

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Nabídka zdravotně sociálních služeb pro seniory ve vztahu k jejich
potřebám**
Diplomová práce

Abstrakt

Problematika seniorů se v dnešní době dostává do popředí zájmu společnosti. Vzhledem ke zvyšujícímu se věku seniorů může nastat situace, kdy se o sebe nebudou moci postarat a budou potřebovat pomoc jiné osoby. Pomoc, která je zajištěna zdravotně sociálními službami, může být seniorům poskytnuta v jejich domácím prostředí nebo v pobytových zařízeních. Potřeby člověka se s věkem mění, vyvíjejí a jsou nedílnou součástí jeho osobnosti. Teoretická část práce se zabývala pojmy stárnutí, stáří, potřebami a zdravotně sociálními službami. Ke sběru dat byla použita strategie kvalitativního výzkumu, byla zvolena metoda dotazování – technika rozhovoru, zúčastněného pozorování a analýza odborné literatury. Při rozhovorech byla zachována anonymita respondentů. Cílem práce bylo zjistit, zda jsou naplňovány potřeby seniorů ve vztahu k nabízeným zdravotně sociálním službám. Ve výzkumu byla stanovena hlavní výzkumná otázka. Pro její zodpovězení bylo použito pět dílčích výzkumných otázek, které souvisely se strukturou rozhovoru. Výzkum byl realizován v Domově pro seniory Hvízdal České Budějovice, p.o. Hlavní výzkumná otázka vedla k potvrzení cíle práce. Získané informace mohou být použity ke zkvalitnění poskytovaných služeb v zařízení, kde byl výzkum proveden.

Abstract

The society has become increasingly interested in the issue of seniors at present. Considering the increasing age of seniors, a situation when they are not able to take care of themselves and need help of another person may occur. The assistance secured by health and social services may be provided to seniors in their homes or in housing facilities. Human needs are changing and developing with age and form an integral part of the personality of an individual. The theoretical part of the thesis addressed the terms of aging, old age, needs and health and social services. The data were collected using the qualitative research strategy, the method of questioning and the technique of interviews, involved observation and technical literature analysing. While interviewing the respondents, their anonymity was respected. The objective of the thesis was to ascertain whether needs of seniors are satisfied in relation with the offered health and social services. In the research, the main research question was set out. In order to answer the question, five research sub-questions associated with the interview structure were used. The research was conducted in retirement home Hvízdal České Budějovice, p.o. (organization co-funded by the state budget). The main research question led to confirmation of the thesis objective. The obtained information may be used for improvement of quality of the services provided in the facility where the research was conducted.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „**Nabídka zdravotně sociálních služeb pro seniory ve vztahu k jejich potřebám**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v plném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studentky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Dagmar Dvořáčkové za cenné rady a trpělivost při psaní této práce. Děkuji pracovníkům vybraného zařízení a respondentům za odpovědi a především děkuji mé rodině, která mi byla oporou.

OBSAH:

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Stárnutí a stáří	10
<i>1.1.1 Kalendářní stáří</i>	11
<i>1.1.2 Biologické stáří</i>	12
<i>1.1.3 Sociální stáří</i>	12
<i>1.1.4 Psychické změny ve stáří</i>	13
<i>1.1.5 Demografické stáří</i>	14
1.2 Potřeby člověka	15
<i>1.2.1 Klasifikace potřeb</i>	17
<i>1.2.2 Hierarchie potřeb dle Maslowa</i>	17
<i>1.2.3 Spirituální potřeby</i>	21
<i>1.2.4 Dělení potřeb dle jiných autorů</i>	22
<i>1.2.5 Role pomáhajícího při uspokojování potřeb člověka</i>	23
1.3 Kvalita života	24
1.4 Služby pro seniory	26
<i>1.4.1 Zdravotní služby</i>	26
<i>1.4.2 Sociální služby</i>	27
1.5 Legislativní úprava zdravotně sociálních služeb v ČR	28
<i>1.5.1 Základní pojmy uvedené v zákoně</i>	29
<i>1.5.2 Základní druhy sociálních služeb</i>	30
<i>1.5.3 Formy poskytování sociálních služeb</i>	31
<i>1.5.4 Zařízení sociálních služeb</i>	31
<i>1.5.5 Základní činnosti při poskytování sociálních služeb</i>	31
<i>1.5.6 Sociální poradenství</i>	32
<i>1.5.7 Vybrané sociální služby pro seniory</i>	33
<i>1.5.8 Vybrané služby sociální prevence pro seniory</i>	36
<i>1.5.9 Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb</i>	37
<i>1.5.10 Podmínky poskytování sociálních služeb</i>	38

1.6 Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o.	39
<i>1.6.1 Cíle domova pro seniory Hvízdal</i>	39
<i>1.6.2 Péče o uživatele</i>	40
2. CÍL PRÁCE	42
3. METODIKA	43
<i>3.1 Metodika práce</i>	43
<i>3.2 Výzkumný vzorek</i>	44
<i>3.3 Harmonogram výzkumu</i>	45
4. VÝSLEDKY	46
5. DISKUSE	76
6. ZÁVĚR	85
7. SEZNEM POUŽITÝCH ZDROJŮ	87
8. KLÍČOVÁ SLOVA	94
9. PŘÍLOHY	95
<i>9.1 Seznam příloh</i>	95

Úvod

Téma zabývající se seniory a zdravotně sociálními službami jsem si zvolila z mnoha důvodů. Prvním důvodem je fakt, že již dříve jsem psala práci zaměřenou na problematiku seniorů. Mezi další důvody, které ovlivnily výběr tohoto tématu, patří má práce se seniory na praxích a brigádách. V budoucnu bych se také chtěla věnovat práci se seniory, buď v ošetrovatelské nebo sociální oblasti.

V této práci se zajímám o to, jak jsou seniorům poskytovány zdravotně sociální služby vzhledem k jejich potřebám. Chtěla bych se dozvědět více o potřebách seniorů ve vyšším věku. Uvědomit si tyto potřeby může napomoci k lepší a kvalitnější péči o seniory, protože i my budeme jednou staří a budeme potřebovat uspokojit své potřeby. Ztotožňuji se s myšlenkou Pacovského a Suchardy (2008), kteří ve své knize popisují jako obraz ideálního, moudrého a šťastného stáří babičku Boženy Němcové. Tato žena, která byla modelem Boženě Němcové ve svém díle, přichází na Staré bělidlo v 54 letech s jednou dřevěnou truhlou, ve které má svůj majetek. Jak uvádí Pacovský a Sucharda (2008) má socioložka Jiřina Šiklová originální pohled na sociologii stáří. Říká: „*Dnes by tato paní ještě neměla nárok na důchod a doplňovala by si pravděpodobně vzdělání ve večerních kursech programování, neboť by před sebou měla perspektivu dalších třiceti let.*“ (Pacovský, Sucharda, 2008, s. 100).

Délka života člověka se stále prodlužuje. Zlepšuje se diagnostická i léčebná technologie. U seniorů může dojít ke zhoršení jejich zdravotního stavu a v důsledku pokročilého věku se sníží schopnost soběstačnosti natolik, že již jedinec nebude schopen se o sebe postarat a zajistit si své denní životní potřeby. Mnoho lidí ve vyšším věku je odkázáno na pomoc jiné osoby. Proto by se měl klást důraz na kvalitně poskytované služby v souvislosti s potřebami seniorů. Nejde jen o zajištění základních fyziologických potřeb, ale je třeba poskytovat i potřeby vyšší (lásku, úctu a sebeaktualizaci). Ale právě ve stáří se senior může upoutat na uspokojování svých základních potřeb a neuspokojuje potřeby vyšší. Každý pracovník, nejen v práci se seniory, by měl znát dobře potřeby člověka. Vždyť i pracovník pečující o člověka má své potřeby, které uspokojuje. Zde se může vyvodit základní pravidlo v péči o seniory,

které zní „*umožnit člověku, kterému pomáháme, aby si co nejvíc věcí dělal sám*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 42). Známe potřeby lidí, kterým poskytujeme péči? Zajímáme se o člověka jako o individuální bytost a jeho konkrétní potřeby? Nepostupujeme v pracovním procesu jen podle toho, jaké si myslíme, že mají klienti potřeby? (Pichaud, Thareauová, 1998)

Pokud se člověk nemůže sám o sebe postarat a je nějakým způsobem znevýhodněný, mohou mu být v České republice poskytovány služby sociální péče. Tyto služby uspokojují jak potřeby fyziologické, tak ty vyšší. Je zde vidět snaha pomoci člověku, který se vlastními silami nemůže o sebe postarat. Existuje i nabídka pomoci pečujícími, kteří se o takto nemocného člověka starají.

Zdravotně sociální služby by se měly dále rozvíjet a zlepšovat, aby mohl člověk důstojně zestárnout a dožít. Měl by mít pocit bezpečí a jistoty a být plnohodnotným člověkem v dnešní společnosti.

„Stáří je nevyhnutelnou
perspektivou každého živého tvora.“

(H. Haškovcová)

1. Současný stav

1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí (involuce) je dle Gruberové (1999) a Pacovského (1990) označováno jako poslední přechodné období v životě člověka mezi dospělostí a stářím. „*Stárnutí je velmi složitý multifaktoriální děj. Je výslednicí vzájemného působení genetických podmínek (daných druhově i individuálně) a faktorů zevního prostředí.*“ (Pacovský, 1990, s. 30) Celý proces stárnutí je geneticky zakódován. Geneticky daný program ovlivňují faktory zevního prostředí. Mezi tyto faktory patří zejména životní prostředí, hygienické a stravovací návyky. Tyto determinanty mohou ovlivňovat i délku života jedince (Pacovský, 1990).

Stuart-Hamilton (1999) ve své knize rozděluje stárnutí na primární, sekundární a terciární. Primární stárnutí zahrnuje tělesné změny stárnoucího organismu. Pojmem sekundární stárnutí se označují změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nejsou však jeho doprovodným jevem. Terciární stárnutí je některými badateli označováno období, kdy dochází k prudkým a nápadným tělesným změnám úpadku bezprostředně předcházející smrti.

Stáří (senium), dle Kalvacha (2004), je označováno jako poslední fáze ontogeneze přirozeného průběhu života. Jedná se o biologický proces, který je nezvratný a končí smrtí člověka. Zavázalová (2001) uvádí, že stáří je výsledkem procesu stárnutí. Rozděluje ho na stáří kalendářní, biologické, psychické, sociální, demografické apod.

Věda, která se zabývá stářím a stárnutím se nazývá **gerontologie**. Název gerontologie je odvozen od řeckého slova gerón – starý člověk, stařec a logos – nauka (Haškovcová, 2002).

Topinková (2005) a Kalvach, Onderková (2006) popisují geriatrii je samostatný

lékařský obor. Geriatrie se zabývá problematikou zdraví, chorob ve stáří, funkčním stavem, specifickými aspekty léčby starých lidí a zdravím podmíněné kvality života ve stáří. Jedním z cílů geriatrie je dosáhnout co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklého pro klienta. Geriatrizační medicíny je čím dál tím více častější ve všech oborech.

Každý autor rozděluje stáří na jiné oblasti. Pacovský (1994) stáří rozděluje dle věku na kalendářní a funkční. Funkční věk rozděluje na biologický, psychologický a sociální věk. Dále dělí stáří podle projevů stárnutí a stáří na biologické, psychické a sociální stárnutí.

„Pokusů o definování stárnutí a stáří už bylo učiněno mnoho, avšak žádná z definic není absolutní a definitivní.“ (Jarošová, 2006, s. 7).

1.1.1 Kalendářní stáří

Kalvach, Onderková (2006) a Haškovcová (2002) se shodují, že kalendářní stáří je často označováno jako chronologický či matriční věk člověka, který je odvozen od data narození. V dnešní době se posouvá věková hranice, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a zlepšuje se jak zdravotní, tak i funkční stav nově stárnoucí generace. Za počátek stáří se většinou považuje věk 65 let a vlastní stáří nastupuje od věku 75 let. Matoušek (2003) uvádí, jako začátek stáří v současné západní kultuře věk mezi 60–65 lety. Světová zdravotnická organizace (WHO) navrhla v r. 1980 za stáří věk od 60let a výše (Gruberová, 1999).

WHO klasifikuje stáří do jednotlivých období.

60 – 74 let ranné stáří

75 – 89 let vlastní stáří

90 let a výše dlouhověkost (Gruberová, 1999).

V souvislosti se zlepšujícím se funkčním stavem a demografickým vývojem ve stáří navrhla B. L. Neugertenová v 60. letech minulého století jeho nové rozdělení, od kterého je odvozeno nynější orientační členění stáří.

65 – 74 let mladí senioři

75 – 84 let staří senioři

85 a více let velmi staří senioři (Kalvach, 2004).

1.1.2 Biologické stáří

Kalvach (2004) a Haškovcová (2002) píší o biologickém stáří, které je označováno i jako věk skutečný či biologický. Jedná se o míru involuce jedince a jeho zdatnosti. Nemusí odpovídat kalendářnímu věku. Pracoviště, která se zabývají hodnocením biologického věku, obvykle hodnotí funkční stav, výkonnost, jako souhrn involuce kondice i patologie.

Biologická involuce dává všem lidem do jisté míry podobný ráz. Přirozené stárnutí a chronické nemoci staví všechny jedince před podobnou nejistotu, bolest a bezmocnost. Viditelné znaky stárnutí mohou určovat, co od nás druzí očekávají a co nám jsou ochotni poskytnout. Biologický věk každého jedince se liší. Každý stárne jinou rychlostí (Říčan, 2006).

Involuční proces postihuje všechny orgány a tkáně v lidském těle, a tím dochází k úbytku jejich funkcí. Involuce je nezvratný stav při které dochází k poklesu životnosti, odolnosti organismu a adaptability. Mezi projevy stárnutí, které patří k nejnápadnějším, patří vnější a vnitřní projevy (Gruberová, 1999).

Fyziologické změny se projevují na kůži, dochází k poruchám smyslů, mění se postava člověka. Změny jsou patrné ve všech systémech těla v kardiovaskulárním systému, respiračním, nervovém, trávicím, vylučovacím, endokrinním, pohybovém systému. Změna se objevuje i v metabolismu vody v těle (Holmerová, 2002).

1.1.3 Sociální stáří

Zasahuje do proměny sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění jedince. Tento pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, jako např. ztráta životního programu, osamělost, hrozba ztráty soběstačnosti. Za počátek sociálního stáří se většinou považuje vznik nároku na starobní důchod (Kalvach, 2004).

Vágnerová (2007) a Minibergerová, Dušan (2006) uvádějí, že odchod do důchodu je signálem přechodu z profesního života do stáří. Vyrovnat se s tím není pro každého lehké. Odchodem do starobního důchodu se stává člověk seniorem.

Při odchodu do důchodu se ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání. Odchod do důchodu působí i na změnu uspořádání života seniora. Senior se musí naučit využívat svůj volný čas a trávit ho podle svých představ.

Minibergerová, Dušan (2006) a Venglářová (2007) se shodují, že v tomto období se člověk často setkává se ztrátou svého životního partnera. Jedná se bezpochyby o jednu z nejtěžších zkoušek v životě člověka. Někteří senioři se s touto skutečností vyrovnají, ale jiným zůstane v srdci hluboká rána. Vidí, že kolem nich umírají i další kamarádi a známí lidé.

V rodinném životě seniorů se objevuje celá řada změn. Po odchodu dětí z domova zůstávají manželé sami. Jejich vztah se může upevnit nebo naopak se mohou objevit konflikty. Někteří lidé si začnou uvědomovat svoji potřebnost a užitečnost při narození vnoučat. Je zde nová role prarodiče. Senioři si chtějí co nejdéle udržet svoji vlastní domácnost. Senior chce být své rodině na blízku a nebýt závislý na pomoci mladších. Senior očekává zájem o svoji osobu a zajímá se o problémy rodiny i ve vyšším věku (Minibergerová, Dušan, 2006).

Některé důvody mohou mít za následek, že senior bude muset opustit dosavadní místo svého bydliště. K těmto důvodům se může například zařadit snížený finanční příjem, zhoršení hybnosti a zdravotního stavu. Odcházejí proto do zařízení sociálních služeb a většinou si uvědomují, že je to do konce života. Zvláště závažné je to pokud musí člověk opustit svůj domov náhle nebo s touto změnou nesouhlasí (Minibergerová, Dušan, 2006).

1.1.4 Psychické změny ve stáří

Ve stáří se mění mnohé psychické funkce. Změny mohou být podmíněné biologickým i psychosociálním vlivům, mnohdy výsledkem je jejich vzájemné působení. Projevující se změny ve stáří jsou individuálně rozdílné. Mezi biologicky podmíněné změny se zařazují například celkové zpomalení, obtíže v zapamatování, ve výbavnosti atd. Může se jednat i o příznak onemocnění, které je ve stáří pravděpodobnější. Během stárnutí dochází k různým funkčním a strukturálním změnám mozku, které se projevují i v psychické oblasti. Klesají funkční rezervy, zhoršují se

adaptační schopnosti, mění se kognitivní funkce (poznávací) a toto vše může ovlivňovat i psychosociální faktory. Psychické změny může ovlivnit individuální specifický životní styl člověka a jeho návyky. Schopnosti a dovednosti, které už nejsou potřebné a nejsou ani využívány. Starý člověk začne dělat věci stereotypně a zjednodušeně. Společnost může přispívat ke změnám tím, že manipuluje staré lidi k přijetí určitého postoje a modelu chování (Vágnerová, 2007).

Ve stáří se mění i kognitivní funkce člověka. Pokles těchto funkcí je pozvolný, který při průběhu stárnutí nemá dlouho žádný vliv na praktickou činnost člověka. Dochází ke zpomalování psychomotorického tempa. Reakce na podněty jsou pomalejší. Při fyziologickém stáří řeší starý člověk úkoly dobře. Snižuje se všímavost a výbavnost. Senioři i nevzpomínají na jména známých, jména měst atd. Potíže se objevují při zapamatování si nové věci, nevzpomenou na nové jméno či na nově předepsaný lék. Starému člověku to dá více práce si zafixovat do paměti nové poznatky, nebo se naučit nový postup při nějaké práci. Senior se hůře přizpůsobuje novým věcem, prostředí a situacím (Gruberová, 1999). Má rád svůj pořádek v čase a prostoru. Čím je člověk starší, tím je pro něho stěhování nebo jiná životní změna více traumatizující. A z toho důvodu klesá jeho adaptabilita (Říčan, 2006).

Emoční labilita je pro období stáří typická. Senioři jsou náladoví, střídají se jejich nálady a mají sklon k úzkosti. Po citové stránce jsou více zranitelnější, větší potřeba se objevuje v ohledech nákladnosti a očekávání (Gruberová, 1999).

1.1.5 Demografické stáří

Zavázalová (2001) uvádí, že demografické stárnutí je proces, jejímž výsledkem je stáří obyvatelstva. Ve vyspělých hospodářských zemích se stává zdravotnickou prioritou stárnutí populace. Dochází a bude docházet k zvyšujícímu se počtu starých lidí, které je relativní z důvodu nízké porodnosti a klesajícímu podílu dětí a mladých lidí. Absolutní přibývání starých lidí z důvodu poklesu úmrtnosti ve středním věku a více lidí, kteří se dožívají vyššího věku. Z důvodu stále se zlepšující péče dochází k významnému přibývání velmi starých lidí ve věku 85 a více let. Naděje dožití je vyšší pro ženy než pro muže, ale tyto data nevyovídají nic o životní prognóze

konkrétního člověka (Kalvach, Onderková, 2006).

Naše společnost je nucena reagovat na demografické změny, a proto vláda České republiky přijala Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Jedná se o strategický dokument, který stanovil cíle a opatření, které je třeba přijmout v oblastech v kontextu demografického stárnutí a sociálních změn. Cílem je, aby dílčí politiky reagovaly na tyto změny, potřeby a problémy starších lidí. Pro dosažení cíle jsou důležitá prioritní témata. Tyto témata se zabývají aktivním stárnutím, vstřícným prostředím a komunitou pro stáří, zdravotnickou péčí ve stáří, zlepšením zdraví ve stáří, podporou rodiny a pečovateli, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.¹

Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007. Cílem tohoto programu je udržet relativně dobrý zdravotní stav starších spoluobčanů a tím prodloužit jejich samostatnost, soběstačnost a důstojnost stáří (Štílec, 2003).

1.2 Potřeby člověka

Samo slovo potřeba je někdy neurčité. Mnohdy si ani neuvědomujeme, co by mohl starý člověk potřebovat. Často se ho ani nezeptáme. Ve své práci máme daný rozpis na celý den a během dne vycházíme z našich představ o potřebách jiných lidí. „*Jaké jsou vlastně potřeby lidí, kterým chceme pomáhat?*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 35) Matoušek (2003) ve svém slovníku sociální práce popisuje potřebu jako motiv jednání. Většina typologií lidských potřeb se dělí na okruhy, které se vztahují k tělesné pohodě, psychické rovnováze a k bezpečí. Souvisejícím okruhem jsou vztahy k blízkým lidem – jistota člověka, že je milován a patří někam, dále pak okruh, který se vztahuje ke společenskému uplatnění a okruh spirituální (Matoušek, 2003).

Potřebou se nerozumí jen to, co člověku chybí, ale ukazuje nám hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje (Pichaud, Thareauová, 1998).

Problematika potřeb patří mezi základní otázky ve vztahu člověka k sobě

¹ *Příprava na stárnutí*. [online] [cit. 2009-2-2] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

samému, k životu a ke svému prostředí. Potřeby se mohou označit jako motivační, hybnou silou v chování člověka. Pomáhají udržet rovnováhu uvnitř organismu i rovnováhu mezi člověkem a prostředím. Slouží k adaptaci člověka na změny v prostředí a naopak potřeby člověka prostředí mění. Potřeby člověka se mohou chápat jako stav člověka, který je charakterizovaný napětím, dynamickou silou vznikající z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení životní rovnováhy a ke splnění přání a životních hodnot (Chloubová, 2005b).

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.“ (Trachtová, 2001, s. 10)

Trachtová (2001) a Sýkorová (2007) uvádí, že každý člověk je individuální, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Potřeba je něco důležitého, co člověk pro svůj život potřebuje. Pokud člověk nemá tyto potřeby uspokojovány, mohou ovlivnit jeho veškerou psychickou činnost. Jedná se hlavně o pozornost, myšlení, emoce, volní proces. Potřeby lidí se vyvíjí a mění se. Potřeba zdůrazňuje jednotu mezi vnitřním a vnějším prostředím. Každá potřeba se váže k něčemu v prostředí. Každý jedinec uspokojuje a vyjadřuje své potřeby jiným způsobem, který je individuální u každého člověka. Potřeby se s věkem mění a vyvíjejí se. Všichni lidé mají stejné potřeby a to je důležité si uvědomit. Každý člověk si tyto potřeby jiným způsobem uspokojuje. Mezi potřeby, které jsou stejné pro všechny lidi, patří potřeba výživy, potřeba odpočinku, potřeba jistoty a bezpečí.

Potřeby se dají uspokojovat žádoucím a nežádoucím způsobem. Žádoucí způsob je takový, který neškodí ani nám, ani jiným lidem. Potřeby jsou uspokojovány v mezích zákona. Nežádoucí uspokojení potřeb může škodit dané osobě nebo jiným a přesahují meze zákona (Trachtová, 2001).

Pojem potřeba zahrnuje význam biologický, ekonomický a psychologický. Biologický význam ukazuje, že tělo má narušenou fyziologickou rovnováhu. Nachází se tu porucha vnitřního prostředí. Ekonomický význam je touha po vlastnění nějakého majetku či objektu. U některých lidí tato potřeba souvisí s koupí nového oblečení, nové elektroniky, je to jako by dosažení nějakého psychologického cíle. Psychologický význam je specifický a vyjadřuje psychický stav. Potřeba je spojena s významem

sociálním, který vyjadřuje nedostatky v sociálním životě jedince (Trachtová, 2001).

Staří lidé potřebují uspokojovat ve svém životě všechny potřeby stejně jako zbytek populace (Pichaud, Thareauová, 1998).

1.2.1 Klasifikace potřeb

V psychologii se potřeby rozdělují na biogenní, fyziologické a na psychogenní, sociogenní, psychologické. Toto rozdělení je poněkud umělé. Každá z těchto potřeb se navzájem prolíná mezi sebou. Některé sociální potřeby jsou vnímány jako biologické a naopak. Existují různé indexy potřeb podle různých psychologů. Henry A. Murray předložil teorii motivace. Třídí potřeby dle rozličných hledisek na viscerogenní (primární), psychogenní (sekundární) a potřeby kladné a záporné. Další rozdělení potřeb je na manifestní a latentní. Manifestní potřeba zahrnuje do sebe veškerou skutečnou činnost, o které vědomě usilujeme. Latentní potřeby mají formu tužeb a přání jedince (Trachtová, 2001).

1.2.2 Hierarchie potřeb dle Maslowa

K porušení biologické rovnováhy organismu nedochází jen z důvodu vysokého věku člověka, ale s věkem se především narušuje psychosociální rovnováha a rovnováha s prostředím. K člověku je důležité přistupovat komplexně nebo-li holisticky. Holistický přístup znamená přístup úplný, sjednocený a zaměřený na jedinečnost každého člověka. Humanisticko – holistický přístup vyjadřuje, že člověk není jen souhrnem jednotlivých částí. Pokud dojde k poruše jedné části, je to poruchou celého systému (Chloubová, 2005b).

V péči o geriatrické klienty je důležité si připomenout teorii lidských potřeb. Jedním z představitelů této teorie je americký humanitní psycholog Abraham H. Maslow. „Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější.“ (Trachtová, 2001, s. 13)

Maslow sestavil hierarchický organizovaný systém potřeb v 50. až 70. letech 20. stol., který je zobrazován jako **pyramida** (Příloha 2), (Kalvach, Onderková, 2006).

Znamená to, že potřeby nižší musí být dostatečně uspokojovány, dříve než se uplatní potřeby vyšší, ale neznamena to, že musí být na každé úrovni naplněny (Chloubová, 2005b).

a) Na základně této pyramidy se nacházejí **fyziologické potřeby**. Trachtová (2001) a Pichaud, Thareauová (1998) píšou o těchto potřebách, které se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují se tím potřeby organismu. Fyziologické potřeby slouží k přežití jedince, proto se je snaží jedinec uspokojit dříve, než se stanou aktuální. Jsou velmi důležité a musí být alespoň částečně uspokojeny, aby se mohlo postoupit na další stupeň potřeb. Mezi potřeby fyziologické patří výživa, vylučování, dýchání, chůze, pohyb, spánek, odpočinek hygiena, správná teplota, zdraví, tišení bolesti, smích, pláč a fyzické kontakty. Pokud nejsou základní potřeby uspokojovány, projeví se tento nedostatek i v chování a jednání člověka.

b) Další částí pyramidy je **potřeba bezpečí a jistoty**. Někdy se tyto potřeby nazývají existenciální. Tyto potřeby souvisí s existencí člověka. Stávají se předpokladem jeho bytí a mají velký vliv na orientaci a adaptaci člověka při změně stavu a prostředí (Chloubová, 2005a).

Trachtová (2001) a Pichaud, Thareauová (1998) uvádějí, že nejčastěji je tato potřeba vyjadřována touhou po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, potřebě ochránce, ekonomického zajištění atd. Každý člověk vnímá tuto potřebu jinak. Někdo se nebude cítit bezpečně, pokud nejsou dveře zamčené a jiný tento pocit vůbec mít nebude. Nedostatek potřeby bezpečí a jistoty se objevuje obvykle při ztrátě životního řádu a ztrátě pocitu životní jistoty.

Potřeba bezpečí se může rozdělit do tří stupňů na potřebu ekonomického zabezpečení, potřebu fyzického bezpečí a na potřebu psychického bezpečí (Pichaud, Thareauová, 1998).

Potřeba ekonomického bezpečí zahrnuje hlavně vědomí člověka, že má dostatek peněz na živobytí. Pokud tento pocit bezpečí lidem chybí, mohou být postiženi úzkostí a strachem. U některých starších osob se může projevit strach z nedostatků prostředků tím, že si lidé dělají například zásoby jídla, předmětů atd. (Pichaud, Thareauová, 1998).

Potřeby fyzického bezpečí je u starších lidí spojena většinou s obavou z pádu při

jejich zhoršené pohyblivosti. Pocit bezpečí u těchto osob může splnit kompenzační pomůcka, nebo rámě člověka, o kterého se mohou opřít (Pichaud, Thareauová, 1998).

Potřeby psychického bezpečí zahrnují pocit jistoty, nemít strach atd. Vhodně rozvržený plán denních činností s časovými body přispívá k pocitu bezpečí (Pichaud, Thareauová, 1998).

c) **Potřeba lásky a sounáležitosti.** Je to potřeba milovat, být milován, potřeba sounáležitosti, pochopení, náklonnosti, ale i potřeba dobře se začlenit do sociálního prostředí. Objevuje se nejčastěji v těch situacích, kdy je člověk osamocen a opuštěn (Trachtová, 2001).

Dle Pichauda a Thareauové (1998) se tyto potřeby nazývají sociální. Zahrnují potřebu informovanosti, potřebu náležet k nějaké skupině, potřebu lásky, potřebu vyjadřovat se a být vyslechnut.

Potřeba informovanosti zahrnuje informace o světě, ve kterém člověk žije, o tom co se děje v jeho okolí. Tyto informace zabraňují odtržení člověka od světa. U starých lidí může být kontakt s vnějším světem nějakým způsobem omezen. Starý člověk může tyto zprávy velmi obtížně i získávat, např. z důvodu špatného sluchu (Pichaud, Thareauová, 1998).

Potřeba náležet k nějaké skupině a být jejím členem. Jedná se například o rodinu, skupinu přátel atd. U seniorů může nastat problém při přestěhování, kdy ztrácejí kontakt se svými vrstevníky. Pocit, že člověk nepatří k žádné skupině, může být velmi bolestivý a zneklidňující (Pichaud, Thareauová, 1998).

Potřeby lásky je velmi důležitá. Stává se smyslem života pro člověka, protože ho má někdo rád a přijímá tento cit od druhého (Pichaud, Thareauová, 1998).

Potřeby vyjadřovat se a být vyslechnut zahrnuje možnost s někým komunikovat. Někdo má potřebu hodně mluvit, jiný se spokojí s tím, že je s ostatními (Pichaud, Thareauová, 1998).

d) **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty.** Chloubová (2004a) mluví o potřebě vlastního JÁ – self, jako k vnitřnímu obrazu vnímání sebe sama. Sebepojetí zahrnuje naše myšlenky, vjemy, hodnoty, které charakterizují „Já“. Sebepojetí zahrnuje jednotlivé složky, které nelze oddělit. Jedná se o kognitivní (poznávací) složku, která

zahrnuje sebepoznání a sebehodnocení. Druhá složka se nazývá emocionální (prožívání), zahrnuje sebeúctu, sebevědomí a svědomí. Třetí složka je konativní (usilující), obsahuje sebedůvěru a sebejistotu. Poslední složka je nevědomá. Jedná se o nepoznanou složku osobnosti.

Trachtová (2001) popisuje potřebu sebeúcty a sebehodnocení jako jednu z potřeb, které se spojují. Vyjadřuje nezávislost na mínění druhých lidí, přání vyššího výkonu a důvěry okolního světa. Druhá potřeba vyjadřuje touhu po respektu od druhých lidí, touha po zvýšení své prestiže uvnitř sociální skupiny. Projevuje se tím, že se člověk snaží získat ztracené sociální hodnoty.

Dle Pichauda a Thareauové (1998) se tato potřeba nazývá potřeba autonomie v smyslu být svobodný. Autonomie může být definována jako schopnost vést život podle vlastních pravidel. Potřeba uznání, vážnosti je součástí autonomie. Řadí se sem i potřeba pocitu užitečnosti.

e) Na vrcholu této pyramidy se nachází **potřeba seberealizace a sebeaktualizace**. Člověk realizuje své schopnosti, záměry, chce být tím, kým podle svého mínění chce a může být. Nachází smysl svého života (Pichaud, Thareauová, 1998).

Maslow k těmto vyšším potřebám přiřazuje ještě takzvané **metapotřeby**. Metapotřeby vyjadřují potřeby růstu, které jsou seberealizovány danou osobou. Do těchto potřeb patří poznání, porozumění, harmonie, individualita atd. Z výzkumů Maslowa je zřejmé, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, výkonnější a zdravější, než jedinci s neuspokojenými potřebami (Trachtová, 2001).

Existuje také celá řada faktorů, které znemožňují a narušují uspokojování potřeb člověka. Mezi tyto faktory patří nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka a okolnosti, ze kterých nemoc vzniká (Trachtová, 2001).

Chloubová (2005a) používá výraz **Dům životních potřeb** (Příloha 3), který vychází z Maslowovy filozofie a z hierarchicky uspořádaných potřeb. Vysvětluje, že každý člověk si staví svůj dům již od narození. Proto, aby mohl dům pevně stát, musí mít pevné základy. Základy tohoto domu tvoří dobře fungující tělesné potřeby. Autorka zde zahrnuje navíc potřeby tepla, pohodlí, sexuální a mateřské. Tělesné potřeby jsou

základní, protože jsou určeny tělesnými reakcemi a funkcemi organismu, bez kterých by člověk fungoval jen s velkými obtížemi.

Nemoc a vyšší věk u člověka může mít za následek porušení jedné nebo více potřeb. Pokud nejsou tělesné potřeby dostatečně saturovány, tím se tělesný a zdravotní stav starého člověka vážně ohrožen. Pokud nejsou potřeby uspokojovány, dochází k frustraci tělesných potřeb a to se projevuje tím, že člověk se po subjektivní stránce cítí negativně, nepříjemně. Mezi tyto základní pocity frustrovaných tělesných potřeb, může zahrnout bolest, dušnost, žízeň, hlad, únava, nucení a tlak na močení, pocit tepla, zimy, nepohodlí, svědění, pálení. Tyto pocity se mohou označit jako varovné signály, které pokud zůstanou nepovšimnuty, mohou mít za následek porušení zdraví, onemocnění člověka se může rozvinout, objevuje se stres a další. Staří lidé se upínají na některé tělesné potřeby. Nejčastěji dochází k frustraci především z důvodu výživy a vyprazdňování. Dochází k frustraci vitálních funkcí, hlavně dýchání a kardiovaskulární funkce s pocitem dušnosti. Velmi častá potřeba, která je frustrována je spánek ve stáří s pocitem nespavosti a únavy. Ve stáří se naopak některé potřeby jako je hydratace, aktivita, hygiena a sexuální potřeby staví do pozadí. Starý člověk ztrácí pocit žízně, a proto je velmi důležité zachovat u těchto lidí optimální hydrataci, aby nedocházelo ke snížení některých funkcí orgánů, jako je mozek. Starý člověk má svůj malý domek životních potřeb, kde tělesné potřeby a zdraví tvoří pevné základy. Cílem je udržet tyto domky životních potřeb seniorů v pořádku a fungující (Chloubová, 2005b).

1.2.3 Spirituální potřeby

Součástí lidského bytí je spirituální dimenze. Je to potenciál, který se může v průběhu života různým způsobem vyvíjet a může se i měnit. Spirituální dimenze může pomoci při hledání životního smyslu a umožňovat strukturování jednotlivých fází života (Vágnerová, 2007).

Spirituální potřeby patří mezi důležitou součást komplexu potřeby biologických, sociálních a psychických. Při péči o člověka se musí myslet na tyto čtyři základní složky. Spirituální oblast se označuje nejhlubší a velmi osobní oblast v nitru člověka.

Jsou zde prožívány zásadní jistoty i nejistoty. Spirituální oblast zahrnuje nejdůležitější vztahy člověka, jeho smysl, náplň života, vnímání skutečností, které přesahují lidské bytí. Někteří lidé mají tuto oblast výslovně náboženskou. Spiritualita člověka se nemusí vždy projevovat jako identifikace s určitým náboženstvím. Spiritualita neznamena jenom náboženství. Někdy se mylně považuje za spirituální oblast zvláštní a neobvyklé jevy a zážitky. Spirituální oblast se nachází v hloubce žití a vnímání každého člověka, která s různou intenzitou vstupuje do jeho jednání. Spiritualita člověka umožňuje nalézat hlubší smysl života (Opatrný, 2007).

1.2.4 Dělení potřeb dle jiných autorů

Stáří se může označit jako zrání osobnosti. Každou vteřinu života se člověk sytí vzduchem, vztahem k něčemu a někomu. Starý člověk může vnímat své tělo jako svůj dům i dopravní prostředek. Důležité je, jak se o tento dům stará. Někteří senioři odpovídají, že se již napracovali v minulosti dost a dost, ale pohyb není do zásoby. Každý senior rozumí svému tělu nejlépe sám. Tělo člověka, tělesný dům, potřebuje tekutiny, potravu a pohyb. Citový dům potřebuje prožívat příjemné, vidět krásné kolem sebe. Sociální dům potřebuje láskyplný vztah s milovanou osobou. Mít přátele, dělat si radost, sdílet krásné i smutné chvíle s milovanou osobou, dělat užitečnou práci, mít dobré sousedské vztahy, setkávat se s druhými lidmi. Máme i dům naděje a přání, ve kterém se objevuje možnost, radost a zábava. Život není jen bolest a utrpení, ale patří do života člověka (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Pichaud, Thareauová (1998) rozdělují potřeby na fyziologické potřeby, které jsou všude stejné a základní. Potřeba bezpečí se dělí na potřebu ekonomického zabezpečení, fyzického a psychického bezpečí. Sociální potřeby se dělí na potřebu informovanosti, potřebu náležet k nějaké skupině, potřeby lásky a potřeby vyjadřovat se, být vyslechnut (viz výše). Potřeba autonomie znamená být svobodný, rozhodovat se sám za sebe. Poslední potřebou je seberealizace a rozvoj vlastní činnosti.

Vágnerová (2007) ve své knize uvádí změny potřeb u seniorů v období raného a pravého stáří. V průběhu stáří se mění mnohé potřeby. V raném stáří autorka popisuje následující potřeby. Potřeba stimulace, otevřenost novým zkušenostem, ve stáří klesá

potřeba nových a silných zážitků. Senioři dávají přednost klidnějšímu stereotypu. Více informací a změn může vést až k pocitům nejistoty a dezorientace. Potřeba sociálního kontaktu. Kontakt s lidmi je velmi důležitý v každé životní fázi. Potřeba citové jistoty a bezpečí. Potřeba seberealizace. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje. Pro období pravého stáří uvádí následující potřeby. Potřeba stimulace se v období pozdního stáří relativně snižuje. Potřeba bezpečí narůstá v souvislosti s úbytkem možností a schopností seniora. Potřeba sociálního kontaktu a citové vazby má velký význam. Senioři bývají závislí na vztazích k nejbližším lidem. Potřeba autonomie umožňuje seniorům, aby mohli rozhodovat v oblastech pro ně zvládnutelných a dostupných. Poslední potřebnou je akceptace a uznání, které se projevuje vymáháním pozornosti nebo snahou, udělat něco užitečného.

Všechny tyto teorie mají něco společného s Maslowovou hierarchií potřeb. Vždy se tu najde nějaký bod, který je stejný či podobný, ale třeba je jen jinak pojmenován.

1.2.5 Role pomáhajícího při uspokojování potřeb člověka

Pomáhající by si měl nejdříve zmapovat situaci starého člověka, pokud jde o jeho potřeby. Z toho se mohou vyvodit základní stupně soběstačnosti starého člověka, na které následně pomáhající odpovídá konkrétním jednáním (Pichaud, Thareauová, 1998).

a) Člověk si sám uspokojí potřeby. Senior vše zvládá sám a od pomáhajícího nepotřebuje pomoc. Jedná se o nejspokojivější situaci. Pro člověka má vždy větší cenu, když si může poradit sám (Pichaud, Thareauová, 1998).

b) Člověk nemůže uspokojit své fyziologické potřeby. Pomáhající se stará o zajištění fyziologických potřeb a člověk může sám uspokojovat své vyšší potřeby. Některým lidem, ale tento způsob starání se o ně velmi vyhovuje. Je zde veliké riziko zdětinštění (Pichaud, Thareauová, 1998).

c) Člověk může z části uspokojit své fyziologické potřeby. Za seniora se nesmí vykonávat všechny činnosti a musí se na to dávat pozor. Pomáhající mu pomáhá v denních činnostech. Je důležité sledovat dotyčnou osobu, která se stále vyvíjí (Pichaud, Thareauová, 1998).

d) Člověk umí uspokojit své fyziologické potřeby, ale potřebuje být veden. Tento stav se může, vyskytnou u lidí s demencí, zmateností a poruchou orientace. Tito lidé pracují pod vedením pracovníka, který je i vhodným způsobem podněcuje k činnosti (Pichaud, Thareauová, 1998).

e) Člověk nemůže uspokojit své potřeby a není schopen rozhodnout o tom, co potřebuje. Pomáhající v tomto případě přebírá veškerou odpovědnost za zajištění tělesných potřeb člověka. Zároveň za člověka i rozhoduje (Pichaud, Thareauová, 1998).

Při tomto uspokojování potřeb je důležitá i dobrá komunikace mezi pomáhajícím a seniorem. Každý člověk má svůj určitý styl komunikace např. tempo řeči, často používaná slova. Senior může trpět poruchou smyslového vnímání, neurologickým onemocněním, kognitivními poruchami apod. (Venglářová, 2007). V Příloze 7 je uvedeno desatero pro ty, kteří se zabývají starými lidmi.

1.3 Kvalita života

Pojem kvalita života je velice široký a těžko definovatelný (Payne, 2005). WHO definovala v roce 1993 kvalitu života jako „*Vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů se zřetelem na životní cíle, očekávání, standardy a zájmy. Tento koncept je komplexním způsobem ovlivňován fyzickým zdravím a psychickým stavem, člověka, úrovní jeho nezávislosti a vztahy k významným znakům prostředí.*“ (Kociová, Peregriová, 2003, s. 41)

Někdy se mluví o kvalitě jako o délce života. Pojem kvalita vyjadřuje v latinském překladu jaký. Kvalitou se může rozumět jakost, hodnota (Kalvach, 2004).

Křivohlavý (2002) ve své knize uvádí dělení problematiky kvality života dle Engela a Bergsmana do třech hierarchicky odlišných sfér.

a) Makro-rovina – otázky kvality života velkých společenských celků např. dané země, atd. Problematika kvality života se stává základní politickou úvahou.

b) Mezo-rovina je v malých sociálních skupinách např. škola, domov pro seniory, atd. Nejen, že je tu respekt k morální hodnotě života člověka, ale jsou zde i otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb člena společenské skupiny.

c) Osobní (personální) rovina je život jedince individua. Jedná se o subjektivní, osobní hodnocení svého zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti atd. Každý člověk si sám v této oblasti hodnotí svoji kvalitu vlastního života (Křivohlavý, 2002).

Matoušek (2003) a Křivohlavý (2002) píší o různých metodách měření kvality života. Tyto měření se mohou rozdělit do následujících skupin. První skupina využívá metody kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba, ve druhé skupině je hodnotitelem sama daná osoba, třetí skupina kombinuje předešlé metody. K hodnocení kvality života se používají obvykle sebepoznávací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor, někdy i posouzení jinou osobou. Vhodnější je kombinace metod.

Kvalita zdravotní péče se může posuzovat z různých hledisek. Prvním hlediskem může být hledisko klienta o tom, co od zdravotnického zařízení očekává, vyžaduje a podle čeho poskytnutou pomoc posuzuje. Hlediskem odborným, nebo profesionálním jsou představy odborníků o kvalitě poskytovaných zdravotních služeb. Zda jsou dodržovány standardy a jsou vytvářeny vhodné podmínky. Hledisko společnosti zahrnuje zdravotní politiku a řízení zdravotnictví. Posuzování kvality je spojeno s kontrolní činností. Lze je provádět různými metodami. V poslední době se pro tuto odbornou činnost používá termín audit. Audit zahrnuje posuzování kvality, relativní návrh na zlepšení a nápravná opatření (Pacovský, Sucharda, 2002).

Standard lze popsat jako vědecky podložený, proveditelný a srozumitelně pospaný postup v určité situaci. Tvoří základ pro individuální rozhodování zdravotníky. V češtině je pojmu standard nejbližší termín návod, doporučení, přístup atd. standardy mají především význam v tom, že definují kritéria kvality a určují optimální způsob poskytování zdravotní péče v určitých konkrétních situacích (Pacovský, Sucharda, 2002).

Z důvodu vytváření vhodných podmínek pro kvalitní poskytování sociálních služeb se vytvářejí standardy kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb představují určitý soubor požadavků, kterým Ministerstvo práce a sociálních věcí definuje úroveň kvality, které musí poskytované sociální služby dosahovat (Kozlová, 2005). Standardy slouží k tomu, aby se formuloval ideál dobré praxe (Matoušek, 2007).

1.4 Služby pro seniory

V oblasti péče o seniory převažuje mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby. Cílem je podpora zdraví, pohody seniora, prevence nemocí, posilování soběstačnosti, autonomie, zajištění základních životních potřeb a podpora co nejdélšího setrvání v přirozeném prostředí seniora. Pokud nastane situace, kdy se u seniora zhorší jeho zdravotní stav, nebo se sníží soběstačnost v péči o vlastní osobu, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb. Primárně odpovědný za dostupnost služeb je stát. Koordinace organizace služeb je zajištěna na regionální úrovni (Jarošová, 2006).

Zavázalová (2001) ve své knize popisuje zdravotní péči. „*Zdravotní péče má být proto kontinuální, aktivní, soustavná, diferenciovaná a komplexní s vysokým podílem sociální péče.*“ (Zavázalová, 2001, s. 58) Důležitá je i dostupnost zdravotní a sociální péče pro osoby, které ji potřebují.

Jarošová (2006) a Krajčík (2000) píší, že při tvorbě zdravotně sociální péče o seniory je důležité akceptovat velkou rozdílnost této populace, poznat stav obyvatelstva a jeho demografický vývoj.

Jarošová (2006) a Haškovcová (2002) ve svých knihách píší o Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří, kde byly deklarovány principy, ze kterých by měla vycházet péče o seniory. Bývají označovány jako 4 x D (Příloha 4).

1.4.1 Zdravotní služby

Primární péči v našich podmínkách zajišťují praktičtí lékaři pro dospělé ve svých ambulancích. Do primární prevence je i zařazena domácí péče, která je vhodnou formou v péči o chronicky nemocné a staré klientky. Je často doplňována pečovatelskou službou. Nemocný člověk se nachází ve svém přirozeném prostředí (Zavázalová, 2001).

Jarošová (2006) rozděluje zdravotní služby do několika oblastí. Geriatrické ambulance a geriatrické oddělení, která jsou specializována na péči o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti. Dále jsou to zařízení následné péče. Může se jednat o rehabilitační nebo doléčovací oddělení. Toto oddělení

je určeno pro seniory, kteří jsou stabilizováni. Mezi další zdravotnické služby patří ošetrovatelská oddělení, která mohou být krátkodobá, dlouhodobá i trvalá. Toto oddělení pečuje o seniory ve všech oblastech jako je hygiena, výživa, aktivizace atd. Hospic patří mezi zvláštní formu ošetrovatelského útvaru. Výše zmíněná autorka do této oblasti zdravotních služeb zařazuje i geriatrická denní centra. Péče o seniory v jejich přirozeném prostředí je poskytována domácí péčí. Jedná se o terénní službu, kdy seniora navštěvuje kvalifikovaná sestra v jeho domácím prostředí (Jarošová, 2006).

Cílem zdravotnických služeb pro seniory je co nejdelší zachování zdraví a soběstačnosti, integrace ve společnosti i při zhoršení zdravotního stavu, co nejdelší setrvání v rodinném a domácím prostředí. Výše uvedené cíle předpokládají systém služeb, který bude na sebe plynule navazovat i přes hranice resortů (Holmerová, 2002).

1.4.2 Sociální služby

Sociální služby jsou v České republice součástí systému sociálního zabezpečení. Legislativně se zařazují do systému sociální pomoci (Matoušek, 2007).

„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.“ (Matoušek, 2007, s. 9) Tato definice je určena pro sociální služby, které spadají do oblasti řízené Ministerstvem práce a sociálních věcí (Matoušek, 2007).

Sociální služby jsou zaměřeny na jednotlivce a rodiny.² Poskytované sociální služby slouží občanům, kteří je potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku a nemohou bez pomoci společnosti překonat tíživou sociální situaci nebo nepříznivé poměry. Pomoc je zejména určena rodinám s dětmi, osobám těžce zdravotně postiženým, seniorům a osobám společensky nepřizpůsobeným (Kozlová, 2005). Sociální služby poskytují integrovanou péči, která do sebe zahrnuje péči jak zdravotní, tak sociální. Péče je poskytována adresně a individuálně potřebným klientům na základě

² *Bílá kniha v sociálních službách.* [online] [cit. 2009-4-15] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

předchozí indikace. Služby poskytují kvalifikovaní zdravotníci, sociální pracovníci a další odborníci v jednotlivých zařízeních.³ Kdo tyto služby využívá, se označuje jako uživatel.

Průša (2003) uvádí, že v zemích Evropské unie má pojmem sociální služby podstatně širší pojetí než je u nás. Zahrnuje totiž zdravotnictví, sociální ochranu jednotlivců, rodin, skupin, bydlení a zaměstnanost.

Sociální služby zajišťují pomoc při péči o vlastní osobu, při zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutím informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů jedince.⁴

Cílem sociálních služeb je podporovat rozvoj nebo alespoň zachovat stávající soběstačnost uživatele. Dalším cílem je rozvíjet schopnost uživatelů sociálních služeb a umožnit jim, pokud to bude možné, vést samostatný život a podporovat návrat uživatele do vlastního domácího prostředí (Hanuš, Kolářová, 2007). Mezi poslední cíle patří snížení sociálních a zdravotních rizik, vzhledem ke způsobu života uživatelů.⁴

1.5 Legislativní úprava zdravotně sociálních služeb v ČR

Matoušek (2007) a Hanuš, Kolářová (2007) uvádí, že právní úprava sociálních služeb spadá do rezortu MPSV. Sociální služby a příspěvek na péči je zakotven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007. Při splnění podmínek stanovených v zákoně jsou služby poskytovány osobě, která má trvalý pobyt na území ČR, osobě s uděleným azylem, občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie a cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce.

³ MERHAUTOVÁ, I., DVOŘÁKOVÁ, J. 2002. *Sociální služby poskytované v ústavních zařízeních*. [online] [cit. 2009-4-10] Dostupné z: http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/09_2003/sluzby.html

⁴ *Sociální služby – způsoby pomoci*. [online] [2009-3-20] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>

Zdravotní služby jsou upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení je upraveno § 52 zákona o sociálních službách. V některých pobytových zařízeních sociálních služeb jsou poskytovatelé povinni zajišťovat klientům tohoto zařízení zdravotní péči. Jedná se o týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Zdravotní péče je v souladu s § 22 písm. d) zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a dále o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (Králová, Rážová, 2007).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, upravuje podmínky pro poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Zákon také upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka při výkonu činnosti v sociálních službách.⁵

1.5.1 Základní pojmy uvedené v zákoně

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.⁵

Nepříznivá sociální situace z důvodu oslabení nebo ztráty schopnosti vzhledem k věku, nepříznivému zdravotnímu stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života, který vede ke konfliktu se společností, ohrožením práv a sociálně znevýhodňujícím prostředím, ohrožení trestnou činností jiné fyzické osoby. Řešení má podporovat sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.⁵

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok (Tröster, 2005). Tento stav omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti osoby a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.⁵

Proces sociálního začlenění zajišťuje pro osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosažení příležitostí a možností, které jim pomáhají plně se zapojit do sociálního, ekonomického i kulturního života společnosti.⁵ Při

⁵ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

sociálním začlenění má docházet k pevnému spojení jednotlivců a vrstev společnosti. Napomáhá k běžnému způsobu života ve společnosti (Matoušek, 2003).

Sociální vyloučení je vyloučení osoby mimo běžný život společnosti a nemožností se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.⁶ Sociální vyloučení se může měnit v čase a mít různou úroveň (Matoušek, 2003).

Plán rozvoje sociálních služeb je výsledkem procesu aktivního zajišťování potřeb osob ve stanoveném území. Hledají se potřeby a způsoby jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů.⁶

Působnost v oblasti sociálních služeb má na starosti státní správa. V této oblasti vykonává působnost Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady s rozšířenou působností a úřady práce.⁶

1.5.2 Základní druhy sociálních služeb

Sociální služby lze rozdělit do třech základních skupin podle cíle a zaměření.

a) Sociální poradenství má své specifické postavení v celém systému sociálních služeb. Hlavní zásadou zákona je poskytování bezplatného základního poradenství. Každá osoba má nárok na bezplatné sociální poradenství při řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení (Králová, Rážová, 2007).

b) Služby sociální péče zahrnují druhy sociálních služeb, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Služby se poskytují v domácím prostředí osob, ale i v zařízeních sociálních služeb. Cílem těchto služeb je umožnit osobám v co nejvyšší míře zapojit se do běžného života nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje (Králová, Rážová, 2007).

c) Služby sociální prevence vytváří sociální služby, jejichž cílem je napomoci osobám ohroženým sociálním vyloučením překonat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit tak společnost před vznikem a působením nežádoucích sociálních jevů

⁶ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

(Králová, Rážová, 2007).

1.5.3 Formy poskytování sociálních služeb

Zákon rozděluje sociální služby na tři formy, ve kterých mohou být sociální služby poskytovány, a to na služby pobytové, ambulantní a terénní (Králová, Rážová, 2007).

a) Pobytovými službami se rozumí služby, které jsou spojené s poskytnutím ubytování v zařízeních sociálních služeb.⁷

b) Ambulantními sociálními službami se rozumí takové služby, za kterými osoba dochází nebo je dopravována nebo dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí těchto ambulantních služeb není ubytování.⁷

c) Terénní sociální služby jsou služby poskytované osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí, například v domácnostech nebo v místech, kde se osoby vzdělávají nebo pracují.⁷

1.5.4 Zařízení sociálních služeb

Sociální služby se zřizují v zařízeních sociálních služeb, kde jsou tyto služby poskytovány. Zařízení sociálních služeb se mohou zřizovat samostatně, nebo lze provozovat společně dvě i více zařízení. Pomocí kombinace jednotlivých zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační nebo integrovaná centra sociálních služeb (Králová, Rážová, 2007). Vybraná zařízení pro seniory jsou uvedeny dále.

1.5.5 Základní činnosti při poskytování sociálních služeb

Sociální služby obsahují v uvedeném zákoně soubor základních činností. Základní činnosti se člení na úkony, jejichž zaměření a rozsah je upraveno v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách. Tyto činnosti jsou nedílnou součástí dané služby, a proto jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni tyto základní činnosti zajistit a plnit. Poskytovatelé sociálních služeb prokazují zajištění základních

⁷ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

činností při podání žádosti o registraci na poskytování určitého druhu sociální služby (Králová, Rážová, 2007). Přehled základních činností k jednotlivým službám pro seniory jsou v Příloze 5 a 6.

1.5.6 Sociální poradenství

Sociální poradenství zahrnuje dvě formy poskytování. Základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství.

Základní sociální poradenství

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo o způsobech jejího předcházení. Základní poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb jako základní činnost, kterou jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni zajistit. Základní sociální poradenství při poskytování sociálních služeb je zajišťováno v určitém rozsahu úkonů. (Hanuš, Kolářová, 2007).

Základní sociální poradenství poskytuje informace, které směřují k řešení nepříznivé sociální situace (Králová, Rážová, 2007).

Odborné sociální poradenství

Odborné sociální poradenství je zaměřeno na poskytování specifických potřeb jednotlivých okruhů sociálních skupin osob. Obsahem služby je poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.⁸

Služby jsou poskytovány bezúplatně. Odborné poradny mohou zajišťovat půjčování kompenzačních pomůcek.⁹

⁸ *Sociální služby – způsoby pomoci.* [online] [2009-3-20] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>

⁹ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

1.5.7 Vybrané sociální služby pro seniory

Služby sociální péče pomáhají osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je zapojení v nejvyšší možné míře do běžného života společnosti.¹⁰

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje podle potřeby osob v průběhu celého dne i noci bez omezení. Poskytuje se v domácím nebo jiném přirozeném sociálním prostředí osob.¹⁰

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba patří mezi tradiční sociální službou, která má terénní i ambulantní podobu. Poskytuje služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Jednotlivé úkony pečovatelské služby jsou zajišťovány v předem dohodnutém časovém úseku, a to zejména v domácnostech osob nebo zařízeních sociálních služeb.¹⁰

Domácností osob se v tomto smyslu rozumí i byt v domě s pečovatelskou službou. Dům s pečovatelskou službou nespadá do zařízení sociálních služeb. Osoba musí pro užívání služeb pečovatelské služby uzavřít smlouvu s poskytovatelem. Obce jako zřizovatelé si stanovují podmínky pro umístění osob v bytech domu s pečovatelskou službou. Patří mezi ně například věk osob a jejich zdravotní stav (Králová, Rážová, 2007).

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba. Poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou v důsledku snížené soběstačnosti a schopnosti o svou osobu vystavovány stálému vysokému riziku ohrožení zdraví

¹⁰ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

nebo života.¹²

Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby tvoří terénní nebo ambulantní služby. Jsou určeny osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace.¹¹

Cílem služby je napomáhat těmto osobám si vyřídit vlastní záležitosti s využitím jejich přirozených schopností. Služby mohou být součástí jiných služeb (Králová, Rážová, 2007).

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou poskytovány ve formě terénních, ambulantních nebo pobytových služeb. Poskytované služby mohou být využívány osobami, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které pečuje rodina nebo jiná osoba, a to v jejich domácnosti. Cílem pro tuto službu je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba se poskytuje na určitou dobu (Králová, Rážová, 2007).

Centra denních služeb

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby. Služby jsou určeny pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a které potřebují pomoc při zajištění péče o svoji osobu. Důležité je posilování schopností a dovedností této osoby a zajištění těch služeb, které nejsou schopny si zajistit.¹²

¹¹ *Sociální služby – způsoby pomoci.* [online] [2009-3-20] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>

¹² Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Denní a týdenní stacionáře

Denní stacionáře poskytují formou ambulantních služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s duševním onemocněním, které potřebují a jejich situace to vyžaduje, pravidelnou pomoc v oblasti osobní péče a soběstačnosti. Služba se poskytuje osobám v průběhu denních hodin, kdy se vrací osoba odpoledne nebo večer do svého domácího prostředí (Králová, Rážová, 2007).

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním. Osoby potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tyto služby se poskytují v pracovních dnech (Hanuš, Kolářová, 2007).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení. Jejich zdravotní situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Osoba má zde zajištěnou komplexní trvalou péči. Zařízení nahrazuje pobyt v domácím prostředí (Králová, Rážová, 2007).

Domovy pro seniory

Domov pro seniory je pobytová služba. Je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu vyššího věku. Osoby potřebují pravidelnou pomoc v oblasti soběstačnosti a osobní péče.¹³ Nemohou žít ve vlastním domácím prostředí z důvodu jejich nepříznivé sociální situace. Pobyt v domově pro seniory nahrazuje domácí prostředí těchto osob (Králová, Rážová, 2007).

¹³ *Sociální služby – způsoby pomoci.* [online] [2009-3-20] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>

Domovy se zvláštním režimem

V domově se zvláštním režimem, se poskytují pobytové služby pro osoby se specifickými potřebami dle jejich onemocnění. Služby jsou určeny osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislost na návykových látkách či osobám, které trpí stařeckou, Alzheimerovu demencí, a ostatními typy demencí. Jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc a péči jiné fyzické osoby.¹⁴

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Zdravotnická zařízení ústavní péče poskytují pobytové sociální služby. Jsou zde osoby, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby. Nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do té doby, než budou mít zajištěnou pomoc osoby blízké nebo jiné fyzické osoby nebo zajištěnou terénní nebo ambulantní sociální službu nebo pobytové zařízení sociálních služeb. Jedná se o dočasné opatření poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních. Zdravotnická zařízení musí dodržovat standardy kvality sociálních služeb a musí uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby (Králová, Rážová, 2007).

1.5.8 Vybrané služby sociální prevence pro seniory

Telefonická krizová pomoc

Jedná se o terénní službu poskytovanou na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožující jejich zdraví nebo život nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou přechodně řešit vlastními silami.¹⁵

Tlumočnické služby

Tlumočnické služby patří mezi terénní služby, popřípadě ambulantní.

¹⁴ *Sociální služby – způsoby pomoci.* [online] [2009-3-20] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>

¹⁵ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Poskytované služby jsou určeny osobám s poruchami komunikace způsobených především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby (Hanuš, Kolářová, 2007).

Krizová pomoc

Jedná se o službu terénní, ambulantní nebo pobytovou na přechodnou dobu. Pro osoby, které se nachází v situaci ohrožení života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami (Králová, Rážová, 2007).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Aktivizační služby jsou ambulantní nebo i terénní služby. Poskytují se osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.¹⁶

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace zahrnuje soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Na základě jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvičkou výkonu běžných činností, které jsou nezbytné pro samostatný život.¹⁶ Sociální rehabilitace je poskytována formou ambulantní nebo terénní. Pobytová forma služeb je poskytována v centrech sociálně rehabilitačních služeb (Králová, Rážová, 2007).

1.5.9 Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb

Hanuš, Kolářová (2007) uvádějí rozdělení zřizovatelů, kteří poskytují sociální služby.

a) Obce mohou zřizovat na základě své samosprávné působnosti sociální služby, které jsou buď jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity či příspěvkové organizace se samostatnou právní subjektivitou.

¹⁶ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

b) Kraj může zřizovat sociální služby na základě své samostatné působnosti buď v organizačních složkách, nebo v příspěvkové organizaci.

c) Ministerstvo práce a sociálních věcí může zřizovat zařízení sociální péče. V této době zřizuje specializované ústavy s celostátní působností (Hanuš, Kolářová, 2007).

Mezi významné poskytovatele sociálních služeb se zařazují nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb (Hanuš, Kolářová, 2007).

Poskytovatel poskytuje sociální služby na základě smluvního vztahu s uživatelem sociálních služeb. Smlouva o poskytování sociálních služeb je uzavíraná mezi osobou, která potřebuje sociální službu a mezi poskytovatelem těchto služeb. Povinnost uzavřít smlouvu je ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a musí mít písemnou podobu (Hanuš, Kolářová, 2007).

1.5.10 Podmínky poskytování sociálních služeb

Od 1.1.2007 se musí každý poskytovatel sociálních služeb povinně zaregistrovat. Před začátkem poskytování sociálních služeb musí každý poskytovatel požádat na příslušném krajském úřadě o oprávnění. Oprávnění se získává rozhodnutím o registraci. Registr poskytovatelů je veden na krajských úřadech v listinné podobě. Krajský úřad vede rovněž registr elektronické podobě, který spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Internetové stránky jsou veřejně přístupné. Povinnosti poskytovatelů jsou stanoveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. Sociální služba musí informovat jasně a srozumitelně o všech povinnostech uživatele, které mu při uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb vzniknou. Poskytované služby jsou upravovány pomocí vnitřních předpisů s důrazem na ochranu práv a zájmů uživatelů. Poskytované služby je nutno individuálně plánovat, aby se vycházelo z individuálních potřeb jednotlivce a tím docházelo k jejich uspokojování (Hanuš, Kolářová, 2007).

1.6 Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o.

V této části je popsán Domov pro seniory Hvízdal, protože v tomto zařízení je prováděn výzkum.

Od začátku roku 2007 se dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. se změnilo zařízení na Domov pro seniory Hvízdal, příspěvková organizace. Zřizovatelem domova pro seniory Hvízdal je Magistrát města České Budějovice.¹⁷

Zařízení je určeno pro 270 uživatelů, z toho jsou dvě místa pro odlehčovací službu. Jedno místo pro ženu a jedno místo pro muže. K 7.5.2009 bylo v zařízení z celkového počtu 86 imobilních uživatelů.¹⁸ Hlavním posláním domova pro seniory je zajištění kvalitních pobytových sociálních služeb s celodenním stravováním a 24 hodinovou péčí osobám, které nemohou kvůli svému věku či zdravotnímu stavu pobývat ve svém domácím prostředí.¹⁹

Domov pro seniory je určen osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního stavu, chronického duševního onemocnění a osobám se stařeckou, Alzheimerovu a jinou demencí. Poskytované pobytové služby jsou určeny občanům s trvalým pobytem v Českých Budějovicích.¹⁷

Základní činnosti poskytované v domově pro seniory Hvízdal, jsou stanovené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Příloha 5).

1.6.1 Cíle domova pro seniory Hvízdal

a) Poskytování celodenní kvalitní ošetrovatelské péče kvalifikovaným personálem. Mezi hlavní cíle patří zlepšení nebo alespoň zachování zdravotního stavu uživatelů a udržení co nejdéle jejich soběstačnosti.¹⁶

b) Poskytování kvalitních pobytových služeb s celodenním stravováním.¹⁶

c) Kvalitní prožití podzimu života uživatelů, kteří mají zdravotní postižení nebo

¹⁷ Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o. [online] [cit. 2009-4-2] Dostupné z: <http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/>

¹⁸ Informace poskytl vrchní sestra.

¹⁹ Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o. Informační brožura pro uživatele.

vzhledem k jejich věku nemohou již pobývat v domácím prostředí a jsou pro ně nedostačující i terénní sociální služby.²⁰

d) Zapojení uživatelů do aktivního života v domově. Vyslechnutí přání, požadavků i připomínek a to i na pravidelných setkáních se zástupci výboru obyvatel.²⁰

e) Respektovat občany jako jednotlivce včetně jejich soukromí. Vše směřovat k zajištění jejich důstojnosti, individuality, práv, odpovědnosti a podporovat nezávislost. Vytvářet podmínky pro klidné a spokojené stáří v kolektivu vstřícných lidí.²¹

1.6.2 Péče o uživatele

Zdravotnická péče v zařízení je komplexní a je poskytována uživatelům dle jejich zdravotního stavu. K 7.5.2009 bylo v zařízení celkem 78 zdravotnických pracovníků.²¹ Poskytuje se zde i léčebná rehabilitace, kterou poskytují dvě fyzioterapeutky. Cílem rehabilitační péče je udržet chodící, imobilizované a imobilní obyvatele v odpovídající fyzické kondici. Uživatelům je nabízeno pravidelné cvičení, jízda na rotopedu, relaxační cvičení, procvičování jemné motoriky, rytmická stabilizace pomocí míčů, vodoléčba, léčba biolampou atd.²⁰

V zařízení pracuje šest pracovníků v sociálních službách, kteří mají na starosti kulturní vyžití uživatelů. Tito pracovníci se zabývají psychosociálními potřebami uživatelů a jejich volnočasovými aktivitami. Pracovníci navštěvují uživatele během dopoledních hodin a vyhledávají jejich individuální potřeby. Především se věnují uživatelům, kteří jsou upoutáni na lůžko a vyplňují jim jejich volný čas. V odpoledních hodinách se uskutečňují různé programy ve společenské místnosti. Každý den je jiný program. Probíhá tu program kondičního cvičení, četby na pokračování, různé hry, kroužky šití a vaření, canisterapie, procvičování paměti, arteterapie, muzikoterapie atd. V dílnách na pracovní činnost mohou klienti zhotovit různé výrobky. Klienti mohou háčkovat, šít, plést, malovat, vyřezávat ze dřeva atd. Vše probíhá ve spolupráci s ergoterapeutkou. V hale domova pro seniory se konají kulturní a společenské akce

²⁰ Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o. [online] [cit. 2009-4-2] Dostupné z: <http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/>

²¹ Informace poskytla vrchní sestra.

např. večerní taneční zábava několikrát v roce s živou hudbou, vystoupení dětí z mateřských škol, základních škol, hudebních škol atd. Pro uživatele se pořádají výlety za kulturními památkami, navštěvují divadelní představení a účastní se soutěží. Ve spolupráci se zřizovatelem jsou to i pobytové zájezdy u moře. Individuálně jsou pořádány výlety pro méně pohyblivé klienty či vozíčkáře autobusy vybavené plošinou. Každou sobotu probíhá bohoslužba a kněz dochází na přání uživatele i k lůžku. Zařízení navštěvují dobrovolníci z Občanského sdružení Adra. Doporučená návštěvní doba je od 9.00 hod. do 21.00 hodin.²²

²² *Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o.* [online] [cit. 2009-4-2] Dostupné z: <http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/>

2. Cíl práce

Cílem výzkumu bylo nalézt odpověď na **hlavní výzkumnou otázku (HVO)**:
„Jak vnímají senioři naplňování svých potřeb ve vztahu k nabízeným zdravotně sociálním službám?“

Pro zodpovězení HVO byly stanoveny **dílčí výzkumné otázky (DVO)**:

DVO 1: *„Jak vnímají senioři uspokojování svých biologických potřeb ve vztahu k nabízeným službám?“*

DVO 2: *„Jak vnímají senioři uspokojování svých psychických potřeb ve vztahu k nabízeným službám?“*

DVO 3: *„Jak vnímají senioři uspokojování sociálních potřeb ve vztahu k nabízeným službám?“*

DVO 4: *„Jak vnímají senioři uspokojování svých spirituálních potřeb ve vztahu k nabízeným službám?“*

DVO 5: *„Jak vnímají senioři nabídku volnočasových aktivit v domově pro seniory?“*

Dílčí výzkumné otázky je možno rozdělit do 5-ti okruhů:

- A) Otázky týkající se biologických potřeb.
- B) Otázky týkající se psychologických potřeb.
- C) Otázky týkající se sociálních potřeb.
- D) Otázky týkající se spirituálních potřeb.
- E) Otázky týkající se volnočasových aktivit.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Pro výzkum této práce byla použita strategie kvalitativního výzkumu. Ve vybraném zařízení byla prováděna metoda dotazování technikou rozhovoru, zúčastněného pozorování a analýzou odborné literatury.

Disman (2002, s. 285) uvádí, že *„kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný informacím.“*

Pro výzkum bylo použito polostrukturované dotazování s předem stanovenými okruhy (Příloha 1). Polostrukturované dotazování je dle Hendla (2005) střední cestou dotazování. Vyznačuje se především definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací.

Ve výzkumu bylo použito zúčastněného pozorování. Dle Dismana (2002, s. 305) je zúčastněné pozorování *„styl výzkumu, ve kterém výzkumník participuje na každodenním životě lidí, které studuje.“* Hendl (2005, s. 193) uvádí: *„Zúčastněné pozorování patří mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu.“* Pozorovatel se sám účastní dění v sociální situaci, v níž se předmět výzkumu projevuje (Hendl, 2005). Autorka mohla být přítomna při činnostech v pracovní dílně a pozorovat atmosféru v domově pro seniory.

Na základě analýzy odborné literatury byly stanoveny jednotlivé oblasti pro rozhovor. *„Dokumenty mohou tvořit jediný podklad studie nebo doplňují data získaná pozorováním a rozhovory.“* (Hendl, 2005, s. 204). *„V užším pojetí pod termínem analýza dokumentů chápeme výzkumnou strategii založenou na analýze již existujícího materiálu, případně materiálu, který vzniká interakcí mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu.“* (Miovský, 2006)

Každá z dílčích výzkumných otázek se skládala z různých oblastí, které byly operacionalizovány. Jedná se o proces, který je v širším smyslu chápán jako cesta od pojmů a teorie k empiricky zjistitelným údajům. Úkolem operacionalizace je přeložit problém z jazyka teoretika do jazyka výzkumníka a převést je do zkoumatelné

podoby.²³ Otázky byly pokládány otevřenou formou a pořadí otázek vyplynulo z probíhajícího rozhovoru.

3.2 Výzkumný vzorek

Rozhovory probíhaly v domově pro seniory Hvízdal. Nejprve byl proveden předvýzkum u dvou uživatelů tohoto domova pro seniory. Předvýzkum byl proveden z důvodu srozumitelnosti okruhů pro rozhovor.

Výběr výzkumného vzorku byl proveden dle účelového výběru. Disman (1998) píše, že tento výběr je založen pouze na úsudku výzkumníka a jeho rozhodnutí, co by se mělo zkoumat a co je možné zkoumat. Tento výběr sice neumožní širší zobecnění názorů, ale to neznamená, že tyto závěry nejsou užitečné.

Pro vlastní výzkum bylo osloveno 10 uživatelů domova pro seniory. Dva uživatelé rozhovor odmítli. Vlastní výzkum byl proveden u 8 uživatelů domova pro seniory. Z tohoto celkového počtu bylo 6 žen a 2 muži. Rozhovor byl veden s uživateli, kteří mají zachované kognitivní funkce a byli ochotni spolupracovat. Uživatelé byli seznámeni s účelem rozhovoru, s dobrovolností účasti v tomto výzkumu, s tím, že rozhovor bude anonymní a bude nahráván. S nahráváním uživatelé domova souhlasili. Nahrávání rozhovoru vnímali uživatelé pozitivně a neovlivnilo to jejich projev. Délka rozhovoru s jednotlivými uživateli byla v rozmezí 30 – 45 minut. O délce rozhovoru byli informováni před začátkem rozhovoru. K jednotlivým uživatelům bylo přistupováno individuálně. Se všemi byla domluvena doba na rozhovor. Rozhovor probíhal nejčastěji na jednotlivých pokojích uživatelů nebo ve společných prostorách domova pro seniory.

Před vlastním výzkumem proběhlo v zařízení několik návštěv. Během těchto návštěv došlo k lepšímu seznámení se seniory. Na základě těchto jednotlivých návštěv se domlouvaly jednotlivé schůzky na rozhovor. Nejdříve byli uživatelé osloveni

²³ *Operacionalizace*. [online] [cit. 2009-4-16] Dostupné z: <http://politikasocialna.blogspot.com/2008/10/operacionalizace.html>

v pracovní dílně a následně jsem požádala o spolupráci náhodně vybrané uživatele domova pro seniory, které jsem potkala v prostorách této instituce.

3.3 Harmonogram výzkumu

Začátek února 2009 – provedení předvýzkumu v domově pro seniory Hvízdal u dvou respondentů.

Během následujících měsíců, tzn. koncem února 2009, března a části dubna, byl prováděn vlastní výzkum s uživateli domova pro seniory Hvízdal.

Během dubna a května 2009 docházelo ke zpracování získaných dat.

Respondenti vyslovili přání být anonymní a nechtěli také, aby někde byly zveřejňovány jejich rozhovory. Obávali se případné diskreditace. Podle některých poznávacích znaků by se totiž dalo zjistit, o jaké respondenty se jedná. Záznamy nahrávek pořízených během rozhovoru jsou umístěny v archivu autorky.

4. Výsledky

V této části diplomové práce jsou prezentována data získaná v kvalitativním výzkumu. Jsou zde formulovány dílčí výzkumné závěry. Výzkum se dělí celkem na 5 okruhů dle dílčích výzkumných otázek. Každá DVO se rozděluje na jednotlivé oblasti, na které odpovídali respondenti domova pro seniory Hvízdal. Přímé citace respondentů jsou ponechány autentické a bez jazykové korekce.

Tabulka 1 znázorňuje jednotlivá označení respondentů, pohlaví, věk, délku pobytu a stav.

Tabulka 1: Rozdělení respondentů

Respondent	Pohlaví	Věk	Délka pobytu	Stav
Respondentka 1	Žena	89 let	1 rok	Vdova
Respondentka 2	Žena	68 let	Neví, jak je tu dlouho	Vdova
Respondentka 3	Žena	76 let	4,5 let	Vdova
Respondent 4	Muž	61 let	5 let	Vdovec
Respondentka 5	Žena	82 let	2 roky	Vdova
Respondentka 6	Žena	83 let	3,5 roku	Vdova
Respondent 7	Muž	84 let	4 roky	Vdovec
Respondentka 8	Žena	81 let	12 let	Vdova

Zdroj: vlastní výzkum

DVO 1: Jak vnímají senioři uspokojování svých biologických potřeb ve vztahu k nabízeným službám?

Okruh biologických potřeb byl rozdělen na jednotlivé oblasti. Do těchto oblastí byla zařazena strava, spánek, pohyblivost, prostředí pokoje a zdravotní stav respondenta.

Strava

V této oblasti byla zjišťována spokojenost respondentů se stravou. Dále se zde zjišťovala možnost respondentů uvařit si čaj či kávu a potřebnost pomoci s jídlem či pitím.

Respondenti 1, 3, 5 a 6 jsou se stravou v domově pro seniory spokojeni. Respondentka 5 uvádí: „*Se stravou jsem tady spokojená a vaří tady jako v hotelu Pup.*“ Respondenti 2, 4, 7 a 8 se shodují s tím, že někdy je strava dobrá a někdy taky ne. Takto odpověděli i oba muži z dotazovaného vzorku. Jeden z mužů by přivítal větší porce jídla. Respondentka 8 ohledně uspořádání jídla na talíři říká: „*S tím je to horší, protože oni dají třeba knedlíky, pod tím je něco, vedle je zelenina. Bylo by lepší, kdyby člověk poznal, tohle je knedlík, tohle je maso, tohle je špenát nebo tak něco.*“

Respondenti 1, 3, 4 a 8 si mohou uvařit kávu či čaj sami, protože mají na pokoji rychlovarnou konvici. Ostatní respondenti, pokud si chtějí uvařit kávu či čaj, tak si připraví sami nebo jim připraví sestřička do skleničky požadovaný nápoj a následně jim ho zalije horkou vodou. Respondentka 5 si velmi pochvalovala, jaký jim vaří v domově dobrý ovocný čaj.

Respondentka 2 se nají sama, ale vodu na pití jí musí nalít sestra do gumové lahve, aby nerozbila skleničku. Respondentka 5 zvládá obsluhu při jídle a pití sama, i když má ochrnutou pravou horní končetinu. Ostatní respondenti zvládají příjem stravy a tekutin sami.

Spánek

Oblast spánku zahrnuje v tomto výzkumu problémy respondentů se spánkem, jejich názorem na jejich postel a zda je něco vyrušuje v průběhu spánku.

Respondenti 3, 4, 5 a 7 se shodují v tom, že užívají léky na spaní denně. Respondentka 5 uvádí: „Ze začátku jsem spala málo, to asi to prostředí, nemohla jsem si na to zvyknout. Ted' dostávám léky.“ Respondent 7 spal dříve v křesle na pokoji, protože mu otékaly dolní končetiny, nyní již spí v posteli a na to si zvykl. Respondenti 1, 2, 6 a 8 uvádějí, že léky na spaní neužívají a usnou bez problémů. Respondentka 1 uvádí, že ji trvá čtvrt hodiny než se uloží do postele, aby ji „noha nebolela.“ Musí zvolit vhodnou polohu pro spánek.

Všichni respondenti byli spokojeni se svou postelí. Respondentka 2 sděluje: „Postel mám ted' novou, mám nízkou postel.“ Respondentka je s touto postelí spokojena, protože se lépe na ni přesune z invalidního vozíku. Respondentka 5 uvádí: „Dávali tady už nové postele a já nevím, je to asi měsíc, a prý jsme tam také napsaný.“ Respondentka hovoří o nových lůžkách, které již brzy dostanou.

Vcelku se respondenti shodli na tom, že je v průběhu spánku nic nevyrušuje. Respondent 7 uvádí: „Když usnu, tak spím jako dřevo.“ Respondentka 3 uvádí: „Je absolutní ticho.“ Respondenta 4, dle jeho slov, vyrušují mladí kluci, kteří tu jezdí s autama. Respondentka 8 spí celou noc. Musí se zbudit, když jde na malou stranu.

Pohyblivost

Oblast pohyblivosti je zaměřena na kompenzační pomůcky, které respondenti využívají, dále je zaměřena na pohyb respondentů po domově a na případnou pomoc při hygieně a vyprazdňování.

Respondenti v této oblasti by se mohli rozdělit na respondenty využívající jednu či více kompenzačních pomůcek. Respondenti 1 a 3 používají pro pohyb jednu nebo dvě hole. Respondenti 2, 5, 6 a 7 používají pouze invalidní vozík a respondenti 4 a 8 využívají dva druhy kompenzačních pomůcek. Respondent 4 používá invalidní vozík a francouzské hole a respondentka 8 používá pro pohyb hůl a učí se chodit s chodítkem.

Respondenti 1 a 3 se dostanou v domově pro seniory, kam potřebují, nic jim neznemožňuje pohyb po domově. Respondenti 2, 4, 5, 6, 7 a 8 se zmínili o tom, že v pohybu po domově jim nejvíce vadí prahy ve dveřích. Respondent 4 uvádí, že nyní mu dal správce na jeden práh nájezd, přes který se dá lépe přejet. Respondentka 5 říká:

„Tady všude jsou prahy a přes to já nepřejedu.“ Respondentku musí vždy někdo převést přes prahy. Na chodbě se již pohybuje sama. Pokud respondent 7 nemůže přejet práh sám a nikdo mu v tu dobu nepomůže pomoci, musí z vozíku vstát a pomalu si přehodit vozík na práh a přejet. Dělá to hlavně při vstupu do dílny, kde je práh nejvyšší. Respondentkám 6 a 8 vadí prahy, když jdou s chodítkem z pokoje na chodbu.

Respondenty 1, 3 a 8 jsou samostatné v oblasti hygieny. Respondenti 2, 4, 5, 6 a 7 se koupají na společné koupelně jednou za týden a potřebují částečnou pomoc personálu s hygienou. Ostatní dny ráno dostávají umyvadlo na pokoj, ve kterém se myjí. Respondent 4 se v průběhu týdne myje v koupelně na pokoji.

Respondenti 1, 3, 4, 7 a 8 jsou v oblasti vyprazdňování samostatní, dojdou si na toaletu. Respondent 4, pokud chce na toaletu, musí z vozíku a s pomocí francouzských holí se dostat na WC. Respondent 7 má na toaletě madla, které mu tam dala jeho sestra, aby nemusel mít plenkové kalhotky. Zvedne se z vozíku a pomocí madel se přesune na toaletu. Respondentky 5 a 6 musí zazvonit na sestru, která jim pomůže přesunout se na toaletní křeslo, které mají na pokoji. Respondentka 2 chodila dříve na toaletní křeslo, ale nyní má plenkové kalhotky.

Prostředí pokoje

Respondenti domova pro seniory byli v této oblasti dotazováni na možnost redukce topení v místnosti, dále zda si mohou otevřít okno, jak je přístupný balkon u pokoje, jaké je osvětlení místnosti a čistota prostředí, ve které se nacházejí.

Všichni respondenti se shodují v tom, že je možné redukovat topení v místnosti. Respondenti 1, 3, 4, 7 a 8 si mohou sami regulovat topení. Respondentka 8 si například topení na noc vypíná, aby se jí lépe spalo. Respondentky 2, 5 a 6 musí požádat sestru, aby *„...jim topení ubrala či přidala.“* Respondentka 5 uvádí: *„Tu si můžeme sami nařídit a já to nedokážu, protože nemůžu na podlahu a pani taky nechodí, tak voláme sestru.“* Respondentka 6 říká: *„To já sama nemůžu, to musej dělat sestřičky.“* Respondentce 2 je někdy taková zima, že má studené nohy. Všechny respondentky, které si nemohou samy nařídit teplotu, zazvoní na sestřičku, která jim teplotu dle jejich požadavků zredukuje.

Možnost otevřít okno má každý respondent. Někdo to zvládá sám a někdo potřebuje pomoc. Okno sami zvládají otevřít respondenti 1, 3, 4 a 8. To se částečně shoduje s předešlou otázkou, která se zabývala regulací teploty v místnosti. Otevřít sami okno nemohou respondentky 2, 5 a 6 a musí požádat o otevření okna sestřičku. Respondent 7 uvádí, že nemůže dýchat studený vzduch, protože mu to vadí na průdušky. Respondent 7 říká: *„Tady přijdou sestry večer, aniž by se zeptaly, tak otevřou okno nebo dveře. To je jediný co mě tady trápí. Já jim furt říkám, děvčata, já nemůžu dechat studenej vzduch a vy to tady na mě necháte celou noc otevřenou ventilačku.“* Respondent 7 si okno sám zavřít nemůže, protože má na noc postranici, aby nespádl z postele. Dále uvádí: *„Už jsem se to naučil. Já když zazvoním, jo, oni přijdou a já řeknu sestři, prosím Vás, zavřete to okno ...“* *„Vyhoví mi, už si zvykli, že nemůžu.“* Respondent 7 si vyřešil problém, který mu vadil.

Všichni respondenti měli u pokoje balkon. Na balkon se bez problémů dostanou respondenti 8 a 7. Respondent 7 na balkon nechodí. Raději jde na verandu, která je před domovem pro seniory. Respondentka 8 má na balkoně židli, stoleček, šňůru na prádlo a pěstuje zde květiny. Respondenti 1, 3 a 4 se dostanou na balkon, ale vadí jim prážek. Respondentka 3 uvádí: *„Podívejte se jak je to tady udělaný, na to si každý naříká. Člověk se musí držet ze všech stran. To není dobrý.“* Respondent 4 musí vstát z vozíku a přejít přes prážek na balkon. Respondentky 2, 5 a 6 se nedostanou vůbec na balkon. Všechny respondentky se pohybují pomocí invalidního vozíku. Respondentka 2 říká: *„Balkon máme, ale nedostaneme se tam, protože jsou tam prážky, všude. Kdyby to bylo rovný a ty dveře širší. Jsou dost úzké.“* Respondentka 5 by se na balkon ani nechtěla podívat.

Osvětlení na pokoji nemůže zhodnotit respondentka 6, protože je nevidomá. Respondentka 3 musela požádat o silnější žárovku do lampičky nad postelí, protože špatně vidí. Nyní ji osvětlení na pokoji vyhovuje. Ostatní respondenti ze zkoumaného vzorku označují osvětlení na pokoji jako dostatečné. Mají nad postelí lampičku a na stropě lustr.

S čistotou prostředí jsou respondenti ze zkoumaného vzorku velmi spokojeni. Nikdo neměl žádné námitky. Respondentka 5 říká: *„...máme to tady v pořádku.“*

Respondent 7 říká: „...úklid je bezvadnej.“ Respondenti vypovídají, že si snaží na pokoji udržet i sami pořádek. Respondentka 1 uvádí: „...to tady je o všechno vzorně postaráno. Uklízejí tady. Já se snažím zamést a udržet si to.“ Respondentka 2 sděluje: „Pani uklízečka se o nás stará moc. Máme uklizeno. Jakmile se mi něco vysype, tak hned jde.“

Zdraví

V této oblasti byl výzkum zaměřen na onemocnění respondentů, která by mohla omezovat uspokojování jejich základních potřeb. Dále se zde zjišťuje spokojenost se zdravotní péčí.

Respondentka 1 je bývalý „žlučníkář“, měla zlomenou nohu v krčku a musí se pohybovat pomocí francouzských holí.

Respondentku 2 nejvíce mrzí, že „...nemůžu chodit o berlích jako dříve.“ Pohybuje se pomocí invalidního vozíku.

Respondentka 3 má diabetes mellitus na inzulinu. Aplikuje si 4x denně sama inzulin. „Mám retinopatii a špatně vidím.“ „Zrovna loni jsem si zlomila ruku.“ Chodí pomocí hole.

Respondent 4 po operaci páteře. „Minulý rok jsem měl zlomenou nohu v krčku, když jsem zakopl o prázek, který je tady.“ Pohybuje se pomocí invalidního vozíku a francouzských holí.

Respondentka 5 říká: „...museli mi amputovat nohu.“ Respondentka má omezenou pohyblivost pravé horní končetiny. Pohybuje se pomocí invalidního vozíku.

Respondentka 6 je nevidomá. Kvůli bolesti kolen se pohybuje s doprovodem jen na invalidním vozíku.

Respondent 7 po operaci dolních končetin. Má diabetes mellitus na inzulinu. „Sestry mi píchají inzulin.“ Má problémy s okem. Pohybuje se pomocí invalidního vozíku.

Respondentka 8 uvádí: „Mám zelený zákal očí.“ Měla zlomenou horní končetinu. Pohybuje se pomocí hole a chodítka.

Z následujícího rozdělení je vidět, že zkoumaní respondenti mají nejčastěji

problémy pohybového, smyslového a endokrinního systému.

Se zdravotní péčí všeobecných sester jsou všichni respondenti spokojeni. Zdravotní péčí se tu rozumí jednotlivé úkony, které všeobecné sestry vykonávají. Respondenty 2, 5, 6 a 7 navštěvuje lékař na pokoji. Respondenti 1, 3 a 8 navštěvují lékaře v ordinaci ve 3. patře domova pro seniory. Respondent 4 říká „*K doktoru tady nechodím, jezdím ke svým.*“ Respondent 4, dle jeho vyjádření, nemá rád místního lékaře, který ordinuje v domově pro seniory. Respondentka 5 uvádí: „*Zdravotní péče je tady veliká.*“ Docházení lékaře na pokoj je dáno stavem respondenta. Méně pohyblivé respondenty lékař navštíví na pokoji. Respondenti ze zkoumaného vzorku, kteří se mohou sami pohybovat po domově, si za lékařem zajdou do jeho ordinace na 3. patře. Na návštěvy k ostatním odborníkům, musí respondenti dojíždět do příslušných zařízení sanitou, kterou jim zajišťují všeobecné sestry. U některých respondentů je zajištěn i doprovod. Respondentka 5 uvádí: „*...nikdo nemusí mít strach, že tam zůstane sám.*“ Nejčastěji jezdí k očnímu lékaři a na diabetologii a případně na další vyšetření, která naordinuje lékař.

Dílčí výzkumný závěr k DVO 1

Z odpovědí respondentů lze usuzovat, že se stravou jsou spokojeni. Někdy jim jídlo chutná a jindy zase ne. Úprava stravy na talíři dle jedné z respondentek by měla být lepší. Možnost uvařit si čaj či kávu mají všichni dotazovaní. Pokud nemají svoji vlastní rychlovarnou konvici na pokoji, zalévají jim horkou vodou nápoje sestry. Jedna z respondentek si pochvaluje ovocný čaj, který se vaří v domově pro seniory. Žádný z dotazovaných nepotřebuje pomoc s jídlem. Při příjmu tekutin potřebuje pouze jedna žena pomoci, a to tím, že tekutiny jí přelije do plastové lahve, ze které pije.

Léky na spaní užívá polovina respondentů. S postelí jsou respondenti spokojeni. Někteří mají nové postele a jiní na ně čekají. V průběhu spánku účastníky výzkumu nic nevyrušuje. Jednoho z respondentů občas vyruší jízda auta pod jeho okny.

Všichni využívají pro svůj pohyb nějaký druh kompenzačních pomůcek. Jedná se o hole, chodítka a především o invalidní vozík. Pěti respondentům vadí v domově

pro seniory prahy, které se nacházejí v jejich pokojích nebo při vstupu do pracovní dílny. Pět oslovených důchodců potřebuje pomoc v oblasti hygieny. Při vyprazdňování potřebují pomoci dvě osoby s přesunem na toaletní křeslo a jedna respondentka má plenkové kalhotky.

Možnost regulace topení je na každém pokoji. Méně pohybliví senioři požádají sestru o regulaci topení. Otevřít okno je možno na každém pokoji. Někteří dotazovaní musí požádat sestru o pomoc. Při vstupu na balkon většině z účastníků výzkumu nevyhovuje prázek. Osvětlení na pokoji mají dostatečné. S čistotou prostředí jsou spokojeni.

Zdravotní stav je u každého z respondentů jiný. Ke každému z nich je tedy nutné přistupovat individuálně. Nejčastěji mají respondenti onemocnění pohybového, smyslového a endokrinního systému. Se zdravotní péčí všeobecných sester jsou spokojeni. Lékař navštěvuje buď dotazované přímo na pokoji nebo respondenti chodí do ordinace, která se nachází v domově pro seniory. K odborným lékařům dojíždí respondenti sanitkou.

DVO 2 : Jak vnímají senioři uspokojování svých psychických potřeb ve vztahu k nabízeným službám?

Okruh psychologických potřeb byl rozdělen na jednotlivé oblasti, které se zabývají příchodem respondenta do domova pro seniory, jeho zájmy, přístupem personálu, jeho soukromím a dostatečností financí.

Příchod do domova pro seniory

Nejdříve byli respondenti dotazováni na délku jejich pobytu v Domově pro seniory Hvízdal. Přehled délky pobytů jednotlivých respondentů je znázorněn v Tabulce 1: Rozdělení respondentů. Nejkratší dobu je zde respondentka 1 a to 1 rok a nejdéle je tu respondentka 8 již 12 let. Respondentka 2 nevěděla, jak je dlouho v domově pro seniory.

Respondenti ze zkoumaného vzorku přišli do domova pro seniory z různých prostředí. Respondentky 1, 3 a 8 přišly ze svého domova. Dříve v žádném zařízení

rezidentní péče nebyly. Respondentky 2 a 5 přišly do domova pro seniory z jiného rezidentního zařízení. Respondent 7 byl do domova pro seniory přeložen z nemocnice. Respondentka 6 přišla v rámci domova pro seniory z penzionu na současný pokoj. Respondent 4 se přestěhoval z jiného poschodí a uvádí: „*Já byl ..., tam to bylo hrozný. Když mi tam zemřeli 2 chlapi a když jsem se dostal sem, tak jsem byl spokojenej.*“

Oblast změny života při nástupu do domova pro seniory je velmi zajímavá, a proto jsou uváděny u každého respondenta jednotlivě.

Respondentka 1 měla žádost s manželem do jiného zařízení, než ve kterém se nyní nachází. Manžel, ale zemřel. Čekala, až se uvolní místo v zařízení, kde podala žádost. Mezi tím se uvolnilo místo tady a respondentka uvádí: „*A tady se mi to povedlo.*“ „*No a na apríla jsem se tu prvně probudila, tak týden jsem byla jako odkopnutej střevíc.*“

Respondentka 2 byla nejdříve v jiném zařízení rezidentní péče. Respondentka na otázku zda se jí změnil nějakým způsobem život při příchodu sem do domova, odpověděla: „*Člověk musí překousnout všechno.*“

Respondentka 3 je tu již 4,5 roku, ale jak říká: „*Prostě nikdy neřeknu, že jdu domu.*“ Se vším je tu spokojená, ale doma se tu stále necítí.

Respondent 4 říká: „*Život se mi změnil od té doby, co mi zemřela manželka.*“ Na nynějším patře je spokojen.

Respondentka 5 vypráví o svém pobytu v předchozím zařízení rezidentní péče. „*Tam bylo nádherně, já bych odtud nejela ani za nic. No ona dcera s vnučkou chtěly, abych byla tady, aby ke mně měly blíž.*“ Respondentka porovnává pobyt v předchozím zařízení s nynějším. „*No abych Vám to řekla přesně, tak jsem přišla z lepšího do horšího. Tak tady ten jeden měsíc jsem proplakala celou noc. Jsem si za prvé nemohla zvyknout a za druhé tady nemůžu nikam k vodě, protože jsou tady všude prahy. No a tam jsme měli vodovod přímo na místnosti a já jsem si tam měla dokonce svůj pokoj samostatnej a koupelnu, tedy sprchu, ne vanu, takže jsem si mohla udělat cokoliv sama. Prostě z lepšího do horšího jsem přišla a bydlela jsem tam sama.*“

Respondentce 6 se změnil život při úmrtí manžela. Říká: „*No změnil se život. Protože jsme byli dva spolu...*“ „*To už je třetí pani, co je tady.*“

Respondent 7 uvádí: „*Jakmile jsem zjistil, že je dílna, tak jsem byl rád, protože já dovedu všechno, no všechno ne, skoro všechno...*“ Žádnou výraznou změnu při nástupu do domova nepozoroval. Při jeho příchodu byla v domově zrovna tancovačka. Byl rád, že tu může něco dělat.

Respondentka 8 dřív bydlela v bytě. Po smrti manžela se tam cítila osamocena, a tak požádala o domov pro seniory. Její život se změnil. Říká: „*My si musíme uvědomit, v jakým jsme ústavu, jsme většinou vděčný, že jsme se sem dostali, že nemusíme zrovna otravovat ty děti.*“

Další oblast psychologických potřeb byla zaměřena na pocit bezpečí v domově pro seniory. Zkoumaný vzorek respondentů se ve všech případech v domově pro seniory cítí v bezpečí. Respondent 7 říká: „*Víte, že jo. Já se tady nemusím o nic starat.*“

Zájmy

Zájmy a koníčky většinou korespondovaly s aktivitami, které respondenti dělají na jednotlivých kroužcích. Tato otázka navazuje na okruh sociálních služeb. Respondenti mají své zájmy a koníčky, ale většinou se jedná o činnosti, které dělají např. v dílně nebo v odpoledních kroužcích. Respondenti 2, 6 a 7 si rádi přečtou časopis, knihu, poslechnou rádio, nebo sledují televizi. Respondentka 3 si prohlíží časopisy. Přečte jen velká písmena. Respondentka 8 ráda četla, ale teď to není možné z důvodu zeleného zákalu očí. Poslouchá ráda rádio. Respondentka 1 ráda plete, vyšívá, zpívá, poslouchá hudbu a má ráda humor. Říká: „*Já jsem si říkala, až budu v důchodu, co budu dělat. Co budou ty chudáci ruce dělat.*“ Respondentka 1 má nyní plno práce, plete bačkorky pro jednu známou. Respondentka 5 si ráda čte a plete. Respondent 4 na otázku, jaké má zájmy odpovídá: „*Nemám žádné. Tady nedělám nic. Luštím osmisměrky. To mě baví.*“ V mládí hrával volejbal. Na dotaz, co by mu měli v domově pro seniory nabídnout, aby tam chodil. Odpověděl: „*Já bych nechodil.*“

Respondentům 1, 5, 6, 7 a 8 nechybí žádný koníček, jsou spokojeni s činnostmi, které dělají během dne. Respondentovi 4 nic nechybí žádný koníček, protože nikam nechodí. Respondentka 2 by se chtěla účastnit tancování na vozíčkách. Podle jejích slov tato akce tu probíhala a nyní neprobíhá. Respondentka 3 uvádí: „*Já jsem četla hrozně*

ráda a to mi teď strašně chybí, tak jediné ty časopisy. Takhle vzájemně si je půjčujeme. Někdo to dostane od rodin, ty časopisy, tak to zase půjčí dál. Tak jediné do těch časopisů se podívám.“ Respondentka 3 by ještě přivítala možnost jezdit někam plavat. Respondentka 1 si v průběhu rozhovoru vzpomněla na svého papouška, ke kterému měla velkou vazbu. Říká: *„Mám tam svého miláčka (ukazuje displej mobilu s papouškem), kterého jsem se musela zřeknout. Tady se nesmí. No, já jsem měla zamluveno u veterináře, že ho usmrtí.“* „A náhodou neteř říkala, že má tchána, který má voliéru a má jich tam kolik. Tak jsme ho tam odvezli.“ *„Tady se nesmí krmit holubi. Zakázaný 500 korun.“*

Personál domova pro seniory

Respondenti 3, 5, 6, 7 a 8 ze zkoumaného vzorku jsou spokojeni s přístupem personálu k jejich osobě a nikdy se nesetkali s nějakým problémem, který se týká personálu. Respondentka 5 v souvislosti s přístupem personálu uvádí, že *„No krásně, jsem spokojená.“* *„Ale takovou legraci si ze mě dělají, já jsem ráda, když mi řeknou..., tak jak je to s váma. Já jsem úplně šťastná.“* Ostatní respondenti se v průběhu svého pobytu setkali s neochotou pomoci a nepřiměřenou reakcí v různých situacích. Projevilo se to nejčastěji, že personál zvýšil hlas, i když respondenti slyší. Tři respondenti toto vnímali negativně.

V další oblasti byl výzkum zaměřen na to, zda personál klepe na dveře při vstupu na pokoj. Všichni respondenti ze zkoumaného vzorku se shodují na tom, že personál klepe na dveře před příchodem na jejich pokoj. Respondentka 2 má stále na pokoji otevřené dveře, aby mohla jezdit s invalidním vozíčkem na chodbu. V tomto případě personál neklepe. Respondentka 3 uvádí, že personál klepe na dveře. Podle jejích slov je to zavedeno asi tak rok. Před tím to byl pro ni šok, když někdo z personálu přišel na pokoj bez zaklepání. Dnes je to již v pořádku. Respondentka 5 říká: *„Mají klepat, to vím, že některá klepe a některá neklepe, ale to je jí odpuštěno. Oni to vědí, u koho musí zaklepat a u koho nemusí, ale klepat musí.“* Respondent 7 špatně slyší, proto klepání neslyší. Respondentka 8 se vyjadřuje k otázce klepání na dveře takto: *„No tak., když má přijít třeba sestřička třeba jen na kontrolu, tak to zaklepe, otevře dveře, ale*

ono se jí někdy povede, že strčí klíč, otevře a až pak zaklepá. To je jedno. Já si toho ani moc nevšímám.“

Oblast respektování intimity respondenta byla zaměřena na to, jak personál zajistí intimitu při různých úkonech jako je např. koupání či jiný úkon, kde je člověk nějakým způsobem obnažen. Všichni respondenti ze zkoumaného vzorku uvádějí, že personál respektuje jejich intimitu a to hlavně při koupání. Při převozu na koupelnu je dostatečně zakrývají. Na koupelně je pouze personál, který koupe. Nikdo jiný tam není. Respondentka 5 ohledně intimity uvádí: *„Intimitu dodržují až moc přísně. Asi mají na to nějaký předpis. To všechno je tady dodržováno až moc přísně. To já říkám, to nemusíte ani tak, když mě nějaký z mužů uvidí, tak si řekne, ach bože takhle bude vypadat moje stará, až bude stará.*“

Soukromí

Následující oblast se zabývá soukromím respondentů, které mají na pokoji. Respondenti 1, 2, 3, 4, 5, 7 a 8 mají na pokoji nějakou svoji věc. Většinou se jedná o kus nábytku, televizi, obrázky, květiny a rádio. Respondentka 3 ohledně možnosti mít svůj nábytek na pokoji uvedla, že *„Trvalo to hodně dlouho, než jsem toho docílila.*“ Chtěla mít něco na památku z domova. Nakonec se jí to povedlo. Respondentka 6 neměla na pokoji žádnou svoji věc. A podle jejích slov ani by to nechtěla.

Všichni respondenti, kromě respondentky 6, mají svoje oblečení. Některé respondentky si drobné prádlo vyperou, ale jinak vše dávají do prádelny. S prádelnou jsou spokojeni.

Respondenti se shodují na tom, že jim pokoj vyhovuje. S velikostí pokoje jsou spokojeni.

Respondenti i v této oblasti se shodují, že na pokoji se mohou zamknout, ale nedělají to. Uvědomují si případná rizika, která by se mohla vyskytnout, kdyby se zamkli. Respondentka 3 odpovídá: *„A to ani není vhodné. To až teď se zavedly ty zvonky. Jeden je nad postelí, což je dobře a tady ten nemá vhodnou polohu. V koupelně nebo na záchodě nic není.*“ Respondentka 5 popisuje, že například v případě páru by si mohla zazvonit na zvoneček, který se nachází nad postelí a pak jeden u dveří, který

nebyl řešen příliš šťastně vzhledem k jeho přístupnosti. Respondentka 5 říká: „*Máme klíč ve dveřích, že bychom mohli zamykat, ale to mě nikdy nenapadlo.*“ Respondentka 8 se k této oblasti vyjadřuje takto: „*No, no můžeme se teď zamknout, jenomže je to tady myslím dost nebezpečný, když někdo sebou na pokoji lupne a ten druhý by tam nemohl.*“ Respondentka 8 dříve zamykala, ale teď to již nedělá, protože si zlomila ruku při pádu na pokoji. Personál domova pro seniory má klíč, kterým si může z chodby odemknout dveře, protože z druhé strany je zámek, který se zamyká otočením kolečka. Respondenti mají na pokoji skříně, které si nemohou zamknout. V těchto skříních se nachází malý trezor, od kterého má každý respondent klíč. Do tohoto trezoru si mohou uschovat své cennosti. Nebo mají možnost si cennosti uschovat do trezoru v domově pro seniory. Pokud chtějí respondenti uložit cennosti do trezoru, informují o tom sociální pracovníci domova. Respondentce 6 se tady v domově ztratilo pár kusů oblečení.

Při dotazování na spokojenost respondentů s vybavením pokoje, odpověděli všichni, že jsou s vybavením pokoje spokojeni. Respondentovi 4 nevyhovuje na pokoji jen židle, kterou tam má. Křeslo mu vyhovuje.

Respondenti 1, 3, 4 a 8 jsou spokojeni s koupelnou a s WC a dostanou se sem bez problémů. Respondent 7 má v koupelně a na WC přimontována madla, pomocí kterých se tam dostane bez problémů. S koupelnou i WC je spokojen. Respondentky 2, 5 a 6 se nedostanou do koupelny ani na WC. Respondentka 2 uvádí: „*Do koupelny těžko. Tam je umyvadlo a vana, tam nechodíme. My chodíme do té sprchy a někdy mě vemou na vozík, na ten koupací, a někdy mě vemou do vany.*“ Respondentky 5 a 6 se také nedostanou do koupelny. Koupají se také na společné koupelně. Na vyprazdňování používají toaletní křeslo.

V této oblasti výzkumu bylo zjišťováno to, jak se respondenti ze zkoumaného vzorku cítí v domově pro seniory. Pocity respondentů jsou velmi subjektivní, a proto jsou uváděny jednotlivě.

Respondentka 1 uvádí: „*O nic mi tu nejde. Je mi tu dobře a jenom, že časem mě mrzí takový to vyřknutí, ale já to musím uznat, protože když oni tady mají tolik lidí vyloženě zlých a vymýšlej si, tak potom jak to má ta sestra rozeznat. A když má už*

rozjeto, tak to pustí taky na mě.“

Respondentce 2 by se nejvíce líbilo, kdyby tu byl někdo, s kým by si mohla popovídat.

Respondentka 3 říká: *„Ještě jsem neřekla, že jsem tu doma.“*

Respondent 4 vypráví: *„Ze začátku jsem se cítil hrozně. Je tady známý manželky, s tím se pozdravíme a nic víc.“*

Respondentka 5 vzpomíná na předcházející zařízení, ve kterém byla. *„...prostě z lepšího do horšího...“*

Respondentka 6 uvádí: *„Mě nic jiného nezbyvá než tu bejt. Sama bych nemohla bejt. No tak jsem si na to už zvykla.“*

Respondent 7 vypráví: *„Ale jednou jsem se dostal do konfliktu s tou, já jsem jí dával do výtahu přednost. Ona jela s jednou paní a snad někde v tom výtahu uvízla nebo špatně jela, já to nevěděl. Já jsem si říkal, tak si vlez na záda a ona si na mě stěžovala, že jsem k nim vulgární ...“*

Respondentka 8 říká: *„To víte, doma zase se řekne, že je větší svoboda. Seberete se a jdete, tady, tady je to jako. No musíme si říct, že jsme tady. Ale je to dobrý, je to péče.“*

Další oblast zahrnuje možnost seniorů být někde sám. Zda si respondenti mohou někde sednout, kde by měli klid a soukromí. Respondenti 1, 3, 4 a 8 jsou na pokoji sami, a proto uváděli, že pokud chtějí být sami a mít klid, tak jdou na svůj pokoj. Respondent 4 doslova uvádí: *„Mám tady soukromí.“* Ostatní respondenti jsou na pokoji se spolubydlícím. Respondentka 2 může být sama jen na pokoji. Po večeri si jde rozestlat postel, a pak je ráda, že je klid. Respondentka 5 uvádí: *„Nevím jestli bych tu mohla být sama. Někdy v jídelně u televize, ale není to třeba.“* Nikde by nemohli být sami respondenti 6 a 7 z důvodu, že by to nezvládli. Respondentka 6 uvádí: *„Já tam nemůžu bejt sama.“*

Oblast soukromí zahrnuje i možnost být s blízkými někde o samotě a nebýt nikým vyrušován. K respondentům 1, 3, 4, 6 a 8 chodí návštěva dle jejich výpovědi na jejich pokoj. Respondentky 2 a 5 přijímají návštěvy na svém pokoji, ale obě shodně uvádějí, že pokud je hezké počasí, tak se jdou projet s návštěvou ven do okolního parku.

Obě respondentky jsou na invalidním vozíku. Pokud přijde návštěva za respondentem 7, jdou do jídelny nebo ven. Respondent je na invalidním vozíku.

Finance

Finanční stránka pro uspokojení svých potřeb hraje také důležitou roli. Může znamenat určité bezpečí a jistotu pro seniory. Nejdříve byli respondenti dotazováni na dostatečnost financí, které jim zbyly po zaplacení všech poplatků v domově pro seniory. Kromě respondentky 2, mají ostatní respondenti ze zkoumaného vzorku dostatek financí po zaplacení všech poplatků v domově. Respondent 7 říká: „*Já si nemůžu stěžovat, protože 5000 a nějaký drobný dostanu a to mi zbyde z mého důchodu a ještě 5000 si nechají oni. Jo, oni všechno zaplatí a já se nemusím o nic starat.*“ „*Zbyde mi 5000, dceři dám 2000, někdy 3000.*“ Respondentka 1 uvádí: „*...tady se platí 8500.... Jo, a 2500 mi zbyde. Zaplatím si televizi a rádio.*“ Respondentka 5 dává svým dětem při návštěvě peníze na benzín. Respondentka 2 ohledně financí říká: „*Ono mi toho moc nezbyde.*“

Respondenti i v následující oblasti se vcelku shodují. Respondenti si mohou koupit to, co potřebují pro uspokojení svých potřeb. Respondent 7 říká: „*To jsem spokojenej, já moc neutracím.*“ Respondentka 2 uvádí, že „*Léky platit, něco si koupit a pro někoho, a tak nemůžu utrácet.*“ Respondentka 1 v předešlé oblasti uvedla, že má dostatek financí, které zbudou po zaplacení poplatků. Zde ale uvádí, že ráda vyšívá: „*To je moje vyšívání. 21 jsem jich rozdala (obrázků)*“. A na otázku, zda vyšívá pořád, odpověděla: „*Ted' už ne, protože já si to nemůžu dovolit. Když jsme měli dva důchody, s manželem...Jeden ten Mucha dnes stojí 680 korun předtištěný a jedna mulinka stojí 8,90 a 9,50, takže si to nemůžu dovolit.*“

Dílčí výzkumný závěr k DVO 2

Do domova pro seniory přišli respondenti nejčastěji z domácího prostředí nebo z jiných zařízení rezidenční péče. Z převažujících výpovědí do domova pro seniory přichází senioři z důvodu ztráty životního partnera a následného osamocení. Každý respondent reagoval na příchod do domova pro seniory jiným způsobem. Někdo si zvykl brzy a někdo s tím má stále problémy. Všichni respondenti se cítí v domově pro

seniory v bezpečí.

Mezi jejich zájmy patří různé ruční práce, četba, poslech rádia či luštění křížovek. Zájmy se shodují s činnostmi, které jsou respondentům v rámci domova nabízeny. Většině respondentů nechybí žádný z koníčků. Dvě respondentky mě sdělily, že by přivítaly možnost tancování na vozíčkách a plavání. Další respondentce chybí papoušek, kterého si nemohla vzít do domova pro seniory.

Většina seniorů je spokojena s personálem domova pro seniory. Personál respektuje jejich soukromí a intimitu. Před vstupem na pokoje klepají na dveře. Tři respondenti uvedli, že v průběhu pobytu se setkali s neochotou personálu pomoci jim a také s nepřiměřenou reakcí v různých situacích, které byly provázeny zvýšením hlasu personálu. To vnímali senioři negativně.

Většina respondentů má na pokoji nějaký předmět, který jim připomíná domov nebo blízké osoby. Jedna z dotazovaných nemá na pokoji umístěnou žádnou svoji věc. Všichni účastníci výzkumu kromě jedné ženy nosí své oblečení. S vybavením a prostorem pokojů jsou spokojeni. Na pokoji se mají možnost všichni respondenti zamknout, ale nikdo toho nevyužívá z bezpečnostních důvodů, např. náhlá nevolnost či úraz. Skříně na pokoji se zamknout nedají, ale v každé skříně je umístěn trezor, do kterého si mohou respondenti uložit cenné věci. Ostatní cennosti mají možnost uložit do trezoru v domově pro seniory. Jedna z respondentek uvedla, že se jí v domově pro seniory ztratilo několik kusů oblečení. Čtyři dotazovaní využívající koupelnu a WC jsou se zařízením spokojeni. Ostatním čtyři nemohou využívat koupelnu a WC na pokoji, protože se tam nedostanou. Těmto respondentům je hygienická péče poskytována ve společné koupelně vždy dle rozpisu na patře. V průběhu týdne u těchto seniorů probíhá hygiena na pokoji.

Vyjádření pocitů, které si týkají domova pro seniory, jsou velmi subjektivní. Někteří si v domově zvykli a jiní ho berou jako nutnost, se kterou se nedá nic dělat. Respondenti, kteří nemají spolubydlícího na pokoji, uvádí, že pokud chtějí být o samotě, jdou na svůj pokoj. Ti, kteří mají na pokoji spolubydlícího, mohou být v jídelně, ale většinou zůstanou na pokoji se spolubydlícím. K respondentům, kteří bydlí sami, chodí návštěvy především na pokoj. K ostatním chodí návštěvy na pokoj, ale

pokud je pěkné počasí, tak se jdou projít do okolí domova nebo zůstanou ve společných prostorách budovy.

Respondenti jsou většinou spokojeni se zůstatkem financí, který jim zbude po zaplacení poplatků v domově pro seniory. Mohou si koupit, co potřebují. Dvě ženy si stěžují na nedostatek financí. Jedné z nich moc financí nezbyvá a druhá si nemůže koupit věci na vyšívání, protože tyto věci jsou drahé. Dva respondenti dávají část svého důchodu rodinným příslušníkům.

DVO 3: Jak vnímají senioři uspokojování sociálních potřeb ve vztahu k nabízeným službám?

Tento okruh je zaměřen na umění navázat s lidmi kontakt a na mezilidské vztahy u respondentů ve zkoumaném vzorku v domově pro seniory. Jsou zde zahrnuty oblasti vztahů, komunikace a kontaktu.

Respondenti 1, 5, 7 a 8 dle jejich slov, nemají problém s navázáním kontaktu. Respondentka 5 naváže kontakt na cvičení „...když je znám, tak je pozdravím a promluví...“ Respondent 7 o sobě říká: „Já jsem takovej typ. Já mám rád lidi a jsem zvyklej mezi lidma.“ Respondentka 2 se potřebuje s někým bavit, aby „nezapomněla.“ Respondentka 3 na otázku, která se týkala navázání kontaktu s ostatními, uvedla: „Každý je jinej a každý má jiné požadavky.“ Respondent 4 říká: „Já nejsem jako nějak na bavení.“ Respondentka 6 ohledně kontaktu říká „Já asi moc ne, já to tak neumím.“

Názor na vztahy a pocity respondentů ze zkoumaného vzorku vůči ostatním uživatelům jsou uvedeny u každého respondenta jednotlivě, protože odpovědi jsou zajímavé.

Respondentka 1 vypráví o tom, jak má na starosti jednoho pána. Začíná slovy: „A když mě ted'ko přidělili toho Najednou přišli ráno sestřičky, tady a jestli bych ho nechtěla vodit.“ „ To víte, není to snadný. Mě to obyčejně stojí noc. Prokňourám, proč ty lidi se o to starají. Copak já potřebuju chlapa, že s ním jdu. Je to můj úkol. A už vidíte, máme tu zase pár. Vždyť já ho mám ráda. Můj úkol je udržovat ho, aby nepodléhal, když je tam sám.“ „Já ho mám odvést na jídelnu a na svačinu.“ Zeptala

jsem se respondentky, zda se s někým může vystřídat. Vystřídat se s nikým nemůže. Ještě jsem se jí zeptala, jestli by nechtěla mít někdy pauzu v péči o pána. Respondentka odpověděla, že zatím ji nepotřebovala, že se uvidí.

Respondentka 2 vypovídá o ostatních uživatelích *„který jsou takový, tak s nima navážu kontakt a kdo je protivný, tak ne.“*

Respondentka 3 ze svého pohledu popisuje situaci na lavičkách před domovem pro seniory. *„Mě to nevyhovuje, říkají takový divný věci, pořád.“* Respondentka na lavičky nechodí. *„To raději jdu kolem a nevšímám si jich.“*

Respondent 4 vypovídá, že se pohádal se sousedkou. Sousedka se dostala do nemocnice a tam i zůstala. Nemluvili spolu 3 měsíce a dle jeho slov ho to mrzí. Jak říká, nejvíce mu vadí: *„Támhle ta drbe, támhle ta drbe a to já nemám rád.“*

Respondentka 5 vypráví o pracovní dílně a kontaktu s ostatními uživateli domova pro seniory. *„No tam právě v té pracovní dílně jsem strašně ráda a vždycky se těším, až se tam dostanu. Po roce tam jsme si na sebe zvykli, že jsme jako jedna rodina a oni mě už považují jako k sobě a já je zase vidím tak. Už vím, co chtějí a nebo jak chtějí. No tak jsem tam strašně ráda, v té dílně.“*

Respondentka 6 uvádí, že nikoho nezná. Respondentka je nevidomá. Na pokoji je s paní, se kterou si povídá.

Respondent 7 uvádí: *„Když jsem s někým kamarád, tak se spolu bavíme normálně, ale najdou se někteří, kterých si nevšímám.“*

Respondentka 8 popisuje situaci následovně. *„Když si to nepokazíme sami, nějakýma těma pomluvami, to víte, když tolik bábrlinek, no tak jedna řekne tohle, druhá, třetí zas a už to jde. Jo a to je právě to, když se jako sejdou takhle dohromady, tak holt. Ale to se dá přežít. Já žádný tydle s nikým nemám, právě protože jsem zaměstnaná, tady v tej dílně.“* Dále respondentka uvádí: *„Někdy ty bábuliny jsou rozhněvaný a zase se pak smíří, ale už to není ono. Nejlepší je tak s nima vycházet, spíš se přizpůsobit tomu člověku a nebejt takovej a nemyslet si, že já mám pravdu ve všem nebo tak, já nevím, jak některý na tom jsou, ale já vycházím se všema. Já nemám rozhněvaného nikoho na poschodí, ani nahoře, tam ani nepřijdu.“* Respondentka vykládá o své sousedce. *„Já mám třeba na proti tu sousedku, ta zatluče, já otevřu, ona řekne jenom kolik máte hodin*

a nařídí si hodiny a zavře.“

Následně mě zajímalo, zda si respondenti mohou popovídat s jiným uživatelem. Respondenti 1, 3, 4, 7 a 8 mají možnost si v domově popovídat s jiným uživatelem. Respondentka 3 říká: *„...můžeme si popovídat a vymluvit se jedna druhé.“* Respondentky 2, 5 a 6 si nemohou skoro s nikým z jiných uživatelů popovídat. Respondentka 2 si tu dohromady popovídat ani nemůže. *„Všichni jsou tu staří.“* Jedině si popovídá s těma *„děvčatama“* z Červeného kříže.

Možnost navázání přátelství v domově pro seniory, bylo další oblastí výzkumu. Respondenti 1, 2, 3 a 7 mají v domově pro seniory kamaráda, kamarádku nebo přítele. Respondentka 1 uvádí, že tu má nějaký přítele, ale dodává *„Jo, ale nemám takový trvalý přítele, protože tady 80 % lidí na něco hubuje. A já se nekamarádím s tím, kdo chodí zamračený. A jak jednou začnou na něco, tak já říkám já musím jít, já jsem na něco zapoměla, já musím jít.“* Po chvíli rozhovoru říká: *„Já tady takové kamarádství nemůžu sehnat, který by bylo opravdu, nevím, takový upřímný. A tak se kamarádím s tím, co (nedokončila).“* Ostatní respondenti ze zkoumaného vzorku nemají kamarády nebo neudržují s někým přátelství. Respondent 4 říká: *„Ale kamarády, to není kamarád.“* Respondentka 5 *„To tady nemám vůbec žádnou.“* *„...nepotřebuji zvlášť navazovat nějaké přátelství s někým jiným. To ne.“* Respondentka 5 je spokojena s přístupem a atmosférou v pracovní dílně.

Další oblast výzkumu byla zaměřena na to, zda mají respondenti na pokoji spolubydlícího. Pokud mají na pokoji spolubydlícího, jak s ním vycházejí. Respondenti 1, 3, 4 a 8 mají pokoj jen pro sebe a nemají spolubydlícího. Bydlí na jednolůžkovém pokoji. Respondenti se shodli na tom, že jim samostatný pokoj vyhovuje. Respondentka 8 uvádí *„Já jsem sama a jsem ráda, že jsem sama.“* Zbylí respondenti 2, 5, 6 a 7 jsou na pokoji se spolubydlícím. Respondentka 2 má na pokoji spolubydlící, která je ležící. S paní si nemůže popovídat, protože nemluví. Říká: *„Těšila jsem se, že budu sama.“* Respondentka 6 říká: *„Kdybych mohla být, tak bych byla sama.“* Respondentce se již za dobu jejího pobytu vystřídaly na pokoji tři spolubydlící. Respondent 7 povídá o svém spolubydlícím na pokoji. *„Ale ten není dobrý, je takovej jízlivej. Já jsem tuhle kejch a on mi, z postele se ozvalo chcípni. A já jsem říkal dědku, až po tobě, ty máš přednost.“*

Se spolubydlícím nemluví a raději jede ven na chodbu, aby byl pryč. Respondentka 5 popisuje svůj první měsíc po příchodu do domova na pokoj k nové spolubydlící. *„To jsem se zrovna dostala k takové paní, která mi nadávala. Já jsem třeba přijela s tím vozíkem z jídelny a odevřu dveře, že projedu a ona mi nadávala. No nebo se posmívala té mojí noze, vy jste taková a nemáte nohu a teď spustila takovej smích“* *„No byla jsem tam jistě měsíc. To byl ten první měsíc, co jsem tak plakala. Potom mě dali pryč, ale já jsem nevěděla, že tady berou i lidi, kteří jsou (a ukazuje si na hlavu). Takže to byla i moje vina, kdybych to byla věděla, tak ji nechám. No prostě je to tak.“*

Navázání kontaktu mimo domov je myšleno, mít kontakt s jinými osobami než v domově pro seniory. Respondenti většinou naváží kontakt s rodinou, se známými, dále se sousedy, vedle kterých dříve doma bydleli. Kontakt naváží i při různých společenských akcích, při procházkách v okolí domova. Respondent 7 má známé. Respondentku 1 navštěvují sousedí z domu, kde dříve bydlela. Respondenta 4 navštěvuje přítelkyně. Respondentku 8 navštěvuje rodina. Respondentku 2 navštěvuje známá z Červeného kříže. Respondentku 3 jednou za čas navštíví synovec, nikoho jiného nemá. Kontakt s nikým jiným z okolí nenaváže, nikoho nezná, nemá přátele venku mimo domov. Respondentka 6 nemá mimo domov známé, kteří by za ní chodili. Respondentku 5 navštěvuje rodina.

U respondentů bylo zjišťováno, jak získávají informace o dění v domově pro seniory. Respondentka 6 se nové informace dozví od *„sociální sestřičky“*. Ostatní respondenti se shodují v odpovědi, že o dění či různých aktivitách v domově pro seniory jsou informováni buď od sociálních pracovníků, nebo jsou informace vyvěšené na nástěnce, která je umístěná na každém patře vedle sesterny.

Ve výzkumu bylo zjišťováno, na koho se obrátí respondenti v případě, když se chtějí na něco zeptat. Záleží to také na situaci, ve které by se nacházeli. Respondenti 2, 3 a 4 by se obrátili na paní staničnické. Respondentka 3 říká: *„To jsme zjistili, že paní staničnické.“* Respondenti 1, 5 a 8 by se zeptali sociální pracovníce i zdravotnického personálu. Respondentka 6 říká: *„Já se zeptám té sociální.“* Respondent 7 odpověděl: *„Příslušné osoby.“*

Respondenti se s ostatními uživateli domova pro seniory většinou scházejí při

jídle. Ve výzkumu bylo zjišťováno, kde respondenti obědvají a zda si mohou vybrat místo k sezení na jídelně. Respondenti 5, 6 a 7 jí na pokoji u stolečku. Respondentka 5 uvádí: *„Jezdila jsem do jídelny a potom, tady jedna sestra říkala, ale zůstaňte tady. Sedávám tady u toho stolu. Obědváme tady. Říkala, mi tam stejně nosíme pani, a tak vám ho doneseme taky. Takže sedím tady v postely, no v postely, tady na vozíku.“* Respondent 5 jedl nejdříve v posteli, ale to se mu nelíbilo. Ostatní respondenti 1, 2, 3, 4 a 8 mají jídlo na jídelně, z toho respondenti 2, 3 a 4 využívají jídelnu na patře. Respondenti 1 a 8 chodí na společnou jídelnu, která je v přízemí budovy domova pro seniory. Všichni respondenti, kteří chodí do jídelny uvádějí, že si u stolu nemohou vybrat, s kým budou sedět. Mají místo určené. Respondentka 2 uvádí, že v jídelně sedí s kamarádem, který je také na invalidním vozíku *„...my sedíme s kamarádem.“* Respondentka 3 říká, že u stolu také sedí s kamarádkou, která bydlí vedle *„...nyní nás z jídelny přesunuli na patro a nám to nevyhovuje, protože jídlo je studený.“* Na stole mají připravené cedulky se jmény uživatelů. *„Já to chápu, my jsme u stolu čtyři, co máme tu 9 diabetickou, takže to mají takhle rozdělený.“* Respondentka 1 uvádí tento problém, který ji při příchodu do domova nejvíce vadil. *„Mě nejvíce vadilo, když jsme byly čtyři u stolu a ty tři neměli nic jiného na starosti než to je hnusný, to je tvrdý, to je zase takovýhle. Mělo by (nedořekla).“* Situace u stolu se již změnila. *„Ted' je to už dobrý, už není tak velká kritika.“* Na dotaz zda si může vybrat, místo u stolu odpověděla: *„Ne, to máme svý místo.“*

Ve výzkumu bylo zjišťováno, zda respondenti vědí, na koho se mohou obrátit v případě stížnosti. Respondenti by se nejčastěji obrátili na zdravotnický personál. Respondenti 1, 2, 3, 4, 6 a 8 by se obrátili na staniční sestru daného patra. Respondent 4 uvádí: *„Při stížnosti, bych se zeptal staniční.“* Respondent 7 si stěžoval na jednu sestřičku. *„Řekl jsem to vrchní sestře..., tak ji vrchní domluvila.“* Respondentka 5 uvádí: *„... jedině pani ředitelce si postěžovat a nemám na co...“* Respondentka 3 uvedla ještě jednu možnost stížnosti. Respondentka mluvila o radě, kterou mají v domově pro seniory. Z každého patra je většinou jedna osoba, která je zástupcem jednotlivého patra kde bydlí. Schází se tak jednou měsíčně. Na některém z pater nemají v tuto dobu nikoho zvoleného, protože minulý zástupce zemřel. Případné stížnosti se řeší na radě.

Respondentka o možnosti si stěžovat říká: „*Potom je tu schránka, je to anonymní a tam si může dát každý své připomínky. Na zápisech z tich schůzí, je tam napsáno, kdo měl jaké připomínky a vždy je tam připsáno, co bylo v té schránce. Většinou je tam teď pořád, že je prázdná.*“ Když byla dotázaná respondentka na účinek této schránky odpověděla: „*Já nevím, opravdu nevím. Taky jsou všelijaký věci, na který si lidi stěžujou. Většinou pravda je, že třeba mají lidi málo, mužský, že mají málo té stravy, že by chtěli přidat. A teď je tam v zápisu, že si ... stěžovala, že je moc jídla.*“ „*Vypadá to, jako když se plýtvá, ale každý to nesní.*“

Procházky a výlety patří mezi zpestření všedního dne v domově pro seniory. Ve výzkumu bylo zjišťováno, zda chodí respondenti ven nebo jezdí na výlety. Respondenti 1, 2, 4 a 8 si podle jejich slov mohou vyjít nebo vyjet do blízkého okolí domova na procházku. Nejčastěji využívají park u domova pro seniory nebo ti zdatnější chodí na procházky k rybníku. Respondentka 8 uvádí, „*Nejlepší je člověk sám, když jde na procházku.*“ Respondentka si uvědomuje riziko pádu, když by byla sama. Respondentka 5 chodí na procházky s dcerou. „*Na to se těším.*“ Respondentka 1 chodí na procházky i dojede městkou hromadnou dopravou kam potřebuje. „*Jo, jo to si dojedu.*“ Respondenti 6 a 7 chodí s doprovodem na procházky. Respondentka 6 říká: „*Na procházky mě veme sociální sestřička na vozíčku.*“ Respondent 7 uvádí: „*Na procházku chodím s domovem k rybníkům.*“ Dodává, že tam vždy musí být přítomna všeobecná sestra. Na výlety jezdí respondenti 1, 2, 3, 7 a 8. Respondenti nejčastěji uváděli, že navštívili města Jihočeského kraje a zoologickou zahradu. Respondentka 3 říká: „*Na výlety jezdím, pokud mi to nabídne sociální pracovnice.*“ Respondentka uvádí: „*...papír nikde o výletech nevisí.*“ Respondentka 2 nejezdí s domovem pro seniory na výlety, ale jezdí s Červeným křížem. Respondent 7 byl na výletě v zoologické zahradě a na hřbitovech. „*...chtěl jsem tam za každou cenu.*“ Chtěl se podívat na hrob své manželky. „*Sestra z dílny mi udělala kytku, tak jsem jí to tam dal.*“ Respondenti 4, 5 a 6 na výlety nejezdí. Respondentka 5 uvádí: „*Ne, to jsem byla jednou a špatně to se mnou dopadlo. Ona tam jedna pani spadla, já nevím, co dělala...a na mě to strašně zapůsobilo, že já jsem zase dostala záchvat epileptickéj.*“ „*Takže jsem byla v nemocnici čtrnáct dní.*“ Respondent 4 nechce nikam jezdit

na výlety. Sám se projede kolem parku, dál nechce. „*Výlety mě nalákají, hodně jsem toho najezdil.*“ Respondentka 6 na výletě tady nikdy nebyla a ani nechce „...*protože nevidím.*“

Návštěvní hodiny v domově pro seniory dle respondentů ze zkoumaného vzorku nejsou nijak omezené. Vše vystihuje výrok respondenta 7 „*Sem můžete přijít třeba o půlnoci.*“

V následující oblasti výzkumu se zjišťovaly informace, zda si respondenti mohou z domova pro seniory zatelefonovat a nebo jestli má rodina či známí možnost zatelefonovat respondentům do domova. Při jednotlivých návštěvách na pokojích bylo zjištěno, že každý respondent má na pokoji telefon. Všichni respondenti ze zkoumaného vzorku uvádějí, že na pokoj se jim každý dovolá. Respondentka 3 uvádí: „*Pokud mám hovor, přepojí to z recepcce.*“ Zjišťovala se informace, jak to respondenti dělají, když se chtějí s někým telefonicky spojit. Respondent 4 říká: „*Tady odtud volat nemůžu.*“ (myslí telefon na pokoji). „*Tady se může volat jenom z mobilu.*“ Respondent používá mobilní telefon. Respondentka 6 si sama zavolat nemůže, je nevidomá. Respondenti 2, 3, 7 a 8 pokud si chtějí zatelefonovat, využívají telefonního automatu. Popisují mi, kde se telefonní automaty nacházejí. Jeden z automatů je na třetím patře a druhý v přízemí. Automat ve třetím patře je na peníze a druhý automat v přízemí je na kartu. Respondentka 3 uvádí: „*Zavolat si můžu za automatu za 15 korun a za chvílku to klapne a konec.*“ Respondentka 1 má mobilní telefon. Respondentka 5 nikomu nevolá, ale kdyby „...*volala by přes ten samý telefon na pokoji.*“ Respondentka by se z tohoto telefonu, ale nikam nedovolala, protože tento telefon slouží jen pro příjem hovorů.

Dílčí výzkumný závěr k DVO 3

Polovina respondentů ze zkoumaného vzorku naváže kontakt s jiným člověkem bez problémů. Ostatní hovoří o nějakém problému, který jim znemožňuje navázat komunikaci. Vztahy mezi uživateli domova pro seniory jsou různé. Z názorů respondentů vyplývá, že každý člověk je jiný. S někým se dá vyjít a s někým ne. Jedna z respondentek dostala od personálu na starosti jednoho pána, kterého doprovází na jídelnu. Sama respondentka hovoří o tom, že to není snadné. Neví, s kým by se mohla

vystřídat a ani o tom ještě nepřemýšlela. Pět respondentů má možnost si popovídat s ostatními uživateli domova pro seniory. Z výpovědí ostatních respondentů vyšlo najevo, že si v domově nemohou s jiným uživatelem popovídat. Jedna z respondentek, i když chodí do pracovní dílny mezi ostatní uživatele, uvedla, že si nemá s kým popovídat. Polovina dotazovaných navázala v domově pro seniory přátelství s jiným uživatelem. Ostatní respondenti nemají v domově žádnou přítelkyni nebo přítele. Spolubydlícího na pokoji má polovina z nich. Z výpovědí je zřejmé, že většina z nich by na pokoji byla raději sama. Navázání kontaktu s jinými osobami, které nejsou v domově pro seniory, je nejčastěji ze strany rodiny, známých nebo při různých kulturních akcích v domově pro seniory.

O aktivitách v domově pro seniory jsou respondenti informováni od sociálních pracovníků nebo z nástěnky na jednotlivých patrech. Pokud by se chtěli respondenti na něco zeptat, převažující část by se obrátila na zdravotnický personál a na sociální pracovníce. Z jejich výpovědí vyšlo najevo, že při jídle na jídelně mají své místo a nemohou si vybrat, s kým chtějí sedět. Při stížnosti by se většina respondentů obrátila na staniční sestru na daném patře. Pouze jedna respondentka se v rozhovoru zmínila o anonymní schránce, do které se mohou dávat stížnosti. Tyto stížnosti se pak řeší na zasedání rady, kde jsou zástupci, jak ze stran uživatelů, tak ze strany personálu.

Všichni respondenti mají možnost procházky. Na výlety jezdí pět z nich. Návštěvní hodiny dle výpovědí respondentů nejsou nějak omezené. Všichni účastníci rozhovoru mají na pokoji telefon, na který jim vrátnice přepojuje hovory. Polovina z nich, pokud by si chtěla zavolat, by využila telefonní automat, který je v domově pro seniory.

DVO 4: Jak vnímají senioři uspokojování svých spirituálních potřeb ve vztahu k nabízeným službám?

U spirituálních potřeb bylo zjišťováno, zda respondenti navštěvují bohoslužby v zařízení a jejich názor na životní hodnoty, které jsou pro ně důležité. Respondenti ze zkoumaného vzorku vědí o možnostech bohoslužeb v jejich domově pro seniory. Bohoslužby dle jejich slov jsou každou sobotu. Jedině respondent 4 neví, že v domově

jsou bohoslužby. „*Tady ne. Jsem katolík a tady máme kostel (ukazuje ven z okna), tam jsem nebyl za těch 5 let, co tu budu. Já se podívám rád na hřbitov.*“ Respondentka 1 uvádí: „*Já jsem křesťanka a tady se nikomu s tím nechlubím, protože jsem lidem pro blázný...*“ Respondentka 2 na bohoslužby dříve chodila, ale dnes už nechodí. Respondentka 3 říká: „*Chodí, chodí, myslím, že je to každou sobotu.*“ Respondent 7 ví, že je mše v sobotu. „*Já jsem bezvěrec, já jsem utekl z katechismu v měšťance.*“ Respondentka 8 chodila dříve na bohoslužby, teď nechodí, protože v tu dobu co bývá mše, jí chodí rodina na návštěvu. „*Povídali jsem si tam, zpívali jsme si tam písně, ale já je neumím...*“ Respondentka 5 vyznává pravoslavnou církev, a proto na bohoslužby nechodí.

Dále se výzkum zjišťoval, co je pro respondenty nejdůležitější v jich životě. Odpovědi jsou uváděny jednotlivě u každého respondenta.

Respondentka 1 uvádí: „*Vždyť žijeme poslední kousek života. Vždyť nevím, jestli se ráno probudím.*“ Dále mluví o vztazích s ostatními lidmi. „*A jestli je druhý takovej nebo, vždyť se musím podívat do zrcadla a dyť já mám taky chyby.*“

Pro respondentku 2 je nejdůležitější „zdraví.“ Při položení otázky, co je v životě nejdůležitější, odpověděla respondentka „*Ty jsem ztratila.*“ Vypráví o životních strastech, které ji potkaly.

Respondent 4 na tuto oblast odpověděl: „*To je těžký. Já jsem rád, když za mnou přijde...*“ Vypráví o osobě, která je mu nejbližší.

Respondentka 5 uvádí: „*Už nemám nic, jak mi odešel manžel, tak to všechno skončilo, tak jsem ráda, že mám dceru a hodnou dceru, chodí za mnou každý týden. Vnučka jak se jí to hodí s pravnučkou a vnoučata, jak kdy. A jednou do roka a rozhodně přijdou kluci, ale pravnucci.*“

Pro respondentku 6 je důležité „*...abych viděla a abych mohla chodit.*“

Respondent 7 vzpomíná na nejlepší léta svého života a na svoji manželku.

Respondentka 8 uvádí: „*Pro mě by bylo nejdůležitější zdraví, no to by byla velká hodnota, to každému dopřáno není.*“ Pro respondentku je důležité, aby vycházela s lidmi. Vzpomíná na jedno heslo pana doktora, které zní „*Když je už člověk starej a škareděj, tak by měl bejt aspoň zdravej.*“ Respondentka vzpomíná na svého manžela

každý den. Přála by si, „...aby si jí manžel co nejdříve pozval, než bude nějak vyřízená“. „Co může člověk čekat, to víte, jediné si říkáme, abychom odešli třeba, že bychom si večer lehli a vzbudili se mezi andělíčkami.“ „ To by bylo nejlepší, ale obvykle je člověk ke stáru nemocnej.“

Dílčí výzkumný závěr k DVO 4

Většina respondentů ví, že se v domově pro seniory konají každou sobotu bohoslužby. Nikdo z nich na ně nechodí. Důvody byly uváděné různé, např. vyznání jiné víry, ateismus...Některé respondentky chodily dříve na bohoslužby, ale nyní již nechodí. Důvod, proč přestaly chodit, většinou nevedly. Jedna respondentek uvedla, že by byla lidem pro „bláznů“. Každý z respondentů vnímá různým způsobem své životní hodnoty, které jsou pro něj důležité. Mezi takové hodnoty řadí zdraví a zdraví svých blízkých. Vzpomínali i na své životní partnery, kteří jim byli oporou. Zamýšlí se i nad svojí smrtelností a přáním zemřít ve spánku.

DVO 5: Jak vnímají senioři nabídku volnočasových aktivit v domově pro seniory?

V této části výzkum zjišťoval poskytování činností v domově pro seniory Hvízdal. Některé činnosti již byly v předešlé části zjišťovány ve vztahu k potřebám respondentů. Tato část výzkumu zjišťovala činnosti, které respondenti vykonávají v průběhu dne. Na tuto část bylo již odkázáno v oblasti zájmů. Další oblastí v této části jsou ostatní služby poskytované v domově pro seniory.

Respondenti 1, 2, 5, 7 a 8 chodí skoro pravidelně každý den do pracovní dílny. Zde vytváří různé výrobky. Jedná se o výzdobu, polštářky, výrobky z keramiky atd. Respondentka 8 říká: „Do dílny se chodí od 9 hodin, ale to není předepsané a jsme tady do 11 hodin.“ Respondentka tím chtěla říci, že mohou přijít i později nebo pokud nechtějí, tak nemusí. Respondenti 3, 4 a 6 do této dílny nechodí. Respondent 5 říká: „Já tady nikam nechodím. Nebaví mě to.“ Respondentka 3 při rozhovoru o pracovní dílně uvádí, co se vše v dílně vyrábí. Říká: „Já jsem tam s nima seděla dvakrát.“ Chválí pracovníci v dílně. Chtěla se podívat na keramiku a na pec, kterou tam mají. Dostala úkol natírat nějaký výrobek. Dodává: „Ale jinak tam nechodím.“ Na dotaz, proč se do

dílny nejde znovu podívat, odpověděla: „*Ta ruka mi přestala sloužit, a tak bych tam jenom seděla.*“ Respondentky 3 a 6 jelikož do pracovní dílny nechodí, využívají možnosti chodit na jednotlivé kroužky dle jejich výběru.

V domově pro seniory mají aktivity rozděleny podle dnů v týdnu. Respondenti uváděli, na jaké kroužky chodí a vyjmenovali, jaké mají celý týden aktivity v domově pro seniory. Kromě respondenta 4, chodí ostatní respondenti ze zkoumaného vzorku na nějaký kroužek v rámci domova. Respondentka 5 říká: „*Já jsem zkusila ještě jeden kroužek, takový vědomostní, jak říkali. Ten se mi docela líbil. Tak jsem tam byla dvakrát a už pak jsem tam nešla. Pak jsem byla na tom sportovním.*“ „*Já se zase na to dívám trošičku jinak. Než tady některý ty pacientky (ukazuje si na hlavu), prostě jsem na to nemohla dívat.*“ „*Tak se zapisovalo a ona vždycky byla poslední a já jsem na ni viděla, že je nešťastná, že je pořád poslední a já jsem říkala ne.*“ Respondentka na žádný odpolední kroužek nechodí. Respondenti ze zkoumaného vzorku mají dle jejich slov tyto aktivity od pondělí do pátku. V pondělí mají hudební kroužek, v úterý trénování paměti, ve středu muzikoterapii, ve čtvrtek tvořivou dílnu a v pátek sportovní odpoledne (sportovní dny). Respondenti 7 a 8 chodí skoro na všechny kroužky pořádané v domově pro seniory. Respondentka 8 uvádí: „*Každý týden tam chodím.*“ Respondentka uvádí, co vše v jednotlivých kroužcích dělají. O sportovních hrách nejraději hraje kuželky a říká: „*Je to taky takové napětí.*“ Ráda chodí na trénování paměti. Mluví i o různých soutěžích, na které posílají uživatelé své výrobky. Soutěže se konají i mezi jednotlivými zařízeními v Českých Budějovicích. Respondent 7 nechodí na keramiku, protože jak říká: „*Já to neumím.*“ Dalším důvodem, proč nechodí na tento kroužek je, že nemá rád špinavé ruce. Ve tvořivé dílně modeluje s plastelínou, která mu nevadí. Respondent potřebuje mít stále nějakou činnost, a proto říká: „*Oni mi říkají, že jsem nešťastnej, že nemám co dělat. Tak přijde a řekne, udělejte mi z toho vřeteny tři klubka. No tak je namotám.*“ Dále následují respondenti, kteří chodí jen na některé kroužky. Respondentka 2 má ráda sportovní dny, o kterých říká: „*Děláme sportovky. Mně by se nejvíce líbily kuželky, ty jsme dlouho nehráli. Ono se to střídá.*“ Dále říká: „*Mě drží keramika.*“ Nejdříve měla respondentka strach a nevěřila si, že by něco zvládla vyrobit z hlíny. Nyní již vyrábí výrobky samostatně. S hlínou velmi ráda pracuje. Ukazovala mi

své výrobky. Ráda vyšívá a chodí na pěvecký a výtvarný kroužek. Respondentka 1 říká: „Šiju, pletu, sportuju s nima, no všechno. Mimo, nedělám s nima muzikoterapii, protože já si nepamatuju ty pohyby na určitý tóny. To já už, tam to mám nějaký zablokovaný.“ Respondentka také pekla s ostatními uživateli domova pro seniory cukroví. Respondentka 3 chodí na trénování paměti a k psychoterapeutovi. O trénování paměti říká: „To mi, ale moc nepomáhá.“ Když ještě nebyla respondentka v domově pro seniory, chodila do klubu důchodců, kde probíhalo také trénování paměti. Moc se jí to tam líbilo. O trénování paměti v domově pro seniory říká: „Tady se mi to nelíbilo, a pak jsem si uvědomila, že to musí přizpůsobit lidem, co jsou tady.“ Dále říká: „...pouštění hudby, to mě nebaví. To si můžu pustit rádio.“ Respondentka 6 chodí pouze na kroužek zpívání. Podle slov respondentky jí chodí předčítat sociální pracovnice. Se sociální pracovnicí chodí také ven. Na dotaz co posledně četla, řekla: „Nevím.“ Respondentka na tyto návštěvy říká: „Je to pro mě lepší, že je tu se mnou.“ Tuto dobu strávenou s pracovnicí vnímá pozitivně.

Mimo těchto aktivit v domově pro seniory se uskutečňují různá vystoupení. Respondent 7 říká: „Přijde sem zpívat soubor Kondor.“ Uvádí, že mívají v domově i „tancovačky.“ Respondentka 3 uvádí: „...pokud jsou tu nějaké pořady, tady dole, tak se tam jdu podívat.“ Jsou to nejčastěji děti z mateřské školy, které chodí do domova zpívat. Domov navštěvují i pěvecké sbory. Respondentka říká: „Jezdí sem i známé osobnosti.“ Ostatní respondenti neuvedli jinou aktivitu, která se u nich v domově pro seniory koná.

O víkendu žádné kroužky ani dílna nejsou. Někteří respondenti to vnímají jako obyčejný den, ale jiným aktivita během víkendu chybí. Víkendy využívá rodina nebo známí pro návštěvu svých blízkých v domově pro seniory. Respondentku 8 pravidelně o víkendu navštěvuje rodina. Respondentka 6 říká: „O víkendu nedělám nic.“ Pro respondentu 3 je víkend jako všední den. Respondent 7 o víkendu říká. „Otrava. To víte, sociálky jsou pryč, jsou doma, ty mají volno. Tak kdo by nás vez.“ Sám se projede po areálu v blízkosti domova, ale jak říká: „Ale to nic není.“

Výzkum zjišťoval, jak využívají respondenti ze zkoumaného vzorku ostatní služby poskytované v domově pro seniory.

Respondenti 2, 4, 5, 6, 7 a 8 využívají služeb pedikúry v domově pro seniory. Respondentka 5 popisuje postup objednání na pedikúru. Pedikérka chodí na pokoje jednotlivých uživatelů, kteří jsou napsáni na papíře k tomuto určenému. Papír se nachází na chodbě v jednotlivých patrech. Respondentka 1 říká: „*Pedikúru nepotřebuju. Tu si dělám sama a sestřička mi zastříhne jeden palec u nohy.*“ Respondentka 3 uvádí: „*Na pedikúru chodím na polikliniku, protože chodím k pani doktorce na dia kontroly, tak přímo v té ordinaci je diabetická pedikúra. Tam chodím radši.*“ Dle slov respondentky se v domově hodně pedikérky střídají. Dříve měl na palci „bolest“. Říká: „*Tak se bojím k někomu jinému jít, protože tam je to šetrnější.*“

Respondenti 1, 2, 3, 4, 5, 6 a 8 využívají služeb kadeřnice v domově pro seniory. Jsou zde dvě možnosti objednání. Buď napsáním na papírek, který je na patře a na základě toho přijde kadeřnice na pokoj k méně pohyblivých uživatelů, nebo přímo do kadeřnictví, které se nachází v přízemí budovy. V kadeřnictví mají otevírací dobu. Respondentka 6 říká: „*Holička je drahá. 80 korun.*“ Jediný respondent 7 nevyužívá služeb kadeřníka v domově. Koupil si holící strojek a švagr ho vždy ostříhá. Říká: „*Takový peníze platit za ostříhání, to je peněz.*“

V prostorách domova pro seniory se nachází i knihovna. Služeb knihovny využívá respondent 7. Otevřeno mají ve čtvrtek. Ostatní respondenti dle jejich slov knihovnu nenavštěvují. Respondentka 2 má své knihy, které mají velká písmena. Respondentka 1 říká: „*Knížky si můžu půjčit, ale nemám na to čas.*“ Respondentka 5 má k dispozici své knihy, které jí nosí rodina. U respondentky 6 jsou knihy předčítány, vzhledem k jejímu zdravotnímu znevýhodnění.

V domově pro seniory se nachází i malý obchůdek se základními potravinami. Respondentce 5 a 6 nakupují sociální pracovnice. Respondentka 5 říká: „*Přijde v pondělí nebo ve čtvrtek sociální sestra, veme si přibližně ty peníze, co potřebuje.*“ Na to si respondentka nemůže stěžovat. Respondentka 6 si řekne, co potřebuje a sociální pracovnice jí to přinese. Respondenti 2 a 4 si nakupují v domově sami nebo využijí služeb nákupu sociální pracovnicí. Respondentky 3 a 8 si nakupují samy v místním obchůdku. Respondentka 3 uvádí: „*Tady je to hrozně drahý.*“ Dříve chodila nakupovat do Globusu. Dále říká: „*Jednou se stalo, že přišla ta...říct, že jede do Globusu, že jedou*

nakoupit do Globusu, tak chtěla vědět, jestli něco nechci. Tak to jo. Nebo když jsem ležela s tou nohou, tak chodila každý čtvrtek, ale to chodila sem dolu.“ Nikdo se jí od té doby nezeptal, zda nechce něco koupit v Globusu. Respondenti 1 a 7 si nakupují pouze v Globusu. Respondentka 1 si tam zajde, jak říká: „*O berličkách.*“ Respondent 7 jezdí nakupovat s dcerou do Globusu.

Dílčí výzkumný závěr k DVO 5

Volnočasové aktivity nabízené v domově pro seniory navštěvuje pravidelně většina respondentů. Jeden z respondentů nevyužívá žádnou z volnočasových aktivit. Ostatní chodí na jednotlivé aktivity dle jejich zájmu a výběru. V domově se uskutečňují i různá vystoupení. O víkendu se nekonají žádné volnočasové aktivity. Jeden respondent vnímá víkend jako „otravu“, protože nemá co dělat, ale jiní se na víkend těší, protože o víkendu k nim většinou chodí návštěvy. Většina z nich využívá služeb pedikúry a kadeřnictví v domově pro seniory. Někteří poukazují na drahé kadeřnické služby. O knihovně v prostorách domova jsou informováni všichni uživatelé, ale pouze jeden ji navštěvuje. Respondenti mají možnost si nakoupit v domově pro seniory: Nachází se tam malý obchůdek. Dva respondenti nakupují jen v Globusu, protože obchod v domově pro seniory je drahý. Dvěma respondentkám nakupují jen sociální pracovnice.

5. Diskuse

Výzkum probíhal v domově pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o. Autorka práce nejdříve navštívila zařízení, ve kterém se blíže seznámila s pracovníky a s uživateli tohoto domova. Vrchní sestra zavedla autorku do pracovní dílny, kde ji uživatelům představila, a tak s nimi autorka navázala kontakt. V domově pro seniory byl proveden předvýzkum, jehož záměrem bylo ověřit si správnost obsahu jednotlivých oblastí týkajících se rozhovoru. Předvýzkum byl realizován v pracovní dílně domova pro seniory, respondenty pak byly uživatelé, které autorka oslovila a kteří s rozhovorem souhlasili. Uživatelé byli informováni o tématu a průběhu rozhovoru. Po realizaci předvýzkumu byl upraven okruh oblastí, na které se autorka ptala při vlastním výzkumu. Na následující návštěvě oslovila autorka uživatele v pracovní dílně. Každý oslovený uživatel byl seznámen s dobrovolností a anonymitou rozhovoru. Na informaci o nahrávání rozhovoru na diktafon reagovali uživatelé nejdříve překvapeně, ale následně jim bylo vysvětleno, že tento rozhovor bude sloužit pouze pro výzkum autorky. Zachování anonymity bylo pro uživatele velmi důležité. Ze strany uživatelů bylo vysloveno přání o nezveřejňování nahrávek pořízených při rozhovoru. Dva uživatelé rozhovor odmítli. S uživateli, kteří souhlasili s rozhovorem, byly domluveny termíny individuálních návštěv. Najít čas v jejich nabitém programu jednotlivých činností bylo někdy obtížné. Nakonec se však vždy našel termín, který vyhovoval oběma stranám. V průběhu jednotlivých návštěv se autorka setkala i s tím, že jí dva uživatelé, které potkala ve společných prostorách domova pro seniory, sami oslovili a chtěli si s ní popovídat. S těmito uživateli byl také později veden rozhovor. Autorka se setkala se situací, kdy přišla do domova pro seniory na smluvený rozhovor a jeden z respondentů měl na pokoji návštěvu, druhý respondent byl nemocen, což bylo překážkou ve sběru dat. S těmito seniory si tedy domluvila jiný termín.

Rozhovor nejčastěji probíhal na pokojích dotazovaných. Jeho délka se pohybovala od 30 – 45 minut. Respondenti byli opakovaně seznámeni s obsahem rozhovoru a také s tím, že bude rozhovor nahráván. Všichni respondenti souhlasili a nahrávání na diktafon vnímali pozitivně. Žádného z respondentů diktafon nevyrušoval, ani nerozptyloval při rozhovoru.

Výzkum byl rozdělen do jednotlivých okruhů dle dílčích výzkumných otázek. DVO 1 se zjišťovala biologické potřeby respondentů ve vztahu k nabízeným službám. Do diskuse byly zařazeny vybrané oblasti, které směřovaly ke zodpovězení DVO 1.

Se stravou byla převážná část respondentů spokojena. Pichaud, Thureauová (1998) ve své knize popisují jídlo jako biologickou potřebu a potěšení. Pro mnoho seniorů představuje jídlo skutečné potěšení. Někteří autoři hovoří o jídle jako o radosti, která člověku vydrží nejdéle. Chloubová (2005b) ve svém článku poukazuje na to, že staří lidé se mnohem více soustředí na některé tělesné potřeby. Mezi tyto potřeby zahrnuje především výživu a vyprazdňování. Autorka práce se ztotožňuje s názorem Starnovská (2008b), že v oblasti výživy se do popředí zájmu dostává kvalita stravy před její kvantitou. Podle názoru autorky práce je nutné dbát nejen na státní nutriční, která je pro seniory velmi důležitá, ale současně i na stránku estetickou. Autorka se během výzkumu setkala s tím, že jedna z respondentek vyslovila přání, aby bylo jídlo na talíři upravenější. Žádný jiný respondent o vzhledu jídla na talíři nemluvil. Starnovská (2008a) uvádí, že naše i zahraniční studie dokládají, že nutričně kvalitní strava významně snižuje náklady na péči o seniora v pobytových zařízeních.

Se zvyšujícím se věkem také dochází ke změně kvality a délky spánku. Trachtová (2001) hovoří o spánku jako o základní lidské potřebě. Kubešová (2001) uvádí, že charakter spánku se mění s narůstajícím věkem. V domově pro seniory autorku překvapilo, že si respondenti příliš nestěžovali na vyrušování v průběhu spánku. Autorka předpokládala, že v otázce o vyrušování v průběhu spánku budou účastníci výzkumu ve větší míře uvádět např. inkontinenci moči, kvůli které musí vstát v noci z lůžka. Problémy tohoto charakteru zmínila pouze jedna respondentka.

Z odpovědí na otázky, které se týkaly pohyblivosti, vyšlo najevo, že si nejvíce dotazovaných stěžovalo na umístění prahů na pokojích. Nejvíce respondentům vadily prahy, které se nacházejí při vstupu do předsínky a pokoje. Dva respondenti uvedli, že zakopli o práh na pokoji a utrpěli tak zlomeninu. Minibergerová, Dušan (2006) uvádějí, že k pádům nejčastěji dochází v prostorách, ve kterých senioři tráví nejvíce času. Důsledkem těchto pádů jsou pak závažná poranění. Kalvach (2004) hovoří o pádech jako o hlavní příčině úrazů ve stáří. Výše zmíněný autor hovoří o statistice, která uvádí,

že úrazy u osob starších nad 60 let věku jsou na 2. místě mezi akutními poruchami u žen a na 4. místě u mužů. Pád u seniora znamená ve 20 – 30 % středně těžké nebo vážné zranění, které snižuje přechodně či trvale mobilitu a soběstačnost seniora. Zvyšuje se tak i riziko předčasného úmrtí (Kalvach, 2004). Vzhledem k tomu, že každý z respondentů používal kompenzační pomůcku, měli někteří z nich problém přes tyto prahy přejít. Domov pro seniory je stavbou, která sloužila dříve jako ubytovna, a proto podle názoru autorky není v některých částech přizpůsobena potřebám seniorů. Kovalčíková (2009) ve svém článku uvádí, že každý prostor domova pro seniory má své specifické nároky co se týče prostorových a dispozičních náležitostí. Sama autorka si mohla vyzkoušet přístup na balkon, který byl také veden přes práh. V domovním řádu Domova pro seniory Hvízdal se píše, že balkony u pokojů jsou určeny pro rekreaci a odpočinek. Tato možnost odpočinku je určena jen pro velmi pohyblivé uživatele. Autorka se se svými zkušenostmi přiklání k tvrzení Kovalčíkové (2009), která uvádí, že mezi místnostmi pokoje a balkonem nesmí být schůdek.

Zavázalová (2001) ve své knize hovoří o tom, že se se zvyšujícím věkem zvyšuje i prevalence chronických chorob a vzrůstá multimorbidita (současná přítomnost více onemocnění). Ve věku 60 – 74 let trpí chronickým onemocněním až 80 % osob. U starších nad 70 let je to až 87 %. Vohralíková, Rabušic (2004) uvádějí, že mezi nejčastější onemocnění, která se vyskytují u starších osob, jsou nemoci kardiovaskulární, pohybové, endokrinní, respirační a také úrazy. Autorka práce se na základě svého výzkumu, který potvrdil, že mezi nejčastější onemocnění respondentů patřilo onemocnění pohybového, smyslového a endokrinního systému, shoduje s názory zmíněných autorů. Haškovcová (1990) popisuje péči o seniory podle nejnovějších poznatků. Podle ní by měla péče zahrnovat čtyři důležité složky, a to individuální, sociální, zdravotní a hmotnou. Dle Pichauda a Thareauové (1998) na zdravotní stav člověka působí mnoho faktorů. Jedním z faktorů je například zdravotnictví (jeho úroveň a kvalita služeb). Dalším faktorem je socioekonomické zabezpečení (bydlení, způsob života). Autorka se na základě výsledků výzkumu ztotožňuje s názorem Venglářové (2007), který říká, že zhoršování zdravotního stavu představuje pro seniory velkou zátěž. Výzkum zjistil, že všichni respondenti ze zkoumaného vzorku byli spokojeni se

zdravotní péčí sester. S lékařskou péčí nebyl spokojen jeden respondent. Důvodem byly antipatie k místnímu lékaři. Chloubová (2004b) uvádí, že čím více tělesných potřeb není saturováno, tím je stav nemocného ve větší míře ohrožen.

DVO 2 zjišťovala psychologické potřeby respondentů ve vztahu k nabízeným službám.

Vohralíková, Rabušic (2004) uvádějí, že struktura žadatelů, kteří chtějí do domova pro seniory, je následující: 78 % tvoří ženy, 79 % osob je ovdovělých a 11 % rozvedených. Žadatelů starších 75 let je 77 %, starších 65 let je 45 % a 4,5 % starších 90 let. Autorka v návaznosti na výsledky výzkumu potvrdila, že respondenti, kteří si podali žádost do domova pro seniory, ovdověli ve většině případů již před nástupem do tohoto zařízení. Zavázalová (2001) se zmiňuje o rizikových faktorech (osamělost, bezdětnost, ovdovění, nesoběstačnost atd.), které se vyskytují u poměrně vysokého procenta lidí nad 60 let. Autorka práce se ztotožňuje s názorem Zavázalové (2001), který popisuje jako nejzávažnější situaci případ, kdy se kumuluje špatný zdravotní stav s vysokým věkem a osamělým způsobem života.

V průběhu všech rozhovorů autorka zjistila, že pro každého z respondentů byl příchod do domova velkou životní změnou. Határ (2005) v souvislosti se stářím mluví o adaptaci člověka na nové životní podmínky. Délku adaptačního procesu ovlivňuje mnoho faktorů a jedním z nich je i typ osobnosti. Autorka souhlasí s názorem Haškovcové (1990), která uvádí, že schopnost psychické adaptability s přibývajícím věkem klesá. Senioři mohou být nejistí nebo až úzkostní v neznámém prostředí. Haškovcová (1990) dále hovoří o tom, že stárnoucí člověk nechce opustit svou jistotu, nechce odejít do domova pro seniory, protože si uvědomuje, že ztratí svou přísně střeženou intimitu. Z autorčina výzkumu vyšlo najevo, že respondenti byli spokojeni s dodržováním intimity ze strany personálu. Vohralíková, Rabušic (2004) hovoří o tom, že v mnoha zařízeních není respektován stud uživatelů, právo na jejich soukromí, důstojnost, ale i na jejich emocionální a sociální potřeby. Chloubová (2004) hovoří o intimitě jako o nejcitlivější součásti struktury sebepojetí a sebeúcty. Autorka práce svým výzkumem potvrzuje výsledky Glosové (2006), která uvádí, že důraz na soukromí je u seniorů vnímán jako jeden z nejdůležitějších faktorů. Glosová (2006) dále hovoří o

touze po respektování soukromí v zařízení péče o seniory. Tato touha spíše vypovídá o potřebě vlastní důstojnosti a o potřebě mít své místo, odkud se může odcházet a kam vracet. Ve výzkumu bylo zajímavé porovnání soukromí u respondentů na jednolůžkovém a na dvojlůžkovém pokoji. Ve zkoumaném vzorku měla polovina respondentů spolubydlícího. Ti, kteří na pokoji neměli spolubydlícího, vypovídali, že pokud chtěli být o samotě, šli na svůj pokoj. Na tomto pokoji pak přijímali i návštěvy. Respondenti se spolubydlícím buď zůstávali na pokoji, nebo odcházeli do jídelny. Návštěvy u těchto respondentů z převážné většiny chodily za pěkného počasí ven či do společných prostor domova pro seniory. Podle názoru autorky mají respondenti na jednolůžkovém pokoji větší soukromí než respondenti na pokojích dvojlůžkových.

Příchod do domova byl pro seniory velkou změnou v jejich životě. Ve výzkumu bylo zjišťováno, zda respondenti mohou mít na pokoji některé své věci z domova, které by jim případně zpříjemnily pobyt v jejich novém domově. Glosová (2006) popisuje životní prostor, který je chápán jako místo, ve kterém se žije a na které je člověk nějakým způsobem vázán. Životní prostor může být také vyjádřen předměty, nábytkem a dalšími předměty, na něž si člověk vytvořil určitou vazbu nebo spojení s určitou situací.

S personálem domova pro seniory byla většina dotazovaných spokojena. Během rozhovorů s respondenty se zdálo, že k přístupu personálu a k péči nemají dotazovaní žádné připomínky. Vágnerová (2007) ve své knize popisuje, že se senior v novém zařízení získává anonymní roli uživatele dané instituce. Dále výše zmíněná autorka hovoří o seniorech, kteří jsou v ústavních zařízeních. Senior bývá vnímán jako bytost, která má omezené schopnosti, a proto potřebuje, aby se o něho někdo staral a rozhodoval za něj. Personál seniorům pomáhá a manipuluje s nimi i tehdy, když to není nutné. Ze strany personálu to může být např. jen rychlejší, ale postupně to vede k vypěstování zbytečné závislosti na personálu (Vágnerová, 2007). Autorka s tímto názorem souhlasí, ale dle jejího názoru se při zhoršení pohybových, kognitivních a dalších funkcí může stát senior nerovným partnerem pro profesionální pečovatele. Může docházet k porušení důstojnosti, nerespektování studu, soukromí a autonomie seniora. Tři respondenti se setkali s nějakým druhem nepřiměřené reakce ze strany

personálu. Žádný jiný dotazovaný si na personál nestěžoval. Podle autorky by mohlo jít i o určitý druh ochrany, jelikož někteří uživatelé potřebovali pomoc ze strany personálu.

Během výzkumu byla zjišťována i skutečnost, jak jsou respondenti spokojeni se svou finanční situací. Autorka předpokládala, že si dotazovaní budou spíše stěžovat. Toto tvrzení bylo vyvráceno, jelikož zůstatek financí byl pro většinu z nich dostačující. Autorka se shoduje s názorem Pichauda a Thareauové (1998), že ekonomické zabezpečení je důležité pro pocit bezpečí.

DVO 3 zjišťovala, jak respondenti vnímají uspokojování svých sociálních potřeb ve vztahu k nabízeným službám.

Autorka se na základě svého výzkumu ztotožnila s názorem Haškovcové (1990), která označuje domov pro seniory jako svět sám pro sebe. Výše zmíněná dále říká, že většina vztahů mezi jednotlivými uživateli, které byly vytvořeny v domově pro seniory, mají jen málo společného se vztahy opravdového života. Z výzkumu vyplynulo, že vztahy v domově pro seniory nejsou u většiny respondentů příliš pevné. Možnost popovídat si s jiným uživatelem vnímali respondenti dle názoru autorky jako společenskou povinnost při společných činnostech, např. při jídle na jídelně, volnočasových aktivitách. Autorka svým výzkumem potvrzuje výrok Venglářové (2007), která hovoří o vztahu k lidem, s nimiž senior v domově pro seniory žije. Tento vztah má charakter aktuálního prožívání sdíleného s mnoha zkušenostmi, které bývají někdy nové, ale také občas nepříjemné či stresující. Vazby nemusí být nijak hluboké. Jsou mnohem povrchnější než vztahy k příbuzným a přátelům, ale mohou zpříjemňovat nebo obohacovat každodenní život v domově pro seniory. Štílec (2004) ve své knize uvádí, že na zdravotní stav člověka mají vliv nejen biologické a psychologické faktory, ale i oblast sociální. Především jde o vzájemné vztahy mezi lidmi, o nasycení nebo frustraci sociálních potřeb, o sociální harmonii a mezilidskou komunikaci. Haškovcová (1990) tvrdí, že senioři preferují komunikaci s vrstevníky, mezi kterými se cítí dobře a v bezpečí. U seniorů je často patrné, že nemají důvěru k novému. Oproti tomu je zajímavé, že polovina respondentů navázala v domově přátelství s jiným uživatelem. Vzájemné návštěvy na pokojích byly zaznamenány jen u malého množství dotazovaných. Většinou se scházeli při společných činnostech pořádaných domovem

pro seniory. Samostatný kontakt příliš nevyhledávali. Jak uvádí Pichaud, Thareauová (1998) společné jídlo je pro mnoho seniorů výrazem přátelství, soudržnosti a dobrého společenství. Oproti tomu stolování o samotě může evokovat nedostatek vztahů, odloučení. Respondenti v domově pro seniory si nemohou při společném jídle na jídelně vybrat své místo na sezení. Místo jim přidělí personál. Podle názoru autorky by měl personál dbát tomu dostatečné pozornosti. Dle Venglářové (2007) mají senioři specifické problémy s komunikací. Dobrá komunikace spočívá především v ochotě naslouchat. Ve stáří se však objevují poruchy smyslů (nedoslýchavost, špatný zrak), poruchy řeči a demence, a to může být podle autorky problémem. Například člověk, který špatně slyší, si nebude chtít s ostatními povídat, ale bude se společné komunikaci spíše vyhýbat (Venglářová, 2007). Autorka se ztotožňuje s názorem Pichauda a Thareauové (1998), podle nichž je důležitější kvalita vztahů než jejich kvantita. Navázání kontaktu s „vnějším světem“ je nejčastěji zprostředkován pomocí telefonu. Autorka se shoduje s názorem Pichauda a Thareauové (1998), že telefon spojuje člověka s okolním světem, kdy se mu zachce. Respondenti jsou informováni o tom, odkud si mohou zavolat, i když toho někteří moc nevyužívají. Kalvach, Onderková (2006) popisují, že k největším sociologickým obavám ze stárnutí populace patří vyčlenění seniorů – věková segregace – z většinové mladší společnosti a ztráta životní smysluplnosti seniorů. Toto tvrzení se někdy stává smutnou skutečností. Pichaud a Thareauová (1998) ve své práci uvádějí, že některé biologické aspekty stárnutí mohou přímo ovlivnit zařazení lidí do sociálních skupin. To je také jedna z hlavních příčin toho, že jsou senioři vyčleňováni ze svého okolí.

Z výzkumu vyplynulo, že jsou respondenti průběžně informováni o akcích a činnostech pořádaných v domově pro seniory. V zařízení jsou na každém patře umístěny nástěnky, na kterých jsou aktuální informace o nabízených činnostech a aktivitách vyvěšovány.

Respondenti, kteří byli na dvojlůžkovém pokoji, vyjadřovali svá přání mít pokoj samostatný. Dle výzkumu Vohralíkové, Rabušice (2004) bydlení v domovech pro seniory poskytuje jen minimální šanci na soukromí uživatelů. V celorepublikovém průměru z roku 1997 tvořily jednolůžkové pokoje v domovech pro seniory pouze 11 %

z celkové kapacity, dvojlůžkové 44 % a vícelůžkové 45 %. V domově pro seniory Hvízdal jsou pokoje jednolůžkové nebo dvojlůžkové. Úmrtí spolubydlícího je podle názoru autorky velmi těžce neseno druhým spolubydlícím. Ve výzkumu se to také prokázalo. U dvou dotazovaných, kteří bydleli na dvojlůžkových pokojích, došlo během pobytu k úmrtí spolubydlících. Bylo to podle jejich slov „hrozné“. Jeden z respondentů je nyní již na jednolůžkovém pokoji a velmi si tuto skutečnost pochvaluje. Co se týkalo účastníků výzkumu, kteří sdílejí pokoj společně s někým, si se spolubydlící povídají jen dvě z nich. Ostatní respondenti se spolubydlícími příliš nekomunikují a na pokoji se raději moc nezdržují. Venglářová (2007) dále uvádí, že senior má potřebu být akceptován a prožívat citový vztah. Autorka práce souhlasí s Vohralíkovou, Rabušicem (2004) kteří uvádějí, že příchod seniorů do pobytového zařízení přináší nejen ztrátu soukromí, ale i oslabení dosavadních kontaktů s rodinou, přáteli a sousedy. Výše zmínění autoři hovoří o tom, že hodnotit domovy pro seniory z hlediska kvality života důchodců je velmi těžké. Pro některé z nich představují smutné místo dožití, pro jiné pak místo, kde se cítí být spokojeni, nacházejí zde nové přátele, zapojují se do kulturních, společenských a nových aktivit a podobně.

V DVO 4 se zjišťovaly spirituální potřeby respondentů. Autorku práce překvapilo, že žádný respondent nenavštěvuje bohoslužby, které se v domově konají. Jako důvod uváděli například to, že vyznávají jinou víru nebo fakt, že nejsou věřící. Některé respondentky, které dříve bohoslužby navštěvovaly, popisovaly, že pan farář byl velmi hodný, příjemný a povídal si s nimi. Důvod, proč přestaly chodit, však většinou uvádět nechtěly. Pouze jedna z respondentek uvedla, že by byla lidem pro bláznů. Vágnerová (2007) popisuje, že ve stáří potřeba spirituálního směřování velmi často narůstá. Pro seniory je důležitá jak víra, tak i duchovní hodnoty. Pohled na život a na hodnoty seniorů je velmi individuální. Mezi hodnoty, které byly pro seniory důležité, patřilo hlavně vlastní zdraví, ale také hovořili o obavě ze ztráty příbuzných a blízkých, tudíž mezi své hodnoty řadili i zdraví svých blízkých. Někteří uváděli, že již žijí poslední kousek života a často se zamýšleli nad umíráním a smrtí. Chtěli by odejít ze světa v klidu a podle jejich slov nejlépe v průběhu spánku. Z výzkumu vyplynulo, že spirituální stránka znamená pro každého člověka něco jiného. Autorka se

shoduje s názorem Opatrného (2007), pro kterého není spiritualita jen náboženská. Je to vnitřní nitro každého člověka, které s různou intenzitou vstupuje do jednání člověka.

DVO 5 odpovídala na volnočasové aktivity respondentů v domově pro seniory. Autorka práce se ztotožňuje s názorem Határa (2005), který uvádí, že prioritou domovů pro seniory by nemělo být pouze poskytovat svým uživatelům materiálně-ekonomické, sociálně-právní a zdravotnické služby. Měly by být rozvíjeny také kulturně-osvětové, společenské a edukační aktivity, které by vhodně naplňovaly život jednotlivců a umožnily by jim znovu se začlenit do kulturního a společenského života. Volnočasové aktivity v domově pro seniory vnímali respondenti většinou pozitivně. Uváděli, že se účastní zájmů, které si mohou sami vybrat a které opravdu chtějí navštěvovat. Volba výběru je pouze na nich. Vohralíková, Rabušic (2004) uvádějí, že v mnoha domovech pro seniory jsou zaváděny programy aktivizace. Nabízejí se zde nejrůznější formy aktivit, umožňující strávit stáří v kolektivu svých vrstevníků co možná nejpříjemněji a nejaktivněji. Jak zmiňuje Trachtová (2001) je pravdou, že délka života je prokazatelně delší u průměrně zdatných jedinců než u jedinců, kteří příliš zdatní nejsou. U lidí s malou pohybovou aktivitou je úmrtnost v průměru asi dvojnásobně vyšší. Štílec (2004) pak ve své knize popisuje pohyb jako základní potřebu každého živého tvora včetně člověka. Pohybová cvičení také mohou napomáhat ke změně postoje k sobě samému.

6. Závěr

Cílem výzkumu bylo nalézt odpověď na HVO, která zní: „*Jak vnímají senioři naplňování svých potřeb ve vztahu k nabízeným zdravotně sociálním službám?*“

Výzkum byl realizován v Domově pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o. Navázání kontaktu a přijetí jak ze strany uživatelů, tak ze strany personálu bylo velmi vlídné. K bližšímu seznámení s uživateli došlo v pracovní dílně, ve které jsem byla několikrát na návštěvě. Uživatelé, kteří chodili do pracovní dílny, mě již znali, a to si myslím, že ovlivnilo i následující průběh výzkumu. Lépe jsme se mohli poznat a navázat kontakt a pocit důvěry. Z mých dosavadních zkušeností mohu říci, že pokud bych přišla do domova pro seniory poprvé a s někým z uživatelů bych hned vedla rozhovor, mohlo by to případně negativně ovlivnit získané výsledky. Např. by se mi nepodařilo získat takovou důvěru uživatelů. Kontakt jsem s nimi navázala ve společenských prostorách domova pro seniory. S personálem domova pro seniory se mi spolupracovalo velmi dobře. Vždy mi poskytli potřebné informace a vyšli mi vstříc.

Pro zodpovězení HVO byly ve výzkumu stanoveny DVO, které byly rozděleny na pět oblastí s jednotlivými okruhy. Potřeby člověka jsou velmi důležité, nemusí vyjadřovat jen nedostatek, ale ukazují na to, co člověk potřebuje.

Odchod do domova pro seniory znamená pro starého člověka velkou změnu. Senior opouští své domácí prostředí, své blízké a musí se přizpůsobit novým podmínkám. Naruší se tím i oblast soukromí, na kterou byl uživatel před vstupem do domova pro seniory zvyklý. Měl své zázemí, soukromí, autonomii a po příchodu do domova může o toto soukromí přijít. Dále záleží na tom, zda je na pokoji sám nebo má spolubydlícího. S tímto člověkem pak bude trávit převážnou část dne. Proto je nutné si uvědomit, že soukromí je pro každého člověka velmi důležité. Personál v této oblasti hraje velkou roli.

Seniorům jsou poskytovány služby, které mohou ale nemusí využívat. Volnočasové aktivity pomáhají s rozvojem dovedností a schopností člověka. Vhodné aktivity a zájmové činnosti přispívají k celkovému zkvalitnění pobytu v domově pro seniory. Setkala jsem se s respondenty, kteří pokud by neměli co dělat, tak by se cítili nešťastní.

Na základě DVO, se podařilo zodpovědět HVO. Cíl práce byl splněn.

V domově pro seniory jsou nabízené zdravotně sociální služby v kontextu s potřebami uživatelů. Je zde důležité si uvědomit to, co člověk opravdu potřebuje. V domově pro seniory se většinou musí přizpůsobit určitému režimu, který je daný a často neměnný. V zařízeních by se mělo více dbát na vnímání seniora jako jedinečné bytosti se svými specifickými požadavky. To je důležité si uvědomit již při příjmu uživatele do jeho nového bydliště. Věnování se těmto nově příchozím uživatelům spatřuji jako první krok pro lepší adaptaci do zařízení. Nejen že by se měla věnovat velká pozornost již zmíněné adaptaci, ale měla by se věnovat zvýšená pozornost prevenci úrazů. Bezbariérovost v zařízeních pro seniory by měla být standardem. Pro pocit bezpečí při pohybu mohou posloužit například instalace madel a signalizačních zařízení v dosahu uživatelů na koupelně a WC. Podle mého názoru by tyto prostředky zvýšily pocit bezpečí.

Ideální by bylo, aby každý člověk mohl zůstat do konce svého života ve vlastním, přirozeném prostředí obklopen rodinnými příslušníky a širším sociálním zázemím. Domovy pro seniory se mohou v blízké budoucnosti stát stěžejním prvkem zdravotně sociální péče, a proto je potřeba z nich vytvářet důstojná místa pro život.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Bílá kniha v sociálních službách.* [online] [cit. 2009-4-15] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
2. DISMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Příručka pro uživatele. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 375 s. ISBN 80-246-0139-7.
3. DISMAN, M. 1998. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Příručka pro uživatele. 2. vydání. Praha: Karolinum, 1998. 374 s. ISBN 80-7184-141-2.
4. *Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o.* [online] [cit. 2009-4-2] Dostupné z: <http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/>
5. *Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o.* Informační brožura pro uživatele.
6. *Domovní řád Domova pro seniory Hvízdal České Budějovice p.o.* Vnitřní pravidla domova pro seniory. České Budějovice 2. 1. 2007
7. GLOSOVÁ, D. et al. 2006. *Bydlení pro seniory.* 1. vydání. Brno: ERA, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
8. GRUBEROVÁ, B. 1999. *Gerontologie.* 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1999. 97 s. ISBN 80-7040-364-0.
9. HANUŠ, P. KOLÁŘOVÁ, I. 2007. *Sociální služby v novém.* 1. vydání. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-30-6.

10. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *České ošetřovatelství 10*. Manuálek sociální gerontologie. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
12. HATÁR, C. 2005. *Inštitucionálna edukatívna starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike*. 1. vydání. Nitra: Pedagogická fakulta UKF, 2005. 104 s. ISBN 80-8050-821-6.
13. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
14. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. 2002. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 1. vydání. Praha: Gema, 2002. 110 s. ISBN nevedeno.
15. CHLOUBOVÁ, H. 2005a. Psychosociální potřeby. *Rezidenční péče*. 2005, roč. 1, č. 3, s. 14 – 15. ISSN 1801-8726.
16. CHLOUBOVÁ, H. 2005b. Změny potřeb ve stáří. *Rezidenční péče*. 2005, roč. 1, č. 2, s. 22 – 23. ISSN 1801-8726.
17. CHLOUBOVÁ, H. 2004a. Vyšší psychosociální potřeby nemocných Self (já) potřeby – sebepojetí a sebeúcty. *Osobní rádce zdravotní sestry: praktické rady a informace*, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s.1-14. ISSN 1214-0074.
18. CHLOUBOVÁ, H. 2004b. Psychosociální potřeby nemocných. *Odborný rádce zdravotní sestry: praktické rady a informace*, 2004, č. 1, 4/15.2.2, s. 1 – 10. ISSN 1214-0074.

19. JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
20. KALVACH, Z. et al. 2004. *Geriatric e gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
21. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. 2006. *Stáří*. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, Příloha Florenc 2006, roč. 2, č. 11. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
22. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
23. KOCIOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. 2003. *Fyzioterapii v geriatrici*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2003. 63 s. ISBN 80-8063-132-8.
24. KOVALČÍKOVÁ, D. 2009. Interiérové vybavení v pobytových zařízeních pro seniory. *Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociálních služeb*, 2009, roč. 10, č. 1, s. 47 – 48. ISSN 1213-2330.
25. KOZLOVÁ, L. 2005. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
26. KRAJČÍK, Š. 2000. *Geriatrica*. 1. vydání. Trnava: SAP, 2000. 82 s. ISBN 80-88908-68-X.
27. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. 2007. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. 1. vydání. Olomouc: ANAG, 2007. 352 s. ISBN 978-80-7263-405-7.

28. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
29. PAYNE, J. et al. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0. Kapitola Sociologické podmínky kvality života, s. 351 – 364.
30. KUBEŠOVÁ, H. 2001. Poruchy spánku ve stáří. *Update*. Brno: Medica Publishing and Conzulting, 2001, roč. 2, č. 11, s. 29 – 34. ISSN 1213-4856.
31. MATOUŠEK, O. et al. 2007. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
32. MAROUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
33. MERHAUTOVÁ, I., DVOŘÁKOVÁ, J. 2002. *Sociální služby poskytované v ústavních zařízeních*. [online] [cit. 2009-4-10] Dostupné z: http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/09_2003/sluzby.html
34. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠAN, J. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
35. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

36. NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. [online] [cit. 2009-3-11]
Dostupné z:
[http://www.vupsv.cz/index.php?p=publikace&klasif=&kateg=&pracovnik=162
&rok=2008](http://www.vupsv.cz/index.php?p=publikace&klasif=&kateg=&pracovnik=162&rok=2008)
37. OPATRŇY, A. 2007. Spirituální aspekty bolesti. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 6, s. 47. ISSN 1210-0404.
38. *Operacionalizace*. [online] [cit. 2009-4-16] Dostupné z:
<http://politikasocialna.blogspot.com/2008/10/operacionalizace.html>
39. PACOVSKÝ, V. 1994. *Geratrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
40. PACOVSKÝ, V. 1990. *O stárnutí a stáří*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
41. PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. 2008. *Jazykozpyt medicíny: knížka o medicínské terminologii nejen pro zdravotníky*. 1. vydání. Praha: Galén, 2008. 131 s. ISBN 978-80-7262-514-7.
42. PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. 2002. *Úvod do medicíny*. Učebnice pro bakalářské a magisterské studium zdravotnických, paramedicínských a sociálních oborů. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80-246-0414-0.
43. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

44. PRŮŠA, L. 2003. *Ekonomie sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2003. 152 s. ISBN 80-86395-69-3.
45. *Příprava na stárnutí*. [online] [cit. 2009-2-2] Poslední aktualizace: 1.8.2008. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
46. ŘÍČAN, P. 2006. *Cesta životem. Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
47. *Sociální služby - způsoby pomoci*. [online] [cit. 2009-2-20] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
48. STARNOVSKÁ, T. 2008a. Standardizace nutriční péče v pobytových zařízeních. *Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociálních služeb*, 2008, roč. 9, č. 6, s. 39 – 40. ISSN 1213-2330.
49. STARNOVSKÁ, T. 2008b. Nové pohledy na stravování seniorů v pobytových zařízeních. *Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociálních služeb*, 2008, roč. 9, č. 5, s. 39. ISSN 1213-2330.
50. STUART-HAMILTON, I. 1999. *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
51. SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vydání. Praha: SLON, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
52. ŠTILEC, M. 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.

53. ŠTILEC, M. 2003. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 94 s. ISBN 80-246-0788-3.
54. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatricie pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
55. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MESTILIAKOVÁ, D. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
56. TRÖSTER, P. et al. 2005. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: C. H. Beck, 2005. 380 s. ISBN 80-7179-856-8.
57. VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 463 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
58. VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
59. VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. [online] [cit. 2009-4-10] Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf
60. ZAVÁZALOVÁ, H. et al. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 98 s. ISBN 80-246-0326-8.
61. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. 1. vydání. Ostrava: Sagit, 2009. ISBN 978-80-7208-714-4.

8. Klíčová slova

Domovy pro seniory

Potřeby

Senior

Služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Oblasti rozhovoru

Příloha 2 Maslowa pyramida potřeb

Příloha 3 Dům životních potřeb

Příloha 4 Principy 4 x D

Příloha 5 Tabulka – sociální péče

Příloha 6 Tabulka – sociální prevence

Příloha 7 Desatero pro ty, kteří se zabývají starými lidmi

Příloha 1 Oblasti rozhovoru

Biologické potřeby

Strava

- spokojenost se stravou
- možnost uvařit si čaj či kávu
- potřeba pomoci s jídlem či pitím

Spánek

- problémy se spánkem
- postel na spaní
- vyrušuje něco v průběhu spánku

Pohyblivost

- používání kompenzačních pomůcek
- zda něco znemožňuje pohyb po domově
- hygiena, zvládání, pomoc personálu
- WC, potřeba pomoci

Prostředí pokoje

- redukce topení v místnosti
- otevření okna
- přístupnost na balkon
- osvětlení pokoje
- čistota prostředí

Zdraví

- onemocnění
- zdravotní péče

Psychologické potřeby

Příchod

- délka pobytu

- změna života po příchodu
- odkud přichází
- jak se cítil při příchodu
- pocit bezpečí v domově pro seniory

Zájmy

- koníčky, zájmy
- chybí něco

Personál

- přístup personálu
- klepání na dveře
- respekt intimity

Soukromí, zázemí

- své věci na pokoji (nábytek, květiny, obrázky atd.)
- oblečení, prádelna
- prostředí pokoje
- zamknutí na pokoji, zamknutí skříně a cenností, uložení věcí
- vnitřní vybavení pokoje
- spokojenost s koupelnou a WC
- Jak se cítíte v domově pro seniory
- možnost být sám
- přijímání návštěv

Finance

- zda je dostatečný zůstatek po zaplacení poplatků
- může uspokojit své potřeby (může si něco koupit)

Sociální potřeby

Navázání kontaktu a mezilidské vztahy

- navázání kontaktu druhým člověkem
- jak se cítíte ve skupině ostatních obyvatel

- vztahy s ostatními obyvateli
- možnost s někým mluvit
- přátelé, kamarádi
- spolubydlící, vycházení se spolubydlícím
- kontakt mimo domov
- získávání informací o dění v domově pro seniory
- koho se zeptá, když chce něco vědět
- možnost vybrat si s kým bude chtít sedět u stolu v jídelně
- procházky a výlety
- na koho se obrátí se stížností
- návštěvní hodiny
- telefonování z domova a do domova pro seniory

Spirituální potřeby

- žebříček hodnot, cíle v životě
- bohoslužby

Sociální služby – volnočasové aktivity

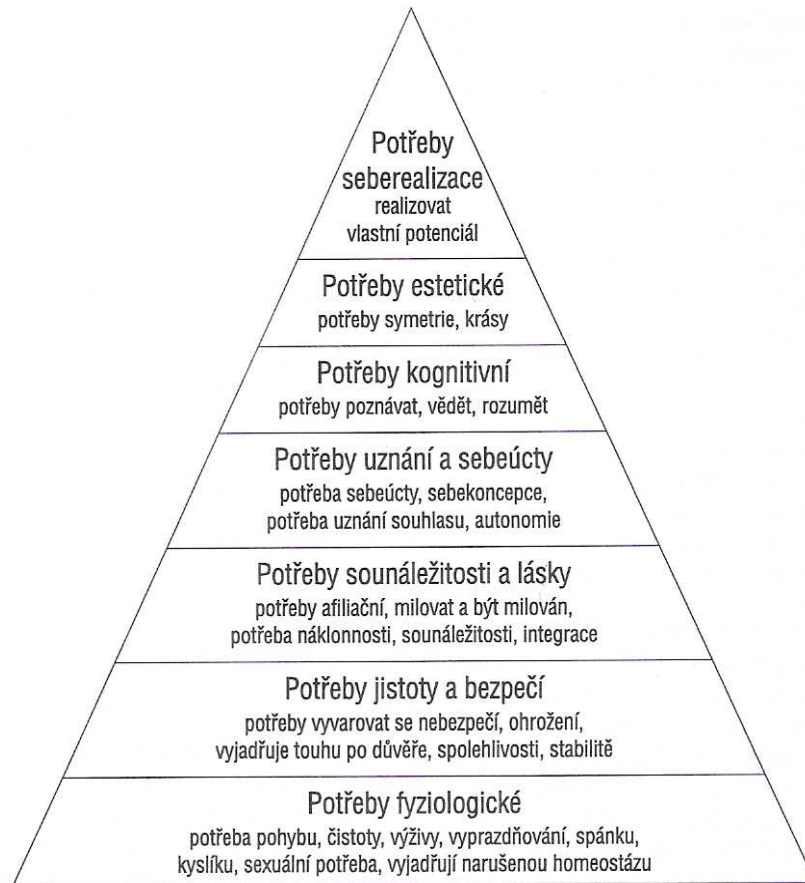
Činnosti během dne

- aktivity v průběhu dne
- víkend

Ostatní služby

- kadeřník
- pedikúra
- knihovna
- nákupy

Příloha 2 Maslowa hierarchie potřeb



Zdroj: Trachtová (2001), s. 15.

Příloha 3 Dům životních potřeb

Dům životních potřeb

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebepojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	moc submise	být první dobrodružství
láska	sounáležitosti	důvěra	komunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení prostředí	informace podněty	naděje víra	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživa	vyprázdňení moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo pohodlí (být bez bolesti)	očista hygiena	sexuální mateřské potřeby

Zdroj: Chloubová (2004b) s. 2.

Příloha 4 Principy 4 x D

Prvním principem je demedicalizace, která bere akcent na kvalitu života seniora, na přirozenost prostředí a autonomii. Péče o staré a nemocné občany musí být značnou měrou přenesena do ambulantního režimu zdravotnických i sociálních služeb a do dalších společenských sfér.

Druhý princip se nazývá deinstitucionalizace. Jedná se tu o ošetřování a zabezpečení domácím prostředím. Je třeba podpořit starající se rodiny. Prioritou je rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb. Podpora integrace seniora do společnosti.

Třetím principem je desektorizace, deresortizace. Každý resort lidské činnosti může udělat něco pro seniorskou populaci. Dochází tu k propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče

Čtvrtým principem je deprofesionalizace, kdy dochází k podpoře rodiny, využívání sousedské pomoci, seniorské svépomoci a dobrovolnictví. Ten kdo je ochoten a schopen se podílet na péči o staré a staré nemocné lidi, má být přizván ke spolupráci.

Zdroj: Jarošová (2006) a Haškovcová (2002).

Příloha 5 Služby sociální péče

Základní činnosti	Sociální služby											
	Osobní asistence	Pečovatelská služba	Tišňová péče	Průvodcovské a předčitatelské	Odlehčovací služby	Centra denních služeb	Denní stacionáře	Týdenní stacionáře	Domovy pro osoby se zdr. postižením	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Sociální služby ve zdr. zařízení
Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu	•	•			•		•	•	•	•	•	•
Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu	•	•			•	•	•	•	•	•	•	•
Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy	•	•			•	•	•	•	•	•	•	•
Poskytnutí ubytování					•			•	•	•	•	•
Pomoc při zajištění chodu domácnosti	•	•										
Výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti	•				•	•	•	•	•	•	•	•
Sociální poradenství	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Sociálně terapeutické činnosti			•		•	•	•	•	•	•	•	•
Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci			•									

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Příloha 6 Služby sociální prevence

Základní činnosti	Sociální služby					
	Telefonická krizová pomoc	Tlumočnické služby	Krizová pomoc	Sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením	Sociální rehabilitace	Sociální rehabilitace pobytová navíc nabízí tyto činnosti
Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu						•
Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy			•			•
Poskytnutí ubytování			•			•
Výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti					•	
Sociální poradenství	•	•	•	•	•	•
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím		•		•	•	
Sociálně terapeutické činnosti			•	•		
Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	•	•	•	•	•	
Telefonická krizová pomoc	•					
Nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění					•	

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Příloha 7 Desatero pro ty, kteří se zabývají starými lidmi

Pamatuj:

1. Stáří a stárnutí je vždy současně problém společenský i problém individuální. Starého jedince posuzujeme jako neopakovatelnou individualitu, ale zároveň ve společenských souvislostech.

2. Obyvatelstvo stárne, přibývá starších a starých lidí. Péče o ně je záležitostí (ale také nutností a povinností) celé společnosti, nejen těch, kteří o ně profesionálně pečují. Proto má strategický význam společenský program péče o starou populaci. Jeho tvorba a uskutečnění není jen záležitostí státu a jeho institucí.

3. Staří lidé žijí ve společnosti, jsou její součástí, musí v ní a s ní být integrováni. Nezbytná je společenská atmosféra, která racionálně chápe stáří a sympatizuje s ním.

4. Tzv. stará populace není homogenní. Je nutné uznávat její vnitřní odlišnosti strukturální i funkční. Také stárnutí a stáří jedince je vždy individuálně podmíněno a dotvářeno.

5. Posláním gerontologie jako vědy je úsilí o poznání hlavních příčin a mechanismů stárnutí. Gerontologie se snaží také o prodloužení lidského věku, především však o zlepšení kvality života ve stáří. Nejde jen o přidání let k životu, nýbrž i o přidání života k létům.

6. Problematika stáří je vždycky komplexní. Má současně tvář biologickou (somatickou), psychologickou i sociální. Jednostranný a izolovaný pohled na stáří vede k neúčinnému řešení a starým lidem jen málo pomáhá.

7. Individuální stáří je přirozenou vývojovou etapou lidského života. Stáří však nelze pasivně přijímat jen jako osud. Může být nepřítelem, ale lze se mu bránit. Na stáří je nutné se připravovat. Kvalitní a spokojené stáří je odměnou za celý předcházející život.

8. Stáří znamená ztrátu programu. Činorodý život geronta je dán rozvíjením všech přiměřených forem fyzických či duševních aktivit. Aktivitu je vhodné předepisovat jako účinné geriatrikum.

9. Nemoci ve stáří mají své časté zvláštnosti. Týkají se prevence, klinického obrazu, diagnostiky i terapie. Péče o starého a nemocného člověka vychází ze současných vědeckých poznatků a má některé neopomenutelné zásady. Mezi ně patří také funkční neoddělitelnost sociální a zdravotní pomoci, komplexní sociálně zdravotní péče.

10. Všichni, kteří nemají pochopení pro staré lidi a nevěří v účinnost své pomoci, ať dají ruce pryč od gerontologie!

Zdroj: PACOVSKÝ (1990), s. 11 – 12.