

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Důvody seniorů ovlivňující jejich vstup do Domova pro seniory
Diplomová práce

Autor: Bc. Zuzana Ouředníková
Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

2010

Abstrakt

V dnešní době se setkáváme s problematikou, že naše společnost postupně stárne a tím pádem přibývá mnoho lidí důchodového věku. To přináší sebou mnoho úskalí, kdy jedním z nich je neschopnost se sám o sebe postarat ve své domácnosti. Před seniorem se naskytne situace, kdy se rozhodl odejít do domova pro seniory. V diplomové práci mě zajímalo, jaké důvody ho k tomuto rozhodnutí vedou. V teoretické části jsem se zaměřila na problematiku stáří a stárnutí, na změny ke kterým v tomto období dochází a na faktory, které mohou ovlivnit vstup seniorů do domova pro seniory. Metodika diplomové práce byla založena na strategii kvalitativního výzkumu. K získání potřebných informací do výzkumu byla použita metoda dotazování technikou polořízeného rozhovoru. Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou důvody, které ovlivňují vstup seniorů do Domova pro seniory. Výzkum probíhal v Domově pro seniory v Humpolci. Výsledky diplomové práce mohou vést ke zvýšení informovanosti veřejnosti o této problematice.

Abstract

Nowadays, we are facing the challenge of meeting the future needs of the elderly because our society has been ageing gradually which results in an increasing number of people reaching retirement age. This brings about many difficulties, one of which being inability to care for themselves in their own households. This situation leads to the fact that seniors decide to leave their own homes for Senior Homes. In this thesis, I deal with the reasons leading to that decision. In the theoretical part I focused on the issue of old age and aging, the changes occurring during this period and factors that may influence seniors' decision to move to a Senior Home. The methodology of this thesis was based on a qualitative research strategy. To obtain the necessary information to the research, interrogation technique of a semi-structured interview was used. The objective was to find out the reasons that influence seniors' decision to start living in a Senior Home. The research was carried out in the Senior Home in Humpolec. The outcomes of this thesis may increase public awareness of this issue.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Důvody seniorů ovlivňující jejich vstup do Domova pro seniory, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 15. května 2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji paní doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za cenné informace a rady, které mi během zpracování diplomové práce poskytla. Také děkuji mé rodině za podporu a pomoc během studia.

Osnova

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Stáří a stárnutí	10
1.1.1 Vnímání seniora společností	12
1.2 Změny ve stáří	13
1.2.1 Tělesné změny	13
1.2.2 Psychické změny	15
1.2.3 Sociální změny	15
1.2.4 Duševní poruchy ve stáří	15
1.2.5 Senior v rodině	16
1.2.6 Formy nevhodného chování	17
1.2.7 Stárnutí, osobnost a životní styl	17
1.2.8 Působení stresorů z okolí	19
1.2.9 Krize ve stáří	19
1.2.9.1 Vývojové krize	20
1.2.9.2 Situační krize	20
1.2.9.3 Kumulované krize	20
1.2.10 Sebeobraz a životní spokojenost ve stáří	21
1.3 Sociální služby	21
1.4 Potřeby seniorů	22
1.4.1 Maslovova hierarchie potřeb	23
1.4.2 Sociální potřeby dle Křivohlavého	24

1.4.3	Duchovní potřeba.....	25
1.4.4	Změny chování pramenící z obtížného uspokojování potřeb.....	25
1.5	Faktory ovlivňující kvalitu života v přirozeném prostředí.....	26
1.5.1	Zdravotně-sociální změny	26
1.5.2	Opuštěnost	27
1.5.3	Ovdovění	27
1.5.4	Penzionování.....	28
1.5.5	Mezigenerační porozumění a komunikace	28
1.5.6	Mezigenerační konflikty.....	30
1.5.7	Ageismus	31
1.5.8	Problematika špatného zacházení se seniory.....	32
1.6	Umístění seniora do instituce.....	32
1.6.1	Změny domova	35
1.6.2	Senior v nemocnici.....	36
1.6.3	Etické aspekty ústavní péče o seniory.....	36
1.7	Instituce pro seniory	37
1.7.1	Druhy pobytových institucí pro seniory	38
1.7.1.1	Domovy pro seniory	38
1.7.1.2	Odlehčovací služby.....	38
1.7.1.3	Týdenní stacionáře.....	39
1.7.1.4	Domovy se zvláštním režimem	39
1.7.2	Charakteristika vybraného Domova pro seniory v Humpolci	40
2	Cíl práce a výzkumná otázka.....	41
3	Metodika.....	42

3.1	Metoda sběru dat.....	42
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	43
4	Výsledky.....	45
5	Diskuze.....	66
6	Závěr.....	71
7	Seznam použité literatury:.....	74
8	Klíčová slova.....	79
9	Přílohy.....	80

Úvod

Stáří a stárnutí je velmi aktuální tematika, neboť se týká každého z nás. Dnešní společnost se v průměru dožívá vyššího věku než dříve, má dostupnější a kvalitnější zdravotní péči, určité finanční zajištění a můžeme se tedy domnívat, že má i kvalitnější život. Často ovšem se naskytnou situace, kdy senior potřebuje péči druhé osoby. Když tato situace nastane, senior má jako jednu z možností zvolit odchod do domova pro seniory.

Diplomovou práci zaměřenou na seniory jsem si vybrala z toho důvodu, že během mého studia mě tato věková skupina lidí velmi oslovila a v budoucnu bych se jí chtěla i nadále věnovat. Během své praxe jsem se setkala s mnoha seniory, kteří žijí v domově pro seniory, ať už mají dobrý či špatný zdravotní stav. Osobně mě zajímalo, proč tolik seniorů dobrovolně odchází do domova pro seniory, kdyby mohli zůstat i nadále doma.

V teoretické části diplomové práce jsem se zaměřila na období stárnutí a stáří, na to, k jakým změnám dochází v tomto věku, jaké mají senioři potřeby a hlavně, jaké faktory mají vliv na jejich odchod do domova pro seniory. Cílem této práce bylo zmapovat důvody vedoucí k odchodu do Domova pro seniory v Humpolci, které důvody převládaly a které se u mých respondentů naopak vůbec nevyskytly.

Pro zjišťování těchto údajů jsem zvolila kvalitativní výzkum. Sběr dat proběhl metodou dotazování, technikou polořízeného rozhovoru. Rozhovory proběhly s osmi respondenty, kteří v Domově pro seniory v Humpolci pobývají již půl roku.

Touto prací chci zvýšit informovanost seniorů, i veřejnosti a upozornit na důležitou roli rodiny v této problematice.

1 Současný stav

1.1 Stáří a stárnutí

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí soubor změn ve skladbě a funkcích organismu, které způsobují jeho vyšší zranitelnost a snížení schopností a výkonnosti člověka. (30) Jako každý živý organismus i člověk se narodí, dospívá, stárne a nakonec skoná. Že to tak musí být, vnímáme nejen ze zkušenosti s ostatními lidmi kolem nás, ale také abstraktně a teoreticky. Ve veškerých tradičních společnostech se staří lidé těší jisté úctě, a to především ke svým znalostem a zkušenostem. Senioři jsou tedy bráni jako znalci, zkušení experti a též jako ti, kteří mají větší distance, neboť už nejsou pod takovým napětím své vlastní rodiny a vlastních starostí. Druhá specifická funkce stáří je, že staří lidé se odjakživa věnovali dětem. To je jejich tradiční „společenská funkce“. Předávali vědomosti, zkušenosti, um, příběhy – vše, co vytváří kulturní tradice. Třetí specifické poslání stáří souvisí se smrtí. A to takové, že staří lidé musí udělat místo mladším. (20)

Existuje mnoho způsobů, jak formulovat stárnutí. Primární stárnutí, tam řadíme tělesné změny stárnoucího organismu, sekundární stárnutí, tam patří změny, které se ve stáří vyskytují běžně, ale nejsou však jeho nutným doprovodným projevem. Někteří vědci doplňují třetí pojem – terciární stárnutí -, aby jím vyjádřili náhlý a viditelný tělesný úpadek bezprostředně předcházející smrti. Nejčastějším měřítkem stárnutí je chronologický (kalendářní) věk. Mezi ostatní běžně používané míry patří věk sociální. Vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku. (47)

Mýty o stáří žijí v nejrůznějších podobách a mají významný vliv na utváření pojetí a sebepojetí stáří. Celková představa o stáří, tzv. imago stáří, není vždy příliš optimistická, a právě proto je snaha v poslední době změnit kvalitativně postoje ke stáří a k seniorům. Mýtus chybných představ – senior zcela nebo zčásti nárokuje ekonomicko-materiální zabezpečení. Mýtus

zjednodušené demografie vyrostl na základě mylného přesvědčení, že se jedinec stává starým v den odchodu do penze. Obzvláště silně je zakořeněný mýtus nevyužitého času. Každý senior je vnímán za neužitečného, a to právě proto, že společnost pojem užitečné práce redukovala na zaměstnanecký poměr. Senior, který není profesně začleněn do obvyklé kategorie v akceptované produktivní sféře společnosti, nic nenadělá, a tím pádem nic neznamena. Není pro nás partnerem, nemůže být protivníkem. Není ho třeba brát vůbec vážně. Jeho pozice je na vedlejší koleji, je možné ho nebrat na vědomí a ignorovat. Mýtus ignorace je přítomen a jeho rozmanité projevy známe z každodenní praxe a života. (10) Úspěšně stárnout znamená porozumět stárnutí jako přirozené skutečnosti života. Vyrovnat se s omezeními danými postupným zhoršením zdraví, kondice, úbytkem sil a překonat pocety ztráty, odcizení, snížení vlastních hodnoty, neužitečnosti, přijmout snížení odpovědnosti v sociálních rolích, i finanční limity dané penzí. (50)

Stárnutí je zákonitý proces, který však není neměnný. Stárnutí můžeme prožívat úspěšně, kdy si senior zachová dobré kvality života a funkční zdatnosti do nejvyššího věku. Stárnutí však na druhou stranu může být i neúspěšné. Neúspěšné stárnutí je takové, kdy se objeví předčasná manifestace „stařeckých změn“, dále je přítomna nízká funkční zdatnost, špatný zdravotní stav a v extrému až nesoběstačnost. (33) Neúspěšné stárnutí má za následek velké omezení možností klienta a různá znevýhodnění. (18)

Adaptace je proces dynamický, jde o aktivní vztah jedince k vnitřnímu a vnějšímu společenskému okolí. Adaptace očekává realistické hodnocení skutečnosti. V případě kdy je adaptace člověka zhoršená, mluvíme o maladaptaci. Pro maladaptovaného jedince jsou typické funkční poruchy nervové činnosti, duševní poruchy a poruchy motivace a chování. (41) Na intenzitu a rychlost adaptace má vliv úroveň vzdělání a intelektu. (21)

Co zůstane po našem životě? Když člověk zemře, zůstane po něm především mrtvé tělo. Žádná lidská společnost je nikdy nepokládala za pouhý „odpad“. Teprve v dnešní době je taková tendence patrná a nedávno

uskutečněný výzkum dokázal, že více než polovina zemřelých v České Republice nemá vůbec žádný pohřební obřad. To není jen příznak obecného „materialismu“, ale hlavně hlubokého rozpadu společenských vazeb a vztahů. (20)

Stáří lze rozdělit dle věku do dvou období. Období raného stáří: 60 – 75 let, kdy dochází k významné transformaci intimity i generativity. (30)

Dle jiné publikace lze stáří rozdělit do tří období: 60 – 74 let počínající stáří, 75 – 89 let vlastní stáří, 90 let a více označujeme pojmem dlouhověkost. Jiné členění rozděluje stáří na mladé seniory (65 – 74 let), staré seniory (75 – 84 let) a na velmi staré seniory (85 let a více). (16)

1.1.1 Vnímání seniora společností

Dnešní společnost má poněkud stereotypní pohled a názor na seniory. Společnost je považuje za stejnorodou skupinu obyvatel, kteří se ocitli v poslední životní etapě. Okolí je považuje za neaktivní, očekává u nich jisté zdravotní obtíže, jako jsou přítomnost více chorob u téhož jedince, ztráta funkčních schopností a snížená soběstačnost. Jsou často vnímány jako identická skupina, která je pro společnost již spíše zátěží, neboť odčerpávají významnou část společenských zdrojů na financování důchodů a na pokrytí výdajů spojených se zdravotní a sociální péčí. Je to pohled, kterému chybí snaha najít kladné hodnoty stáří a všimnout si významné role velkého počtu starých lidí, kteří prospívají společnosti svojí prací anebo svůj čas využívají jiným plnohodnotným programem. (36) Každý senior je součástí společnosti, její nedílnou součástí. Proto je důležité, aby tyto jedince integrovala. (39) Naše společnost v době, kdy se klade důraz na finanční zajištění seniorů, často vzpomíná na to, jak bylo v dřívějších dobách pěkné, kdy se o stárnoucího člověka, starala jeho rodina. Avšak si musíme uvědomit, že ani tehdy postavení seniorů nebylo jednoduché.

Už od malička jsme vychováváni k výkonnosti, pracovitosti, prospěšnosti pro společnost a úspěch. Senior, který pak odchází do důchodu, má strach, jak bude dál pokračovat jeho život. Můžeme se setkat s pojmem tzv. penzijní kolaps, nebo penzijní smrti. Pod těmito termíny si představme ztrátu pracovní náplně a ztrátu jeho role v životě. (10).

1.2 Změny ve stáří

Pojem „biologický věk“ vysvětluje objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Obecně je tento pojem používán poměrně volně k vysvětlení celkového stavu lidského organismu. Pro určení biologického věku se někdy využívá některých specifitějších určení. Řadíme mezi ně anatomický věk (relativně obecný pojem vyjadřující stav kosterní soustavy, tělesné stavby apod.), karpální věk (stav zápěstních čili karpálních kůstek) a fyziologický věk (stav fyziologických pochodů organismu, jako je například rychlost metabolismu). (47)

1.2.1 Tělesné změny

Biologické projevy stárnutí jsou zjevné, je snížena obranyschopnost vůči infekcím, zvyšuje se náchylnost k nádorovým onemocněním, zhoršuje se hojení ran, ztrácí se pružnost vaziva, sklerotizují cévy apod. (30)

Ve stáří se starý člověk potýká se změnami zevnějšku, úbytkem svalové hmoty, změnami v termoregulaci, činnosti smyslů, degenerativními změnami kloubů, kardiopulmonálními změnami, změnami gastrointestinálního systému, změnami vylučování moči a změnami v sexuální vitalitě.

Smysly slouží mozku jako nástroje kontaktu s okolním prostředím, z čehož pramení, že jakékoliv zhoršení smyslů přímo ovlivňuje funkci mozku, a tím pádem omezuje plně prožívat okolní svět. (47)

Zrak:

Cirka u 90 % jedinců lze po 60. roce jejich věku odhalit výrazné zhoršení zrakové percepce. (29)

Nejzávažnější zrakovou vadou, kterou trpí mnoho seniorů, je ztráta zrakové ostrosti. Věk má vliv na vnímání intenzity světla. Senior vidí pouze intenzivnější světlo. Dále se s věkem zpomaluje rychlost, kterou se lidé dokážou adaptovat horším světelným podmínkám, snižuje se regenerace oka. Mezi další vážné obtíže řadíme změnu ve vnímání barev, zmenšuje se zorné pole. (47)

Sluch:

U 30 % osob po 60. roce je výrazně zhoršen sluch. (30) Přesně není známo, jak velký podíl má stárnutí na oslabení sluchu a co je důsledkem vlivu prostředí, přestože oba faktory bezpochyby hrají významnou roli. Kosti středního ucha s přibývajícím věkem z důvodu ztvárnění či artrózy často tvrdnou, což má vliv na přenos zvuku. Nejrozšířenějším typem oslabení sluchu u seniorů je stav zvaný presbyakuze (nedoslýchavost stárnoucích). Často seniori trpí tinnem, známé jako zvonění v uších. Důsledky byt' jen mírného oslabení sluchu mohou mít velice nepříznivý vliv na sociální život seniora. (47) Zlepšení zrakové a sluchové percepce brýlemi, sluchadly a jinými kompenzačními pomůckami může znamenat velkou pomoc v celkovém osobním přizpůsobení i v začleňování stárnoucího člověka. (30)

Ostatní smysly:

Oslabení ostatních smyslů zajímá psychology méně, neboť s činností psychiky nesouvisí tak úzce jako oslabení sluchu a zraku.

Chut' - vědci nemají jednotný názor, jak stárnutí ovlivňuje citlivost na chutě.

Čich - u zdravých jedinců s věkem v podstatě neslábne.

Hmat - seniori mají vyšší hmatový práh citlivosti. Snižuje se u nich také citlivost k teplotě předmětů. (47)

1.2.2 Psychické změny

U seniorů dochází ke zhoršování paměti, obtížněji si osvojují nové věci, jsou více nedůvěřiví, mají sníženou sebedůvěru, sugestibilita, jsou více emočně labilní, mají změny ve vnímání a zhoršení úsudku. (47) Citové prožívání se často stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí. V počátcích stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé, později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v okruhu blízkých osob. (30)

1.2.3 Sociální změny

Senioři mohou ke společenskému vývoji přispívat zcela jedinečným způsobem nejen vzhledem ke svým zkušenostem. (30) Sociální změny zahrnují odchod do důchodu, změna životního stylu, změna bydlení, ztráta blízkých lidí, opuštěnost a finanční obtíže. (47)

1.2.4 Duševní poruchy ve stáří

Příznaky duševních poruch se objevují ve stáří obdobně jako u jiných věkových kategorií, mohou však být méně zřetelné, schované za fyziologické změny ve stáří.

Depresivní syndrom - deprese je závažné onemocnění, nikoliv součást stáří. Klade velké nároky nejen na nemocného, ale i jeho blízké a pečovatele. Toto onemocnění vede k narušení běžných životních funkcí, dochází ke zhoršování stávajících tělesných onemocnění. Deprese zřetelně snižuje kvalitu života. Je často přítomna v počátcích demence. Mezi běžné příznaky deprese patří: zhoršení soustředění a pozornosti, snížení sebedůvěry, pocity viny, smutek, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu, ztráta plánování do budoucna, myšlenky

na sebevraždu. U seniorů jsou projevy deprese specifické: klinický obraz je povšechnější, symptomy nemusí být na první pohled patrné, objevuje se zhoršení somatických projevů, zvýšená citlivost k bolesti, somatizace, dochází k odolnosti na léčbu a obtíže chronifikují. Okolnosti, které snižují riziko deprese, jsou tvůrčí životní styl (sociální podpora, odpovídající vztahy a komunikace, podnětné prostředí, funkční podpůrná síť – pracovníci a zařízení, dosažení na služby) a zdravotní péče (léčba tělesných poruch, cílené vyhledávání a léčba smyslových poruch, péče o výživu a fyzická rehabilitace). **Organické duševní poruchy** - projevem těchto poruch jsou poruchy kognitivních funkcí (intelekt, učení, schopnost rozlišovat, třídít vnější podněty, plánovat, organizovat, mluvit, číst, schopnost abstraktního myšlení, počítat, manipulovat s předměty) a paměti. Nápadnější projevy pozorujeme v oblasti vnímání (halucinace), v obsahu myšlení (bludy), v náladách a emocích (deprese, úzkost) či v osobnosti jedince a v jeho chování. Jedinci trpící demencí jsou velmi citliví na změny prostředí, a proto každé umístění do instituce vede ke zhoršení příznaků. Setkáváme se s tzv. adaptačním syndromem. Poruchy chování mohou trvat i čtvrt roku po přemístění pacienta. (54)

1.2.5 Senior v rodině

Rodina jakožto základní společenská jednotka doznala značných změn. V moderní rodině je patrný a výrazný trvalý pokles počtu dětí a zároveň trvalý růst rozvodovosti a počtu následných, často i opakovaných sňatků. Oddělené bydliště po určité, relativně dlouhou dobu vyhovuje všem zúčastněným. Když děti dorostou do určitého věku, opouštějí nukleární rodinu. Pokud žije stárnoucí pár samostatně, má možnost zaslouženého výdechu. Dříve či později jeden z manželů umírá. Co bude dál? Představa bezmocného stáří, strach z toho, že někomu budu muset být na obtíž, bývá důvodem, proč někteří lidé nesignalizují své obtíže, a tudíž tak nenárokují péči. Senior ví o institucionální péči své a myslí si, že nejlepší je zůstat doma. (8)

1.2.6 Formy nevhodného chování

Mezi slovně neagresivní chování řadíme projevy v rámci verbální komunikace. Jedná se o stále se opakující situaci, která je velmi zatěžující nejen pro personál, ale hlavně pro příbuzné. Dochází k narušení komunikace, která může vážně zasáhnout vztah mezi jedinci. Zhoršuje se nám představa o potřebách druhého člověka. Často do tohoto chování řadíme opakování otázek, zdlouhavé opisování, nedorozumění a stále vyprávění stejných historek. Do fyzicky neagresivního chování zařazujeme bloudění, stálou chůzi, nesmyslnou manipulaci s předměty, svlékání se a nevhodné doteky vůči ostatním osobám. Slovní agresí rozumíme křik, nadávky, mnohdy jsou používány vulgarizmy. Nadávky se postupně stupňují, nemocný vyhrožuje fyzickým útokem, stížnostmi. (54)

1.2.7 Stárnutí, osobnost a životní styl

Charakterový rys extroverze-introverze (E) udává rozsah, v němž je jedinec společenský a asertivní. Charakterový rys psychotiku (P) udává rozsah, v němž je jedinec emociálně chladný a nespolečenský. Neuroticismus (N) udává rozsah, v němž je jedinec úzkostný, a stupeň stability jeho emocí. Vysoké hodnoty škál P a N neznamenaají, že se jedná o jedince nějakým způsobem psychicky narušeného, ale spíše poukazují na skutečnost, že ve stresu či nějaké zátěžové situaci může takový jedinec vykazovat určité známky psychotického či neurotického charakteru. Eysenck měří tyto hodnoty charakterových rysů E, P a N pomocí Eysenckova osobnostního dotazníku. E, P a N se během lidského života mění, důležitou roli hraje také pohlaví člověka. P (psychotismus) s přibývajícím věkem klesá, avšak rychlost tohoto úbytku je mnohem rychlejší u mužů než u žen. Jak muži, tak ženy jsou během svého života, stále více introvertnější. Změny v N nejsou tak výrazné. (47)

Odchytky v pohlaví tedy mají tendenci se s věkem v tomto ohledu spíše vyrovnávat. (30)

Sigmund Freud byl velice skeptický vůči použití psychoterapie starším lidem, neboť jim podle jeho názoru nezbyvá moc dlouhý úsek života, v němž by se mohli z výsledků terapie radovat. Erikson a Peck zase předpokládají, že osobnost jedince se vyvíjí v průběhu celého života, čímž se v názoru liší od ostatních psychoanalytiků, podle nichž je v průběhu stáří důležité řešit tři konflikty. Prvním konfliktem je vývojové rozrůznění ega versus lpění na pracovním zařazení. Spousta lidí v zaměstnaneckém poměru si vybuchovalo svoje postavení a sebehodnocení prostřednictvím práce. Po odchodu do důchodu ztrácí spolu se zaměstnáním i svoje postavení. Penzisté si proto musí najít něco, co je činí jedinečnými. Druhým konfliktem je transcendence těla versus zabývání se tělem. Pro spousty lidí znamená stárnutí zhoršování zdravotního stavu a celkové tělesné kondice. Spokojené stárnutí předpokládá schopnost překonávat tělesné obtíže, nebo nacházet radost v činnostech, při nichž je tělesný výkon celkem bezvýznamným. Třetím z konfliktů je transcendence ega versus zabývání se egem. Tento konflikt spočívá ve vyrovnávání se člověka s myšlenkou, že dříve či později nevyhnutelně zemře. (47)

Přípravu na stáří chápeme jako přípravu na aktivní stáří. Hlavní náplní správně vedená koncepce přípravy na stáří, je zaměření se na mezigenerační porozumění, na posilování kvalitních vztahů nejen v rodině, ale i mezi sousedy. (31) Celkově bylo popsáno pět typů osobnosti.

Konstruktivní osobnost připomíná optimální typ osobnosti z teorií Eriksona a Pecka – jedinec s tímto charakteristickým rysem je vyrovnán se svým životem, v podstatě nemá obavy a snaží se komunikovat s ostatními lidmi.

Závislá osobnost, neboli osobnost „na houpacím křesle“, je do jisté míry spokojená, výsledky jejího vlastního úsilí však neodpovídají jejím představám. Jedinec spoléhá na pomoc či péči od druhých lidí a bere stáří jako čas odpočinku.

Defenzivní neboli „obrněná“ osobnost je v podstatě neurotická. Jedinci s tímto charakterovým rysem pokračují v zaměstnání, nebo praktikují celou řadu aktivit, jako by chtěli dokázat, že jsou zdraví a nepotřebují pomoc druhých lidí.

Čtvrtým typem je **hostilní** osobnost, která obviňuje lidi z vlastního neštěstí. Hostilní jedinci nerealisticky přiřazují svá životní selhání jiným faktorům než vlastní osobnosti.

Posledním charakterovým rysem je **nenávisť k vlastní osobě**. Jedinci nenávisťní k vlastní osobě mají obdobné vlastnosti jako hostilní jedinci, pouze s tím rozdílem, že svou nenávisť a zlost obracejí vůči své osobě. (47)

1.2.8 Působení stresorů z okolí

Prostředí, ve kterém se vyskytujeme, působí na nás mnoha vlivy. Jsou to vlivy sociální, ale také fyzikální, např. hluk, chlad, teplo, ostré světlo či nedostatek osvětlení. V institucích pro seniory je zřejmá snaha zpříjemnit prostředí obrázky, dekoracemi, někdy i vůněmi či hudbou. Někdy podněty mohou přesáhnout hladinu, která je pro klienta příjemná, či dokonce únosná. Klient se začne chovat podrážděně a vzniklé napětí uvolňuje různými způsoby. (54)

1.2.9 Krize ve stáří

U seniorů můžeme zpozorovat několik typů krizí. Mezi nejzávažnější krize objevující se ve stáří jsou:

- Penzionování,
- Odchod dospělých dětí z domova,
- Biologické, fyzické změny a změny psychologického potenciálu,
- Úmrtí partnera, vrstevníků,
- Změna bydliště či institucionalizace. (50)

1.2.9.1 Vývojové krize

Pro jedince blížící se penzi je důležité z vývojového hlediska, vyrovnat se, se dvěma úkoly. A to s odchodem z profesního života a s konečností života (nejen vlastního). (19) Ovšem zatímco na penzi se dokážeme více či méně úspěšně připravit, hůře či vůbec se dokážeme připravit na úmrtí svých blízkých či partnera. Obtíže při překonávání těchto krizí, se mohou projevit „neurózami ve stáří“, depresemi. (27) Může se objevit nepřátelství, agrese, nebo naopak uzavření se do sebe, netečnost nebo únik do závislosti – na druhých lidech, na práci, alkoholu, útěk do nemoci apod. Vývojové krize nezačínají náhle, ale rozvíjejí se během několika dní nebo týdnů. Výzkum Senioři ve společnosti, strategie zachování osobní autonomie je součástí projektu registrovaným pod číslem 403/02/1182, který pod záštitou Grantové agentury České republiky řešil v letech 2002-2004 tým Katedry sociální práce Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity. Zaměření výzkumu bylo především na vyhledávání typů strategií, jimiž senioři zvládají stárnutí a stáří., jak běžný každodenní chod života, jak se vyrovnávají se s životními událostmi a životními krizemi. Zvláštní pozornost věnovali rodinnému zázemí starých lidí. (50)

1.2.9.2 Situační krize

Situační krize se mohou objevit kdykoliv a kdekoliv, je nesnadné je předvídat, proto ve většině případů jedince překvapí. (50)

1.2.9.3 Kumulované krize

U kumulované krize je prožívání aktuální zátěžové situace komplikováno a zesilováno vzpomínkami na předchozí ztráty. Kumulovaná krize často v mnoha

případech velmi připomíná intenzivní akutní krizi. Akutní krize se objevuje do 6-8 týdnů od kritické události, u kumulovaných krizí je časový odstup delší. (50)

1.2.10 Sebeobraz a životní spokojenost ve stáří

Pokud chceme správně rozumět osobnosti seniora, je třeba zvažovat rovněž vnější vlivy ovlivňující sebeobraz seniora a jeho životní spokojenost. V souvislosti s odchodem do důchodu bylo zjištěno, že jedinci blížící se důchodovému věku začínají mít pochyby a jsou zvýšeně kritičtí k sobě samému. Ve většině případů však lidé, kteří přestanou pracovat, hodnotí tento fakt pozitivně. (9) Postoj k některým změnám ovlivňuje skutečnost, že jsou očekávány, a tudíž jejich prožití, přijetí a zvládnutí může být lehčí (ovdovění). (29) Přestože odchod do penze a ztráta životního partnera jsou dvěma nejdůležitějšími faktory ovlivňujícími sebeobraz jedince, jeho životní spokojenost mohou ovlivňovat také jiné události (např. smrt přátel, potíže mladších příbuzných). Ekonomická situace je další zásadní faktor, mající vliv na vlastní hodnotu a přibývání depresivních symptomů. Určitý vliv může mít i úroveň sociální péče, jíž se seniorovi dostávalo. Nejlepší strategií pro seniory je zůstat co nejaktivnější. Životní spokojenost je nejvyšší u seniorů, kteří se aktivně zapojují do společenských aktivit (9) Volný čas starého člověka je často u mužů návrat ke svým někdejšími zálibám a „zaměstnávají se“, zatímco ženy se obzvláště zaměřují na mezilidské vztahy. (19)

1.3 Sociální služby

Péče o seniory byla v minulosti především, nebo zcela výhradně praktikována v rámci rodiny. Obtíže s tím spojené byly dlouhou dobu mimo horizont společenského dění. Když se ale rodina z nějakých důvodů nemohla nebo nechtěla o seniora starat, staří lidé se propadli na periférii lidského společenství.

Tradiční péče o staré lidi měla kdysi především charitativní charakter. Byla zprvu praktikována především bohatými jedinci, ať již světskými či církevními. Celý problém zajištění péče o staré lidi nebylo možné nadále řešit pouze jednorázovými milodary, případně činy. Z těchto důvodů byly již ve starověku založeny chudobince, starobince a chorobince. V dnešní době je naprosto samozřejmé, že senior potřebuje zdravotní či sociální pomoc. (9)

Sociální služby jsou definovány jako mimořádně významné části aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů, která řeší obtíže jedinců, rodin a skupin lidí. Řešení těchto různých obtíží klienta blahodárně ovlivňuje sociální klima celé společnosti. (43) Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je důležitá dobrá komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. Komunitní péče může pacientovi vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby: pobyt v denním centru, domácí péče, noční „hlídání“, přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech, praní prádla, fyzioterapie, hygienické služby a systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám. (54)

Sociální práce se seniory nese určitá úskalí, nelze přesně rozdělit činnost pracovníka na činnost zdravotní a sociální. Obě složky musejí být propojené. Sociální práce musí být prováděna kvalitně a to i v případech, kdy má klient závažné obtíže s komunikací. Péče je nezbytná nejen se seniorem samotným, ale i s jeho blízkou rodinou. Vždy je nutné postupovat ke klientovi s úctou a vytvářet pocity bezpečí a jistoty. (36)

1.4 Potřeby seniorů

Definice potřeby je popisována jako subjektivně pocíťovaný nedostatek něčeho nezbytného. (34) Potřeby seniorů nejsou stejnorodé, ale naopak přísně individuální. Jsou utvářeny stylem celého života, hodnotovým žebříčkem člověka související se vzdělaností. Povaha potřeb u seniorů závisí hlavně na úrovni zdravotního stavu. (58) Uspokojení základních fyziologických potřeb je

podmínkou pro zachování lidské bytosti. Pokud je tato podmínka naplněna, otevírá se prostor potřeb psychických. (54)

Sociální pracovníci mohou navrhnout, jakým způsobem seniorovi v uspokojování pomohou. Protože oni jsou si vědomi mnoha faktorů v seniorském věku a mohou přispět k vhodnému, realistickému a komplexnímu úsilí. (32)

1.4.1 Maslovova hierarchie potřeb

Maslow, rozdělil potřeby následujícím způsobem.

- a) **Fyziologické potřeby.** Jedná se o primární potřeby lidského těla, jako je např. potřeba potravy, vody, sexu a tepla. Nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, pak dominují a žádné další potřeby člověka nemotivují.
- b) **Potřeby jistoty a bezpečí.** Když jsou fyziologické potřeby uspokojeny, člověk se zaměřuje na uspokojení hierarchicky vyšších potřeb a těmi jsou v tomto případě potřeby jistoty a bezpečí. Mezi potřeby bezpečí patří ochrana před tělesným poškozením, nemocí, ekonomickým strádáním a neočekávanými pohromami.
- c) **Sociální potřeby.** Tyto potřeby se vztahují ke společenské povaze lidí a jejich potřebě sdružování a touze po přátelství. Na této úrovni se již nejedná o potřeby fyzické jako na předchozích dvou úrovních. Neuspokojení této potřeby může ovlivnit duševní zdraví jedince.
- d) **Potřeby uznání.** Zahrnují jak potřebu vědomí významu pro ostatní lidi (sebeúcta), tak potřebu skutečného uznání od ostatních lidí. Uznání musí být ale pocíťováno jako oprávněné a zasloužené. Uspokojení těchto potřeb vede k pocitu sebedůvěry a prestiže.

- e) **Potřeby seberealizace.** Je to potřeba člověka plně rozvinout svůj talent a schopnosti. Maslow definuje tyto potřeby jako „touhu člověka být víc a víc než je, být vším, čím je člověk schopen se stát“ (6)

1.4.2 Sociální potřeby dle Křivohlavého

Druhy sociálních potřeb rozdělujeme do několika skupin:

- a) potřeba afiliace – sociálního styk s druhými lidmi,
- b) potřeba přátelského vztahu – mít kolem sebe člověka, kterému můžeme důvěřovat,
- c) potřeba sociálního připoutání, potřeba vzájemnosti – mít kolem sebe člověka, o kterého můžeme pečovat a naopak,
- d) potřeba sociální komunikace – mít možnost s někým mluvit a vést rozhovor,
- e) potřeba sociální komparace – porovnávání sebe sama s druhými lidmi,
- f) potřeba kooperace – překračovat omezené individuální možnosti jedince,
- g) potřeba sociálního bezpečí – zajištění bezpečí proti nežádoucím útokům druhých lidí,
- h) potřeba evalvace – potřeba kladného hodnocení a uznání vlastní hodnoty druhými lidmi, potřeba úcty a sociálního uznání,
- i) potřeba sociálního zařazení a začlenění – přijetí druhými lidmi, náležet do zcela určité sociální skupiny,
- j) potřeba sociální identity – být v přítomnosti s ostatními v rámci určité sociální skupiny,
- k) potřeba lásky – být milován, potřeba někoho milovat, být vážen a uznáván jako člověk. (28)

1.4.3 Duchovní potřeba

Pro seniory je významná jak jejich víra, tj. duchovní dosahy, které jsou trvalé a přesahují aktuální život, tak církevní společenství, do něhož patří. Návštěva bohoslužeb, biblické hodiny a eventuelně i jiné aktivity v rámci církevního společenství poskytují známé a srozumitelné impulsy a dávají seniorovi smysluplnou náplň jeho života. Církevní společenství je významnou součástí sociálního ztotožnění. Nabízí seniorovi určitou sociální roli, kterou stáří neznehodnocuje. (53) „Duchovní život“ je styl, jak prožívat celý život. Je to nejen zabývání se duchovními ideami, ale je to život s Bohem jako partnerem. Část času výslovně věnované modlitbě a rozjímání jsou nedílnou součástí takového života, samy však nedělají ze života život duchovní. (8)

1.4.4 Změny chování pramenící z obtížného uspokojování potřeb

Chování seniorů, kteří mají demenci, bývá bráno jako projev onemocnění. Pozorujeme-li jednotlivé skupiny schopností, na které demence působí, dostaneme představu o změnách chování, které pak nevyhnutelně následují. Základní potřeby vytváří pole problémů v chování. Senior, který má poruchy mnoha vyšších nervových funkcí: myšlení, chápání, orientace, učení, musí zvolit jiné, náhradní prostředek k uspokojování svých potřeb. Za nejzákladnější psychickou potřebu je brána potřeba bezpečí a jistoty. Pokud se senior neorientuje, nepoznává prostředí kolem sebe, lidi ve své bezprostřední blízkosti, cítí se ohrožen. Proto bývá přirozenou reakcí obrana. Senior má také potřebu blízkosti jiného člověka. Obrana před doteky „neznámým“ (vlastně nepoznávaným) může mít formu napadení. Lidé jsou tvor sociální. Mnoho lidí potřebuje kolem sebe společnost, kontakty s druhými lidmi. Celý život chceme být potřební, užiteční. Během života se identifikujeme s celou řadou sociálních rolí. Významný vliv hrají profese, role v rodině. Senior, který přijde o řadu rolí, je důchodcem bez bližší charakteristiky. Pocity izolace často vyplývají ze

samotného principu stáří a pro takového seniora je nutné aktivně hledat sociální kontakty. Pokud senior ztrácí schopnost komunikace s okolím, špatně se orientuje v běžných situacích a nepoznává lidi kolem sebe, okolí se odsune stranou. Snaha seniora upoutat pozornost na sebe, spolupodílet se na chodu domácnosti, spolurozhodovat, to vše bývá okolím přijímáno negativně a tyto tendence se spíše potlačují. (54)

1.5 Faktory ovlivňující kvalitu života v přirozeném prostředí

1.5.1 Zdravotně-sociální změny

Ve vysokém věku je kladen důraz na prevenci neboli nalézání a podporu faktorů, které jedince udržují v dobrém zdravotním stavu a které tento stav nadále pozitivně ovlivňují. To vysvětluje pojem bio-psycho-sociální přístup k nemoci. Klade důraz na to, že zdravotní stav ovlivňují nejen faktory biologické, ale i faktory psychické a sociální. Jedná se nejčastěji o mezilidské vztahy, o uspokojování sociálních potřeb, o sociální pohodu, o mezilidskou komunikaci a podporu zdraví. Důležité je klienta podporovat k aktivnímu přístupu. (51) Sociální status člověka je vždy ovlivňován původem, množstvím financí, funkční užitečností, vzděláním, výchovou, náboženstvím, biologickými znaky a společenskou angažovaností. Nedostatek financí na základní výdaje jako je stravování, bydlení, výdaje za léky apod., vedou k závislosti starého člověka na mladší generaci. (22) Sociálně-zdravotní důsledky jsou především příčinou vyšší nemocnosti seniorů, zvýšené potřeby zdravotní a sociální. S přibývajícím věkem se zvyšuje výskyt chronických chorob a vzrůstá multimorbidita. To má za následek snížení soběstačnosti, kdy je senior zcela nebo částečně odkázán na pomoc od okolí. (58) Schopnosti jedinců řešit své obtíže označuje termín zvládání nebo schopnost zvládat. (35) Prostředí, v němž se jedinci snaží své obtíže zvládat, popisuje termín očekávání nebo požadavky prostředí. Mezi

očekáváním prostředí a jedincem bývá často rovnováha, pokud jedinec nezvládne požadavky okolí, rovnováha je poškozena a vzniká problém, který je předmětem intervence sociálního pracovníka. (37) V geriatrici se uvádí, že na zhoršování stavu pacienta má vliv užívání léků. (53) Na druhou stranu se léky seniorům předepisují v případech, pokud nebezpečné toulání a útky mohou mít negativní důsledky na jejich zdraví. To je jeden z důvodů pro časté použití farmakologických metod nebo omezovacích prostředků. (7)

1.5.2 Opuštěnost

Život můžeme chápat jako bytí ve věčném trvání a neměnnosti, znamená však také loučení, změnu a bolestivý začátek. V každém naplněném bytí bez zdánlivého konce je již obsaženo loučení, ze kterého může vzniknout, většinou v bolestech, to nové. (1)

1.5.3 Ovdovění

Manželství představuje ve stáří centrální a integrativní vztah, který má blahodárný vliv na pocit životní spokojenosti. Starší manželé vystupují vůči sobě jako primární pečovatelé, jejich děti jim mohou eventuelně poskytnout doplňkovou pomoc. Důležitou roli u starších lidí mají jejich přátelé. Ve výzkumech je senioři zařazují do těsné blízkosti partnera či dětí jako osoby, kterým důvěřují, na které se mohou spolehnout. (50) Přechody – ať už jsou nám uloženy z jakýchkoli vnitřních nebo vnějších důvodů – představují kritickou dobu. Při nich musíme v životě najít své nové místo. (1)

1.5.4 Penzionování

Nástup do penze je určen splněním jisté, v dané společnosti platné věkové hranice. Penzionování má za následek ztrátu profese a s ní spojenou změnu identity, omezení nebo ztrátu sociálních kontaktů se spolupracovníky, snížení finančního standartu a zásadní změnu životního stylu a nutnost vytvoření stylu nového. Proces přizpůsobení podmiňují osobnostní a sociální faktory (individuální potřeba práce, pracovní uplatnění, sociální potřeby, potřeby finanční, předdůchodové pracovní podmínky a u manželů realita či plány týkající se penzionování partnera apod.). (50)

Naše práce nám poskytuje pocit moci, pomáhá organizovat náš život. Tím že jsme zvyklí identifikovat se s tím, co děláme, cítíme se zbytečný, když ztratíme své pracovní pozice. Stáří nám umožňuje příležitost ptát se sám sebe, proč máme strach z nečinnosti a jakým pocitům se snažíme vyhnout. Senioři mají dvě vzájemné protichůdné touhy. Chtějí být aktivní, udržet si svoji pozici v očích ostatních, ale na druhou stranu se chtějí vzdát svých společenských povinností a žít kontemplativní život. Senioři si musí najít čas na rozjímání o tom, čím jsou, kde jsou a jaký má náš život smysl. Ve stáří se člověk zaměřuje více na vnitřní věci. Uznáváme a cítíme své vztahy k rodině, přátelům. Utváříme si svůj život z postavení hlubokého vnitřního klidu. (3)

1.5.5 Mezigenerační porozumění a komunikace

Mezigenerační komunikace, je nezbytným předpokladem kvality života. V dnešní době je tempo života zrychlené. Jsou jedinci, kteří jsou schopni si tělesnou i duševní kondici udržet do vysokého věku a zároveň dokážou být i nadále tvořiví. Mluví se o úspěšném stárnutí. Účinným momentem úspěšného stárnutí je potenciál komunikace – a to nejen bezprostředně interpersonální ale i prostřednictvím kulturních artefaktů. (17) To, jak člověk stárne, zásadně ovlivňují dvě okolnosti – autonomie a kontrola. Pojem autonomie znamená

samosprávnost, v širším smyslu samostatnost, svébytnost. (48) Pojmem kontrola se myslí rozsah, v němž dokážeme ovlivňovat vše, co se s námi děje. Vysoce kreativní jedinci bývají vysoce autonomní, přesto onemocnění, které jim neomezí tvořivost, může zřetelně snížit míru kontroly, kterou mají nad svými záležitostmi.“ (12)

Pro uchování autonomie a kontroly je často nedoceňován potenciál komunikace. Z těch překážek komunikace, které mají vysloveně mezigenerační parametry, je nutno jmenovat alespoň tyto:

- Diskriminace s ohledem na věk,
- Prožité události z minulosti,
- Charakter společenských poměrů, v nichž se odehrála převážná část života,
- Rozdílně založené a rozvíjené vzdělání,
- Rozdílné životní zkušenosti,
- Zdravotní stav,
- Příležitosti seberealizace,
- Orientovanost ve světě moderních technologií,
- Představy o významu etikety,
- Kvalita mluveného a psaného projevu,
- Pojetí důstojnosti. (17)

Správně vedená komunikace s pacientem či klientem se zdá být základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Každý jedinec má určitý styl komunikace. Vrozený rytmus řeči, hodně používaná slova. Senioři obvykle hovoří pomaleji. Obzvláště při pocitu únavy, při zvýšeném nároku na soustředění nebo ve stresu. Je důležité jim ponechat více času na promyšlení odpovědi. Na straně klienta se objevuje mnoho různých zábrán. O spoustě témat se v generaci dnešních seniorů nehovoří. Tabuizovaná bývá oblast sexuality, intimních věcí, ale i otázka financí nebo obtíží v rodině klienta. Momentální rozpoložení poznamenává všechny naše projevy. Pokud trpíme zdravotními

obtížemi, bolestmi, snižuje se naše ochota udržovat společenskou komunikaci. I pracovník může mít problémy s komunikací (např. strach ze závažných témat, problém s konkrétním klientem, hovor na erotické téma hraničící se sexuálním obtěžováním a nedostatek času). Zábrany v okolí mohou být i technického rázu (např. hluk, nedostatek soukromí, nedostatek času). (54)

1.5.6 Mezigenerační konflikty

Mezigenerační konflikty spadají hned vedle manželských problémů k nejvíce se vyskytujícím mezilidským sporům. Velká část mezigeneračních konfliktů vzniká z pokřiveného názoru a zaujatých představ o jiných generacích, a zejména pak z povýšení těchto teorií na jedinou pravdu. Nahlédneme-li do teorie konfliktů, zjistíme, že při jejich zvládnutí je důležitá nejen komunikace, ale také snaha klást sám sobě otázky a uvědomit si faktické příčiny nedorozumění. Přístupy ke konfliktům jsou různé – psychologický, hodnotový, zájmový, postojový atd. Skrze svoji specifičnost mají všechny konflikty stejnou metodologickou výstavbu. Ta je složena ze čtyř základních rovin:

- a) Pochopení konfliktu, kam řadíme:
 - definice konfliktu, postoje ke konfliktu, cyklus konfliktu, typy konfliktu.
- b) Vyhrocení konfliktu a jeho zmírnění, kam patří:
 - původ konfliktu, druhy konfliktu, prolomení konfliktu.
- c) Přístupy ke konfliktu, kam řadíme:
 - únik, přizpůsobení, konfrontace, souboj.
- d) Řešení konfliktu, kam patří:
 - Řešení problému, kompromis, dohoda. (17)

1.5.7 Ageismus

V dnešní době se často objevují negativní mýty o stáří a seniorech, stereotypy, které dávají základ ageistickým postojům. Chování mladších generací vůči starým lidem přizpívá k marginalizaci této již marginalizované skupiny. (49)

Pojem ageismus je odvozen od anglického slova age, které znamená věk, stáří a obecně je jím popisován „společný předsudek vůči stáří“. Poprvé se tento pojem objevil v roce 1968, již tehdy však byla jasná potřeba jeho nové, širší a propracovanější definice. Předsudky zakládající ageismus jsou nemoc, impotence, ošklivost, pokles duševních schopností, duševní choroba, zbytečnost, izolace, chudoba, deprese a politická moc (stereotyp, že staří lidé jsou silná politická síla). (17) Týrání starých lidí v zařízeních zahrnuje chronické zanedbávání, nedovolené používání omezovacích prostředků, nestandardní péči, časté množství pádů, dekubitů, nehod nebo úmrtí. Dále zahrnuje podplatitelný management, při prokázání skrytých chyb, selhání ochrany seniorů, nebo při selhání adekvátní péče o klienty. (38)

Oblast důchodového systému je v teorii ageismu druhým z velmi zřetelných typů nereflektovaného užívání chronologického věku. V minulosti důchod jako určitá společenská pozice neexistoval. Lidé pracovali, dokud mohli nebo dokud neskonali. První zákon, který stanovil důchodový věk, byl bismarkovský systém z roku 1889, ten určil věkovou hranici 70 let, v tehdejší době se této věkové hranice však dožil málokdo. V debatách o ageismu je zdravotní systém jedním z eticky velmi citlivých témat. Vystavuje totiž zkoumání samotnou oprávněnost věkových hranic v poskytování, financování a v kvalitě poskytované péče. Náklady na zdravotní a sociální péči jsou častým důvodem v debatách o nutnosti omezení výdajů stárnoucí společnosti, neboť se očekává, že tyto náklady budou neúměrně vzrůstat v přímé souvislosti se zvyšováním počtu seniorů. Do problematiky ageismu ve zdravotnictví a v sociálních službách, se však neřadí pouze věkové restriktce. Typickým příkladem může být podceňování některých chorob, příznaků a smyslových

dysfunkcí tím, že jsou připsány staršímu věku a nejsou rozpoznány včas jako důsledek nemoci, která by měla být řádně léčena. (55)

1.5.8 Problematika špatného zacházení se seniory

Syndrom špatného zacházení se seniory je komplikovaným zdravotně sociálním fenoménem, který vyplývá z dlouhodobého vývoje patologických vztahů k rodině za podpory dalších faktorů, které vedou k jeho manifestaci. Pocity seniora jsou podobné jako u týrajícího dítěte, ale mimo to mívá ještě navíc prožitek životního debaklu, že se k němu chovají špatně právě jeho děti, ty, do kterých investoval celý svůj život. Považuje to za selhání jeho úsilí, cílů, výchovy. Na rozdíl od dětí jsou senioři vykonavateli své právní vůle a nelze proto proti jejich vůli provádět jakékoliv zásahy. Mezi nejzávažnější projevy špatného zacházení se seniory patří: fyzické ubližování, psychické ubližování, ekonomické ubližování, sexuální ubližování a zanedbávání. (14) Při špatném zacházení následně dochází k výraznému zhoršení zdravotního stavu. Senioři si nechají často líbit i neetického chování úředníků v administrativě. (22)

1.6 Umístění seniora do instituce

Umístění starého člověka do instituce je významným mezníkem v jeho životě. Představuje zásadní změnu životního stylu, a proto je nesnadné a dlouhodobé, než se senior na tuto nastalou situaci adaptuje. (53) Existují dva typy zařízení, která jsou si navzájem podobná dle klientů, kteří tuto instituci využívají. Jedná se o léčebny dlouhodobě nemocných a domovy pro seniory. K odchodu do rezidenční instituce se senioři rozhodují na základě vážného zdravotního stavu, ekonomických důvodů a rodinných důvodů. (36) Hlavní zátěž v těchto institucích spočívá v několika problémech. Pobyt v zařízení je sloučen se ztrátou osobního zázemí. Ztrácí jistotou orientaci a pocit bezpečí známého okolí.

V nové situaci získává ze začátku pouze anonymní roli obyvatele daného zařízení. Celkově umístění do ústavu symbolicky stvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti seniora. Přesun může být vnímán jako signál blížícího se konce života. Zátěž umístění do instituce se projeví v prožívání, v kognitivní oblasti i v chování. Aby bylo možné se v novém prostředí adaptovat, je třeba jej poznat. Rozhodnutí změnit tak zásadním způsobem svůj život, bývá obvykle jen racionální. Emočně akceptováno nebývá přinejmenším na počátku. Senioři berou odchod do domova pro seniory jako nutnost v situaci, kdy dosavadní postavení seniora není z nějakého důvodu možné udržet. Nejčastějším důvodem rozhodnutí odejít do domova pro seniory je zhoršení zdravotního stavu a následně nemožnost zvládnout domácí práce a sebeobsahu. (53)

V našich podmínkách se senioři pro odchod do domova pro seniory rozhodují teprve tehdy, když přestávají být soběstační. Smýšlení typu, když „už mi nic jiného nezbyvá“, ztěžuje přizpůsobení novému prostředí, neboť je prioritně chápáno jako důkaz úpadu, jako významně horší alternativa, z níž není úniku. (39) Princip respektu k autonomii – k sebeurčení a samostatnosti klienta znamená respektovat stav nezávislého, samostatného jednání, bez vnějšího ovlivnění. (16) Znamená to tedy, uznávat schopnosti jedince řídit si svůj život, umožnit mu svobodnou volbu při jednání a to do té doby než jeho volba zasahuje do autonomie nebo práv druhého člověka. (13)

Adaptace na zařízení a změnu životního stylu je proces, který probíhá v několika fázích. U dobrovolného odchodu do domova pro seniory je první fází, fáze pochybnosti a vytváření nového stereotypu. Senior se musí nejprve orientovat, získávat informace o chodu daného zařízení. Srovnává si co do této doby, co bylo lepší a co naopak horší. Druhou fází je fáze adaptace a přijetí nového životního stylu. Senior se po určité době smiřuje se ztrátou svého zázemí, se změnou role i způsobu života a postupně si vytvoří nové životní stereotypy, získává nové sociální kontakty. U nedobrovolného odchodu do zařízení je první fází, fáze odporu. Senioři mohou být negativističtí, agresivní a hostilní vůči ostatním lidem. Druhou fází je fáze zoufalství a apatie. Ta

nastupuje většinou poté, když senior zjistí, že jeho odpor nevede k žádoucímu efektu. Rezignuje a ztrácí o všechno zájem, i o svůj život. (53) V důsledku nadměrného stresu a nezvládnutí adaptace na umístění do zařízení může senior i zemřít, tato varianta je definována jako „smrt z maladaptace. (39) Poslední fází je fáze vytvoření nové kladné vazby. A to nejen k ostatním klientům, personálu, ale i ke zvířatům. Spokojenost seniorů s životem v domově důchodců je nepřímo úměrně závislá na věku. Se svým životem v domově důchodců byli celkem spokojeni všichni jedinci mladší 75 let, spokojenost v 84,6 % byla u seniorů ve věku 75-90 let, ale už jen v 57,1 % u lidí ve věku nad 90 let. Velký význam pro instituci jsou její obyvatelé, s nimiž je klient v neustálém kontaktu. Stávají se jeho výchozí skupinou, s níž se porovnává, stávají se i jeho sociálním zázemím. Zhoršování zdravotního stavu a umírání lidí v instituci, s nimiž naváže nový vztah, představuje pro seniora další zátěž, kterou musí v domově důchodců zvládnout. Senior, který žije v domově pro seniory, si potřebuje utvrzovat svůj význam, potřebuje být akceptován a prožívat nějaký citový vztah. (53)

V instituci musí být pečováno stejnou mírou o fyzické, psychické i spirituální potřeby. Ke každému klientovi instituce je nutno přistupovat individuálně a poskytovat takovou péči, která přispívá ke zlepšení jeho stavu. Vedle základních potřeb mají být uspokojovány i potřeby společenské. Důležitý je týmový přístup k práci. Tvoření plánu péče o klienta by měla být za účasti všech pomáhajících profesí. Důležitou součástí péče jsou i terapeuticko-zábavné činnosti. Zaměřují se především na silné stránky klienta, mají snižovat negativní nálady jedinců a frustrace ze zdravotních či sociálních situací, ve kterých se senior může nacházet. (44) Když se senior ocitne v domově pro seniory, často se mění jeho struktura času a je donucen se vzdát obvyklých činností. Starý člověk je však zaměstnanci podporován k hledání nových činností, které se dají v zařízení provozovat. Je nutné, aby se při výběru činnosti přihlíželo k individualitě jedince, k jeho schopnostem a dovednostem. V České republice toto zajišťuje z velké části sociální pracovník spolu s ergoterapeutem. Aktivita jsou rozděleny do celého týdne, kdy velká část těchto aktivit je zejména ve

všední dny. O víkendu se konají většinou nějaké kulturní akce s aktuální tematikou daného období. Často se v institucích setkáme s nedostatkem personálu, který by tyto aktivity zajišťoval a plánoval a v neposlední řadě často chybí dostatečné prostory. (45)

1.6.1 Změny domova

Během let spolu s člověkem stárne byt, jeho velikost se s odchodem dětí a posléze životního partnera zvětšuje. Nedostatek financí k zaplacení nájmu či inkasa, může být jedním z důvodů ke změně bydliště. Dalším významným důvodem k přestěhování bývá špatná soběstačnost seniora. Změnu bydliště prožívají jako zásadní vytržení z dosavadního životního stylu. Opouštějí totiž domov, důvěrné místo s důvěrně známým fyzickým a sociálním okolím. Obdobné pocity mohou nastat i při přistěhování k některému z dětí. Usnadňuje sice sociální kontakty s nejbližšími i přístup k jejich pomoci, současně však ohrožuje soukromí a autonomii všech členů širší rodiny. (50) Není-li senior již schopen zůstat doma, je třeba mu poskytnout pobyt ve vhodné instituci. Než dojde k přemístění do některé z institucí, je třeba provést komplexní multioborové šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. V instituci má senior právo očekávat, že bude vypracován plán péče, který bude v určitých intervalech kontrolován a přizpůsobován potřebám seniora. Že bude mít právo rozhodovat se, pokud to jeho zdravotní stav umožní, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti. Jeho pohyb mimo instituci nesmí být nijak omezován, stejně tak i jakékoliv jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv. Péče o něj bude zajištěna po odborné stránce specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování. (54) O ztrátě autonomie seniorů v institucích, o sklonu k paternalistickému přístupu k nim se mezi odborníky stále debatuje. Badatelé upozorňují, že očekávání nekompetence

seniorů nekultivuje zbývající síly, neaktivuje rezervy, naopak posiluje závislost. Závislé chování seniora současně bývá úspěšnější cestou k zajištění sociálních kontaktů s pracovníky instituce než chování nezávislé a kruh se uzavírá. (50)

1.6.2 Senior v nemocnici

Senior, který je přijat do zdravotnického zařízení, má zdravotní problémy spojené se sníženou soběstačností. Pokud se jeho zdravotní stav zlepší a již nadále není nutná jeho hospitalizace, je snahou sociálního pracovníka ve spolupráci s ostatními odborníky, návrat klienta zpět do přirozeného prostředí. Pokud nastane situace, kdy návrat do přirozeného prostředí není možný, je nutné nalézt jiné řešení. Mezi nejčastější varianty patří umístění seniora do domova pro seniory. Proto, aby přemístění klienta do domova pro seniory, nebo jiné vhodné instituce, bylo co možná nejvíce bez největších komplikací, je potřeba, aby měl klient, kterého se to týká, co nejvíce dostupných informací o veškerých možnostech v jeho situaci. Aby se mohl sám svobodně rozhodnout, jaké řešení je pro něj to nejvhodnější. Zejména v dnešní době je propouštění těchto klientů obtížné, neboť je nedostatečná kapacita v domovech pro seniory a k tomu se přidává tlak lékařů, kteří potřebují volné lůžko pro dalšího nemocného. (36)

1.6.3 Etické aspekty ústavní péče o seniory

Evropská charta pacientů seniorů navazuje na Evropskou sociální chartu a jiné podstatné dokumenty. Úkoly zdravotní a sociální péče o seniory jsou následující:

- Podporovat dobré zdraví a pohodu seniora, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat,
- Léčit pacienta v případě onemocnění

- Pomáhat seniorům vést aktivní a plnohodnotný život v lidském společenství
- Zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- Garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci důvodů věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.“ (54)

1.7 Instituce pro seniory

V České republice rozdělujeme služby pro seniory do tří skupin. Jsou to služby ambulantní, terénní (pečovatelská služba, osobní asistence, denní centra, denní centra apod.), pro chronicky a dlouhodobě nemocné (léčebny dlouhodobě nemocných, odborné léčebné ústavy a ošetřovatelská centra) a zařízení pobytové. (18) Pobytové instituce existují dvojího typu, navzájem se liší mírou poskytovaných služeb a možností úhrady. Jsou to domovy důchodců a domovy – penziony pro důchodce. (24) První typ je zařízení Domovy – penziony pro důchodce. Toto zařízení je určeno pro klienty, kteří jsou soběstačný a zdraví a byt si v tomto zařízení pronajímají. Druhým typem zařízení je Domov pro seniory. Ten představuje klasickou formu institucionální péče, kde je k dispozici velké množství služeb, programů apod. Některé publikace uvádí ještě třetí typ zařízení a to Domy s pečovatelskou službou. Zde klienti využívají sociální služby, zejména pečovatelskou péči. (36) Pro poskytování služeb sociální péče se zřizují odlišné instituce sociální péče. Pro staré občany jsou určeny ústavy sociální péče, zařízení pečovatelské služby, jídelny pro důchodce a kluby důchodců. (26)

1.7.1 Druhy pobytových institucí pro seniory

1.7.1.1 Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají z nějakých důvodů sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje tyto činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (57)

1.7.1.2 Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové. Služby jsou poskytovány jedincům, kteří mají z nějakého důvodu sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba poskytuje tyto činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,

- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. (57)

1.7.1.3 Týdenní stacionáře

V týdenním stacionáři se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje tyto činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (57)

1.7.1.4 Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba poskytuje tyto možnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (57)

1.7.2 Charakteristika vybraného Domova pro seniory v Humpolci

Posláním domova důchodců Humpolec, příspěvkové organizace, je poskytovat pomoc a podporu klientů, aby udrželi a rozvíjeli své schopnosti za pomoci odborného personálu. Zřizovatelem tohoto domova je Krajský úřad Kraje Vysočina. Lůžková kapacita tohoto domova je 203 lůžek. Chod zařízení zajišťuje zhruba 90 pracovníků. V zařízení denně ordinuje lékařka, ošetrovatelskou péči zajišťuje nepřetržitě tým odborně vyškolených diplomovaných zdravotních sester, ošetrovatelek a pracovníků v sociálních službách. Odbornou péči rehabilitační zajišťují rehabilitační pracovníce. Domov důchodců poskytuje služby občanům v důchodovém věku nebo těm, kteří pobírají invalidní důchod a respektují a souhlasí s podmínkami pobytu mezi seniory. (5) Domov poskytuje služby uvedené v zákoně o sociálních službách. Dle § 49 poskytují tyto služby: poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (57)

2 Cíl práce a výzkumná otázka

Cíl 1 – Zmapovat důvody, které ovlivňují vstup seniorů do Domova pro seniory v Humpolci.

Cíl 2 – Zjistit, zda měli před vstupem do Domova pro seniory očekávání a představy o budoucím životě.

Cíl 3 – Zjistit, zda jsou v Domově pro seniory uspokojovány potřeby dotazovaných klientů.

Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum, hypotéza nebyla předem stanovena. U kvalitativního výzkumu je nutné stanovit výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka je východiskem pro osobu provádějící výzkum, pomáhá začít s výzkumem a zároveň mu během výzkumu pomáhá udržovat správný směr a předmět výzkumu. (46)

V této diplomové práci jsem stanovila následující výzkumnou otázku:

Jaké jsou důvody seniorů, které ovlivňují jejich vstup do Domova pro seniory v Humpolci?

3 Metodika

Metodika diplomové práce je založena na kvalitativním výzkumu. Cíl diplomové práce se uskutečnil na základě polostandardizovaného rozhovoru. Získané informace jsem během rozhovoru stručně zapisovala, abych nenarušila plynulost rozhovoru. Po skončení rozhovoru, jsem odpovědi dopsala do předem připraveného formuláře. Otázky jsem stanovila podle předem prostudované odborné literatury.

Kvalitativní výzkum umožňuje systematický proces a subjektivní přístup u popisu a interpretaci životních zkušeností. (2) Je to také výzkum vztahující se k životu lidí, jejich příběhů, chování, ale také vzájemných vztahů. Výsledky mohou sloužit ke tvorbě výzkumných nástrojů, k vývoji určitých pojetí, k hodnocení projektů a k poskytnutí informací pro komerční účely. (46)

Rozhovory s klienty se uskutečnily v Domově pro seniory v Humpolci. Rozhovory probíhaly ve dnech 9.12. – 10.12. 2009. Délka rozhovorů se lišila dle klientů, vždy zhruba v rozmezí od 25 až 45 minut. Před každým rozhovorem jsem klienta seznámila s cílem mé diplomové práce a zdůraznila anonymitu tohoto výzkumu a dobrovolnost. Rozhovory probíhaly vždy v soukromí, aby nedocházelo k narušení rozhovoru a aby nebyla narušena pravdivost jejich sdělení.

3.1 Metoda sběru dat

K získání potřebných informací do mého výzkumu byla použita metoda dotazování technikou polořízeného rozhovoru.

Polořízený rozhovor - technika sběru informací, při kterém jsou potřebné informace získávány prostřednictvím cíleně zaměřených otázek kladených lidem v rozhovoru vedeném tváří v tvář. (25) Posloupnost otázek, jejich formulace, by

mělo být operativně přizpůsobováno průběhu každého jednotlivého rozhovoru.
(11)

Strukturu rozhovoru jsem předem prodiskutovala se svou vedoucí diplomové práce. Začátek rozhovoru se zaměřoval na zjišťování základních údajů, poté následovaly otázky k navození příjemné atmosféry a důvěry. Zbylá část rozhovorů se zaměřovala na cíl mé diplomové práce s prokládáním méně a více složitých otázek vždy přizpůsobených komunikační úrovni klienta. Dále mě zajímala také oblast uspokojování potřeb dotazovaných klientů v Domově pro seniory a otázky zaměřující se na personál tohoto Domova.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr respondentů byl účelový. Účelový výběr je založený pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být sledováno a co je možné pozorovat. Při použití účelového výběru musí výzkumník jasně a přesně definovat skupinu lidí, kteří jeho vzorek reprezentují. (4) Než jsem uskutečnila vlastní výzkum, musela jsem si stanovit určité hledisko, podle kterého jsem vybírala osoby do svého výzkumu. Musíme si uvědomit, že výsledky z tohoto výzkumu nelze široce generalizovat, avšak mohou být prospěšné. Ve svém výzkumu jsem si stanovila tato hlediska:

- Dotazovaný respondent spadá do věkové skupiny nad 60 let.
- Obě pohlaví musí být zastoupena rovnoměrně (čtyři muži a čtyři ženy).
- Senior pobývá v Domově pro seniory déle než půl roku.
- Respondenti jsou schopni komunikace.

S ohledem na tato hlediska mi sociální pracovnice poskytla soupis potencionálních respondentů, ze kterých jsem za pomoci losování vybrala

požadovaný počet. Výsledky jsou zpracovány individuálně, a to v podobě osmi kazuistik.

Než jsem uskutečnila samotné rozhovory, proběhl pilotní výzkum, kdy jsem dva rozhovory uskutečnila se dvěma různými seniory a případné nedostatky upravila.

4 Výsledky

Kazuistiky jednotlivých klientů:

- Respondent A (žena 91 let)

Délka pobytu v zařízení – 8 let.

Zdravotní obtíže – poruchy pohybového aparátu, Diabetes mellitus.

Druh bydlení – činžovní dům, 2. patro bez výtahu.

Důvody klientky pro odchod do Domova pro seniory v Humpolci (dále DpS).

Klientka odešla do DpS ve svých 83 letech a to z důvodů zdravotních. Měla vážnou poruchu pohybového aparátu a byla po operaci v nemocnici upoutána na lůžko. Kvůli svému zdravotnímu stavu potřebovala po propouštění z nemocnice dohled. V domácnosti bydlela sama, její manžel zemřel již před mnoha lety a po manželovi jiného druha neměla. V domácnosti s klientkou nežila ani její rodina. Dcera bydlí ve městě vzdáleném padesát kilometrů od jejího bydliště, navíc její zdravotní stav nedovoluje postarat se o svoji matku. Péči by mohla vykonávat její vnučka, která nemá žádné zdravotní obtíže, ta však stále chodí do zaměstnání a nemá pevnou pracovní dobu. Nikdo jiný v rodině neprojevil zájem o péči o ni. Proto nemocnice ve spolupráci s vnučkou zařídila umístění do DpS. Klientka neměla možnost výběru a nemohla se sama rozhodnout pro jinou formu péče. Pokud by zůstala ve své domácnosti, nezvládala by úklid, hygienu, běžný chod domácnosti, přípravu stravy, pochůzky po úřadech, nákup apod. Dalším významným faktorem jejího přemístění je to, že v činžovním domě chyběl výtah.

Jaké bylo očekávání uspokojování potřeb v DpS?

Klientka neměla žádné představy o tom, jak život v DpS bude vypadat. Neměla představy o ubytování, vybavení pokoje, stravování, o nových spolubydlících, o

péči, která jí bude poskytnuta. Paní nad tímto nechtěla ani přemýšlet, bylo jí to všechno vcelku lhostejné. Očekávala pouze nějaké kapesné, ale neodhadovala jeho výši. Dále očekávala návštěvy svých příbuzných v určitých pravidelných intervalech. Na otázku, co klientku příjemně potěšilo při nástupu do DpS, byl dojem z čistého a pěkného prostředí.

Oblast života v DpS.

Biologické potřeby:

Klientka je spokojena s péčí o svou osobu. Považuje za dostačující celkovou hygienu jedenkrát týdně i čistotu a výměnu ložního prádla. Stravu hodnotí jako dobrou, porce jsou přiměřeně velké a nemá pocity hladu. Na pokoji má neustále k dispozici konvici s čajem. Nyní má obtíže s chůzí a s pohybem celkově. Je spokojena s ošetřovatelskou a pečovatelskou péčí, která jí je v DpS poskytována. Klientka má pocit dostatku soukromí, ale klid na pokoji jí trochu ruší spolubydlící, která neustále odchází kouřit. Její pokoj má dostačující teplotu, kladně hodnotí i vybavenost pokoje, bezbariérovost a čistotu.

Sociální potřeby:

Vztahy s rodinou považuje klientka za dobré, nemá pocit, že by se jejich vztahy po nástupu do DpS nějakým způsobem změnily. Konflikty se spolubydlící a ostatními obyvateli DpS nemá. Pozitivně také hodnotí vztahy s personálem, nikdy se nesečkala s tím, že by se k ní personál choval hrubě či neslušně. Kontakt s okolím mimo DpS nemá a nenavazuje, a to hlavně z důvodu zdravotního stavu, kdy bez pomoci druhé osoby není sama schopná do okolí vyjít. Volný čas v DpS tráví klientka hlavně četbou knih. Dále ji zajímá trénování paměti a tělesné cviky, kterých je schopna podle svého zdravotního stavu. Ze všech aktivizačních kroužků, které DpS nabízí, klientka vůbec nevyužívá možnosti ergodílny, připadají jí nudné. Časový harmonogram všech aktivit považuje za rovnoměrně rozložený a žádná aktivita jí v DpS nechybí.

Psychologické potřeby:

Klientka se cítí dobře, její představy o životě jsou zde uspokojovány. Ve svém okolí má osobu, na kterou se může spolehnout. Nemá pocit, že by se její chování po nástupu do DpS nějak změnilo. Na otázku jaké má cíle do budoucna, odpověděla, aby nebyla nemocná.

Spirituální potřeby:

Klientka je katolického vyznání. V tomto DpS je místo, kde může uspokojovat své duchovní potřeby, avšak je to místnost jídelny, která se na bohoslužbu příliš nehodí, i když se patřičně vyzdobí. Bohoslužba se koná vždy jedenkrát za čtrnáct dní. Klientka by uvítala častější bohoslužby a speciálně vytvořenou místnost pro ně.

Oblast personální.

Klientka má pocit, že personál s ní dostatečně komunikuje a stará se o to, jak se cítí a zda je vše v pořádku. V DpS nemá pracovníka, kterého by nějak upřednostňovala. Pokud má klientka nějaké přání, personál se ho snaží co nejrychleji vyřešit.

- Respondent B (žena 88 let)

Délka pobytu v zařízení – 14 let.

Zdravotní obtíže – poruchy pohybového aparátu, po operaci kyčle.

Druh bydlení – panelový dům, 4. patro s výtahem.

Důvody klientky pro odchod do Domova pro seniory v Humpolci.

Klientka odešla do DpS ve svých 74 letech. Do DpS odešla společně se svým manželem, který byl ve velmi špatném zdravotním stavu. Pokud by nadále zůstala ve své domácnosti, péči o svého manžela by nadále jen těžko sama zvládala. Důvody, které ji vedly k tomuto rozhodnutí, byly jednak nedostatečná

schopnost pečovat o manžela, a jednak dispozice bytu, která nebyla optimální a domácnost nebyla bezbariérová. Stále obtížnější bylo i zvládnání chodu domácnosti. I když byl v panelovém domě výtah, nošení tašek s nákupem bylo náročné. Byla ve velké míře odkázána na jídlo, které ji nosila dcera. Klientka nevyužila služeb pečovatelské služby, která by jí s péčí o manžela a také s dovážením stravy pomohla. Klientka neměla k tomuto druhu sociálních služeb dostatek důvěry. S péčí o manžela jí tedy pomáhala pouze dcera, která však mohla docházet do bytu pouze jedenkrát týdně, což bylo značně nedostačující. Odchod do DpS bylo svobodné rozhodnutí manželů. DpS jim zařídila dcera.

Jaké bylo očekávání uspokojování potřeb v DpS?

Klientka měla představy o DpS z doslechu od známých lidí z jejího okolí. Klientce byla umožněna návštěva tohoto DpS, byla tedy před nástupem seznámena s budoucím prostředím. Paní věděla, že s manželem budou bydlet v samostatném pokoji. Klientka očekávala, že péče o manžela se tímto přenese hlavně na personál DpS. Paní nepřemýšlela o tom, jací budou ostatní klienti Domova. Dále očekávala, že návštěvy příbuzných se nijak nezvýší, že zůstanou v obvyklých intervalech, jako byly doposud. Po nástupu do DpS byli manželé mile překvapeni přirozeným přístupem personálu.

Oblast života v DpS.

Biologické potřeby:

Klientka je spokojená s péčí o svou osobu. Také kladně hodnotí stravu, která se zde podává. Vyhovuje jí teplota pokoje, čistota i vybavení pokoje. Od doby, kdy jí zemřel manžel, byla přestěhována na jiný pokoj. Stávající klientka ji ruší hlukem zejména v noci, kdy hlasitě nařiká, což narušuje její spánek. Klientka má pocit nedostatku soukromí, a to v situacích, kdy jde na „gramofon“ (vozík sloužící k vyprázdnění), a druhá spolubydlící na ni hledí ze svého lůžka. Když jsem se zeptala klientky, jestli by ke zvýšení soukromí stačilo při tomto úkonu zatáhnout plentu, rozhodně odpověděla, že by to bylo zcela vyhovující.

Sociální potřeby:

Po celou dobu pobytu v DpS navazuje rodina kontakty s klientkou a naopak. Ve vztahu k rodině nedošlo ke změnám. Komunikace se spolubydlicí je obtížná, neboť je nedoslýchavá. Proto kontakt navazuje s ostatními klienty Domova. Ráda by navázala vztahy i s přáteli, které zná již z dob, kdy ještě bydlela s manželem doma, ale z důvodů špatné pohyblivosti je to nemožné. Vztahy s personálem jsou bez obtíží. Volný čas v DpS tráví zejména čtením a také navštěvuje ergodílnu. Z důvodu špatné pohyblivosti nejezdí na kulturní akce, kterých by se však velice ráda zúčastnila.

Psychologické potřeby:

Na otázku, jak se momentálně cítí, mi klientka odpověděla: „Cítím se jako na vejminku. Dokud mohu číst a jsem schopná myslet, je to dobré.“ V této době má kolem sebe osoby, na které se může spolehnout. Po nástupu do DpS jí nějaký čas trvalo, než si zvykla na nové prostředí, ale byla ráda, že jí s péčí o manžela někdo pomůže. Její představy o životě jsou v DpS uspokojovány. Na otázku, zda má nějaký cíl, přání do budoucna, odpověděla: „Že z okna přímo kouká na hřbitov, kde časem skončí.“

Spirituální potřeby:

Klientka je vyznání římskokatolického. Na bohoslužbu chodí pravidelně. Určitě by v DpS uvítala kapli, ale uvědomuje si, že tam není dostatek prostoru.

Oblast personální.

Klientka má pocit, že personál s ní dostatečně komunikuje a stará se o to, jak se cítí a zda je vše v pořádku. V DpS nemá pracovníka, kterého by nějak upřednostňovala. Pokud má klientka nějaké přání, personál se ho snaží co nejrychleji splnit.

- Respondent C (žena 80 let)

Délka pobytu v zařízení – 7 let.

Zdravotní obtíže – poruchy pohybového aparátu, onemocnění srdce, Diabetes mellitus.

Druh bydlení – rodinný dům.

Důvody klientky pro odchod do Domova pro seniory v Humpolci.

Klientka odešla do DpS ve svých 73 letech. Její důvody pro odchod do Domova byly hlavně zdravotní. Když ještě před 10 lety bydlela v rodinném domě se svým manželem, veškerý chod domácnosti zvládali společně. Klientka na tom nebyla zdravotně nejlépe, měla poruchy pohybového aparátu a špatně se jí chodilo. Manžel zařizoval veškeré pochůzky, veškerou péči o manželku, nákupy, úklid domácnosti i přípravu stravy. Jednoho dne však náhle zemřel a klientka se ocitla ve velmi tíživé situaci. Nejenže měla zdravotní obtíže a nebyla schopná se o sebe sama starat, ale i po stránce psychické na tom nebyla nejlépe. Po této nepříjemné situaci si klientku vzala do péče její sestra. Nikdo jiný z rodiny neprojevil zájem o péči, i přesto, že klientka má dva syny a tři vnoučata. Důvody, pro které se o ni synové nemohli postarat a které jí byly ze strany synů také takto vysvětleny, byly pracovní povinnosti či nevyhovující prostor pro dalšího člena rodiny, o kterého by měli pečovat. Sestra klientky si ji nastěhovala do svého panelového bytu. V tomto domě byl výtah, ale klientka už nikam mimo tento byt nevycházela. Když bylo nutné navštívit lékaře, vždy se to vyřešilo za pomoci synů klientky. U sestry bydlela přibližně jeden rok, než se její stav také natolik zhoršil, že ta již o ni nadále nemohla pečovat. Tehdy klientka usoudila, že nezbývá nic jiného, než nastoupit do DpS. Do tohoto rozhodnutí ji nikdo nenutil.

Jaké bylo očekávání uspokojování potřeb v DpS?

Tato klientka neměla ve shonu zařizování čas přemýšlet nad tím, jak bude život v DpS vypadat. Klientka to brala jako nutnost, proto nepřemýšlela nad budoucími klienty, ani nad tím, jak bude situováno ubytování v DpS.

Oblast života v DpS.

Biologické potřeby:

Během oněch sedmi let, kdy klientka v DpS žije, má zkušenost s dobrou péčí o svou osobu. Spokojená je i s vybavením a čistotou pokoje. Nemá ovšem pocit dostatku soukromí. Je to zejména proto, že na pokoji jsou po třech a neustále mají otevřené dveře na chodbu. Personál ani samy klientky dveře nezavírají, pouze na noc. Proto pokoj působí dost veřejně, kdokoliv kolem projde, má možnost nakouknout. S otevřenými dveřmi jsem se v tomto DpS setkala dost často. Klientka dále vidí negativa ve stravě. Nekonzumuje omáčky, což v české kuchyni není výjimečná záležitost jídelníčku. Klienti nemají možnost výběru z více jídel, tuto možnost mají pouze ve středu, kdy je na výběr ze dvou druhů. Klientka tuto situaci řeší tím, že má na pokoji vždy nějaké podmáslí, či něco jiného, čím nahrazuje stravu, kterou nejí.

Sociální potřeby:

Po příchodu do DpS se vztahy s rodinou nezměnily. Naopak měla klientka pocit, že návštěvy její rodiny jsou po nástupu do DpS častější, než když bydlela doma či u sestry. Vztahy se spolubydlícími nejsou konfliktní. Klientka z důvodu špatné pohyblivosti nenavazuje kontakt s ostatními lidmi z Domova. Jedinými s kým komunikuje, jsou dcera, personál a spolubydlící na pokoji. Volný čas v DpS tráví čtením knih a luštěním křížovek. Pokud zaměstnankyně DpS dovezou paní do ergodílny, ráda tráví volný čas i tam. Žádné jiné další aktivity jí v Domově nechybí.

Psychologické potřeby:

Při rozhovoru se klientka cítila dobře. Osobami, o které se může opřít, jsou její sestra a syn. Klientka nemá žádné cíle do budoucna, pronesla pouze: „Snad jen dožít.“

Spirituální potřeby:

Klientka je vyznání katolického, pravidelně se účastní bohoslužeb, kam ji dovezou na vozíku. Místnost pro bohoslužby tady v DpS jí postačuje.

Oblast personální.

Klientka má pocit, že personál s ní dostatečně komunikuje a stará se o to, jak se cítí a zda je vše v pořádku. V DpS neupřednostňuje určitého pracovníka. Pokud má klientka nějaké přání, personál se ho snaží co nejrychleji vyřešit. Zatím se nesečkala s tím, že by nějaký zaměstnanec na ni byl hrubý či drzý.

- *Respondent D (žena 84 let)*

Délka pobytu v zařízení – 6 let.

Zdravotní obtíže – poruchy pohybového aparátu.

Druh bydlení – panelový dům.

Důvody klientky pro odchod do Domova pro seniory v Humpolci.

Klientka odešla do DpS ve svých 78 letech. Tehdy bydlela ve své domácnosti společně s dcerou, její manžel zemřel před 15 lety. Vše probíhalo bez obtíží, ale pak tato klientka onemocněla západem plic a byla hospitalizována v nemocnici. Klientka již před onemocněním hůře chodila, ale poté, co měla klidový režim, se její pohyblivost ještě více zhoršila. Byla přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných, neboť dcera klientku nezvládla sama ošetřovat, i když chtěla. Poté, co se její zdravotní stav zlepšil, i nadále zůstávala v léčebně a zařizovalo se její přeložení do Domova pro seniory v Humpolci. Důvody, které vedly k nástupu

do DpS, byly zdravotní. Klientka také potřebovala pomoc druhé osoby a sama by již nevládala zařizovat běžný chod domácnosti i různé pochůzky. O tom, že by využila služeb pečovatelské služby, vůbec neuvažovala. Nikdo jiný z rodiny neprojevil zájem o pečování o klientku.

Jaké bylo očekávání uspokojování potřeb v DpS?

Tato klientka na rozdíl od předchozích měla celkem jasné představy o tom, jak bude život v DpS vypadat. Očekávala, že pokoje budou maximálně po dvou lidech, že tam bude dostatek úložných prostor. Dále očekávala, že jí bude k dispozici neustálá ošetrovatelská a pečovatelská péče. Naopak vůbec neočekávala, že v DpS budou pro klienty probíhat nějaké aktivity. Klientka se obávala toho, s kým bude bydlet na pokoji, a toho, jak si bude s danou osobou rozumět. Stejně tak se obávala i přístupu zaměstnanců k ní, možnosti nedorozumění. Klientka očekávala, že ji každý den v DpS bude navštěvovat dcera a alespoň jedenkrát za týden syn.

Oblast života v DpS.

Biologické potřeby:

Klientka je spokojena s péčí o svou osobu. Je hodně nespokojená se stravou, která se v DpS podává. Paní mi sdělila, že místní strava se rapidně pohoršila proti dřívější době. Porce jsou sice velké, ale často vaří guláš, či kuřecí maso. Aby neměla hlad, snaží se vše sníst, i když jí strava nechutná. Dále je klientka hodně nespokojená s nedostatkem soukromí a klidu na pokoji. Jak již bylo zmíněno výše u respondentky B, i tato paní má obtíže s vyprazdňováním na pokoji mezi ostatními obyvatelkami pokoje. Na druhou stranu spokojenost s ošetrovatelskou a pečovatelskou péčí je vysoká. Lékař je k dispozici třikrát do týdne, a pokud má nějaké obtíže, snaží se je co nejrychleji vyřešit. S čistotou a teplotou pokoje je taky spokojená.

Sociální potřeby:

Vztahy s rodinou jsou u této klientky bez obtíží nedošlo k žádným změnám po nástupu do DpS. Klientka doufá v lepší vztahy se spolubydlícími. Velmi málo mezi sebou komunikují. Je to hlavně proto, že obě paní na pokoji, se kterými bydlí, jsou nedoslýchavé. Vztahy se zaměstnanci jsou dobré, klientka se nesesetkala s hrubým chováním. Jelikož mezi sebou na pokoji velmi málo komunikují, klientka navazuje kontakty s jinými obyvateli DpS. Ráda by navazovala kontakty i mimo DpS, ale v tom jí brání špatná pohyblivost. Volný čas tady v DpS tráví paní čtením a trénováním paměti. Ergodílnu nenavštěvuje, neboť špatně pohybuje pravou rukou a mrzí ji, že nemůže dělat to, co ostatní klienti.

Psychologické potřeby:

Na otázku, jak se klientka cítí, odpověděla: „Docela slušně“. Cíle do budoucna, které mi paní sdělila, jsou tyto: „Aby vše bylo alespoň takové jako doposud, a to minimálně ještě dva roky.“ Klientka má ve svém okolí člověka, na kterého se může spolehnout.

Spirituální potřeby:

Tato paní je katolického vyznání. I když je v Domově místnost určená k bohoslužbám, klientka to nepovažuje za vhodné místo a určitě by uvítala vybudování kaple.

Oblast personální.

Klientka je spokojená s personálem, který o ni pečuje. Má pocit, že personál s ní dostatečně komunikuje a snaží se jí vyhovět ve všem, co je reálné. Nemá mezi zaměstnanci pracovníka, kterého by upřednostňovala či naopak nechtěla vidět.

- Respondent E (muž 80 let)

Délka pobytu v zařízení – 1 rok.

Zdravotní obtíže – bércové vředy, zhoršené polykání, Diabetes mellitus.

Druh bydlení – rodinný dům.

Důvody klienta pro odchod do Domova pro seniory v Humpolci.

Klient odešel do DpS ve svých 79 letech. Před nástupem do Domova bydlel s manželkou v rodinném domě vzdáleném od jeho rodiny cca 50 km. Manželka však před 5 lety zemřela. Zpočátku zvládal chod domácnosti bez obtíží, avšak po nějaké době to bylo stále těžší. V období, kdy si podával žádost do DpS, stále chod domácnosti sám zvládal. Hlavním důvodem pro odchod do DpS byla však samota a na druhém místě pak i postupné zhoršování zdraví. Nikdo z rodiny klienta nenutil k odchodu do DpS. Z jeho rodiny se dcera nabídla, že může jít bydlet k ní do bytu, ale klient tuto nabídku odmítl s vysvětlením, že nechce být nikomu na obtíž. O využití služeb pečovatelské služby neuvažoval, neboť měl pocit, že terénní pečovatelská služba by jeho pocit osamocení nevyřešila.

Jaké bylo očekávání uspokojování potřeb v DpS?

Klient neměl žádné představy o tom, jak život bude v DpS vypadat. Očekával spíše pozitivum v tom, že nebude osamocen a bude kolem něho mnoho lidí, se kterými může navazovat kontakty. Samozřejmě očekával i lepší dostupnost zdravotnické péče, než měl nyní. Doufal v to, že bude na pokoji s člověkem, se kterým si bude rozumět. Dál očekával, že si bude moci do DpS přivést nějaký svůj nábytek. Při nástupu do DpS klienta mile překvapilo prostředí Domova a přístup personálu.

Oblast života v DpS.

Biologické potřeby:

Klient je spokojený s péčí o svou osobu i s péčí zdravotnickou. Nevidí žádné nedostatky v podávané stravě, v čistotě pokoje a okolí DpS. Klient je spokojený i s dostatkem soukromí a klidem na pokoji. Během spánku ani ve dne není rušen nadměrným hlukem.

Sociální potřeby:

Klient i po nástupu do DpS udržuje kontakty s rodinou a navazuje nové kontakty s přáteli v okolí Domova. Je to možné zejména proto, že klient se bez větších obtíží může pohybovat. Dobré vztahy má i s ostatními obyvateli a zaměstnanci DpS. Volný čas tráví převážně procházkami po okolí, sledováním televize a zájezdy, které DpS pořádá. Jedná se například o návštěvy divadelních představení, či o výlety na zajímavá turistická místa. V DpS se účastní především ranního cvičení, aby se udržel v kondici. Aktivitu, kterou by v DpS přivítal, je zahrádkaření a možnost mít v Domově nějaké domácí zvíře.

Psychologické potřeby:

Klient se cítil celkem dobře. Určitě má ve svém okolí člověka, na kterého se může spolehnout. Jeho cíle do budoucna jsou takové, aby se nynější zdravotní stav více nezhoršoval.

Spirituální potřeby:

Klient je vyznání katolického. Místnost, která je určena pro bohoslužby, tedy místní jídelna, klientovi přijde nevyhovující a uvítal by jiné, vhodnější místo ke konání bohoslužeb.

Oblast personální.

Klient je se všemi zaměstnanci spokojený, neměl s nikým žádný spor, ani se nesešel s tím, že by některý zaměstnanec k němu byl hrubý. Má-li nějaké přání,

personál se ho snaží splnit, pokud je to v jeho možnostech a schopnostech. Personál projevuje také zájem o to, jak se klient cítí a dostatečně s ním komunikuje.

- Respondent F (muž 80 let)

Délka pobytu v zařízení – 3 roky.

Zdravotní obtíže – hypertenze, hyperlipidémie, DNA.

Druh bydlení – rodinný dům.

Důvody klienta pro odchod do Domova pro seniory v Humpolci.

Klient odešel do DpS ve svých 77 letech. Dříve bydlel v rodinném domě společně s manželkou a dcerou. Dcera s rodiči bydlela v domě i se svými dětmi a manželem. Dům byl dispozičně přizpůsoben pro soužití dvou generací. Klient bydlel v přízemí. Dříve chod domácnosti a různé pochůzky na úřady, k lékaři a na nákup zvládal bez obtíží. S přibývajícím věkem se obstarávání jednotlivých úkonů stávalo čím dál tím víc zatěžující. Velkou posilou pro něj byla rodina, která pomohla s tím, co už nezvládal. Nejprve mu pomáhala manželka, a když už nemohla ani ona, převzala péči dcera. Ta zajišťovala zejména hygienu, nákup potravin, úklid domácnosti. Stravu si nechával klient dovážet od místní pečovatelské služby. Po nějakém čase byla pro dceru péče o klienta neslučitelná s jejím zaměstnáním. A tak se klient podle svého vlastního uvážení rozhodl odejít do Domova pro seniory. Do DpS odešel společně se svojí manželkou. Hlavním důvodem pro odchod bylo špatné zdraví.

Jaké bylo očekávání uspokojování potřeb v DpS?

V době, kdy si klient podával žádost, měl představy o DpS jen z vyprávění od jiných lidí. To, jak bude vypadat strava, vybavení pokoje, personál, zdravotnická péče a ostatní spolubydlící, si nepředstavoval. To co klienta při nástupu nepříjemně překvapilo, byl chod domova, tedy pevný režim, který je tam

zaběhlý. Naopak, to co klienta pozitivně překvapilo, byla parta lidí, která tam bydlela.

Oblast života v DpS.

Biologické potřeby:

S péčí o svou osobu je spokojený. Pozitivně hodnotí velikost, kvalitu i chuť stravy. Pokud je v jídelníčku něco, co mu nechutná, koupí si něco jiného. Klient má dostatek soukromí a není ani nijak rušen nadměrným hlukem. Je spokojen i s vybavením a čistotou pokoje.

Sociální potřeby:

Vztahy s rodinou jsou příznivé, během nástupu do DpS nedošlo k výrazným změnám. Rodina klienta pravidelně navštěvuje. S ostatními spoluobyteli nemá žádné konflikty. Pokud se vyskytne nějaký problém s personálem, snaží se ho vyřešit mezi čtyřma očima a do sporu nezatahuje třetí osobu. Kontakty s okolím se snaží i nadále udržovat. Volný čas tráví procházkami, pokud je to možné, jinak sleduje televizi a účastní se i zájezdů do divadel. Do ergodílny nechodí, protože si připadá nešikovný.

Psychologické potřeby:

Klient se cítí dobře. Pro klienta bylo obtížnější zvyknout si na režim DpS, vadil mu přesně daný čas vydávání stravy. Cíle do budoucna má. Chce, aby zdraví jeho a zdraví manželky, bylo alespoň takové, jako je nyní. Nemá pocit, že by se jeho chování nějak výrazně změnilo po nástupu do DpS.

Spirituální potřeby:

Dříve byl klient věřící, protože věřící byli i jeho rodiče, a tak neměl na vybranou. Ale dnes je již ateista.

Oblast personální.

Zaměstnanci Domova s klientem dostatečně komunikují. Mezi pracovníky DpS nemá některého zaměstnance, kterého by upřednostňoval. Má pocit, že personál se dostatečně zajímá o to, jak se cítí a zda nemá nějaké obtíže. Pokud je potřeba, snaží se jeho požadavky splnit co nejdříve a nejlépe.

- *Respondent G (muž 91 let)*

Délka pobytu v zařízení – 7 let.

Zdravotní obtíže – ochrnutí na půl těla.

Druh bydlení – panelový dům, 2.patro.

Důvody klienta pro odchod do Domova pro seniory v Humpolci.

Klient odešel do Domova pro seniory v Humpolci ve svých 84 letech. Na svůj věk byl ve velmi dobré kondici. Vše v domácnosti zvládal bez větších obtíží. Klientovi manželka zemřela před patnácti lety a on od té doby žije sám. Vše by dále zvládal sám, pokud by ho zcela náhle nepostihla ischemická cévní mozková choroba. Klient toto vážné onemocnění přežil, ale zůstal ochrnutý na pravou stranu těla. Musím podotknout, že klient má dominantní pravou ruku. Proto se najednou potýkal s horší manipulací a pohyblivostí v běžném životě. Bylo pro něj obtížné připravovat si stravu, zvládat úklid a běžný chod domácnosti a pochůzky. Jeho odchod do DpS bylo samostatné a dobrovolné rozhodnutí. Klient neuvažoval o využití terénních služeb, které poskytovala místní pečovatelská služba. Svou rodinu o pomoc nežádal, protože již nějaký čas jsou jejich vztahy narušeny. Důvody pro odchod do DpS byly zdravotní.

Jaké bylo očekávání uspokojování potřeb v DpS?

Tento klient byl náhlou změnou zdraví zaskočen a ve všem shonu kolem zařizování přechodu do DpS, nestačil přemýšlet o tom, jak bude vypadat život v DpS. Klienta při nástupu do DpS příjemně překvapilo to, že pokoj měl záclony.

Oblast života v DpS.

Biologické potřeby:

Tento klient je spokojen s péčí o svou osobu, stravu hodnotí kladně. V Domově mají dostatečný pitný režim. Klient si stěžuje na nedostatek soukromí, zejména proto, že mu na pokoj stále někdo chodí. Na druhou stranu nemá pocit, že by byl rušen nadměrným hlukem. Vybavení, čistotu pokoje i celého DpS hodnotí pozitivně.

Sociální potřeby:

Vztahy, které má klient s rodinou narušené, se ani po nástupu do DpS nezměnily. Rodina přijde na návštěvu maximálně 2 krát do roka. V rodině se jedná o majetkový spor, který není stále vyřešen. Vztahy se spolubydlícími jsou dobré a dostatečně mezi sebou komunikují. Za dobu pobytu v DpS se nesetkal s tím, že by nějaký zaměstnanec, byl k němu neslušný. Kontakty s okolím mimo DpS nenavazuje, a to z důvodu omezení pohyblivosti. Veškerý volný čas tráví sledováním televize. Klient se neúčastní žádných dalších aktivit pořádaných v DpS. Jinou aktivitu by v DpS nepřivítal.

Psychologické potřeby:

Klient se v danou chvíli cítil dobře, i přesto, že je se svými dětmi v konfliktu. Jeho neteř je osobou, na kterou se může spolehnout. Život v Domově bere tak, že to musí být. Tento klient nemá cíle do budoucna.

Spirituální potřeby:

Klient je členem československé husitské církve. I přesto, že je věřící, víra není důležitou součástí jeho života. V DpS není místnost vhodná pro bohoslužbu. Toto místo však nevyžaduje.

Oblast personální.

Se všemi zaměstnanci DpS vychází bez problémů. Zaměstnanci se zajímají o to, jak se cítí a dostatečně s ním komunikují. Klient se nesetkal s tím, že by nějaký zaměstnanec nechtěl splnit jeho přání, či se k němu choval hrubě. Považuje všechny pracovníky za profesionály na svém místě.

- *Respondent H (muž 79 let)*

Délka pobytu v zařízení – 10 let.

Zdravotní obtíže – onemocnění pohybového aparátu, slepota.

Druh bydlení – rodinný dům.

Důvody klienta pro odchod do Domova pro seniory v Humpolci.

Klient odešel do DpS ve svých 69 letech. Se svojí manželkou bydlel v rodinném domě zhruba 15 kilometrů od města Humpolec. Již od mládí měl problémy se zrakem, měl velmi vážný úraz a oslepl na obě oči. Jelikož tento handicap má od mládí, sžil se s ním a pohyb po domě a zařizování veškerých pochůzek nebylo pro něj nijak obtížné. Samozřejmě život si usnadňoval i různými tyflopeditckými pomůckami. Pokud bylo třeba s něčím pomoci, byla tu manželka nebo někdo z rodiny. S přibývajícím věkem se kromě zrakového znevýhodnění přidružilo i zhoršování stavu pohybového aparátu. Pokud manželka musela pomáhat jen s drobnostmi, jako např. s oblékáním, dopomocí s chůzí ze schodů a do schodů, přípravou stravy, zařizováním nákupu apod., dalo se to zvládnout. Ona sama byla zdravá, ale s pohybem měla také počínající obtíže. Když se situace zhoršila natolik, že už manželka nezvládala péči o klienta, společně se rozhodli, že nastoupí do DpS. Bylo to jejich samostatné rozhodnutí. Zvažovali, že by využili služeb pečovatelské služby, ale rozhodli se pro DpS z důvodu většího pohodlí. O možnosti pečovatelky je informovala jejich dcera. Ta se o ně sama nemohla postarat, měla malý byt a stálé zaměstnání.

Jaké bylo očekávání uspokojování potřeb v DpS?

Klient společně s manželkou očekával, že budou spolu bydlet na pokoji. Domnívali se, že si budou moci nastěhovat nějaký svůj nábytek. Otázku, jací budou budoucí spolubydlíci, řešili, ale nebyla to pro ně nijak zásadní otázka. Spíše očekávali slušnou zdravotní a pečovatelskou péči, která bude více dostupná.

Oblast života v DpS.

Biologické potřeby:

Klient je spokojen s péčí, která je mu v DpS poskytována. Velmi mu chutná místní strava, přivítal by, kdyby byla možnost vybírat si z více jídel. Pitný režim je podle klienta stoprocentně zajišťován. Pozitivně hodnotí čistotu pokoje, pokoj je dostatečně vytápěn. Jelikož bydlí na pokoji společně s manželkou, má pocit dostatku soukromí. To, že na pokoj sem tam někdo přijde, bere jako součást chodu DpS.

Sociální potřeby:

Vztahy s rodinou jsou v pořádku, její návštěvy jsou časté. Někdy s rodinou jedou oba manželé i na výlet do okolí, aby nebyli jen v prostředí DpS. Jinak totiž klient mimo DpS vztahy nenavazuje. Zatím se nikdy nedostal do sporu s personálem a s ostatními spolubydlíci vychází také bez konfliktů. Veškerý volný čas tráví s manželkou poslechem hudby a drobným cvičením. Občas navštíví ergodílnu, kde pracuje s hlinou. Klient se jinak neúčastní jiných aktivit pořádaných Domovem.

Psychologické potřeby:

Klient se cítil dobře. Nějaký čas mu trvalo, než si zvykl na režim DpS. Jeho přáním do budoucna je to, být stále zde v DpS se svojí manželkou a aby se zdraví dále více nezhoršovalo. Podle slov klienta nemá pocity špatné nálady, rád by ještě něco v životě zažil.

Spirituální potřeby:

Klient je ateista.

Oblast personální.

Klient je velmi spokojen s personálem, který pracuje v Domově. K zásadním konfliktům mezi ním a zaměstnanci nedošlo. Personál se snaží vyjít vstříc ve všem, co si přeje. Domnívá se, že personál je velice komunikativní a příjemný.

Tabulka 1: Důvody seniorů pro odchod do DpS (uvedeno v počtu respondentů)

	Muži	Ženy
Zdravotní důvody	3	3
Samota	1	0
Neschopnost postarat se o manžela	0	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2: Odchod do DpS podle rozhodnutí respondentů (uvedeno v počtu respondentů)

	Muži	Ženy
Samostatné rozhodnutí	4	3
Přinucení jinou osobou	0	1

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni respondenti se pro odchod do DpS rozhodli z vlastního přesvědčení, pouze jedna klientka neměla možnost vlastní volby a přeložení pro ni vyřídila nemocnice ve spolupráci s vnučkou. Samozřejmě žádost musela klientka podepsat, ale o dobrovolném nástupu do DpS se u ní nedá mluvit.

Tabulka 3: Využití služeb pečovatelské služby (uvedeno v počtu respondentů)

	Muži	Ženy
Využilo služeb pečovatelské služby.	1	1
Nevyužilo služeb pečovatelské služby.	3	3

Zdroj: vlastní výzkum

Pokud klienti služeb pečovatelské služby využili, bylo to pouze v případě dovážení stravy, nikoliv kvůli přímé péči o klienta.

Tabulka 4: Převzetí péče o klienta rodinou (uvedeno v počtu respondentů)

	Muži	Ženy
Rodina chtěla o klienta pečovat, ale nemohla.	1	2
Rodina převzala péči o klienta před nástupem do DpS.	2	1
Rodina se o klienta nechtěla starat.	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuze

Domovy pro seniory jsou v dnešní době velice důležitými zařízeními. Mnohdy je to pro seniory jediná možnost, jak dál žít život v určité kvalitě, kterou by jinak bez pomoci druhých žít již nezvládali. Cílem práce je zjištění důvodů, které vedou seniory k rozhodnutí odejít ze svého domova, který tak dobře znají, do prostředí, které je jim cizí. Diplomová práce je zaměřena na seniory žijící v DpS. Vzhledem k tomu, že tento výzkum je zaměřený na kvalitu, hypotéza nebyla předem stanovena.

Z rozhovorů, které jsem s klienty udělala, vyšlo najevo, že hlavním důvodem seniorů pro odchod do Domova pro seniory v Humpolci, bylo ve většině případů zhoršení zdravotního stavu nebo strach z jeho zhoršení. Tento fakt potvrzuje ve své publikaci i Pacovský. (40) Dalším významným faktorem pro odchod do DpS byla samota, která ve většině případů pramenila ze smrti životního partnera. Většina dotázaných potřebuje pomoc druhé osoby, a to v takových činnostech, které zabezpečují nezávislý běžný život ve společnosti jako je například vyřizování pochůzek, nákupy a samostatné cestování apod. (58) U většiny respondentů byl odchod do DpS samostatným rozhodnutím. V jednom případě pobyt klientce zařizovala ve spolupráci s vnučkou nemocnice. Samozřejmě s jejím souhlasem, který ale v danou chvíli nebyl stoprocentně dobrovolný. U žádného klienta nebyla důvodem pro odchod do DpS finanční situace.

Významnost rodiny v péči o klienta byla různá. Pouze u tří respondentů převzala péči o klienta jeho rodina, než nastoupili do DpS. Jeden klient dostal nabídku od své rodiny, že může jít bydlet k ní, že se o něho postará, ale odmítl ji, z důvodu aby nebyl na obtíž. U dvou respondentů rodina neprojevila žádný zájem o péči o ně. O tři seniory se rodina chtěla postarat, ale nemohla. Často jako důvod klienti uváděli nevyhovující prostředí pro dalšího člena rodiny a zaměstnání. Důležitým faktorem pro rodinu, která chce převzít péči o seniora, je fakt, že mají dostatek finančních prostředků, dostatečné prostředí a neméně

důležitý čas. Pokud tímto disponují, musí chtít a mít dostatek fyzických a psychických sil. (9) To potvrzuje i výzkum, který jsem provedla. O seniora se byly schopny postarat pouze tři rodiny. Žádná osoba, která převzala péči o seniora, nevyužila odlehčovacích služeb podle zákona 108/2006 Sb.

Je zajímavé, že služeb pečovatelské služby využil pouze jeden respondent, a to pouze na dovážku stravy, nikoliv na přímou péči o klienta. Až u pěti dotázaných respondentů bylo možné využít služeb pečovatelské služby, aby mohli zůstat ve svém domácím prostředí. Ovšem tak by tomu mohlo být tehdy, kdyby oni sami chtěli. Celkově neměli příliš důvěru v to, že pečovatelka, případně zdravotní sestra, která by je v jejich domácím prostředí navštívila, by mohla kvalitně zastoupit ústavní službu. Úkony, které klienti nejčastěji nezvládali, byla hygiena, běžný chod domácnosti, pochůzky a příprava stravy. Pokud pomineme možnost pečovatelské terénní služby, klienti se ve většině případů snažili doma zůstat co nejdéle, dokud jim to zdraví dovolilo. Přemístění seniora do instituce je pro něho velice zatěžující záležitost. Často se u něho objeví pocity konce života a nemožného návratu zpět do normálního života. (58) Přemístění může senior vnímat jako potvrzení své nesoběstačnosti. (53) Tři respondenti zmínili, že jim nějaký čas trvalo zvyknout si na denní režim DpS. Vadil jim například přesný čas vydávání stravy. Ve výzkumu mě zajímalo, jaké cíle mají klienti do budoucna. Většina dotázaných odpověděla, aby zdraví bylo minimálně stejné jako v této době. Dva respondenti nemají žádné cíle do budoucna a jeden respondent uvedl, že na svoji budoucnost rovnou kouká z okna, když vidí přímo na hřbitov.

Další částí výzkumu bylo zjistit, zda senioři mají před nástupem do DpS nějaké představy o životě v Domově. Dva klienti ve všem to zařizování neměli čas přemýšlet nad tím, jak to bude v DpS vypadat. Pouze jeden klient měl možnost navštívit DpS před nástupem sem. Většina klientů očekávala dostupnější zdravotní a pečovatelskou péči, což byl hlavní důvod pro nástup do zařízení. Dva klienti očekávali, že si budou do Domova moci vzít svůj nábytek. U většiny seniorů byla očekávání kladná, bylo to způsobeno hlavně tím, že pro

odchod do DpS se rozhodli sami. Negativní očekávání jsou běžná především u klientů, kteří se v DpS ocitli nedobrovolně. (40)

Všichni respondenti byli spokojeni s péčí, které se jim v DpS dostává. Tři klienti podotkli, že sestřičky chodí na pokoj až moc. Někdy mají pocit, že jsou do určitých úkonů osobní péče moc popoháněni. Zaměstnanci přímé péče by měli klást důraz na to, aby za klienta nevykonávali hodně péče. Personál často spěchá a v situacích, kdy není potřeba, za seniora často vykonává některé úkony. (42) Pitný režim je v Domově výborně zabezpečen. S vnímáním chutností stravy už to bylo rozdílné, většině respondentů strava chutná, ostatní pokud něco nejí, snaží se na daný den koupit si něco jiného. Pouze v jeden den v týdnu si lze vybrat ze dvou jídel. Tuto možnost bych jako vystudovaná nutriční terapeutka doporučila na celý týden. Tím by se zamezilo tomu, že by některý klient odmítal jít na jídlo. Dále bych omezila časté vaření typicky české kuchyně, omezila bych zejména omáčky a knedlíky. Vše je však závislé na finančních možnostech DpS. Většina respondentů si stěžuje na nedostatek soukromí, to je podle mnoha publikací častým problémem. Seniori v DpS by měli mít dostatek soukromí a dostatek prostoru, aby nebyli nadměrně obtěžováni různými podněty. (53) Nedostatek soukromí si vysvětlují především tím, že pokoje jsou zde převážně třílůžkové a personál chodí do pokojů bez zaklepání.

Sedm respondentů uvedlo, že po jejich nástupu do DpS se vztahy s rodinou nezměnily. U většiny z nich jejich rodinní příslušníci chodí v určitých pravidelných intervalech na návštěvy do Domova. Pouze jeden klient se pravidelně nestýká se svojí rodinou, neboť jsou mezi nimi majetkové spory, které nejsou stále vyřešeny. Vztahy se spolubydlíci jsou u většiny klientů bezkonfliktní, pouze jedna klientka si nerozumí se svými dvěma spolubydlíci na pokoji, neboť s nimi nemůže dobře komunikovat. Jedna paní je nedoslýchavá a druhá už jen leží a nemluví. Domnívám se, že to pro klientku není lehké, vidět svou „budoucnost“ každý den, kdyby se zhoršil její zdravotní stav. Tato paní si však „nepovedené“ vztahy se spolubydlíci vynahrazuje kontakty s jinými klienty, se kterými se schází buď na chodbě nebo při návštěvách ergodílny.

Společné aktivity DpS celkově dobře fungují jako místo, kde se lidé setkávají a komunikují. Ti respondenti, kteří jsou samotáři, pak zůstávají na pokoji a nevycházejí. Naopak když mají potřebu sociálního kontaktu, vyhledávají někoho z rodiny. (53) Pouze dva klienti navazují vztahy mimo prostředí DpS. Ostatní respondenti jsou limitováni špatným stavem pohybového aparátu. Mezi nejčastější volnočasové aktivity patří četba, ergodílna a sledování televize. Četba novin a sledování televize umožňuje seniorům v DpS kontakt se společností a témata možná k diskuzím. (56)

Většina respondentů se cítí dobře nebo v rámci možností. Žádný klient neuvedl, že by se cítil špatně. Kromě jednoho respondenta, který má špatné vztahy s rodinou, mají všichni blízko sebe osobu, na kterou se mohou spolehnout. Nejčastěji se jedná o člena rodiny.

Většina klientů je věřících, převážně katolického vyznání. Jejich víra je pro ně významnou součástí života, dodává jim sílu i zde v DpS. Víra v boha je pro ně to poslední, čemu v životě věří, proto je pro ně nesmírně důležitá. (53) Pouze dva klienti, kterých jsem se dotazovala, nejsou věřící. Jeden z nich dříve byl, ale do víry byl nucen svými rodiči. V dospělosti od ní odstoupil. Většina klientů by v DpS přivítala speciální místo pro bohoslužby, než to, které mají nyní. V současnosti probíhají bohoslužby v jídelně, která se speciálně vyzdobí a připraví pro kněze. Frekvence bohoslužeb je jedna mše jednou za čtrnáct dní. Někteří respondenti by uvítali častější konání bohoslužeb.

Všichni klienti jsou spokojeni s personálem, který o ně pečuje. Mají pocit, že s nimi hodně komunikuje a zajímá se o to, jak se cítí a zda nemají nějaké obtíže. Žádný s klientů neupřednostňuje určitého zaměstnance. Jeden respondent se svěřil, že pokud má nějaký konflikt s pracovníkem, snaží se to s ním vyřešit mezi čtyřmi očima. Celkově jsou s personálem DpS velmi spokojeni. Jsem si vědoma toho, že tyto výpovědi mohou být ovlivněny obavami respondentů z toho, aby se to personál nedozvěděl. Dotazovaným jsem samozřejmě zdůraznila anonymitu tohoto výzkumu.

Žádný senior se v rozhovoru nezmínil, že by se před nástupem do DpS setkal s ageismem, či nějakou formou týrání. Ovšem toto téma je pro mnohé seniory citlivá záležitost, tudíž je možné, že tuto informaci z osobních důvodů a ze strachu zamlčeli.

6 Závěr

Stáří je poslední vývojovou fází života, ale i tak má cenu žít ho kvalitně. Toto období s sebou přináší nejen zdravotní obtíže, které mohou být méně či více závažné, ale i jiné starosti tohoto věku. Od toho se pak odvíjí aktuální situace seniora a jeho další vývoj. Senior se může ocitnout v situaci, kdy nechce či nemůže žít nadále ve své domácnosti a nemá jinou možnost, než odejít do domova pro seniory. Právě tyto situace mne zajímaly.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké důvody ovlivňují vstup seniorů do Domova pro seniory v Humpolci, jaké důvody převládají a které naopak jsou výjimečné. S tím souvisí i moje výzkumná otázka, která zní: „*Jaké jsou důvody seniorů, které ovlivňují jejich vstup do Domova pro seniory v Humpolci?*“

Dále jsem chtěla zjistit, co klienti očekávali před nástupem do Domova pro seniory, zda jsou klienti spokojeni s uspokojováním svých potřeb a zda jsou spokojeni s přístupem personálu.

Domnívám se, že se mi podařilo naplnit cíl diplomové práce. V teoretické části jsem se zaměřila na problematiku stárnutí a stáří, na změny, které se v tomto věku objevují a na to jaké mají senioři potřeby. Dále jsem psala o faktorech, které ovlivňují kvalitu života v přirozeném prostředí a o situacích, kdy je senior umístěn ze svého domova do nějaké instituce.

Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum. Cíl diplomové práce jsem zmapovala pomocí polostandardizovaných rozhovorů s klienty, kteří již v Domově pro seniory nějaký čas žili, a mohli tedy odpovědět na některé další otázky ze svých zkušeností. Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina seniorů odchází do Domova pro seniory v Humpolci hlavně ze zdravotních důvodů, v druhé řadě je to důvod samoty. Překvapilo mne, že žádný respondent nevedl jako důvod finanční situaci. Pouze jeden z dotázaných klientů byl k nástupu do DpS přemlouván, u ostatních to bylo jejich samostatné rozhodnutí. Zajímavé bylo i zjištění, že pouze o tři seniory převzala péči jeho rodina. U ostatních respondentů buď rodina nechtěla či z nějakého důvodu nemohla. Nejčastěji se

jednalo o důvody pracovní, kdy rodina neměla potřebný čas pro péči o seniory nebo to byly nevyhovující bytové podmínky. Myslím si, že do budoucna by bylo zajímavé udělat výzkum v této oblasti, zaměřit se tedy na faktory, proč se rodina, nepostará o svého člena rodiny. K jakým zásadním změnám došlo během vývoje společnosti ve funkcích a hodnotách rodiny.

Pozoruhodné bylo zjištění, že klienti nemají do budoucna příliš významné cíle či přání. Nejvíce pozitivní cíl byl ten, aby zdraví zůstalo aspoň takové, jako je v této době. Avšak ve velké míře nemají cíl žádný či vyloženě negativní. Dalším velkým problémem, který dotázaní senioři vnímali, byl nedostatek soukromí, což není problém nejen tohoto zařízení, ale institucí sociálních služeb obecně. Vztahy s rodinou se po nástupu do domova pro seniory u všech dotázaných nezměnily. Klienti celkem dost využívali volnočasových aktivit, které tento Domov nabízel, avšak nejoblíbenější a nejvíce využívanou aktivitou byla četba.

Na samý závěr diplomové práce chci stanovit doporučení, která vyplývají z mého výzkumu ve vybraném domově pro seniory. Výzkum ukázal, že senioři odcházejí do tohoto Domova zejména kvůli špatnému zdravotnímu stavu, nemožnosti postarat se sami o sebe a také proto, že nemají nikoho v okolí a hlavně v rodině, kdo by se o ně postaral. Proto doporučuji samotným seniorům a členům rodiny zvýšit svoji informovanost i o jiných sociálních službách, které se v okolí vyskytují. Jedná se například o služby terénní pečovatelské a ošetřovatelské péče, kterou v mém výzkumu využilo pouze minimum seniorů, a to pouze na dovoz stravy, nikoliv na výše uvedenou péči. Důležité je také, aby rodina a okolí motivovala seniora k aktivnímu stáří, aby neměli mnoho času přemýšlet nad tím, co je v budoucnu čeká. Přínosné by mohlo být i setkání seniorů žijících doma a jejich rodin se seniory žijícími v domovech pro seniory, a to nejen v samotném domově pro seniory, ale i mimo něj. V případech, kdy senioři odcházejí do domova pro seniory a mají obavy z budoucnosti, z toho že dojde ke zhoršení jejich zdravotního stavu, ale jinak jsou v době podávání žádosti soběstační, je důležité, aby sociální pracovnice tohoto Domova nabídla

seniorům k výběru i jiné formy institucí. Tehdy by mohli své rozhodnutí eventuálně přehodnotit a zvážit veškeré výhody i nevýhody jednotlivých zařízení.

I když pro mnoho seniorů jsou domovy pro seniory poslední možnou volbou, kde chtějí žít, věřím, že v nich prožívají kvalitní a plnohodnotný život, téměř jako dříve ve svém domově. Doufám, že se i nadále bude kvalita domovů pro seniory zvyšovat.

7 Seznam použité literatury:

1. ASPER, K. *Opuštěnost a sebeodcizení*. Praha : Portál, 2009. 263 s. ISBN 978-80-7367-453-3.
2. BÁRTLOVÁ , S.- SADÍLEK, P.- TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno : NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
3. DASS, R. *Stále tady : Přijímání stárnutí, změn a smrt*. Praha : Pragma, 2002. 200 s. ISBN 80-7205-882-7.
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
5. *Domov důchodců Humpolec* [online]. 2003 , 21.4. 2008 [cit. 2009-11-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.ddhum.cz/cestina/pobyt.html>>.
6. DONNELLY, J. H., GIBSON, J. L., IVANCEVICH, J. M. *Management*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 821 s. ISBN 80-7169-422-3.
7. DOUGLAS, S. - JAMES, I. - BALLARD, C. 2004. Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004, vol. 10, no. 3, s. 171-179. ISSN 1472-1481.
8. FIŠER , Z. *Plný život ve stáří*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství , 1999. 191 s. ISBN 80-7192-381-8.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1989. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manulálek sociální gerontologie*. Brno : NCO NZO, 2004. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
11. HAVLÍK, M. - KUBALCÍKOVÁ, K. *Metody a techniky sběru dat*. Metodika zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb včetně metodiky uživatelských výzkumů. [online]. [cit.2010-02-08]. Dostupné z: http://www.kpss.cz/index.php?art=publish&art_id=2&article=32.
12. HEIDEGER, M. *Zu Hölderlin. Griechenlandreisen : Band 75. Herausgegeben von Curd Ochwadt.*. Frankfurt a. M : Vittorio Klostermann, 2000. 380 s. ISBN 10: 3465030583.

13. HOGSTEL, M. O.: *Gerontology: Nursing Care of the Older Adult*. 1 ed th. New York: Delmar, 2000. 616 s. ISBN 0-7668-0729-0.
14. HOLMEROVÁ, I. – JURÁŠKOVÁ, B. – ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha : Gema, 2002. 110 s. ISBN 80-86541-12-6.
15. HOLMEROVÁ, I. – JURÁŠKOVÁ, B. – ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie* . Praha : Česká alzheimerská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
16. IVANOVÁ, K.: *Základy etiky a organizační struktury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 240s. ISBN 80-7013-442-9.
17. JIRÁSKOVÁ, V. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha : Eurolex Bohemia, s.r.o., 2005. 198 s. ISBN 80-86861-80-5. str.59-60.
18. KALVACH, Z. - ZADÁK, Z. - JIRÁK, R. *Geriatry a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-05248-6.
19. KARSTEN, H. *Ženy - Muži : Genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha : Portál, 2006. 183 s. ISBN 80-7367-145-X.
20. KOHOUTEK, R. *Základy psychologie osobnosti*. Brno : Akademické nakladatelství s.r.o., 2000. 263 s. ISBN 80-7204-156-8.
21. KOVAL, Š. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. 1. vydání. Košice: PonT, 2001. 178 s. ISBN 80-967611-3-7.
22. KOVAL, Š. *Týranie starých ľudí*. Košice : PonT, s.r.o., 2001. 148 s. ISBN 80-967611-2-9.
23. KOZLOVÁ, L. - KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2009. 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0.
24. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha : Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
25. KOZLOVÁ, Lucie. *Výzkum v sociální oblasti*. [online]. [cit.2010-02-08]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm.

26. KRÁLOVÁ, J.- RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče : pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc : ANAG, 2005. 303 s. ISBN 80-7263-275-2.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
28. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
29. LACHMAN, M. E. *Handbook Of Midlife Development* . New York : J. Wiley, 2001. 672 s. ISBN 9780471333319.
30. LANGMEIER, J. - KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie : 2., aktualizované vydání*. Praha : Grada, 2007. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
31. LEVICKÁ, J. Význam aktivity pre naplnenie kvality život v starobe alebo: Na starobu se třeba pripraviť. In *Sborník konference GENERACE 50 plus v České Republice*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ledax s.r.o., 2004. s. 40. ISBN 80-7040-720-4.
32. LOWY, L. *Social Work with the Aging : The Challenge and Promise of the Later Years*. Boston : Boston univerzity, 1991. 435 s. ISBN 0-88133-614-9.
33. MATOUŠ, M. - MATOUŠOVÁ, M. - KALVACH, Z. M. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.
34. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2005. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
35. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
36. MATOUŠEK, O. - KOLÁČKOVÁ, J. - KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha : Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
37. NAVRÁTIL, P. - MUSIL, L. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. *Sociální studia*, Fakulta sociálních studií MU Brno. ISSN 1212-365X, 2000, vol. 2000, no. 5.

38. NERENBERG, L. 2008. *Elder abuse prevention: emerging trends and promising strategies*. New York : Springer Publishing Company, 2008. 299 s. ISBN 978-082610327-7.
39. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
40. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1 vyd. Praha: Avicenum, 1990, 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
41. PETERKOVÁ, M. *Očekávání klientů domova pro seniory*. [s.l.], 2008. 98 s. Diplomová práce.
42. PICHAUD, C. - THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 156s. ISBN 80-7178-184-3.
43. PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha : ASPI, 2003. 151 s. ISBN 80-86395-69-3.
44. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
45. SEEL, M.- HURLING, E.- MEYER, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*. 2. vyd. Hagen : Britigge Kunz Verlag, 2001. 970 s. ISBN 3-87706-982-7.
46. STRAUSS, A.- CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu : Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice : Albert Boskovice, 1999. 194 s. ISBN 80-85834-60-X.
47. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál , 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
48. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří*. Praha : Slon, 2007. 285 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
49. SÝKOROVÁ, D. Být člověkem určitého věku. In *Sborník konference GENERACE 50 plus v České Republice*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ledax s.r.o., 2004. s. 7-8. ISBN 80-7040-720-4.
50. ŠPATENKOVÁ, N. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

51. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8.
52. THOMASMA, D. C. - KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti : Etické problémy v lékařství*. Praha : Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5.
53. VÁGNEROVÁ , M. *Vývojová psychologie II. : Dospělost a stáří*. Praha : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
54. VENGLÁŘOVÁ , M. *Problematické situace v péči o seniory : Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha : Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
55. VIDOVICOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace : nové souvislosti*. Brno : Masarykova Univerzita, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
56. VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. rozšířené vydání. Státní zdravotní ústav: Praha, 1998. ISBN 80-7071-093-4.
57. *Zákon o sociálních službách* [online]. 2006 , 31.03. 2006 [cit. 2009-11-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>.
58. ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha : Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8 .

8 Klíčová slova

- Domov pro seniory
- Odchod do domova pro seniory
- Senior
- Stáří
- Změny ve stáří

9 Přílohy

Příloha č. 1 – Struktura polostandardizovaného rozhovoru

Struktura rozhovoru s klienty

Základní údaje o klientovi

- Pohlaví
- Věk
- Délka pobytu v zařízení
.....
- Zdravotní obtíže
.....

Důvody klienta pro odchod do DpS?

- Jaké byly hlavní důvody, pro odchod do DpS?
.....
.....
- Důvod pro odchod do DpS, bylo Vaše samostatné rozhodnutí? Eventuelně, byl někdo ve Vašem okolí, kdo by Vás přesvědčoval o odchodu do DpS?
.....
.....
- Jaké úkony v domácnosti jste již nezvládal/a? (stravování, úklid, vyprazdňování, hygiena, běžný chod domácnosti, pochůzky, sociální kontakt, domácnost-bezbariérovost bytu)
.....
- Setkal/a jste se s ageismem, či nějakou formou týrání?
- Snažil/a jste se tuto situaci vyřešit jinou formou péče? (pečovatelská služba, rodina) Eventuelně jak dlouho? Kdo z rodiny projevil zájem o péči klienta? Jakou formou?
.....
.....

- Žil jste v domácnosti s druhem/družkou, manželem/manželkou? Byli oni schopní pomoci s péčí o Vaši osobu?

.....

Očekávání od saturace potřeb v DpS

- V období kdy jste si podával/a žádost do DpS, měl/a jste určité představy, jak bude život v DpS vypadat?

.....

- Jaké jste si představoval/a ubytování v DpS, před nástupem do Domova? (vybavení nábytkem, spotřebiči, kvalita zařízení, pokoje, počet klientů na pokoji)

.....
.....

- Měl/a jste představy o tom, jak bude probíhat péče o Vaši osobu?

.....
.....

- Jaké jste očekával/a stravování v DpS?

.....
.....

- Jaké jste očekával/a nové spolubydlící?

.....
.....

- Jaké jste očekával/a vztahy s ostatními klienty v DpS. Jaké jste očekával/a služby v DpS? (duchovní, volný čas, zdravotní, sociální).

.....
.....

- Jaké jste očekával/a kapesné?

.....

- Jaký jste očekával/a přístup od zaměstnanců DpS?

.....

- Jak časté jste očekával/a návštěvy v DpS? (příbuzní, známí)

.....

- Bylo něco co Vás příjemně potěšilo při nástupu do DpS?

.....

Život v DpS

Biologické potřeby

- Jste spokojený/á s péčí o vaši osobu?

.....

- Jak hodnotíte stravu a velikost porcí v DpS? Je tu dostatečný pitný režim?

.....

- Máte nějaké zdravotní obtíže? Jak hodnotíte zdravotní péči?

.....

.....

- Máte dostatek soukromí? Obtěžuje Vás spolubydlící nadměrným hlukem? Kdy? Jak?

.....

.....

.....

- Jak hodnotíte vybavení pokoje? Bezbariérovost? Čistotu pokoje a celého DpS?

.....

.....

.....

Sociální potřeby

- Jaké jsou Vaše vztahy s rodinou? Je něco co se ve vztahu k nim změnilo po příchodu do DpS?

.....

- Jaké jsou vztahy se spolubydlicími?

.....

- Jaké jsou vztahy se zaměstnanci? Je některý zaměstnanec k Vám neslušný či hrubý?

.....

- Navazujete kontakt s okolím mimo DpS?

.....

- Brání Vám něco v navazování sociálních kontaktů?

.....

- Jakým způsobem trávíte nyní volný čas v DpS?

.....

.....

- Jaké aktivity, volnočasové kroužky Vás zajímají v DpS? Jaké aktivity se Vám nezamlouvají? Proč?

.....

.....

- Jakou aktivitu byste přivítala v DpS?

.....

- Jsou aktivity dobře časově naplánované do celého týdne?

.....

Psychologické potřeby

- Jak se cítíte?

.....

- Máte někoho, na koho se můžete spolehnout, někoho kdo je Vaší oporou?

.....

- Máte pocit, že se Vaše chování po nástupu do DpS změnilo?

.....

- Máte nějaké cíle do budoucna?

.....

- Jsou Vaše představy o životě uspokojeny tady v DpS?

.....

Spirituální potřeby

- Je v DpS kaple, či místo, kde je možné uspokojovat své duchovní zaměření?

.....

- Pokud ne, uvítal/a byste nějaké takové místo v DpS?

.....

- Je pro Vás víra důležitou součástí života?

.....

Personál

- Pokud máte nějaké přání, snaží se ho personál vyřešit co nejrychleji?

.....

- Upřednostňujete nějakého pracovníka DpS před druhým?

.....

- Je nějaký pracovník, kterého nechcete vidět, či nechcete, aby o Vás pečoval/a?

.....

- Všiml/a jste si, že by nějaký pracovník, mluvil nehezky o druhém zaměstnanci za jeho zády?

.....

- Komunikují s Vámi zaměstnanci DpS?

.....

- Zajímají se o to, jak se cítíte, jestli nemáte nějaký problém?

.....