci s očima. Nebýt této komplikace, tak si myslím, že její zdravotní stav je dobrý. Podle mě je jednou z příčin prochladnutí, ale jasnou příčinu nelze říct, to je jen můj odhad.*
- *R: Tady se jedná spíše o její psychiku. Po zdravotní stránce má paní, řekla bych, špičkovou péči. Tam bych nevytkla vůbec nic. Tady se jednalo o sociální zázemí na pokoji, které teď bylo vyřešeno. Myslím, že teď bude všechno v pořádku.*
- *R: Ne, to ne. Tím, jak je tu spokojená, tak ji nic netrápí. Ani po psychické stránce mi to nepřijde. Ani ze začátku. Jsou lidé, kteří jsou ze začátku třeba mrzutí, než si zvyknou. Když se řekne domov důchodců, tak jsou z toho hotoví. Ale paní přišla už taková vyrovnaná, spokojená.*
- *R: Pán je stabilizovaný. Zdravotní stav se zlepšil.*
- *R: Zdravotní stav se zlepšil už během pobytu ve stacionáři. Tady jí pomohli postavit se na nohy.*
- *R: Paní prodělala chřipku, jinak je i zdravotní stav pořád stejný.*
- *R: Paní má bolesti pořád, měla je, než jsem přišla, a má je i teď.*

Z odpovědí na moji otázku vyplývá, že pracovníci zařízení vidí u svých klientů změnu k lepšímu i k horšímu nebo je podle nich zdravotní stav pořád stejný, ale rozlišují již také fyzickou kondici a psychický stav seniorů a určitou spojitost mezi tím. Fyzický stav se mohl změnit k horšímu díky nějaké vnější příčině („*Díky tomu úrazu k horšímu*“, „*Paní je ochrnutá na půlku obličeje. Podle mě je jednou z příčin prochladnutí, ale jasnou příčinu nelze říct, to je jen můj odhad*“). Často se objevuje odpověď, že se zdravotní stav nezměnil („*Fyzický stav u ní byl v pořádku, uspokojivý. Fyzický stav – kondice, stavba těla, pohyblivost, to bylo všechno v pořádku*“), nebo se objevila pouze nějaká lehká onemocnění ve spojitosti s ročním obdobím („*Zatím se jeho stav výrazně nezměnil. Tam jde akorát o takové náhlé změny jako jsou virózy, chřipky*“, „*Paní prodělala chřipku, jinak je i zdravotní stav pořád stejný*“). U některých seniorů vidí pracovníci zlepšení („*Pán je stabilizovaný. Zdravotní stav se zlepšil*“, „*Zdravotní stav se zlepšil už během pobytu ve stacionáři. Tady jí pomohli postavit se na nohy*“).

Psychický stav je v životě člověka velmi důležitý. Změna zdravotního stavu může u seniora vyvolat také změnu po psychické stránce, změnu jeho nálady, mohou se objevit i určité obavy („*Tam jde akorát o takové náhlé změny jako jsou virózy, chřipky. To se u něho projevuje pocit strachu o sebe, což si myslím, že u starých lidí je normální*“) a je důležité, aby byl člověku někdo nablízku („*Aby mu byla včas poskytnuta pomoc*“). O to bývá v domovech pro seniory většinou dobře postaráno („*Tady není problém navázat kontakt. Klienti mají zvonky, mohou si zazvonit. Někdy se lidem jejich stav zhoršuje tak rychle, že si musí pomoc přivolat sami. Ten barák je tady opravdu rozlehlý, a když jsme tady 3-4 na službu, tak skutečně nemůžeme být všude*“). Pro seniora je změna prostředí něco, s čím se potřebuje vyrovnat, a na to potřebuje čas („*Jsou lidé, kteří jsou ze začátku třeba mrzutí, než si zvyknou. Když se řekne domov důchodců, tak jsou z toho hotoví*“). Někomu chvíli trvá, než si zvykne na nové prostředí („*Paní přišla ve stavu, kdy byla netečná, teď opravdu komunikuje, zapojuje se*“), jiný je s touto změnou smířený ještě dřív, než skutečně nastane („*Paní přišla už taková vyrovnaná, spokojená*“). Pokud je klient v domově pro seniory spokojený, odrazí se to jak na psychice, tak na fyzickém stavu („*Ne, to ne – zdravotní stav se nezměnil. Tím, jak je tu spokojená, tak ji nic netrápí. Ani po psychické stránce mi to nepříjde. Ani ze začátku*“).

Změnu v psychice člověka může vyvolat spousta faktorů. Jedním z těch, které se objevují zejména ve stáří velmi často, je úmrtí blízkého člověka. S touto událostí se každý člověk těžko smíruje, zvláště když jde o tak blízkého člověka, jako je životní partner (*„Jediné problémy byly toho psychického rázu, které nastaly po ztrátě partnera. S tím se paní částečně vyrovnávala díky jejímu pejskovi, který ale bohužel zemřel“*). Smutek je „normální“ fyziologická reakce na tuto vnější příčinu. Pokud je ale smutek příliš hluboký a dlouhodobý, pak mluvíme o depresi. Potom je potřeba odborné lékařské pomoci a je také dobré snažit se přijít na jiné myšlenky pomocí různých činností (*„Ten psychický stav se stabilizoval a myslím si, že to je díky domovu a díky náplni činností, kterých se dennodenně účastní. Chodí na koncerty s přáteli, ti ji doprovázejí i na zahrádku. Zabývá se různými aktivitami nejen u nás, ale i mimo domov“*).

Když zemře blízký člověk, je to v životě člověka velká rána. Smrt je celkově vnímána velmi špatně. V domovech pro seniory bývají klienti ve většině případů až do konce svého života a jsou smířeni s tím, že tady zemřou. Může se stát, že senior pomalu umírá ve svém pokoji a nelze mu již nijak pomoci. Pokoje se zvýšenou zdravotní péčí jsou ale, jak už jsem se zmínila, většinou dvoulůžkové a někdy tady není jiné východisko, než ubytovat nesoběstačného seniora na pokoj ke klientu, který je v poslední fázi svého života. Znamená to, že je senior v přítomnosti umírajícího člověka třeba i několik dní a to se jistě negativně odrazí i na jeho psychice (*„Tady se jedná spíše o její psychiku. Po zdravotní strážce má paní, řekla bych, špičkovou péči. Tam bych nevytkla vůbec nic. Tady se jednalo o sociální zázemí na pokoji, které teď bylo vyřešeno. Myslím, že teď bude všechno v pořádku“*).

Pro ověření svých poznatků o změnách zdravotního stavu seniorů po přijetí do ústavního zařízení sociální péče jsem využila sekundární analýzu dat zdravotní dokumentace. Ve zdravotní dokumentaci byly uvedeny diagnózy klientů, nepovažuji ale za důležité je ve své práci zveřejňovat. V dokumentaci mě zajímalo především to, jestli se u seniorů objevily nějaké zdravotní komplikace, které by se daly přisoudit psychickému stresu souvisejícímu se změnou prostředí. Nic takového jsem ale

nezaznamenala. Zdravotní dokumentace pouze potvrzuje výpovědi klientů a pracovníků zařízení.

4.2.4. Rodinný život seniorů v ústavním zařízení sociální péče

Rodina je pro každého člověka jistě velmi důležitá, každý chce být někým milován. Rodinu starého člověka tvoří zejména jeho děti. Pokud je senior ubytován v domově pro seniory, částečně ztrácí kontakt se svou rodinou. Přesto senior touží vědět, jak se jeho dětem daří, a je rád za každou jejich návštěvu. Pro starého člověka je velká změna, když se z domova, kde byl obklopen svými příbuznými, najednou dostane do neznámého prostředí ústavního zařízení a jistě se mu ze začátku stýská. To, jak se senior bude v domově pro seniory cítit, ovlivňuje podle mého názoru také jeho rodina. Z tohoto důvodu jsem seniorům při rozhovoru položila otázky – **Navštěvují Vás vaši příbuzní? Jak často?**

- *R: Jednu dceru mám v Mostě, má tam svůj byt a má dvě děti. Teď jsem u ní byla na Vánoce, to jsme byly spolu a jely jsme zase k její dceři. Takže jsme měly hezké Vánoce. Ona pro mě hodně udělala. Druhá dcera je na jinou stranu, nevím, jestli to pochopíte. Prostě, to víte, když se dvě hněvají, tak je to špatné. Ta ví svoje a ta ví také svoje a nechťejí se domluvit. T: Takže spolu dcery moc nevychází. Ale vy spolu máte dobrý vztah? R: To ano, samozřejmě. Pro mě je to hloupé, když spolu nekomunikují. T: A jak často sem za Vámi jezdí? R: Jedna dcera je nemocná, má asi 5 operací. Ta sem jezdí tak jednou za týden, za 14 dní. Musí se na ni asi tlačit, aby sem přišla. Dcera přijde tak jednou za týden, říká, když jí bude dobře. Má bolesti zad.*
- *R: Ano, synovec – z manželčiny strany. Synovec sem jezdí dokonce s kamerou, když je třeba. T: To natáčí jen tak pro vlastní potřebu? R: Jednak pro vlastní potřebu a také tady pro domov důchodců, pro ty staré lidi, kteří nemohou chodit. Těm takhle pomáháme s tím mým synovcem. Vlastní děti mám daleko. Tohle je můj vyženěný synovec, jezdí sem i se svojí manželkou. T: A jak často vás tedy*

- navštěvuje? R: Často ne. Tak 2x, 3x, 4x do roka, víc ne. Když je výstava a je ta hrubší práce, tak sem vždy přijdou. T: Vaši vlastní synové sem tedy nejezdí, protože jsou daleko? R: Přijedou, když zavolám, že mi došel toaletní papír.
- R: Dcera za mnou jezdí. Jinak máme děti daleko, syna máme v Jihlavě a dcera je v Praze. A dnes dcera přijela, i když ještě o holi. T: A jak často za Vámi jezdí. R: Ted' tu byla v sobotu. Jezdí několikrát do měsíce. My to ale ani tak často nevyžadujeme. Oni mají také své povolání a nám tady nic nechybí.
 - R: Ano, ted' je to asi týden, co jsem měl tady návštěvu z Prahy – dcera a bývalá žena. T: Vy jste tedy rozvedený? R: Ano, 2x. T: A kolik máte dětí? R: Měl jsem dvě a ta jedna před Vánocemi zemřela. Ta první za mnou jezdí, právě ted' tady byla. T: A jak často za Vámi jezdí? R: Tak jednou za čtvrt roku. Jsou všichni v Praze.
 - R: To ano, navštěvují. Ale moc často také ne, chodí do práce. Přesně si nepamatují, jak často za mnou chodí.
 - R: Ano, moje dcerka, každý den mi volá a každých 14 dní sem za mnou jezdí. A vždy, když přijede, tak já s ní jdu domů a jsem s ní až do neděle. I na Vánoce jsem s ní byla. Opravdu si na ni nemohu stěžovat.
 - R: Dcera se zetěm každý den. Oni mají 2 děti, tak mám vnučku a vnuka. Ty za mnou také jezdí. Syn za mnou také jezdí, ale snacha a 2 vnučky, ty nejezdí.
 - R: Navštěvují mě skoro každou neděli. Častěji snacha ani nemůže, dělají do 3 hodin a někdy i přesčas. Ona přijde domů a taky neví, co dřív – dobytek a kolem baráku, topit musí. Přijde vždycky v neděli. Ale všichni mě mají rádi.
 - R: Syn bydlí 10 minut ode mě, tak je tady každý den. Až jim říkám, nechod'te zítra, ale oni stejně zaběhnou. Starají se o mě až moc. Říkám synovi, nechte mě, vždyť máš vnučata. Ale jim to nedá. Ptají se mě: Babičko, máš všechno? Já mám všechno. Víím, že přijdou dnes zase.
 - R: Akorát syn, ten, jak se mnou bydlel. T: Máte jen jediného syna? R: Já jsem ženatý podruhé. Ti druzí jsou v Ostravě a v Praze. Ty sem za mnou nejezdí. Jezdí sem švagrová a neteř, také bratr a sestra. Mám 6 sourozenců. Nás bylo doma 7 dětí. T: A jak často za Vámi chodí Váš syn? R: Každý týden a někdy i 2x týdně.

Prostě když má volno. On slouží jako hasič, má povolání jako profesionál. Syn pracuje 2 dny a pak má 2 dny volno, tak vždycky na tu chvilku zajede.

- *R: Ano, velmi často. Včera za mnou přijela dcera, řekla: Babičko, jedeme k nám. A byla jsem tam až do večera. Dcera je učitelka, zeť je inženýr. T: A jak často sem jezdí? R: Častěji, řekla bych tak 2x týdně a víkendy trávím u nich.*
- *R: Ano. Mám 3 vnoučata, 3 pravnoučata – chodí za mnou. Také sestřenice za mnou chodí. Chodí za mnou tak jednou týdně. T: A co Vaše děti? Vy jste zatím mluvila jen o vnučkách. R: Mám syna, který se ale podruhé oženil. On zdědil všechno – byt, chatu, garáž. T: A chodí sem za Vámi. R: Ano, také. Ale málo. Více vnučky a pravnoučata.*
- *R: Mám 3 děti. Syn je ve Strakoncích, dcera na Moravě a nejmladší dcera je tady v Českých Budějovicích, ta za mnou chodí opravdu často. Ta mi tu hodně pomáhá, popovídáme si. S dcerou jsme jako sestry. Ta za mnou chodí, jak může, protože také pracuje na směny. A teď mi také zařizuje mobil. Syn přijede vždy s celou rodinou i se psem. Dcera z Moravy to má za mnou daleko, ale každý večer si telefonujeme – se všemi, i se synem.*

Výpovědi seniorů naznačují, že kontakt rodiny se seniorem často komplikuje vzdálenost bydliště dětí od rodičů („*Vlastní děti mám daleko*“). Pokud jsou vztahy v rodině dobré, tak se tato situace dá řešit telefonickým kontaktem („*Dcera z Moravy to má za mnou daleko, ale každý večer si telefonujeme*“, „*moje dcerka, každý den mi volá a každých 14 dní sem za mnou jezdí*“). Někdy mohou být ale ve vztazích mezi dvěma generacemi takové potíže, že se příbuzní přestanou navštěvovat úplně („*Syn za mnou také jezdí, ale snacha a 2 vnučky, ty nejezdí*“). U dětí, které mají svého rodiče ve stejném městě, nejlépe pár minut od svého bydliště, se problém vzdálenosti vůbec řešit nemusí („*Syn bydlí 10 minut ode mě, tak je tady každý den*“).

Další faktor, který může být důvodem omezeného kontaktu s rodinou, je zaměstnanost příbuzných („*To ano, navštěvují. Ale moc často také ne, chodí do práce*“, „*Navštěvují mě skoro každou neděli. Častěji snacha ani nemůže, dělají do 3 hodin a*

někdy i přesčas. Ona přijde domů a taky neví co dřív – dobytek a kolem baráku, topit musí“).

Senioři někdy nechtějí být svým dětem na obtíž nebo chápou to, že jejich děti už také mají své rodiny a své povinnosti („*Jezdí několikrát do měsíce. My to ale ani tak často nevyžadujeme. Oni mají také své povolání a nám tady nic nechybí“*). Senioři v domovech pro seniory také často uvádějí, že si je jejich děti berou na víkend domů („*vždy když přijede, tak já s ní jdu domů a jsem s ní až do neděle“*, „*víkendy trávím u nich“*). Také o svátcích, zejména o Vánocích, děti myslí na své staré rodiče a vezmou si je na pár dní k sobě domů a za to, řekla bych, jsou senioři vždy vděční a rádi na to vzpomínají („*Ted' jsem u ní byla na Vánoce, to jsme byly spolu a jely jsme zase k její dceři. Takže jsme měly hezké Vánoce“*, „*I na Vánoce jsem s ní byla. Opravdu si na ni nemohu stěžovat“*).

Někdy se ale také může stát, že rodiče své děti vychovávají, obětují se pro ně i je finančně zabezpečí, a když děti dospějí, tak si této péče, která jim byla poskytována, neváží a na své staré rodiče zapomínají („*Mám syna, který se ale podruhé oženil. On zdědil všechno – byt, chatu, garáž. T: A chodí sem za Vámi. R: Ano, také. Ale málo“*). V případě této paní jsem se také dozvěděla, že ji její syn dokonce nějakou dobu týral. To je velmi smutný příběh, ale bohužel i to se v naší společnosti stává.

To, jestli seniora navštěvuje jeho rodina, může starého člověka nějak ovlivňovat. Může způsobit změnu jeho chování ve smyslu pozitivním i negativním. Jistě záleží na tom, jak často rodina seniora navštěvuje (tuto problematiku jsem rozepisovala v předchozí otázce) a jaké jsou v rodině vztahy. Senior může být smutný, když ho rodina nenavštěvuje. V případě, když mu příbuzní návštěvu slíbí a pak nepřijdou, dochází ke zklamání. Senior se také může na své příbuzné těšit a pak ho mrzí, že již rodina odchází. Ale také mohou návštěvy rodiny seniora činit šťastným a klient se pak cítí celý den příjemně. Abych mohla popsat tyto situace, které mohou nastat, ptala jsem se pracovníků zařízení - **Jak podle Vás působí tyto návštěvy na pana/í X ?**

- *R: Působí pozitivně, je to kontakt se stávající rodinou.*
- *R: Já jsem se tady nesetkala s žádným rodinným příslušníkem. Pán je vdovec. Vlastně sem nastoupil krátce po smrti své manželky. Takže spíš vím, že sem za ním chodí přátelé a že se na ně těšívá. Ale vyloženě osobně jsem u toho setkání nikdy nebyla. T: A jak se pán cítí, když ta návštěva odejde? R: Já si myslím, že takové to očekávání od té návštěvy je splněné. Řekla bych, že je to takový pán, který nešetří úsměvem. Ani nemá žádné depresivní stavy, to jsem nikdy nezažila.*
- *R: Moc dobře. S rodinou je všechno v pořádku.*
- *R: Myslím, že má z toho radost, že se na to těší. T: A nepůsobí na pána špatně, když návštěva odjíždí? R: Ne, to bych neřekla. Přijde mi, že pán je pořád stejný.*
- *R: Uklidňujícím dojmem. Podle mě každá návštěva blízkého člověka, kterého máme rádi, vždy potěší. Paní si sice občas návštěvy nepamatuje, ale v dny, kdy si vzpomíná, je ráda, že ji příbuzní navštěvují.*
- *R: Paní má ve své dceři velké zázemí. Dcera vždy přijede na víkend, takže jsou spolu celý víkend. Jsou spolu na chatě, kterou si paní nechává stále ve vlastnictví. Má i svůj byt, takže tam přespávají. Přes tu sobotu, neděli, přes ten víkend, když je tu dcera, paní pro ni už peče zákusky, vaří večeři a moc se na ni těší. Mají se moc rády. Má harmonické zázemí u dcery.*
- *R: Rozhodně pozitivně, protože ví, co se děje v rodině. Paní je zvědavá, ráda má přehled. Je fakt, že většina našich klientů, pokud ty návštěvy nejsou, tak se stahují do sebe. Nastupuje lítost, když žádná návštěva nepřijde. Myslím si, že paní je, co se týče návštěv, spokojená, je to vidět i že má paní vystavené fotky na pokoji. Tady má paní 24 hodin péči, kterou by ji doma nemohli poskytnout.*
- *R: Paní si ráda povídá, takže uklidňujícím dojmem. Klientka i její rodina odmítaly jednolůžkový pokoj, kde by paní měla klid. Chce být ve společnosti, mezi lidmi. T: Paní by tedy ráda měla spolubydlící? R: Paní by chtěla spolubydlící, s kterou by mohla komunikovat, což je ale na ošetřovatelském*

lůžku – patře docela složité. Paní je zde umístěná díky tomu, že má omezenou pohyblivost, aby byla v dosahu sestřiček. Ted' čekáme, jakou paní k ní na pokoj přidělíme.

- *R: Myslím, že dobře. Paní má jednu dceru a vnoučata. Paní si vždycky děti pochová a je spokojená. Myslím, že sem chodí dost často, takže to tu má opravdu, jako kdyby bydlela někde doma, necítí se tu nijak sužovaná.*
- *R: Určitě pozitivně. Mají velice dobrý vztah. Návštěvy ho vždy potěší.*
- *R: Velice kladně. Paní ví, že se dcera vrátí.*
- *R: Návštěva vnuček na paní působí určitě kladně. Po návštěvě syna se paní nemohla celý den srovnat, byla úplně mimo.*
- *R: Určitě pozitivně.*

Při rozhovoru s pracovníky se nejčastěji vyskytovala odpověď, že návštěvy na seniory působí pozitivně. Rodina je vždy pro každého člověka důležitá. I již dospělé děti bývají pro rodiče to nejcennější, co v životě měli. („Působí pozitivně, je to kontakt se stávající rodinou“) Senioři se o svou rodinu zajímají, chtějí vědět, co se v jejich rodině děje, jestli je s dětmi vše v pořádku a co je u nich nového („Rozhodně pozitivně, protože ví, co se děje v rodině. Paní je zvědavá, ráda má přehled“). Záleží ale také na tom, jaké jsou v rodině vztahy („Určitě pozitivně. Mají velice dobrý vztah“). Když jsou v rodině dobré vztahy, senior se na své příbuzné těší („Paní má ve své dceři velké zázemí. Přes tu sobotu, neděli, přes ten víkend, když je tu dcera, paní pro ni už peče zákusky, vaří večeři a moc se na ni těší. Mají se moc rády“). Nemusí se vždy jednat jen o rodinné příslušníky („každá návštěva blízkého člověka, kterého máme rádi, vždy potěší“), člověk rád vidí i své přátele a známé („spíš vím, že sem za ním chodí přátelé a že se na ně těší“). Je dobré, když mají senioři ve svých dětech jistotu a vědí, že je jejich rodina zase brzy navštíví, potom každá návštěva působí dobře („Velice kladně. Paní ví, že se dcera vrátí“). Může se ale také stát, že návštěva někoho z rodiny není tak příjemná, jak by se dalo očekávat, to pak u seniora může vyvolat změnu nálady a chování („Po návštěvě syna se paní nemohla celý den srovnat, byla úplně mimo“). Někdy se také stává, že seniora v ústavním zařízení nikdo nenavštěvuje, to se pak

samozřejmě odrazí na stavu klienta (*„Je fakt, že většina našich klientů, pokud ty návštěvy nejsou, tak se stahují do sebe. Nastupuje lítost, když žádná návštěva nepřijde“*).

Ptala jsem se pracovníků zařízení i na to, jak se klienti chovají, když návštěva odejde, jestli se u seniorů neobjevuje třeba smutek a lítost (*„Ne, to bych neřekla. Přijde mi, že pán je pořád stejný“*, *„Já si myslím, že takové to očekávání od té návštěvy je splněné“*).

4.2.5. Největší dopad na seniory v ústavním zařízení sociální péče podle pracovníků zařízení

Velmi zajímavé a různorodé byly odpovědi pracovníků zařízení na otázku – **Co má podle Vás největší dopad na seniory ve vašem zařízení?** Každý pracovník to vnímal trochu jinak.

- *R: Zkvalitněná péče se odráží na zvyšování věku klientů v zařízení. Velmi záleží na adaptaci.*
- *R: Největší dopad, řekla bych, je taková ta ztráta kontaktu rodiny s klientem. To bych řekla, že je nejvíce bolí. Myslím si, že je tam vypěstované nějaké citové pouto a když není rodina nebo dochází málo za tím klientem, tak klienti strádají. Potom v době, kdy je jim nejhůř, když jsou nemocní. Tak vyžadují nebo, myslím si, že mají takovou potřebu, aby jim byla věnovaná pozornost jak od zdravotnického personálu, tak i od té rodiny a vůbec od všech zaměstnanců. V téhle oblasti jsou hodně citově zranitelní.*
- *R: Největší dopad je ten, že je to tady moderní zařízení a klienti se tu cítí v luxusu. Že mají konečně něco, po čem toužili. Třeba krásný pokoj. A jsou zbaveni také úzkosti ze samoty, bezmoci. Že to na ně tady tak nedoléhá, protože je tu personál vždy nablízku. Takhle to funguje ve všech zařízeních. I ti chodící klienti říkají: „Doma to na mě všechno padá, nikdo o mně neví, co kdyby se mi*

něco stalo nebo v noci kdyby se mi udělalo špatně, to už jsem zažila.“ Tady se jdou zdravotní sestřičky podívat na klienty.

- *R: Tady mají senioři péči, pořádají se tu různé akce. T: Vidíte tedy spíše pozitivní dopad? R: Ano.*
- *R: Zlepšení zdravotního stavu, zlepšení psychiky. Protože jsou tu lidé ve společnosti, je tu trvalá péče - jak sociální, tak zdravotní. A člověk jde psychicky nahoru, neupadá do stresu, do depresí, úzkostí.*
- *R: Podle mě je pozitivní to, že to tu není obrovský domov. My tu máme 70 lidí, předtím jsme jich tu měli 50 a zůstal nám tady takový rodinný duch, prostě držíme pospolu a to je, abych tak řekla, cíl mojí práce – zachovat a udržet tady tu atmosféru, že tady ti lidé mají v nás oporu, že se tady cítí jako doma. Není to tu jako nějaké sanitární zařízení. Mají tu zázemí, ochranu, pohodu, mají tady v závěru života bezpečí, harmonii, radosti. A mít tady u sebe přátele. Protože tady to je samozřejmě zařízení, kde lidé odcházejí ze života a je důležité jim pomoci v těchto chvílích, dát jim vědět, že na to nejsou sami. Ve větších zařízeních je větší anonymita, ale záleží na lidech. T: A vidíte nějaký negativní dopad na seniory? R: To, že když jsou doma, tak si tam nikoho nepustí. Negativní dopad vidím v tom, že jsou tady klienti neustále zahlcováni dotazníky. Je to z toho důvodu, že je to instituce, státní zařízení, neustále sem chodí nějaké návštěvy, stále někdo vstupuje do jejich denního režimu a jejich soukromí. I když nechtějí, tak s námi musí probírat nějaké plány, dotazníky, že už jsou z toho unavení, přetížení. Domov pro seniory je domov těch klientů, zachovat jim to jejich soukromí, úctu.*
- *R: Říká se, že starý strom nepřesadíte. Myslím si, já jsem tu teprve krátce, asi 3. rok, ale když jsem sem přišel poprvé, měl jsem pocit, že všichni zaměstnanci – od uklízeček přes kuchařky až po zdravotní sestry – se tu snaží lidem vytvořit domov. Dříve tu byly vnitřní podmínky jiné. Ale teď je tu ve vzduchu něco, co se nedá popsat. Lidé i personál se tu cítí dobře. Něco na vás dýchlo, když jste překročila práh, ať už jako zaměstnanec nebo jako návštěva. Celá budova pak prošla rekonstrukcí, celý areál, rozšířil se personál, počet klientů. Klienti mají*

ten svůj pokojíček, který je absolutně střežený, své soukromí, vstupujete tam jen na vyzvání, tam jsou svým pánem. Mohou tam být o samotě, mohou jít mezi lidi, je tu několik možností. Funguje tu ergoterapie, místnost, kde se schází. Je tu terasa. Nemohu mluvit za všechny, ale myslím si, že většina našich klientů to vnímá jako domov. T: Teď jste mluvil o Vašem zařízení. Myslíte si, že v jiném domově pro seniory to může být jinak? R: Já si myslím, že tohle by mělo být cílem všech zařízení. Tady je to jiné. Jdu do práce a nevím, koho co dnes bolí, co mi budou říkat, jaké mají problémy. Spousta lidí se potřebuje vypovídat, aby je někdo vyslechl, chytil za ruku. Náš sociální zákon nám říká, abychom to měli zapsané v papírech, to je ta naše byrokracie a klient ustupuje do pozadí. Je tu také pochopitelně možnost, že ten klient nebude spokojený a nezavděčíte se všem. Vždycky, jakmile není klient spokojený nebo není spokojená rodina, vždy je tady možnost zvolit jinou alternativu – vzít si seniora do vlastní péče nebo zkusit jiné zařízení. Ale já si nepamatuji tady takový případ.

- R: Já bych řekla, že senioři sem přicházejí vždy buď kvůli sociální nebo zdravotní stránce, což si myslím, že je tady vyřešeno velice dobře. Takže vlastně tady lidé, vzhledem k adaptačnímu programu, kterému je zde věnována velká péče – jsou tady sociální, zdravotní programy, se snaží, aby se tu klienti měli dobře. To se odráží v tom, že lidé jsou tu spokojení, nechtějí odsud odejít do pečovatelských domů, jsou tu rádi. Je tady pro ně vyvíjena aktivita. Podle mého názoru je tady péče až nadstandardní. Lidé jsou tu spokojení a podle toho i reagují.
- R: Některým určitě DD pomáhá v tom, že když by nemohli být doma, neměli příbuzné, tak tady je to pro ně dobré. Tady je dobré to, že třeba v létě mohou být na balkóně, tam si mohou všichni popovídat. Doma by byli sami. Některé ani už ta televize nebaví, tady si popovídají. Takže tohle je asi to kladné, že když někdo tu možnost nemá, tak tady je. Jsou tady mezi svými. Přijde mi, že lidé stárím ztrácí svoje zájmy, koníčky. Tady je dobré, že si povídají mezi sebou nebo se vozí na ergoterapii. T: A nějaký negativní dopad podle Vás? R: Možná, to se ale my snažíme dělat, aby byli senioři na pokojích na stejné úrovni spolu. Myslím si, že

někdy ta snášlivost s někým na pokoji, ale to se dá vždy vyřešit. To je jen na začátku, než se lidé poznají.

- *R: Ani nevím. Nejhorší je, když jdou klienti do nemocnice. Tady jsou aktivity, v nemocnici jim to chybí. Pak jsou na tom tedy hůř. Myslím si, že klienti jsou tu spokojení.*
- *R: Tady je to rodinný typ. Lidé vidí rozdíl, když přijdou z jiného zařízení. Je to tady pro ně rodinné, útulné, není to nemocniční. Problém vidím v tom, že naše zařízení je nezisková organizace a když nejsou peníze, ztíží to naši činnost.*
- *R: Je důležité, jestli rodina připraví seniory na to, že tu zůstanou. Někdy jim rodina řekne, že tu budou jen dočasně, než např. předělají byt, aby si tam svého rodiče mohli vzít, ale kolikrát to tak není. Když jsou senioři smíření, že sem do domova jdou do konce svého života, že tu budou žít, tak je to dobré, klienti jsou vyrovnaní a spokojení. Když jim ale někdo lže a slibuje jim, že tu budou jen na přechodnou dobu, tak jde i jejich zdravotní stav dolů.*

Výpovědi pracovníků zařízení jsem po přečtení označila podle významu krátkým názvem a shrnula do několika bodů:

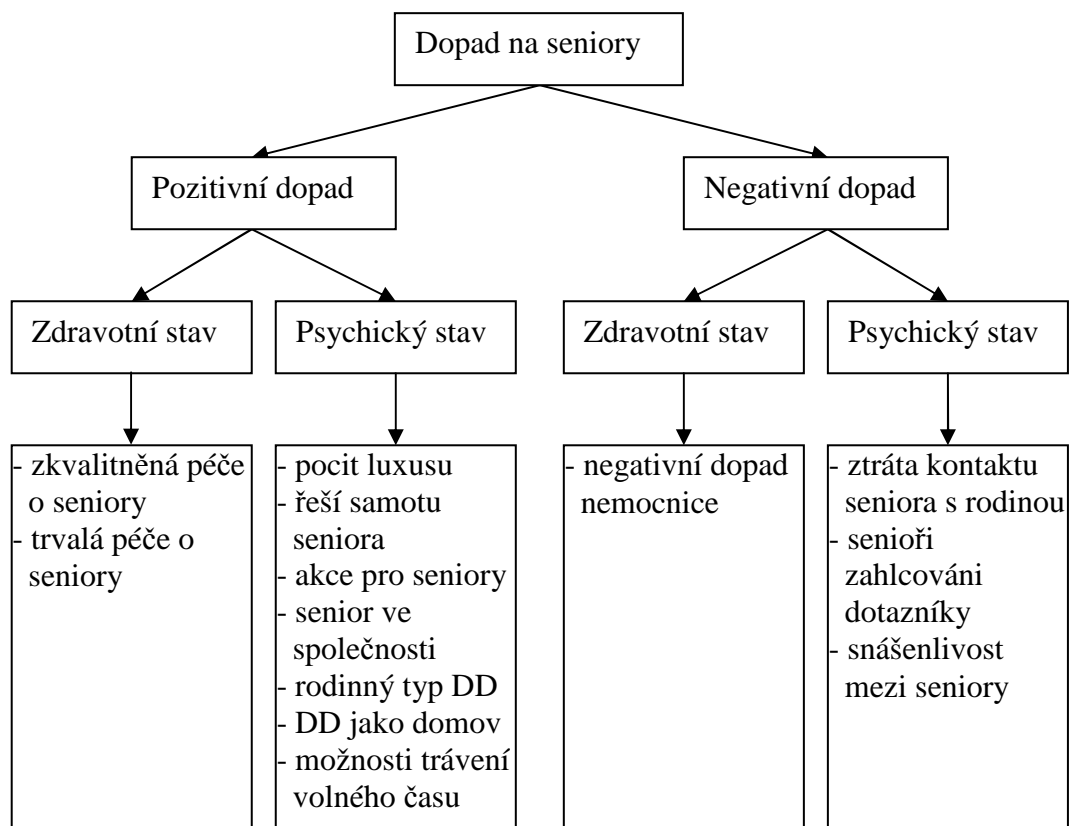
- Zkvalitněná péče – zvyšování věku klientů
- Ztráta kontaktu rodiny s klientem
- Moderní zařízení – pocit luxusu
- Klienti zbavení úzkosti ze samoty
- Péče o seniory
- Pořádání akcí pro seniory
- Trvalá péče – sociální i zdravotní
- Senioři jsou ve společnosti
- Velikost domova pro seniory – rodinný duch domova
- Klienti zahlcování dotazníky
- Snaha vytvořit lidem domov
- Různé možnosti, jak trávit volný čas
- Senioři přicházejí kvůli sociální nebo zdravotní stránce – dobře vyřešeno v DD

- Domov pro seniory řeší samotu klienta
- Snášlivost mezi klienty
- Negativní dopad nemocnice
- Rodinný typ domova pro seniory
- Nedostatek peněz – ztěžuje činnost pracovníků
- Rodina ne/připravuje seniora na to, že tu zůstane do konce života

Význam některých odpovědí se opakuje, proto jsem je označila souhrnně. Takto označené výpovědi pracovníků můžeme rozdělit do několika kategorií podle toho, do jaké oblasti spadají – viz následující diagram. Z uvedeného vyplývá, že pracovníci zařízení vidí jak pozitivní, tak negativní dopad na seniory v jejich zařízení i v domovech pro seniory celkově. Dále lze pohlížet na dopad na seniory v ústavním zařízení sociální péče jak z hlediska zdravotního stavu, tak z hlediska psychiky.

Mě osobně nejvíce zaujala odpověď sociální pracovníce – *„Je důležité, jestli rodina připraví seniory na to, že tu zůstanou. Někdy jim rodina řekne, že tu budou jen dočasně, než např. předělají byt, aby si tam svého rodiče mohli vzít, ale kolikrát to tak není.“*. Nevěděla jsem, kam bych tuto odpověď měla zařadit, protože je tu hned několik možností. *„Když jsou senioři smíření, že sem do domova jdou do konce svého života, že tu budou žít, tak je to dobré, klienti jsou vyrovnaní a spokojení.“* A to se může odrazit jak po psychické stránce, tak na zdravotním stavu klienta. *„Když jim ale někdo lže a slibuje jim, že tu budou jen na přechodnou dobu, tak jde i jejich zdravotní stav dolů.“*

Diagram 1: Největší dopad na seniory v ústavním zařízení sociální péče podle pracovníků zařízení.



Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuse

Moje práce byla soustředěna zejména na zdravotní stav u seniorů po přijetí do ústavního zařízení sociální péče, tedy domova pro seniory. Domnívala jsem se, že pro seniory je náhlá změna prostředí stresujícím obdobím a že toto psychické napětí vyvolává některé somatické potíže. Souvislost mezi fyzickým a psychickým stavem člověka je nezpochybnitelná. V současné době často hovoříme o bio-psycho-sociálním přístupu a do popředí se dostává psychosomatická medicína. Tu definují Brannonová a Feist (Brannon, Feist, 1997) jako „vědní obor, který vznikl z poznání, že fyzické (tělesné) nemoci mají své emocionální a psychické složky (komponenty) a že psychologické a somatické faktory jsou spolu v interakci tam, kde vznikají nemoci“. (18) Nejde o zcela nový poznatek. S tím, že tomu tak je, se setkáváme již v dokladech o lékařském umění starověku. V průběhu posledních zhruba sto padesáti let se ale na to pozapomínalo, až téměř zapomnělo. (18)

Podle KALVACHA a kol. (15) je změna prostředí ve stáří závažný stresor. V první fázi adaptace byla prokázána i zvýšená úmrtnost a běžný je rozvoj či zhoršení psychosomaticky podmíněných chorob a příznaků. KALVACH a kol. (15) ale také uvádí, že v indikovaných případech je dlouhodobá ústavní péče významné pozitivní řešení životní situace a/nebo zdravotního stavu. Já jsem vedla rozhovory s klienty, pro které byl domov pro seniory možností, jak dál vést spokojený život. Převážná část seniorů, se kterými jsem mluvila, byli osamělí lidé, zejména lidé ovdovělí. Klienti domova pro seniory uváděli, že na ně doma po smrti jejich partnera doléhala úzkost a samota a tady že jsou ve společnosti a cítí se lépe. Dle KALVACHA a kol. (15) je sociální status včetně rodinného stavu závažným důvodem pobytu v sociálních zařízeních. Převažují zde lidé, kteří nežijí v partnerském vztahu, zvláště lidé ovdovělí. To se potvrdilo i v mém výzkumu.

Výsledky mé práce ukázaly, že u 7 seniorů z 13 dotázaných se zdravotní stav nezměnil, 4 dotázaní klienti odpověděli, že se jim jejich zdravotní stav po přijetí do domova pro seniory zlepšil, a pouze u 2 seniorů se podle jejich výpovědi zdravotní stav zhoršil. Zhoršení zdravotního stavu, podle mého zjištění, sice způsobila změna prostředí, ale ne v souvislosti s psychickým stresem.

KALVACH a kol. (15) uvádí, že zátěž a rizika institucionalizace jsou dána především: 1. změnou prostředí s neznalostí nejen nových prostor, ale také nových lidí, 2. porušením mezilidských vazeb a dosavadní seberealizace, 3. ztrátou či ohrožením autonomie a soukromí, 4. změnou sebehodnocení a životní perspektivy, 5. ztrátou či omezením kontaktů s vnějším světem, 6. nevhodným jednáním personálu a/nebo spolubydlících.

Někteří klienti, se kterými jsem vedla rozhovor, vypovídali, že navštěvovali domov pro seniory již dříve, než se stali obyvateli zařízení, byli tedy seznámeni s prostředím i s lidmi a nebyl to pro ně takový šok. Většina seniorů uváděla, že nadále udržují kontakt se svou rodinou a mají mezi sebou dobré vztahy, nedošlo tedy k porušení mezilidských vazeb. V domovech pro seniory je možnost účastnit se různých sociálních činností, je zde tedy možná i seberealizace. Mnou dotázaní senioři byli většinou soběstační, z tohoto důvodu pro ně, podle mého názoru, byla adaptace snadnější. Soběstačnému senioru bývá často nabídnut samostatný pokoj, kde je respektováno jeho soukromí, nevyskytují se problémy se spolubydlícím a nemusí docházet ani k omezení kontaktu s vnějším světem. Z těchto důvodů výsledky mé práce ukázaly, že se seniorům v ústavním zařízení sociální péče jejich zdravotní stav nezhoršil vlivem maladaptčního syndromu z přemístění.

To, že se zdravotní stav u seniorů může dokonce zlepšit, bych přisuzovala zejména zdravotní péči, která je klientům zařízení poskytována. Staří lidé v domovech pro seniory jsou pod stálým dohledem zdravotnického personálu a na dosah specializovaného lékaře. Dalším faktorem, který vedl k těmto výsledkům práce, bylo podle mého názoru i to, že velká část výzkumu probíhala v zařízení spíše rodinného typu. I počet mnou zkoumaných klientů je velmi nízký a z těchto důvodů nebyl maladaptční syndrom detekován.

Výsledky mé práce ovlivňoval také důvod přijetí seniora do ústavního zařízení sociální péče, kterému jsem se věnovala v kapitole 4.2.1. Podle KALVACHA a kol. (15) důvodem přijetí do dlouhodobé ústavní péče je především: 1. špatný zdravotní stav a ztráta soběstačnosti v domácím prostředí, vyčerpání adaptačních schopností a kompenzačních možností zvládat jeho nároky; ze zdravotních obtíží jde zvláště o pády,

imobilitu a syndrom demence; 2. často důležitější než názory a přání žadatelů o přijetí jsou hodnocení, obavy a někdy vlastní zájmy jiných osob – zvláště členů rodiny. Oba tyto důvody se ve výsledcích mé práce objevovaly. Dalším důvodem, který se v této práci vyskytl, byly psychické problémy v souvislosti s úzkostí ze samoty až s depresiemi. Staří lidé žádají o přijetí do domova pro seniory často také z důvodu, že se o ně nemá kdo postarat. Jak uvádí HAŠKOVCOVÁ (8), staří si nepřejí stát se břemenem vlastních dětí. Také podle KALVACHA a kol. (15) jsou hlavními důvody podání žádosti špatný zdravotní stav a především obava z budoucnosti, přání „nebýt rodině na obtíž“. Senioři někdy opravdu raději volí alternativu ústavního zařízení, než aby žádali o pomoc ve své rodině. Zvláště, pokud nemají dceru. Podle KALVACHA a kol. (15) převažují v sociálních zařízeních rodiče synů oproti rodičům dcer.

Ve své práci jsem se zaměřila také na rodinný život seniorů v ústavním zařízení sociální péče. MINIBERGEROVÁ a DUŠEK (20) uvádí, že staří lidé mají touhu žít v blízkosti vlastních dětí a nebýt na nich závislí. To ale někdy není možné. Pokud u seniora dojde ke ztrátě soběstačnosti, potřebuje pomoc druhé osoby a stojí před důležitým rozhodnutím, jak tuto situaci řešit – zda se obrátit na rodinu nebo na instituci. Pro seniory je někdy snazší požádat o přijetí do ústavního zařízení sociální péče. Jak cituje MINIBERGEROVÁ a DUŠEK Pacovského (20) „Péče o starého nemocného člověka v rodině je možná pouze při současném splnění tří podmínek: aby rodina o nemocného pečovat chtěla, aby o něj pečovat mohla a aby to uměla“. Děti často odcházejí z domova do vzdálených měst, nechtějí opustit svou práci a svou rodinu. Starý člověk se tedy ocitá v domově pro seniory. Přesto očekává zájem o svou osobu a naopak se zajímá o problémy rodiny. (20)

Domnívala jsem se, že na klienty domovů pro seniory jejich rodina zapomíná, že to senioři těžce nesou a špatně se vyrovnávají se svou situací a objevují se u nich psychosomatické příznaky. Výsledky mé práce ukázaly, že senioři v ústavních zařízeních sociální péče bývají nadále v kontaktu se svou rodinou. Pokud seniora nenavštěvují jeho vlastní děti, jsou tu ještě ostatní příbuzní – vnoučata, synovci, neteře, švagrové, snachy apod. Senioři jsou většinou rádi za každou jejich návštěvu, těší se a i podle pracovníků zařízení na ně návštěva rodiny působí převážně pozitivně. Myslím si

ale, že výsledky práce mohou být zkresleny tím, že jsem se dotazovala poměrně malého počtu seniorů a také tím, že rozhovory byly vedeny se seniory ochotnými vypovídat. Podle mého názoru, kdyby měl senior problémy ve své rodině, nechtěl by otevřeně mluvit s cizím člověkem o své situaci.

Jak bude probíhat proces adaptace na prostředí domova pro seniory, závisí podle mě také na tom, jak je senior v novém prostředí spokojený, zda se mu tu líbí či nikoliv. Ukázalo se, že mnou dotázaní klienti jsou celkově spokojeni se svým životem v zařízení. Když jsem jim položila tzv. měřicí otázku, aby označili na pětibodové stupnici, kde 1 znamená velmi spokojen a 5 znamená velmi nespokojen, senioři odpovídali převážně kladně, nevyskytla se ani jedna záporná odpověď. Chtěla bych se zde zmínit o tom, že situace v domovech pro seniory se v posledních letech změnila. Jak uvádí HAŠKOVCOVÁ (8), pokoje s větším počtem obyvatel, nemožnost vzít si s sebou svůj nábytek, uniformní způsob života mezi stejně starými a neznámými lidmi – to jsou těžké ztráty, s nimiž musí budoucí obyvatel počítat. Dnes vypadá prostředí těchto zařízení trochu jinak. Soběstačným klientům bývá nabídnut jednolůžkový pokoj, senioři se zdravotními potížemi bývají na pokoji po dvou nebo po třech. Jednolůžkové pokoje si senioři mohou vybavit svým nábytkem, na který byli zvyklí. Pro seniory jsou připraveny různé programy, kde mohou trávit svůj volný čas, a dochází za nimi sociální pracovníci, se kterými si mohou povídat. Řekla bych, že to je velká změna, a staří lidé by si ji měli uvědomit. Při rozhovorech s klienty jsem zjistila, že senioři mívají různou představu o těchto zařízeních. Někdo se do domova pro seniory hned od začátku těší a jiný má o zařízeních horší představu a pak je třeba mile překvapen.

Za důležitou a zajímavou část svého výzkumu považuji rozhovory s pracovníky zařízení. Ptala jsem se, co podle nich má největší dopad na seniory v jejich zařízení. Odpovědi byly různorodé. Pracovníci zařízení viděli jak pozitivní, tak negativní dopad na seniory v jejich zařízení i v domovech pro seniory celkově. Myslím si, že je dobře, že si pracovníci zařízení uvědomují i úskalí ústavního zařízení sociální péče.

Odejít do ústavního zařízení sociální péče znamená pro seniory odejít na „poslední staci“. Případné návraty jsou nereálné. Proto má ústavní pobyt charakter konečný, „finální“. (8) Vědomí „konečné stanice“ charakterizuje obvykle ztrátu životní

perspektivy a změnu sebehodnocení. (15) Ve většině případů si staří lidé uvědomují, že je to do konce života. (20) Podle výpovědi jedné sociální pracovnice se ale také stává, že rodina svého seniora na tuto možnost nepřipraví. Řekne mu, že je tu jen dočasně, než se předělá byt, aby si ho mohli vzít domů a starat se o něj, ale jsou to často jen lži. V takovém případě se zdravotní stav seniora může zhoršovat.

Pokud se zdravotní stav seniora zhorší, je někdy nutná hospitalizace v nemocnici. Podle mého názoru prostředí nemocnice působí na seniory velmi negativně. Značně se na tom podílí psychika starého člověka. V nemocnici se sestry nemohou seniorům věnovat natolik, jak by potřebovali. Nejsou zde žádné aktivity, senior je znovu v prostředí neznámých lidí a také si mnohem více uvědomuje, že už nemusí být na světě dlouho. Výzkum mé práce ukázal, že po návratu seniora z nemocnice zpět do zařízení sociální péče jsou na tom klienti často hůř, protože jim není věnována komplexní péče.

Podle HAŠKOVCOVÉ (8) je mylná představa laiků, že všechny problémy starých lidí vyřeší medicína, tedy konkrétně především příslušný a k tomu odpovědný lékař - podstatná a větší část péče o staré leží právě mimo medicínu. BAŠTECKÝ a kol. (2) uvádí, při rozboru teorií vzniku psychosomatických poruch a chorob a výsledků vědeckých studií pokoušejících se o průkaz jejich platnosti vychází zcela zřetelně najevo, že žádný z dosud popsaných psychosociálních jevů se neukázal jako jediná a nezbytná příčina jakékoliv somatické poruchy; psychosociální faktory se uplatňují ve složité interakci s mnoha dalšími.

Cílem mé práce bylo popsat, jak působí prostředí ústavního zařízení sociální péče na zdravotní stav seniora v období prvního roku po přijetí do tohoto zařízení. Této problematice jsem se věnovala v kapitole 4.2.3.

Z výsledků mé práce vznikla následující hypotéza:

Na zdravotní stav seniora v institucionálním zařízení má vliv rodinné zázemí, psychická pohoda.

Domnívám se, že cíl práce byl splněn.

6. Závěr

Moje bakalářská práce byla zaměřena na změny zdravotního stavu u seniora po přijetí do ústavního zařízení sociální péče, které jsou podmíněny zejména psychosomatickými faktory. Výsledky mé práce ukázaly, že pokud je senior psychicky vyrovnaný, nadále udržuje kontakt se svými rodinnými příslušníky, zejména s jeho dětmi, jeho zdravotní stav se výrazně nemění. Vznikla tedy hypotéza: Na zdravotní stav seniora v institucionálním zařízení má vliv rodinné zázemí, psychická pohoda. Výzkum prokázal, že někteří senioři vidí institucionální péči jako pozitivní řešení své životní situace. Ukázalo se, že senioři mohou dál vést spokojený život i v zařízení sociální péče. Tato práce změnila můj pohled na danou problematiku.

Se změnou zákona o sociálních službách – zákon č. 108/2006 Sb. – došlo i ke změně způsobu financování. Senioři teď musí řešit otázku finanční náročnosti. Mělo by také dojít k větší provázanosti terénní a ústavní péče. Lidé by si měli uvědomit, že domovy pro seniory jsou až poslední možností, jak lze řešit jejich nepříznivou životní situaci.

Výsledky mé práce se mohou uplatnit při výuce ve školském zařízení, mohou být také využity pracovníky v domovech pro seniory.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) BARAN, D. Problematika duševního zdraví v rámci primární péče. *Esprit*. Přel. Lucie Königová. Praha: 2006, roč. X, č. 6-7, s. 7. ISSN 1214-2123.
- 2) BAŠTECKÝ, J. - ŠAVLÍK, J. - ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.
- 3) Český statistický úřad (Úvod) [online]. 7.12.2004 [cit. 2007-03-05]. Dostupné z: <<http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/o/4123-04--uvod>>.
- 4) DANZER, G. *Psychosomatika*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 244 s. ISBN 80-7178-456-7.
- 5) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: UK v Praze, Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- 6) GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: JCU, ZSF, 1998. 98 s. ISBN 80-7040-286-5.
- 7) HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- 8) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
- 9) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- 10) HOLMEROVÁ, I. - JURAŠKOVÁ, B. - ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002. 110 s. ISBN neuvedeno.
- 11) JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
- 12) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 13) KALVACH, Z. *Geriatrické aspekty psychosomatické medicíny* [online]. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice [cit. 2007-04-21]. Dostupné z: <<http://psychosomatika.xf.cz/1/Geriatrick%E9%20aspekty%20psychosomatick%E9%20medic%EDny.doc>>.

- 14) KALVACH, Z. - ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- 15) KALVACH, Z. - ZADÁK, Z. - JIRÁK, R. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- 16) KONEČNÁ, H. *Psychologické problémy neplodnosti*. Olomouc, 2000. Nepsaná disertační práce na Univerzitě Palackého.
- 17) KRÁLOVÁ, J. - RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. vyd. Olomouc: Anag, 2005. 303 s. ISBN 80-7263-275-2.
- 18) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 19) LANGMEIER, J. – KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- 20) MINIBERGEROVÁ, L. – DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- 21) MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 22) PACOVSKÝ, V. *Geriatrie*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
- 23) *Psychosomatika* [online]. [cit. 2007-04-21]. Dostupné z: <<http://www.aktip.cz/cs/produkty-sluzby/kurzy/psychosomatika.html>>.
- 24) RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
- 25) *Slovník cizích slov* [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupné z: <<http://www.slovník-cizich-slov.cz/index.php?action=vyhledavani&text=senior>>.
- 26) STRAUSS, A. – CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Přel. S. Ježek. 1. vyd. Brno: Albert, 1999. 228 s. ISBN 80-85834-60-X.
- 27) ŠAVLÍK, J. *Psychosomatika v léčebné praxi* [online]. [cit. 2007-04-21]. Dostupné z: <<http://psychosomatika.xf.cz/>>.

- 28) TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- 29) VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
- 30) WEBER, P. et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- 31) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

8. Klíčová slova

Stáří

Senior

Psychosomatika

Syndrom maladaptace

Domov pro seniory

9. Přílohy

Příloha č. 1 - Otázky k rozhovoru se seniory

Příloha č. 2 - Otázky k rozhovoru s pracovníky zařízení

Příloha č. 3 - Škála k tzv. měřicí otázce

Příloha č. 4 - Přepis rozhovoru se seniorem

Příloha č. 5 - Přepis rozhovoru s pracovníkem zařízení

Příloha č. 1 - Otázky k rozhovoru se seniory

- 1) Jak dlouho tu bydlíte?
- 2) Kde jste byl/a předtím? (doma, v nemocnici, apod.)
- 3) Co Vás sem tedy přivedlo?
- 4) Jste celkově spokojen/a se svým životem v tomto zařízení?
- 5) Co je zde podle Vás nejlepší a co nejhorší?
- 6) Spřátelil/a jste se tu již s někým?
- 7) Trápí Vás teď nějaké zdravotní potíže?
- 8) Měl/a jste tyto potíže již dříve?
- 9) Změnil se nějak Váš zdravotní stav po přijetí do tohoto zařízení?
- 10) Navštěvují Vás vaši příbuzní? Jak často?
- 11) Zhodnoťte Váš rodinný život.
- 12) Představte si pětibodovou stupnici, kde 1 znamená, že jste zcela spokojený/á s Vaším životem, že Vám nic nechybí, a 5 znamená, že nejste vůbec spokojený/á a chtěl/a byste všechno změnit. Kde jste na této stupnici právě teď?
- 13) Kdybyste mohl/a něco změnit na Vaší současné situaci, co by to bylo?
- 14) Popište Váš životní styl (zájmy, koníčky,...). Jak trávíte svůj volný čas?
- 15) Identifikační údaje: pohlaví
věková kategorie
rodinný stav

Příloha č. 2 - Otázky k rozhovoru s pracovníky zařízení

- 1) Co byste mi mohl/a říci o panu/paní X ?
- 2) Byl/a jste s ní/m první dny, když sem pan/í přišel/a?
- 3) Můžete mi popsat, jak se pan/í tyto první dny choval/a?
- 4) Navštěvuje pana/í X její rodina?
- 5) Jak podle Vás působí tyto návštěvy na pana/í X ?
- 6) Zhodnoťte dle svého názoru celkový vývoj osobnosti pana/í X po dobu pobytu zde.
- 7) Změnil se nějak zdravotní stav pana/í X po přijetí do Vašeho zařízení?
- 8) Jaký je životní styl pana/í X?
- 9) Co má podle Vás největší dopad na seniory ve vašem zařízení?

Příloha č. 4 - Přepis rozhovoru se seniorem

Některé údaje jsou změněny z důvodu ochrany soukromí.

Paní č. 6

1) Jak dlouho tu bydlíte?

R: Já jsem tady asi půl roku.

2) Kde jste byla předtím? (doma, v nemocnici, apod.)

R: Bydlela jsem 14 roků doma sama bez muže. Než jsem přišla sem, tak jsem byla v nemocnici. Těch 14 roků, co jsem byla sama, jsem měla deprese a pak už jsem si říkala, že už to dál nejde a musím s tím něco udělat. V nemocnici se to konečně podařilo vyléčit léčbou. Měla jsem takové ataky, že jsem se probudila s takovou hroznou panikou, že jste nevěděla co, bylo mi na omdlení, tak jsem se hned omyla a vzala si prášek a zavolala jsem na sousedku. Ty ataky byly takové najednou, že jsem nevěděla kdy mě to zase přepadne.

3) Co Vás sem tedy přivedlo?

T: To byl tedy ten hlavní důvod, proč jsem sem šla, protože jsem nemohla být doma. Teď už ty stavy nemám, protože jsem přesazená do jiného prostředí. Ten domov tam pořád mám, ale to prostředí tam na mě pořád působí, protože jsem si tam zažila opravdu dost. Tam jsem měla také svého pejska, to byla taková moje nejlepší kamarádka, ta vycítila úplně vaši náladu, když vám nebylo dobře. A během té doby, co mi Nelinka (pejsek) zemřela, tak mi bylo smutno. Byla to opravdu kamarádka až do smrti, protože jsem měla jít sem do domova a oni by mě sem s pejskem nevzali. To byla opravdu kamarádka. No a já jsem byla v nemocnici a pak jsem nevěděla co dál. Zpátky domů jsem se vrátit nemohla, protože by na mě to prostředí působilo a celá léčba by byla na nic. A tak mě poslali do psychiatrické léčebny. Co jsem se vrátila z léčebny, tak jsem byla týden doma. Dceru mám v Plzni, musím říct, že ona je opravdu předobré stvoření, protože se o mě ohromně starávala, každý den. Ale v Plzni by to pro mě vůbec nebylo. A tady jsem skoro jako doma, protože koho potkám toho prakticky znám. Plzeň ta by mi vůbec nevyhovovala. Nikoho bych tam neznala. Dcera tady se mnou byla tedy týden a pak už jsem šla rovnou sem. Žádost sem do domova jsem měla podanou asi už rok předtím, možná i víc. A protože jsem vlastně usilovala dostat se sem, paní vedoucí mi umožnila, že jsem sem i s Nelinkou chodila v úterý a ve čtvrtek pracovat s lidmi. Takže já jsem měla přehled, jak to tu vypadá, už předtím než jsem sem šla. Chodila jsem sem na pracovní terapii s těmi babičkami, takže jsem je vlastně znala už předtím. Tak to pro mě bylo snadnější. Takhle jsem se sem tedy dostala a jsem za to moc ráda. Jsem tu maximálně spokojená, tady mám pocit bezpečí a kdybych nedej bože byla zase nemocná, tak je tady o mě postaráno. Je to tu zkrátka můj domov. Teď žiji vlastně víc než předtím, protože jsem dřív s Nelinkou nikam nechodila. Tady jsem si našla další dobré lidi, kteří také rádi chodí do společnosti, takže tu mám možnost s nimi chodit do divadla a na koncerty a jsem za to opravdu velice ráda. Takže mě to tu vlastně splňuje všechno.

4) Jste celkově spokojena se svým životem v tomto zařízení?

R: Jsem zde maximálně spokojená.

5) Co je zde podle Vás nejlepší a co nejhorší?

R: Nejhorší se mi zde nezdá nic. Nemohu říct, že by tu byly nějaké nedostatky, alespoň z mého hlediska. Já jsem zatím nepotřebovala ošetrovatelskou službu, ale je příjemné, že tady o vás sestry, vlastně všichni, vědí a když potřebujete pomoc, tak si můžete zazvonit. To je právě to, co jsem doma neměla. Doma jsem byla s těmi depresemi sama, to bylo velmi nepříjemné. Takže já jsem tu opravdu maximálně spokojená, děkuji tady za všechno všem.

6) Spřátelila jste se tu již s někým?

R: Ano, mám tu dobré přátele, dobré kamarády. Žen je tady víc, ale i muži tady jsou. Mám tady nedaleko města zahradu, tak i na tu zahradu se mnou jedou. Nemohu si stěžovat.

7) Trápí Vás teď nějaké zdravotní potíže?

R: Zaplať pánbůh ne. Občas mě pobolívají kolena nebo v zádech, ale nic závažného. Hlavně, že jsem se zbavila těch depresí, to bylo to nejdůležitější.

8) Měla jste tyto potíže již dříve?

T: Vás trápily hlavně ty deprese, které jste měla dřív než jste se dostala sem?

R: Ano.

9) Změnil se nějak Váš zdravotní stav po přijetí do tohoto zařízení?

R: Ano, naprosto. Právě ty obavy, které jsem měla dřív doma, teď nemám. Mám tu pocit jistoty. Doma jsem měla takovou nejistotu, že o mě nikdo nevěděl. Bála jsem se, že tam zůstanu, že o mě nikdo neví. To se tady absolutně nestane, tady si vezmu dovolenku, nebo jdu ven na zahradu a sestry o mě vědí. To je úžasné. Ta samota, to byl ten největší problém. Já do mého bytu chodím, ale jsem tam 2 hodiny a stačí, mám na to špatné vzpomínky.

10) Navštěvují Vás vaši příbuzní? Jak často?

R: Ano, moje dcerka, každý den mi volá a každých 14 dní sem za mnou jezdí. A vždy když přijede, tak já s ní jdu domů a jsem s ní až do neděle. I na Vánoce jsem s ní byla. Opravdu si na ni nemohu stěžovat.

11) Zhodnoťte Váš rodinný život.

R: Vztahy máme výborné. Dcera je ohromně pečlivá, nemohu si lepší přát.

T: Máte tedy jen jednu dceru?

R: Mám jen tu jednu dceru a ona nemá žádné děti, prostě se jim to nepovedlo.

R: Ty deprese se mi neobjevily hned na začátku, nejprve to bylo dobré, až později se to zhoršovalo. Říkala jsem si, že jsem do té psychiatrické léčebny měla jít dřív. Tam mi nesmírně pomohli. Já jsem byla zvyklá na jeden druh prášku, na který je závislost. Tam

mi dali nový prášek, chvíli to ale trvalo, než jsem si na něj zvykla. Někdy mi bylo tak špatně, že jsem si říkala, že když to přežiji, tak už přežiji všechno.

T: Užíváte ještě teď léky?

R: Ano, užívám jeden lék, ale není tak silný. Ten už nevysadím. Je to taková jistota, kdyby se to vrátilo.

12) Představte si pětibodovou stupnici, kde 1 znamená, že jste zcela spokojená s Vaším životem, že Vám nic nechybí, a 5 znamená, že nejste vůbec spokojená a chtěla byste všechno změnit. Kde jste na této stupnici právě teď?

R: Já mohu dát 1. Žiji naprosto plnohodnotným životem, včetně kulturních zážitků, přátel. Dceru mám hodnou i její manžel je dobrý, myslím si, že je to dobré manželství.

13) Kdybyste mohla něco změnit na Vaší současné situaci, co by to bylo?

R: Kdyby se mi vrátil domov se vším všudy, ale to už se nespraví.

T: To by bylo možné asi jen kdyby tam byla i Vaše dcera.

R: Ano. Já pořád říkám, že je to domov, ale domov to není, protože je prázdný.

14) Popište Váš životní styl (zájmy, koníčky,...). Jak trávíte svůj volný čas?

R: Ráda jezdím na svoji zahradu, to je tedy opravdu můj velký koníček. Potom ty mé kulturní zážitky, divadlo, také jsem chodila do hudební školy. Ruční práce.

T: A jak trávíte svůj volný čas?

R: Tady já ani moc čas nemám. Nahoře máme pracovnu, kde tvoříme různé výrobky (ergoterapie), tam se pořád něco dělá. Také tu pomáhám tím, když třeba muži potřebují něco přišít nebo zkrátit kalhoty. Já mám tady vlastně práci pořád. Také chodím ven, starám se o květiny. Mám celý den vyplněný. Až bude teplo, pojedu zase na svoji zahradu. Mám ještě dost síly a děkuji za to bohu, myslím si, že toho zvládám ještě dost.

15) Identifikační údaje: pohlaví - žena

věková kategorie - 76-80

rodinný stav - vdova

Příloha č. 5 - Přepis rozhovoru s pracovníkem zařízení

1) Co byste mi mohla říci o **paní č. 6** ?

R: Velice milá, srdečná paní, která sem do domova začala chodit ještě když byla v bytě sama. Ovdověla. Protože na ni doléhala osamělost v bytě, tak tady hledala společnost, společenství lidí. Sem k nám do domova začala chodit jako dobrovolník, měla ergoterapeutické sezení a začala s námi pracovat. Vodila si sem i pejska, takže jsme to měli jako takovou canisterapeutickou návštěvu. Bylo to moc příjemné setkání s ní. I pro mě jako profesionálního pracovníka, i lidsky, protože je to báječná paní.

2) Byla jste s ní první dny, když sem paní přišla?

R: Ano, i jsem jí, podle její povahy, pomáhala připravovat pokoj, protože těžce snáší výtah, takže jsme zvažovali, který pokoj bude vhodný. Nejen, že jsem s ní byla první dny, ale i během přípravy na její příchod.

3) Můžete mi popsat, jak se paní tyto první dny chovala?

R: Jako pro každého je to velká změna v životě, přemístění a změna pobytu. Ještě o to složitější, že v těch dnech přišla o svého pejska, o své přátelství, bylo to těsně před tím. Takže pro ni ta změna byla velká. Ale to je pro všechny klienty, kteří nastupují. Doprovázela ji její rodina, byla s ní celý den. Nastoupila, pak šli na oběd, pak si stěhovala věci. Ty věci stěhovala postupně. Doma si je vyšívala, připravovala, stěhovala se i s kytičkami. Byla na to psychicky připravená.

T: Takže myslíte, že se paní adaptovala dobře.

R: Myslím, že se adaptovala dobře. Právě že už předtím se seznámila s tím kolektivem, chodila se dívat do zařízení, všichni ji provedli, několikrát. Takže věděla, do čeho jde, i znala některé klienty. Takže ten nástup byl pozvolný, nebyl šokem.

4) Navštěvuje paní č. 6 její rodina?

R: Ano, jezdí sem za ní dcera.

5) Jak podle Vás působí tyto návštěvy na paní č. 6 ?

R: Paní má ve své dceři velké zázemí. Dcera vždy přijede na víkend, takže jsou spolu celý víkend. Jsou spolu na chatě, kterou si paní nechává stále ve vlastnictví. Má i svůj byt, takže tam přespávají. Přes tu sobotu, neděli, přes ten víkend, když je tu dcera, paní pro ni už pečce zákusky, vaří večeři a moc se na ni těší. Mají se moc rády. Má harmonické zázemí u dcery.

6) Zhodnoťte dle svého názoru celkový vývoj osobnosti paní č. 6 po dobu pobytu zde.

R: Musím říct, že paní ještě když sem docházela do toho společenství jako dobrovolnice, tak trpěla silnými psychickými problémy, depresemi, stavy, kdy musela v noci volat své dceři. Byla strašlivě osamělá. Dnes jsme spolu o tom mluvily – ptala jsem se jí, že když je soběstačná, dokáže si i všechno vyprat, když má tu chatu a byt, jestli by se teď, když se dostala do psychické kondice, nechtěla vrátit domů. Prý už by se vrátit nechtěla, protože tady jí dává to společenství a ten domov seniorů jistotu a klid,

dává jí dostatečné zázemí pro to, aby zůstala vyrovnaná a aby ta psychika nelítala do nějakých extrémů, do úzkostných stavů. Srovnala se jí tady ta psychika, našla si tady přátele a oporu.

7) Změnil se nějak zdravotní stav paní č. 6 po přijetí do Vašeho zařízení?

R: Fyzický stav u ní byl v pořádku, uspokojivý. Fyzický stav – kondice, stavba těla, pohyblivost, to bylo všechno v pořádku. Jediné problémy byly toho psychického rázu, které nastaly po ztrátě partnera. S tím se paní částečně vyrovnávala díky jejímu pejskovi, který ale bohužel zemřel. Ten psychický stav se stabilizoval a myslím si, že to je díky domovu a díky náplni činností, kterých se dennodenně účastní. Chodí na koncerty s přáteli, ti ji doprovázejí i na zahrádku. Zabývá se různými aktivitami nejen u nás, ale i mimo domov. Myslím si, že je teď v pohodě.

T: Objevily se nějaké somatické potíže, které by mohla vyvolat psychická reakce na změnu prostředí?

R: Já neznám její diagnózu. Když jsme spolu mluvily, tak si nestěžovala. Ptala jsem se jí jak se vyspala, jak se aklimatizovala. Naopak byla ráda, když jsme jí vybrali pokoj, byla ohromně spokojená.

8) Jaký je životní styl paní č. 6 ?

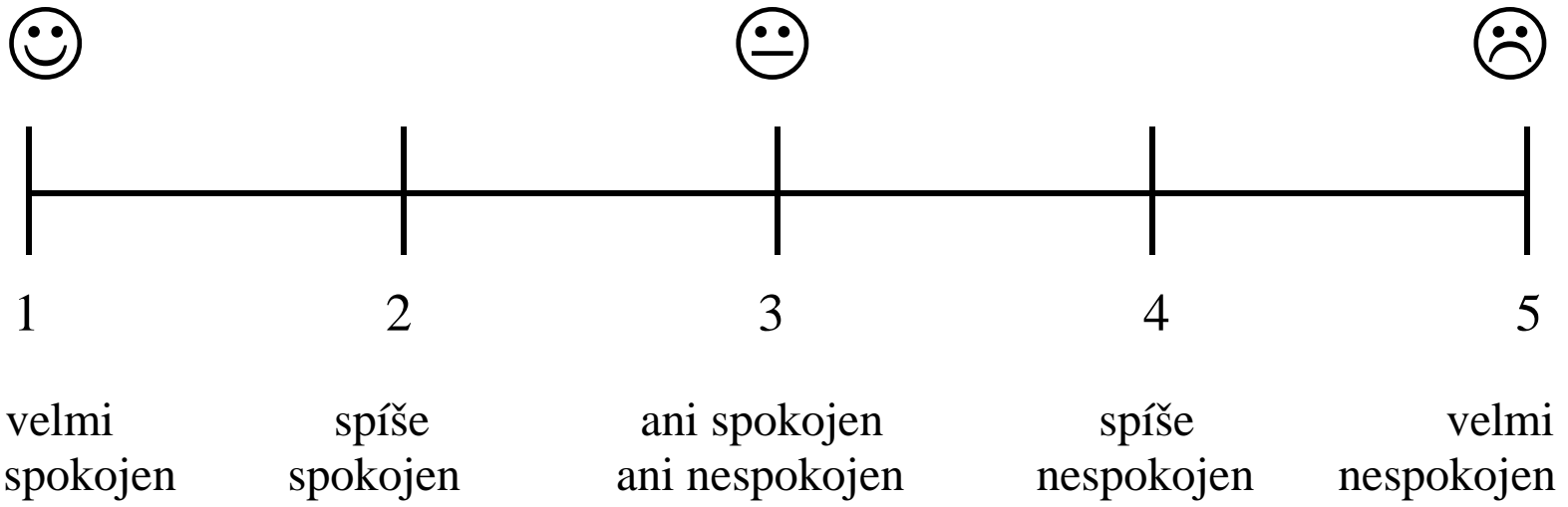
R: Paní č. 6 je skvělá a nemyslí jen na sebe. Takže ona tráví svůj volný čas i pomocí druhým lidem. Třeba když někdo potřebuje doprovodit na návštěvu, do nemocnice. Ráda šije, takže šije mužům v poschodí nahoře, s těmi, s kterými se přátelí, ušila jim záclonky u dveří a na stůl a na botník. Háčkuje, dělá krásné ruční práce v ergoterapeutické dílně, a na Vánoce překrásné obrázky. Je velmi milá. A její životní směřování je, že se na všem snaží najít tu lepší stránku. Takže není pesimista, ale optimista. Je to taková křehká paní. Také krásně zpívá.

9) Co má podle Vás největší dopad na seniory ve vašem zařízení?

R: Podle mě je pozitivní to, že to tu není obrovský domov. Zůstal nám tady takový rodinný duch, prostě držíme pospolu a to je, abych tak řekla, cíl mojí práce – zachovat a udržet tady tu atmosféru, že tady ti lidé mají v nás oporu, že se tady cítí jako doma. Není to tu jako nějaké sanitární zařízení, ale že jsou tady jako doma. Mají tu zázemí, ochranu, pohodu, mají tady v závěru života bezpečí, harmonii, radosti. A mít tady u sebe přátele. Protože tady to je samozřejmě zařízení, kde lidé odcházejí ze života a je důležité jim pomoci v těchto chvílích, dát jim vědět, že na to nejsou sami. Ve větších zařízeních je větší anonymita, ale záleží na lidech.

T: A vidíte nějaký negativní dopad na seniory?

R: To, že když jsou doma, tak si tam nikoho nepustí. Negativní dopad vidím v tom, že jsou tady klienti neustále zahlcováni dotazníky. Je to z toho důvodu, že je to instituce, státní zařízení, neustále sem chodí nějaké návštěvy, stále někdo vstupuje do jejich denního režimu a jejich soukromí. I když nechťejí, tak s námi musí probírat nějaké plány, dotazníky, že už jsou z toho unavení, přetížení. A pak co se mi nelíbí, že si někteří zaměstnanci neuvědomují, že ten domov je pro klienty, je to jejich domov a že si z toho někdy dělá dobré sociální zázemí i ten personál. To mě mrzí. Domov pro seniory je domov těch klientů, zachovat jim to jejich soukromí, úctu.



Příloha č. 3 - Škála k tzv. měřící otázce