

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie a sociologie

Bakalářská práce

**PROBLEMATIKA ADAPTACE SENIORŮ
V DOMOVĚ DŮCHODCŮ**

Vedoucí práce: Mgr. Radek Stehlík

Autor práce: Renata Jáchimová
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Ročník: 3.

2006

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Renata Jáchimová

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Radku Stehlíkovi za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Děkuji také klientům a pracovníkům domova důchodců v Dobré Vodě u ČB za zprostředkování hodnotných poznatků a zkušeností získaných v tomto zařízení.

OBSAH

ÚVOD	6
1 STÁŘÍ	8
1.1 STÁŘÍ JAKO ŽIVOTNÍ ETAPA	9
1.2 PROMĚNY VE STÁŘÍ	9
1.2.1 <i>Biologické aspekty</i>	9
1.2.2 <i>Sociální aspekty</i>	10
1.2.3 <i>Osobnost</i>	11
1.3 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ.....	12
2 PROCESY SOCIÁLNÍ ADAPTACE	13
2.1 ADAPTACE NA STÁŘÍ	13
2.2 ADAPTACE VE STÁŘÍ.....	14
2.3 GERIATRICKÝ MALADAPTAČNÍ SYNDROM	15
3 PŘECHOD DO DOMOVA DŮCHODCŮ	16
3.2 HISTORICKÝ KONTEXT DD	16
3.1 VLIV POBYTU V DD NA OBLAST PSYCHICKÝCH POTŘEB	17
3.3 ADAPTAČNÍ REAKCE NA POBYT V DD.....	18
3.4 ÚSPĚŠNÝ PŘECHOD DO DD	19
3.4.1 <i>Před přijetím</i>	20
3.4.2 <i>Po přijetí</i>	20
4 PSYCHOTERAPIE SENIORŮ	22
4.1 DEFINICE A ČLENĚNÍ PSYCHOTERAPIE	22
4.2 OMEZENÍ PSYCHOTERAPIE PRO KLIENTY VYŠŠÍHO VĚKU	23
4.3 PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE	24
4.2.1 <i>Složky podpůrného vztahu</i>	24
4.2.2 <i>Využití u klientů DD</i>	26
4.4 VÝCHODISKA PODPŮRNÉ TERAPIE SENIORŮ.....	27
4.4.1 <i>Rogersovská psychoterapie</i>	27
4.4.2 <i>Logoterapie</i>	28

5 PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA SENIORŮ PŘI PŘÍCHODU DO DD.....	30
5.1 METODIKA PRÁCE	31
5.2 CÍLOVÁ SKUPINA	31
5.3 KAZUISTIKY	32
5.3.1 <i>Klientka A</i>	32
5.3.2 <i>Klientka B</i>	33
5.3.3 <i>Klient C</i>	35
5.4 HODNOCENÍ ROZSAHU A PŘÍNOSU POSKYTNUTÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORY	36
<i>Kazuistika klientky A</i>	36
<i>Kazuistika klientky B</i>	37
<i>Kazuistika klienta C</i>	38
ZÁVĚR.....	39
SEZNAM PRAMENŮ	41
SEZNAM ZKRATEK.....	43
SEZNAM PŘÍLOH.....	44
PŘÍLOHY	
ABSTRAKT	
ABSTRACT	

Ú V O D

V souvislosti s demografickým vývojem¹ se stává stále aktuálnější otázka stáří. Dnes můžeme být hrdí na to, že se průměrná délka lidského života prodlužuje, na druhou stranu nás tento fakt zavazuje. Jde zejména o příslib důstojnosti lidského života od počátku až do jeho konce. Každý člověk má jedinečnou hodnotu, a tak i starý člověk má právo na to, aby byl respektován. Současný trend humanizace v sociální péči o seniory můžeme chápat jako odpověď společnosti na tuto výzvu.

Oblast sociální péče o staré občany zahrnuje široké spektrum institucí a služeb. I přes velký rozvoj sociální pomoci v posledních letech, platí i dnes, že nejučinnější pomoci se starému člověku dostává a bude dostávat v rodině. V situaci, kdy je senior ohrožen zdravotními komplikacemi, sociální izolací nebo se stává jinak potřebným, je snaha poskytovat potřebnou pomoc a péči v domácím prostředí. Ačkoli tomu tak ve většině případů je, zůstává stále ještě nezanedbatelné procento těch, pro které jediným řešením zůstává ústavní péče (údaje o rezidenčních zařízeních pro seniory viz příloha č. 1).

Asi téměř pro každého představuje odchod do domova důchodců obrovskou ztrátu. Na druhou stranu, jako krize v sobě nese potenciál nebezpečí i příležitosti, tak je možné i v této těžké situaci něco získat. Starý člověk může po zbytek života trpět ztrátou domova, obviňováním z vlastní nemohoucnosti, uzavřeností, nenávisí vůči okolí i sám k sobě. Jedinec však může přijmout přechod do domova důchodců jako životní změnu, která sice radikálně mění dosavadní životní styl, ale přináší také příležitost k vzniku přátelských vztahů, rozvoji nových dovedností a ke kulturnímu vyžití. Hodně přitom záleží na okolnostech samotného přechodu do DD z domácího prostředí, popřípadě z jiné instituce.

Tato práce se zaměřuje právě na okolnosti adaptačního procesu seniorů po přijetí do DD. V souvislosti se základní myšlenkou jsou uvedeny možnosti podpůrného působení a jeho potenciální kladný vliv na sociální přizpůsobení jedince.

K tématu přivykání seniorů na život v ústavním zařízení autorku přivedla zkušenost z několika domovů důchodců, v nichž byla svědkem reakcí obyvatel na změnu prostředí. Lidé se po přestěhování musí vyrovnávat se zásadními změnami v dosavadním způsobu

¹ Ve světě trvale stoupá procento osob nad 65 let. Například v roce 1900 byl ve Velké Británii jen každý třicátý člověk starší 65 let; dnes je to každý pátý člověk. Srov. GIDDENS, A. *Sociologie*, s. 57.

života a mnozí z nich na to nestačí vlastními silami. V této tvrdé zkoušce adaptačních schopností obvykle neobstojí, pokud zůstanou sami, nenajdou oporu v rodině, ani pochopení od personálu. Východiskem práce je předpoklad, že pokud se seniorům dostane včasné a účinné psychosociální podpory, mohou se úspěšně přizpůsobit novému prostředí.

Účinnou pomocí přitom může být prosté naslouchání, projevení zájmu, pozornosti, akceptace a snahy o pochopení pocitů, jež staří lidé potřebují sdílet s druhými lidmi. Jde o kompetence, které při své práci může uplatňovat zdravotnický personál, sociální pracovníci, dobrovolníci, případně další zaměstnanci zapojení do přímé práce s obyvateli domova. Klientům je jejich prostřednictvím poskytnuta psychosociální podpora, která může být v případě potřeby doplněna odbornou psychoterapií vedenou psychologem či psychiatrem.

Text je uspořádán do dvou celků, které na sebe navazují, popřípadě se v některých sděleních doplňují. V *teoretické části* se autorka zaměřuje na vysvětlení jednotlivých fenoménů vztahujících se k dané problematice. Nejprve je popsáno stáří jako životní etapa se svými charakteristickými projevy. Dále je pozornost zaměřena na vysvětlení procesu adaptace s jeho specifiky u seniorské populace. Příslušná kapitola se zabývá okolnostmi přechodu seniora do domova důchodců a nakonec jsou zmíněny teoretické základy psychoterapie s důrazem na využití u seniorské populace.

Praktická část má za úkol doložit na reálných příkladech, do jaké míry ovlivní příchod do DD adaptační schopnosti seniora a jakou roli v této situaci hraje podpůrná psychosociální pomoc. Jednotlivé skutečnosti týkající se adaptačního procesu a vlivu podpůrného působení jsou prezentovány na případových studiích klientů domova důchodců. Zpracované kazuistiky se opírají o techniku zúčastněného pozorování, rozhovoru a analýzy ošetřovatelské dokumentace.

Cíle této bakalářské práce bude dosaženo v případě, že se alespoň částečně podaří objasnit okolnosti přechodu starého člověka do domova důchodců. Smysl textu bude naplněn, pakliže z něj vyplyne význam poskytování podpory seniorům, kteří prochází touto zásadní životní změnou. V neposlední řadě jde o výzvu těm, kdo přicházejí do domovů důchodců jako zaměstnanci, dobrovolníci nebo rodinní příslušníci, aby starým lidem věnovali dostatek času, pozorného naslouchání, lásky ... a pomáhali jim tak prožít důstojné stáří.

Teoretická část

1 STÁŘÍ

„Stárnutí je jako vlna na moři.

Kdo se jí poddá, toho vynese vzhůru.

Kdo se postaví proti ní, toho smete.“ /Gertruda vo le Fort/

Současná doba je charakteristická určitou krizí ve vztahu ke stáří. Ačkoli se stále prodlužuje lidský věk a lidská populace celkově stárne (demografické údaje viz příloha č. 2), přesto přetrvává ideál mladého, zdravého člověka. Se stářím se pak pojí celá řada předsudků, které zkreslují tuto problematiku a stále udržují mýty o stáří jako nemoci, bezmoci a závislosti. Za těchto okolností, když společnost od starých lidí neočekává nic pozitivního, mluvíme o ageismu. Tento postoj vyjadřuje obecné přesvědčení o nízké hodnotě stáří, popřípadě odmítání, až odpor ke starým lidem.² Je třeba překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří. *Národní program přípravy na stárnutí* usiluje o vytvoření příznivého celospolečenského klimatu pro řešení této problematiky (viz příloha č. 3).

Stárnutí je přirozeným přechodem v rámci životní dráhy člověka, jde o proces normálně včleněný do celkového životního děje. Stáří se sice projevuje mnoha fyziologickými změnami, které mají za následek zhoršení tělesného a duševního stavu, ale samo o sobě není chorobným stavem. Na stáří jako na proces můžeme pohlížet z různých hledisek (demografického, sociologického, ekonomického, biologického, psychologického...), přičemž změnami psychiky ve stáří se zabývá tzv. *gerontologická psychologie*. Toto odvětví psychologie nestuduje zdaleka jen izolované psychické jevy, jde v něm o vidění starého člověka v jeho celoživotním vývoji v rámci společnosti.³ Uplatnění psychologických poznatků v péči o geriatrické klienty by se mělo opírat o přijetí následujících východisek⁴:

- ☐ Uznání, že stáří není pouze bilancováním ztrát, ale může být korunou tvořivého života.
- ☐ Respekt k osobnosti se všemi interindividuálními rozdíly, kterých s věkem přibývá.
- ☐ Znalost vývojové krize v životní dráze klienta.
- ☐ Povědomí o klientových vztazích k lidem, k sobě samému, hodnotám a budoucnosti.

² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 443.

³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 136.

⁴ Srov. Švancara, J. Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří. In KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 103.

1.1 Stáří jako životní etapa

Je nezbytně nutné chápat jednotlivá životní období ve vzájemné návaznosti. Odborná literatura předkládá rozdílné věkové ohraničení jednotlivých stádií, za základní však lze považovat členění na fázi dětství a adolescence, dospělosti a stáří.

Od narození do zhruba dvacátého roku věku hovoříme o *období evoluce*, kdy dochází k tělesnému růstu a postupnému zdokonalování psychických funkcí. Dospělost je ohraničena 21. a 60. rokem a jde o *období stabilizace*, které se vyznačuje dovršením psychického a fyzického vývoje, relativní stabilizací postojů, zájmů a zaměstnání. Stáří nastává od 60. roku věku a je vlastně *obdobím involuce*.⁵

Pokud se pokusíme vymezit *pojem senior*, pak nám uvedené členění příliš nepomůže. Slovník vysvětluje tento termín v několika souvislostech; jednak jako označení starší osoby téhož jména v příbuzenském vztahu, dále jako určení nejstaršího člena společenství, také jako vymezení věkové kategorie ve sportu nebo pojmenování představeného v Českobratrské církvi.⁶ Pojem senior se v této práci opírá o definici toho, kdo má nárok na přijetí do domova důchodců (viz příloha č. 4).

1.2 Proměny ve stáří

Stáří je životním úsekem, v němž postupně nebo náhle, vlivem choroby či úrazu, upadají fyzické síly a senzorické schopnosti, ale samo o sobě není chorobným stavem. Současně je stáří provázáno změnami v oblasti poznávacích a regulačních procesů, i změnami osobnosti.

1.2.1 Biologické aspekty

Lidské stárnutí je markantním příkladem zvrátů ve strukturách a funkcích těla. Většina těchto změn začíná krátce po dosažení biologické dospělosti. Ve stáří se viditelných způsobem *mění zevnějšek*, což s sebou přináší změnu sociálního statusu. Péče o svůj vzhled v tomto případě významně podporuje sebeúctu, na druhou stranu rezignace na hygienu upozorňuje na tzv. syndrom zanedbaného starce, který může signalizovat závažnější úpadek osobnosti.⁷ Z hlediska tělesných projevů stáří jde o vždy o interakci genetických dispozic a vnějších

⁵ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 378.

⁶ Srov. *Akademický slovník cizích slov*.

⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie* s. 449, 450.

faktorů, jež zhoršují zdravotní stav seniorů. Typickým znakem pro stáří je polymorbidita, čili kumulace nemocí, které mají sklon k zdlouhavému průběhu a zároveň přispívají ke zrychlení procesu stárnutí.

Proces stárnutí vede k strukturálním i funkčním *změnám mozku*, které způsobují zpomalení psychomotorického tempa. Pomalost se může projevovat i pozitivně; staří lidé bývají rozvážnější a trpělivější, než dřív. Zatížení v oblasti kognitivních procesů může způsobit větší míru únavy, napětí, úzkostnosti a deprese. Dochází ke zhoršení paměti, které se promítá do zpracování, uchování i vybavování informací. Starý člověk hůře chápe nové situace, obtížněji se čemukoliv novému učí, a v důsledku toho se také hůře přizpůsobuje.⁸

1.2.2 Sociální aspekty

V období stáří rovněž dochází k hlubokým změnám ve vztazích. Možnosti sociálního kontaktu mohou být limitovány sníženou motorikou, smyslovým postižením zraku či sluchu, nemocí, úbytkem psychických kompetencí, depresí, demencí atd. Ke skutečnosti, že staří lidé bývají ve větší míře izolováni, přispívá i fakt, že společnost nenabízí starým lidem téměř žádnou přijatelnou sociální roli.⁹

Komplikovaná bývá integrace do nové sociální sítě, kdy původní sociální vztahy byly zpřetrhány. Nejčastěji jde o situaci samotného *odchodu do důchodu* a přerušení profesních vazeb, jež se často promítají i do kontaktů s přáteli. S tím souvisí také ekonomická situace lidí důchodového věku, která samozřejmě přímo ovlivňuje jejich životní podmínky a sociální status. Další závažnou změnou v sociálních poměrech seniora je *změna bydliště, odchod do ústavní péče* nebo *smrt blízkého člověka*.

Potřeba sociálního kontaktu je u seniorů důležitá, liší ale způsobem jejího uspokojování. Staří lidé potřebují své *soukromí*, preferují kontakty *se známými lidmi* a v kontaktu s *vrstevníky* cítí silnou generační solidaritu, která usnadňuje sociální kontakt a posiluje pocit akceptace.¹⁰

Důležitou úlohu v začleňování seniorů do společnosti hrají sociální pracovníci, kteří v rámci integračních programů působí proti vzniku ghett starých lidí, usilují o otevírání

⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 451-454.

⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 460, 461.

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 460.

ústavních zařízení veřejnosti a rozvíjejí možnosti vzájemného obohacování generací. Cílem jejich práce je také podpora soběstačnosti, vzdělávacích aktivit, dostupnosti jednotlivých služeb apod.¹¹

1.2.3 Osobnost

Osobnost v období stáří můžeme pochopit rovněž jen v souvislosti s životní historií jedince. Pojem osobnost může nést různý význam; v psychologii je ponechán stranou hodnotící smysl slova a nejčastěji „*je pojmenováním pro individuální celek dispozic k psychickým reakcím, který způsobuje, že v téže situaci reagují různí lidé různě...*“¹² Rozhodujícím činitelem, který formuje osobnost v rámci ontogeneze lidské psychiky je individuální zkušenost, především pak prožitky spoluutvářené kulturou životního prostředí.¹³ Nároky a očekávání okolí v jednotlivých etapách lidského života lze chápat jako jakési vývojové cíle. Hlavními vývojovými úkoly pro seniory podle Roberta Havighursta¹⁴ jsou:

- ▣ *přizpůsobení poklesu tělesných sil a zdraví,*
- ▣ *vyrovnání se s odchodem do důchodu a se snížením příjmů,*
- ▣ *vyrovnání se s úmrtím životního partnera,*
- ▣ *přičlenění se k vlastní věkové skupině,*
- ▣ *přijetí sociální role,*
- ▣ *uspokojivá životospráva.*

Podle Ericksona je hlavním vývojovým úkolem stáří *dosáhnout integrity* v pojetí vlastního života. Zralá osobnost je charakteristická tím, že je vyrovnaná s minulostí, s žitím v přítomnosti, ale je schopna i realistického pohledu do budoucnosti. Přijetím vlastního života jako celku a pochopením jeho smyslu se člověk snadněji vyrovnává s jeho koncem, s vlastní smrtelností.¹⁵ Osobnost starého člověka nelze v její struktuře nijak radikálně měnit, ale pouze poněkud přizpůsobovat. Dřívější povahové rysy se zpravidla zvýrazňují v pozitivním i negativním směru.

¹¹ Srov. JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*, s. 177.

¹² NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd., s. 9.

¹³ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 248.

¹⁴ Srov. Švancara, J. *Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří*, s. 105.

¹⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 444-445.

1.3 Kvalita života ve stáří

Tomaszewski hodnotí úroveň rozvoje osobnosti v průběhu stárnutí pomocí kategorie „kvalita života“. Kvalitu života pak lze posuzovat podle toho, nakolik se v životě seniora uplatňuje *subjektivnost, uvědomělost, aktivnost, produktivnost prožívání a společenství s druhými*.¹⁶ Stáří je také obdobím životního bilancování, které přináší výsledný pocit celkové spokojenosti či nespokojenosti z uskutečněných a neuskutečněných aspirací. Důležitými předpoklady pro duševní životosprávu ve vyšším věku jsou i následující body, pojaté jako „5P“¹⁷:

1. *Perspektiva* – způsob chápání smyslu života může být rozhodujícím činitelem aktuální adaptace; perspektivní zaměření úzce souvisí s hierarchií hodnot, kdy pravé hodnoty jsou nadosobní a nadčasové.

2. *Pružnost* – udržení pružnosti chování a myšlení zajišťuje dobrou adaptaci i ve vyšším věku v tom, že člověk dovede přizpůsobovat své prožívání, myšlení a jednání změnám situace, a neváhá pouštět se do nových úkolů. Nelze opominout význam tělesného pohybu a jeho vliv na udržení pružné adaptace. Jakákoli všestranná činnost přispívá k udržení plastičnosti nervového systému a k plynulejšímu přizpůsobení v neobvyklých situacích.

3. *Prozíravost* – nepochybně důležitý podíl na umění organizovat si život má prozíratelnost; moudrý člověk se nestává hříčkou situací a neocitá se nepřipraven tváří v tvář neočekávané změně. Prozíravost zahrnuje i tu nejzazší perspektivu života, člověk je tedy připraven i na smrt.

4. *Porozumění pro druhé* - podstatným činitelem začlenění do společenství je způsob, jak člověk vnímá druhé lidi, jak se vcituje do jejich prožívání, jak chápe pohnutky jejich chování a jednání.

5. *Potěšení* – důraz je třeba klást na hodnotu radosti.

¹⁶ Srov. ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*, s. 57.

¹⁷ Srov. Švancara, J. *Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří*, s. 110-114.

2 PROCESY SOCIÁLNÍ ADAPTACE

„Stáří neznamena pouze úbytek funkcí. Některé funkce se celý život nemění, jiné dokonce zlepšují! Vůbec nejvýznamnější je zjištění, že starý organismus disponuje kvalitativně jinými mechanismy, kterými se přizpůsobuje podmínkám okolí.“ /Pacovský/

Základní východiska pro zkoumání změn adaptace ve tzv. třetím věku můžeme formulovat jako modifikaci způsobu života vzhledem ke změnám vlastního organismu, nebo jako schopnost vyrovnávat se s měnlivými životními situacemi. První hledisko směřuje k charakteristice zvláštností *sociální adaptace na stáří*, druhé hledisko vyjadřuje *adaptaci ve stáří*.¹⁸

2.1 Adaptace na stáří

Ke spokojenému stárnutí vede celá řada cest, všechny však v zásadě předpokládají smíření se s různými omezeními, aniž by přitom člověk příliš trpěl pocitem ztráty. Těžkosti spojené s vyrovnáváním se se stářím pramení z uvědomění si skutečnosti, že většinu věcí, které jsme byli zvyklí dělat, již nezvládneme a mnoho plánů neuskutečnime. Člověk se de facto dostává mimo významné dění. Jaro Křivohlavý toto zjištění popisuje jako „šok z uzavírajících se dveří“¹⁹. „Od dětství do doby dospělosti jsme byli zvyklí na to, že se nám svět neustále více a více otevíral ... Pak přišel šok v podobě odchodu do důchodu. Najednou jsem si uvědomili, že je konec výstupu ...“²⁰

Gerontopsycholog D. B. Bromley popisuje způsoby vztahování se ke stáří v následujících pěti strategiích²¹:

a) *Konstruktivní přístup* ke stáří zaujímá jedinec, který má optimistický postoj k životu, je vyrovnaný, těší se ze života, navazuje srdečné osobní vztahy, má smysl pro humor, je tolerantní, přizpůsobivý, sebevědomý.

¹⁸ Srov. ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*, s. 91.

¹⁹ Tento pojem (Torschlusspanik) pochází z psychoanalýzy; sloužil k popsání projevů a terapii existenční prázdnoty a klinické deprese lidí středního věku. Srov. NOVALIS, P.N. et al. *Klinická příručka podporné psychoterapie*, s. 334. (V textu je uveden vlastní překlad.)

²⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 146.

²¹ Výzkum byl proveden S. Reicherdovou a týká se pouze adaptačních problémů mužů. Srov. BROMLEY, D.B. *Psychológia ľudského starnutia*, s. 111-118. (V textu je uveden vlastní překlad.)

b) *Strategie závislosti* je přístupem ke stáří, kdy jedinec hledá citovou oporu u druhých a spoléhá se také, že se postarají o jeho hmotné zabezpečení; není příliš ctižádostivý, ochotně se podřizuje.

c) Pro *obranný postoj* ke stáří je typická přehnaná aktivita jedince, kterou takový člověk dokazuje, že nechce být závislý na druhých; není to dobrý předpoklad pro vyrovnání se s obdobím, v němž síly obecně ubývají.

d) Pro *nepřátelství*, jako jednu z možných reakcí na stáří, je charakteristický je sklon svalovat vinu za vlastní neúspěchy na druhé, agresivita, nedůvěra vůči okolí.

e) *Sebenávistný postoj* je agrese obrácená proti sobě samému; u člověka převládají pocity lítosti, sebeobviňování, deprese; smrt je vnímána jako vysvobození z neuspokojivé situace.

2.2 Adaptace ve stáří

Schopnost adaptace má klíčový význam v úspěšném vyrovnávání se změnami, k nimž vede stárnutí organismu a duševních funkcí. Adaptace se uskutečňuje dvěma základními způsoby adaptace, které na sebe navazují a vzájemně se doplňují. Jde o *akomodaci*, tzn. přizpůsobení se zvláštnostem situace, problému, úkolu, a o *asimilaci*, kdy člověk přizpůsobuje věci sobě.

Různé teorie adaptace ve stáří mají rozdílné argumenty. První skupinu tvoří *teorie aktivního stáří*, kdy optimální adaptace předpokládá podržení činností a kontaktů se světem. Druhá *teorie postupného uvolňování z aktivit* spatřuje základní podmínku úspěšné adaptace v tom, že se jedinec naopak z řady funkcí a činností vyváže. Třetí, *substituční teorie*, klade důraz na to, aby ty činnosti, povinnosti a role, které už starý člověk prožívá jako zátěže, byly nahrazeny jinými vhodnými aktivitami.²²

Nezbytné je brát ohled na integritu osobnosti starého člověka a vždy respektovat jeho volbu adaptovat se takovým způsobem, který mu vyhovuje; např. pokud se odmítá podříditi požadavkům, jež jsou v rozporu s jeho názory.

²² Srov. Švancara, J. Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří, s. 106, 107.

2.3 Geriatrický maladaptivní syndrom

Klinickým projevem snižování adaptace ve vyšším věku je geriatrický maladaptivní syndrom. Jde o typickou chorobu staršího věku s výrazným zdravotně sociálním charakterem, která snižuje kvalitu života, ovlivňuje morbiditu a mortalitu. Kauzální terapie není možná, protože nejsme schopni ovlivnit adaptační mechanismy. Prevence spočívá v odstranění rizikových faktorů, včasné diagnostice a léčbě přítomných chorob, v péči o mentální zdraví, léčbě deprese, ovlivnění negativních sociálních faktorů. Syndrom vzniká na bázi chronického stresu. Rizikové faktory geriatrického maladaptivního syndromu jsou následující²³:

a) *psychická rizika* – stavy zmatenosti, duševní choroba, pasivní postoj k životu, submisivní typ osobnosti;

b) *sociální rizika* – ztráta soběstačnosti, osamělost, ztráta partnera, život v izolaci, nízký příjem, institucionalizace, změna bydliště, změna životního stylu, zhroucení platných hodnot, ztráta programu;

c) *biologická rizika* – vysoký věk, těžká choroba, imobilita, inkontinence; a přídatná biologická rizika – obezita, hypertenze, hypercholesterolemie, alkohol, kouření, nedostatek tělesné námahy.

Klinická manifestace bývá nejčastěji v kardiovaskulárním či imunitním systému. Obvyklý je následující klinický průběh: Rozvoj syndromu probíhá úzkostnými stavy, záměrným zvětšování somatických těžkostí a orgánovou dekompenzací²⁴. Pro další fázi je typická úzkost, deprese, hostilita²⁵, agresivita, abúlie²⁶ a apatie²⁷, sebevražedné tendence, kardiovaskulární selhávání, infarkt myokardu, náhlá cévní mozková příhoda, infekce (např. uroinfekce, pneumonie). V následné fázi při příznivém průběhu doznívá stres a postupně se upravují těžkosti, při nepříznivém průběhu dochází k protražovanému selhávání adaptace, sociální dezintegraci osobnosti či k suicidálním tendencím.²⁸

²³ Srov. Hegyi, L. Geriatrický maladaptivní syndrom. In KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 363.

²⁴ Porušení schopnosti orgánu překonat vlivy narušující jeho činnost. (Akademický slovník cizích slov)

²⁵ Sklon k nepřátelským agresivním impulzům navenek, nepřátelství. (Akademický slovník cizích slov)

²⁶ Nedostatek vůle, porucha volní regulace jednání - neschopnost být aktivní, rozhodnout se pro čin. (NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 423.)

²⁷ Lhostejnost, netečnost, pasivita; snížení afektivní a pudové stránky života. (Akademický slovník cizích slov)

²⁸ Srov. Hegyi, L. Geriatrický maladaptivní syndrom, s. 363.

3 PŘECHOD DO DOMOVA DŮCHODCŮ

Staří lidé jsou vedeni různými pohnutkami k tomu, že opustí soukromí svého domova a nahradí jej za ústavní zařízení. Bývá to zpravidla rozhodnutí „z nutnosti“, ke kterému jsou přiváděni v důsledku zhoršení zdravotního stavu, finanční situace, bytových podmínek atd. Tento fakt nevyhnutelnosti činí z přechodu do domova důchodců nedobrovolnou, obávanou událost a má negativní dopad na proces adaptace v novém prostředí.

Domov důchodců představuje klasickou formu institucionální péče o seniory, v němž je poskytováno trvalé ubytování a široké spektrum služeb (právní úprava viz příloha č. 4). Dalšími typy rezidenční péče jsou domovy - penziony pro důchodce a domy s pečovatelskou službou; u obou těchto zařízení vzniká problém v případě zhoršení zdravotního stavu a následném přemístění do domova důchodců se všemi negativními důsledky.²⁹

3.2 Historický kontext DD

Péče o staré občany musí zahrnovat čtyři podstatné složky; jsou jimi osobní jistota a spokojenost, rodinné či jiné integrované společenství, přiměřené zdraví, jistá úroveň hmotné zajištěnosti. V dějinách lidstva byla řešena paradoxně nejprve otázka přiměřeného materiálního zabezpečení, později byla akcentována péče o zdraví. Teprve v posledních letech se stává aktuální problematika psychické pohody a sociální pospolitosti. Dnes často zavrhaná institucionální péče měla historicky vzato řadu také předností a ani dnes není jen černá.³⁰

Počátkem padesátých let 20. století vznikl v naší zemi program budování domovů důchodců, jejichž zřizování a údržbu přebíral v plné míře stát. Některé domovy byly zřizovány rekonstrukcí budov sloužících původně jinému účelu, jiné byly budovány nově. Zásadní rozdíl oproti dnešní situaci byl v tom, že domovy důchodců byly projektovány sice pro staré, ale zdravé důchodce. Nebylo nijak výjimečné, že do domovů důchodců odcházeli staří lidé nejen dobrovolně, kladně orientovaní, ale de facto zdraví. Zejména pro ty, jejichž ekonomické zázemí bylo problematické, znamenal domov důchodců komfortnější bydlení a pohodlnější život. Ostatně v platných předpisech pro přijetí do ústavní péče bylo kritérium, že budoucí obyvatel domova důchodců má být zcela, nebo prakticky zdravý a soběstačný.³¹

²⁹ Srov. Janečková, H. Sociální práce se starými lidmi, s. 178, 179.

³⁰ Srov. tamtéž, s. 183.

³¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 183, 186.

Dnes se někdejší relativní pohodlí domovů stalo diskomfortem. Zvýšená životní úroveň a všeobecná preference individualizace má za následek snížení smyslu pro kolektivnost. Pokoje s větším počtem obyvatel, nemožnost vzít si s sebou svůj nábytek, uniformní způsob života mezi stejně starými a neznámými lidmi; to jsou těžké ztráty, s nimiž musí budoucí obyvatel počítat. Ačkoli se situace v některých zařízeních zlepšuje, i nadále stárnoucí člověk nechce odejít do domova důchodců, protože ví, že ho čeká definitivní ztráta osobní intimity a traumatizující pocit definitivního řešení svého života.³²

3.1 Vliv pobytu v DD na oblast psychických potřeb

Umístění do domova důchodců představuje zásadní obrat ve způsobu života. Tato skutečnost je značně stresující a promítá se přirozeně do oblasti základních psychických potřeb³³:

▣ *Potřeba přiměřené stimulace a orientace* - život v instituci je typický značnou organizovaností (např. doba jídla, hygiena) a jak již víme, lidé v tomto věku těžko mění své zvyky. Pobyt v ústavu na jednu stranu uvrhne obyvatele do sociální izolace, ale na druhou stranu je naplněn kontakty s mnoha cizími lidmi. Člověk potřebuje dostatek informací, aby se zorientoval. „Člověk se jinak propadá do anonymity a zapomnění, a to v období, kdy je nejen živ, ale kdy jeho osobnostní charakteristiky vyžrály v heterogenní a nezaměnitelný individuální obsah. Odborníci hovoří o problému „institucionální totality“. Člověk ale potřebuje k životu druhého člověka. V každém věku, ve stáří snad nikoliv víc, ale jinak.“³⁴

▣ *Potřeba citové jistoty a bezpečí* - ztracenou jistotou je soukromí vlastního domova, přičemž jakýsi zbytek sociálního zázemí představují rodinní příslušníci. Bezpečí může být spojeno s potřebou vazby k někomu, kdo by ho zajistil. Proti ohrožení ztráty identity může působit začlenění do nějaké skupiny v rámci nebo i mimo instituci. Haškovcová upozorňuje na to, že lidé v domově často postrádají právě lásku svých nejbližších, naději, že mají někoho, kdo by pro ně přišel a vzal si je alespoň na jeden den domů. Někteří příbuzní se snaží přehlušit své výčitky svědomí právě tím, že si o Vánocích berou starého člověka na jeden či dva dny domů. Je to pouhé gesto, jež možná potěší, ale nezachrání.³⁵

³² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 186.

³³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 496-499.

³⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 194.

³⁵ Tamtéž, 197.

▣ *Potřeba seberealizace* - v domově důchodců je vše zařízeno, a tak člověk nevykonává aktivity dříve nezbytné (např. úklid, nákup, vaření), trpí prázdnotou svého denního programu, přestává využívat své kompetence a snadněji se stává pasivním a manipulovaným objektem. „*Stárnoucí člověk se především bojí závislosti. Bojí se, že jednoho dne už nebude moci sám zvládnout úkoly běžného dne. V oprávněném strachu, že bude potřebovat pomoc, se v duchu či fakticky obrací k domovu, který je schopen mu zajistit komplexní péči.*“³⁶

▣ *Potřeba otevřené budoucnosti* - získání role obyvatele domova důchodců je definitivní změna, která určuje budoucnost, jež člověku ještě zbývá. Člověk za těchto okolností většinou přestává cokoli pozitivního očekávat, někdy je možná identifikace s nerealistickými představami (např. že se vrátí do svého bytu). „*Odejít do ústavní péče znamená odejít na „poslední staci“. Případné návraty jsou nereálné. Není divu, že na člověka padá hrůza, ať z potenciálního nebo faktického přijetí do domova.*“³⁷

3.3 Adaptační reakce na pobyt v DD

Psychiatr Kamil Kalina zdůrazňuje, že přechod starého člověka do ústavní péče znamená výrazné postižení ve všech dimenzích jeho dosavadního života, kdy schopnost „*tvořivého přijetí této globální životní změny je značně snížena*“. Haškovcová obdobně charakterizuje přemístění tohoto typu jako významnou zátěžovou situaci, při níž starý člověk musí sáhnout až na dno „*ztenčených adaptačních rezerv*“, aby vůbec přežil. Je známo, že někteří jedinci jejím důsledkům podlehnou, protože se nejsou schopni adaptovat brzy umírají. Za kritické je považováno období prvních 5-6 týdnů, popřípadě 6 měsíců.³⁸

Nový obyvatel domova bývá plačtivý, nervózní, rozčilený, náladový, může být otupělý nebo je agresivní. Obvyklé jsou poruchy stravování, nekvalitní spánek, pasivní přijímání, popř. odmítání spolupráce s ostatními. Adaptační krize může trvat několik měsíců a jak už bylo uvedeno, může vyústit i v kritický stav.³⁹ Popsané projevy lze shrnout pod následující fáze adaptační reakce⁴⁰, jež jsou v podstatě obdobou dětské separační úzkosti⁴¹:

³⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stář*, s. 188.

³⁷ Tamtéž, s. 194.

³⁸ Srov. tamtéž, s. 194.

³⁹ Srov. tamtéž, s. 194.

⁴⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 499-500.

⁴¹ Reakce na oddělení batolete od matky probíhá fází protestu, zoufalství a odpoutání od matky. Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 86.

1. *Fáze odporu* - projevem frustrace a negativních prožívaných emocí je negativismus a hostilita k personálu i ostatním obyvatelům.

2. *Fáze zoufalství a apatie* - když člověk zjistí, že odpor nevede k ničemu, většinou ztratí o všechno zájem, nemá pro co žít; na tomto stupni může setrvat až do smrti, která může nastat relativně brzy.

3. *Fáze vytvoření nové pozitivní vazby* - každý potřebuje být akceptován a prožívat nějaký citový vztah, proto navázání nového pozitivního vztahu pomůže sdílet nastalou situaci a dá životu smysl. Na poměru k lidem, s nimiž starý člověk v domově důchodců žije, je zásadní to, že je aktuální a je součástí každodenního života.

Méně problematický průběh má adaptace na *dobrovolný odchod* do domova důchodců. I když jde o vlastní volbu, tak i ta je ovlivněná podmínkami, které je potřeba neodkladně řešit. V podstatě pak po příchodu z domácího prostředí proběhnou dvě etapy. V první *fázi nejistoty a vytváření nového stereotypu* starý člověk nejprve získává informace, bilancuje a srovnává. Základ dobrého postoje k novému domovu je položen v případě, že první zkušenosti s domovem důchodců nejsou příliš nepříjemné. Druhou fází je *adaptace a přijetí nového životního stylu*. Po určité době se člověk smíří se změnou, vytvoří si nové stereotypy a sociální kontakty.⁴²

3.4 Úspěšný přechod do DD

Přijetí nového obyvatele do domova důchodců je velmi náročný proces, na jehož úspěšném zvládnutí závisí kvalita života klienta. Míra úspěšnosti adaptace má přímý vliv na celkový zdravotní stav, psychickou pohodu a sociální fungování seniora. Proto by mělo vždy jít o organizovanou aktivní spolupráci personálu domova, samotného zájemce o péči a jeho rodiny, popřípadě zaměstnanců zdravotnického zařízení, z něhož je budoucí klient přijímán. Je-li totiž starý člověk po psychické stránce vhodně připraven a také důsledně a cíleně veden během doby adaptace, získává šanci na kvalitní život. Základem je dát dostatek informací, které pomohou při rozhodování a výběru vhodné varianty řešení problémové situace; neboli zda vůbec je pobyt v DD vhodnou formou sociální péče.

⁴² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 500, 501.

3.4.1 Před přijetím

Jako prevence vzniku *translokačního syndromu*⁴³ působí, pokud si sám klient zvolí zařízení a předem pozná prostředí, do kterého se bude stěhovat. Naprosto nevhodnou, i když v podstatě běžnou formou přijímání do státních DD (městských, krajských), je umístění na základě rozhodnutí krajského odboru sociální věci. Tento úřad vede pořadníky žadatelů, informuje o termínu nástupu a ve stanovený den klient musí nastoupit k pobytu.

Většina starých lidí podává žádost o přijetí do DD na základě zhoršení zdravotního stavu a pobyt chápou jako nouzové řešení situace. Takovýto přístup a také náhlost přechodu (zákonná lhůta na přestěhování do DD a vyřízení nutných záležitostí činí min. 1 týden) mají za následek to, že senioři většinou nevědí, co je v DD může čekat - mají nedostatek informací a nemají možnost se na přechod předem připravit.⁴⁴

Domov důchodců, který usiluje o *dobrou kvalitu služeb*, účinně spolupracuje se sociálním odborem, včas vstupuje do kontaktu s klientem, provádí sociální šetření v místě bydliště, umožní budoucímu obyvateli DD návštěvu zařízení, nabídne možnost zkušebního pobytu, komunikuje s ostatními členy rodiny atd.⁴⁵

3.4.2 Po přijetí

Díky obvyklému modelu přechodu do DD probíhá u většiny obyvatel adaptace v negativním smyslu, což vyplývá i z několika výpovědí seniorů: „*Potřebovala bych víc času a poznat tady ty lidi, pak bych sem šla možná i ráda.*“ „*Vadí mi ta spousta cizích lidí, nevím, jak se s někým seznámit.*“ „*Měli nás na to předem připravit ..., poznat lidi kolem. Chtělo by to dělat jinak.*“⁴⁶

Během adaptačního procesu po přijetí je nutné věnovat klientovi maximální pozornost. Každý nově příchozí by měl hned na počátku dostat svého klíčového pracovníka, na kterého by se mohl v případě potřeby s důvěrou obrátit. Úkolem celého týmu odborníků, jež obvykle koordinuje sociální pracovník, je vytvořit adaptační plán (individuální pečovatelský plán). „*Individuální plán péče vychází ze zhodnocení zdravotního a duševního stavu klienta, odhadu*

⁴³ Soubor psychických projevů způsobených přemístěním starého člověka z místa na místo - např. zmatenost, neklid, deprese, apatie až ztráta smyslu života. (Janečková, H. Sociální práce se starými lidmi, s. 167.)

⁴⁴ Srov. HLAVÁČOVÁ, G. Přechod seniorů do domova důchodců. *Sociální práce*, s. 161.

⁴⁵ Srov. Janečková, H. Sociální práce se starými lidmi, s. 167, 180.

⁴⁶ HLAVÁČOVÁ, G. Přechod seniorů do domova důchodců, s. 164.

jeho soběstačnosti a posouzení potřeb. Plán stanoví nejzávažnější problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho aktuální stav (např. rehabilitaci, ošetrovatelskou péčí, vhodnější medikací, výživou, psychoterapií, změnou fyzického prostředí, úpravou kontaktu s rodinou, vytvořením příležitosti k aktivitě apod.). Plán též stanoví časový horizont a úkoly pro jednotlivé členy týmu. Plán umožňuje pravidelné hodnocení stavu a změn v potřebách klienta a nové stanovení konkrétního cíle. Hlavním aktérem při sestavování individuálního plánu péče je ovšem klient - především on zde má příležitost si uvědomit, co pro sebe může a chce udělat.⁴⁷

Člověk žijící v domově důchodců je v nejužším kontaktu se zdravotnickým personálem. Zdravotní sestry, ošetrovatelky i pečovatelé se každodenně přímo podílejí na začleňování jedince do nového prostředí. Při své práci vychází z modelu člověka jako biopsychosociální bytosti. Ošetrovatelství se zabývá adaptačními schopnostmi jedince z pohledu tzv. *adaptačních modů*. Jde o čtyři hlavní způsoby adaptace: v oblasti fyziologických potřeb, sebepojetí, zvládání rolí a vzájemné závislosti. Cílem je vždy podpora *adaptivních odpovědí*⁴⁸, jež jsou ovlivněny *osobní adaptační úrovní*⁴⁹. Tento *adaptační model*, jehož autorkou je profesorka Callista Roy z Los Angeles, respektuje pacienta jako aktivního účastníka své péče. Ošetrovatelství je zaměřeno na podporu adaptace, která přispívá k jeho zdraví, k jednotě a vzájemnosti s ostatními.⁵⁰

Specifická je práce s rodinou klienta. Rodinní příslušníci by neměli nabit dojem, že když instituce za ně přebrala starost o člena rodiny, že jsou zároveň zbaveni veškeré odpovědnosti za péči. Příchodem jejich příbuzného do DD přeci nekončí rodinné vztahy ani povinnosti dětí vůči svým rodičům. Rodina hraje nezastupitelnou úlohu v životě starého člověka v DD; pomáhá s úpravou prostředí, tráví s ním volný čas, je mu oporou v nemoci a umírání.⁵¹

⁴⁷ Janečková, H. Sociální práce se starými lidmi, s. 181, 182.

⁴⁸ Podporují integritu jedince, vedou k jeho růstu, vývoji a zvyšují kontrolu nad jeho okolím; opakem jsou neefektivní odpovědi. (JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*, s. 62.)

⁴⁹ Rozsah podnětů, na které člověk odpovídá „normálním způsobem“. (JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*, s. 62.)

⁵⁰ Srov. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*, s. 61-66.

⁵¹ Srov. Janečková, H. Sociální práce se starými lidmi, s. 182, 183.

4 PSYCHOTERAPIE SENIORŮ

Psychoterapie seniorů zdaleka není novodobou záležitostí. Na možnost zařadit seniory do individuální a dlouhodobé systematické psychoterapie poukázali již v první polovině 20. století mnozí psychologové, mezi nimi A. Adler. Také C.G. Jung zdůrazňoval větší potřebu orientovat psychoterapii i na střední a pozdní věk. V 50. letech se objevila řada studií prokazujících efektivnost skupinové psychoterapie ve stáří. Mezi osobnosti, které se zabývali nebo zabývají skupinovou psychoterapií seniorů, patří např. K. Kalina, Q. Kumpel, H. Haškovcová, J. Šiklová, M. Vojtěchovský.⁵²

4.1 Definice a členění psychoterapie

Psychoterapie může být chápána jako léčebná činnost nebo jako interdisciplinární vědní obor, který zasahuje do oblastí medicíny a psychologie. Ve významu specializované metody léčení či souboru léčebných metod se psychoterapie zaměřuje na „léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii nejrůznějšími psychologickými prostředky“.⁵³ Existují dvě výrazně odlišné formulace cílů psychoterapie, kdy jde o *odstranění chorobných příznaků* postupem kauzální nebo symptomatické terapie, tzn. zaměřením se na příčiny nebo příznaky, a nebo o *přetváření osobnosti*.

Další dělení vychází z *direktivního* nebo naopak *nedirektivního* terapeutického působení. Psychoanalytici rozdělují psychoterapii na *odkrývající*, tj. hlubinnou analýzu, která pracuje s nevědomím, a *zakrývající*, k níž patří všechny ostatní formy. Psychoterapie zaměřená na jednotlivce se označuje jako *individuální*, pokud je využíváno dynamiky vztahů v terapeutické skupině, pak jde o *skupinovou* psychoterapii. Podle příslušnosti k základním směrům lze jednoduše vyčlenit tři odlišné orientace: *dynamickou*, která věnuje pozornost vlivu minulých prožitků a nevědomí na současné problémy; *kognitivně-behaviorální*, jež se zaměřuje na učení a nácvik žádoucího chování a poznávacích procesů; *humanistická* psychoterapie se zabývá sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání, naplňováním životního smyslu. Pokud terapeut usiluje o přestavbu osobnosti klienta, pak využívá *rekonstrukční* psychoterapie, a jestliže mu jde spíše o poskytnutí pomoci a porozumění osobnosti jako takové, pak se jedná o *podpůrnou* psychoterapii.⁵⁴

⁵² Srov. BAŠTECKÝ, J. et al. *Gerontopsychiatrie*, s. 115

⁵³ Vojtěchovský, M. *Možnosti a meze psychoterapie ve stáří*, s. 433.

⁵⁴ KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4 vyd., aktualiz, s. 13-17.

4.2 Omezení psychoterapie pro klienty vyššího věku

Velkým omylem je mýtus o nepřístupnosti starých lidí psychoterapii, přitom senioři ji akceptují častěji, než si myslíme. Také potřebují čas na rozhovor, vyslechnutí svých obav, slyšet vlídná slova atd. Docílit změnu postoje a restrukturovat osobnost seniora je však mnohem obtížnější. Staří lidé jsou schopni své vyhraněné nežádoucí postoje pouze přizpůsobit dané situaci, nikoli se od základu „změnit“. ⁵⁵

Pro individuální i skupinovou terapii je základním *předpokladem* uspokojivá komunikace, schopnost udržet delší dobu pozornost, ochota k dlouhodobé spolupráci a dostatečná motivace, přičemž věk sám o sobě není limitujícím faktorem. *Kontraindikacemi* z hlediska skupinové psychoterapie jsou: výrazný tělesný úpadek, problémy s udržováním hygienických návyků, těžší forma nedoslýchavosti, neschopnost sedět v klidu alespoň půl hodiny. ⁵⁶

Práce se seniory je emocionálně velmi náročná. Mezi determinaty potenciálně úspěšného terapeuta v geriatрии patří nejen profesionální nároky, ale i osobnostní překážky. Terapeut pracující s geronty by „*měl být nadán především trpělivostí, rozvážností, dále být opatrným nesentimentálním, snad i více direktivním, realistickým, orientovaným spíše na problém než na restrukturuaci pacientovy osobnosti. Měl by mít ujasněný vztah k vlastním rodičům, a operovat více kladnými než zápornými zkušenostmi těchto vztahů.*“ Pracovník musí ke stáří přistupovat tvořivě, oprostit se od tabuizace a vnímat stáří jako úsek života, v němž se člověku mohou otevřít nové obzory. ⁵⁷

Přes všechny další překážky, která s sebou psychoterapie seniorů přináší, „*je nanejvýš nutné poskytnout přinejmenším elementární podpůrnou psychoterapii alespoň několika vysoce rizikovým skupinám nemocných: ovdovělým, osamělým, depresivním, suicidálním a opakovaně hospitalizovaným...*“ ⁵⁸

⁵⁵ Srov. Vojtěchovský, M. Možnosti a meze psychoterapie ve stáří. In KALVACH, Z. et al. *Gerontologie a geriatrie*, s. 433.

⁵⁶ Srov. BAŠTECKÝ, J. et al. *Gerontopsychiatrie*, s. 116.

⁵⁷ BAŠTECKÝ, J. et al. *Gerontopsychiatrie*, s. 120. Srov. KUKOLOVÁ, M. Nemocným seniorům psychoterapie pomáhá. *Psychologie Dnes*, s. 30. BAŠTECKÝ, J. et al. *Gerontopsychiatrie*, s. 120.

⁵⁸ Vojtěchovský, M. Možnosti a meze psychoterapie ve stáří, s. 434.

4.3 Podpůrná psychoterapie

Podpůrnou psychoterapii lze charakterizovat jako léčbu, při které se terapeut snaží pomoci pacientům zlepšit sociální fungování a schopnost vypořádat se s problémy. Důraz je kladen na subjektivní pocity a zlepšení jednání jedince. Svou definicí se příliš neodlišuje od dalších více než 200 existujících druhů psychoterapie. Na rozdíl od ostatních přístupů je podpůrná psychoterapie eklektickou psychoterapeutickou metodou s širokým využitím; není tedy závislá pouze na základním konceptu. Terapeutova aktivita je vždy podmíněna momentálním stavem klienta, teprve pak volí vhodnou techniku a podle potřeby čerpá z jednotlivých psychoterapeutických škol.⁵⁹

Podpůrná psychoterapie má poměrně dlouhou historii, její počátky sahají do období starověkého Řecka, kde již existovali specifické poradenské a podpůrné přístupy k lidem v krizi. Mnohé z dnes používaných technik byly známé již u řeckých učenců (Gorgias, Platón, Antiphon) a další prvky podpůrné psychoterapie se po celá staletí projevovaly mezi filozofy, básníky, náboženskými představiteli, lidovými léčiteli, více než mezi lékaři. Podpůrná psychoterapie se vyvinula jako součást celistvé péče o ovdovělé, suicidální nebo traumatizované pacienty, také o chronicky, či terminálně somaticky nemocné.⁶⁰

Někteří autoři (např. F. Borgeat) hovoří místo o podpůrné psychoterapii o psychologicky orientované terapeutické intervenci. Může být stejně dobře chápána i jako podpůrné psychologické vedení⁶¹; v tomto případě by pak mohlo jít *psychagogiku*.⁶²

4.2.1 Složky podpůrného vztahu

Vztah mezi terapeutem a klientem má tři rozdílné aspekty, které spolu vzájemně souvisejí. Hlavním zdrojem podpory je *reálný vztah*, jež vytváří předpoklady pro rozvoj dalších dvou aspektů - pracovního a přenosového vztahu. *Pracovní (terapeutické) spojení* vyjadřuje oboustranné uvědomování si cílů terapie; není žádoucí měnit pracovní vztah na přátelský.

⁵⁹ NOVALIS, P.N. et al. *Klinická příručka podpůrné psychoterapie*, s. 5, 6. (V textu je uveden vlastní překlad.)

⁶⁰ Srov. NOVALIS, P. N. et al. *Klinická příručka podpůrné psychoterapie*, s. 9, 12, 13. (V textu je uveden vlastní překlad.)

⁶¹ Srov. BERAN, J. *Úvod do podpůrné psychoterapie*, s. 6.

⁶² Psychagogika (z řeč. slov, která znamenají vedení duše) = vedení psychologickými prostředky; způsob psychologického ovlivňování, který je často zaměňován s psychoterapií a který lze z hlediska rozsahu užití psychologických prostředků umístit mezi výchovu a psychoterapii; předmětem psychagogiky je klient, osoba, která má psychologický problém a která je tak vedena k jeho řešení. (NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 460)

Přenosový vztah vede klienta k postojům, domněnkám a pocitům, které mají své kořeny v jeho vztazích s důležitými vztahovými osobami, především s rodiči; většinou je to nevědomý proces, ve kterém klient přehrává emoční vztahy z minulosti a používá při tom terapeuta jako nový objekt; je tedy opakováním minulého v přítomnosti a poskytuje vztah tady a teď.⁶³

Podporu lze chápat jako základ celého psychoterapeutického vztahu, ke kterému přidáváme specifické terapeutické techniky. Podpůrný vztah zde neznamená přátelství, ačkoli může obsahovat některé jeho prvky, protože jinak by terapeut snadno mohl ztratit psychoterapeutický vliv. Vztah je vzájemnou emoční vazbou, na které se podílejí oba zúčastnění a také vnější okolnosti. Jednotlivými aspekty podpůrného vztahu jsou⁶⁴:

☒ Ve vztahu k prostředí: Dostatečně silný, *pozitivně laděný vztah* má terapeutickou hodnotu, na jeho vznik a rozvoj je zapotřebí určitý čas. *Komunikační styl* může mít konverzační charakter, ale liší se od společenského hovoru. Roli v něm hraje *terapeutické členění*, které zachovává vyhrazené téma a má určitý záměr. Lékař může rozhodnout i o případném užití doplňkové *medikace*.

☒ Ve vztahu k terapeutovi: Angažovaný postoj, *aktivní naslouchání*, poskytování *pozitivní odezvy* v počátcích podporují vznik reálného vztahu. *Otevřenost* předpokládá, že terapeut vyjádří do určité míry svůj názor, pocit, který se vztahuje ke klientovu sdělení. *Empatií* je podporováno sebehodnocení klienta. Dalšími prvky terapeutova jednání je snaha o *rozvinují pozitivního přenosu*, *tolerance* k momentálnímu stavu klienta, *podpora* k zdravému adaptačnímu úsilí, podání *rady*, která není moralizující reakcí na selhávání klienta. K výčtu prvků lze zařadit *abreakci*, v níž jde o uvolnění potlačených nevědomých emocí; *klarifikaci*, což je upozornění na dosud nevědomované myšlenky, pocity, postoje a chování; *manipulaci*, kterou se jednak povzbuzuje k určitému jednání, znamená ale i organizační opatření. K direktivnímu vedení přispívá *sugesce*, kterou lze použít k ujištění, že určitý symptom zmizí, ale jen v případě, jsme-li o tom skutečně přesvědčeni; na druhou stranu *persuase* je výkladem dané situace, logickou argumentací, která je přizpůsobena klientovu chápání. Přirozenou věcí pro každého by mělo být *respektování*

⁶³ Srov. NOVALIS, P. N. et al. *Klinická příručka podpurnej psychoterapie*, s. 23, 28, 29. (V textu je uveden vlastní překlad.)

⁶⁴ Srov. BERAN, J. *Úvod do podpurnej psychoterapie*, s. 11-15. Srov. NOVALIS, P.N. *Klinická příručka podpurnej psychoterapie*, s. 25. (V textu je uveden vlastní překlad.)

klienta jako lidské bytosti, *skutečný zájem* o jeho životní aktivity, zdraví a pohodu, umožnění maximální míry autonomie.

▣ *Ve vztahu ke klientovi* - *ochota hovořit* o událostech svého života, *akceptace* terapeutovy podpůrné role, *ochota účastnit se terapie* a dodržovat její strukturu.

Tyto aspekty jsou v mnohém společné i dalším druhům psychoterapie. Typický je však větší důraz na vyjádření zájmu o klienta, na ochotu podporovat jeho adaptivní jednání a osobní růst.

Naproti tomu mezi prvky, které *nepůsobí podpůrně* patří např. neaktivní terapeut, nestrukturovaný vztah, přehnaný vliv na klientův život, romantické nebo sexuální zápletky, lítost, naprosto rovný vztah, žertování o klientovi a jeho rodině, povýšený přístup, nebo jednání, které neslouží terapeutickému účelu.⁶⁵

4.2.2 *Využití u klientů DD*

Možnosti adaptace starého člověka, jak na to již bylo poukázáno, jsou nižší, potřebuje proto určitou podporu, aby si v domově důchodců zvykl. Jistou *formu pomoci* za těchto okolností nabízí i psychoterapie pod vedením profesionála - psychologa či psychiatra. Účinná může být za určitých podmínek také podpůrná psychoterapie v rukou zkušeného sociálního pracovníka, ergoterapeuta, zdravotníka, dobrovolníka.

Základní techniky podpůrné psychoterapie je možné bez problémů aplikovat i u starších pacientů. Musíme si však být vědomi *zvláštních postojů a adaptací*, které jsou nutné vzhledem k této populaci.⁶⁶ Je nezbytné brát v úvahu případná omezení v oblasti zrakového či sluchového vnímání, respektovat deficity v procesech vnímání, představ, myšlení a paměti. Terapeut také musí počítat s tím, že témata starých lidí často směřují do minulosti. Opakovaně se řeší otázky komplikovaných mezilidských vztahy, zejména k dětem a partnerům, dále osamělosti, zdraví a nemoci. V pozdějším věku je člověk stále častěji konfrontován s faktem smrti; umírají bývalí spolužáci, jeho vrstevníci. Je to také období bilancování a vyrovnávání se s koncem vlastního života.

⁶⁵ Srov. NOVALIS, P.N. *Klinická příručka podpůrné psychoterapie*, s. 27. (V textu je uveden vlastní překlad.)

⁶⁶ Srov. tamtéž, s. 333. (V textu je uveden vlastní překlad.)

Délka trvání podpůrné terapie může být různá. Vycházíme z dělení na krátkodobou a dlouhodobou terapii, přičemž vždy rozhoduje stav klienta. U akutního stavu, kdy postačí jednorázový rozhovor, se jedná spíše o krizovou intervenci. Podpůrná psychoterapie jako součást komplexního biopsychosociálního přístupu může probíhat někdy i po řadu let.⁶⁷

Ačkoli je podpůrná psychoterapie zaměřena individuálně, nelze ji zcela oddělit i od terapeutického působení ve skupině. *Skupinová psychoterapie* přináší především zážitek intenzivního společenství a to je důležité především pro lidi, kteří se cítí osaměli. Skupina se pro ně stává zdrojem kontaktů, prožitků a poznatků. V příloze č. 5 jsou uvedeny druhy skupin vhodné pro geriatrické klienty. Velmi přínosnou metodou, jak předejít izolovanosti nových obyvatel DD, se zdá být tzv. *adaptační skupina*, v níž se pracuje formou skupinově-komunitní práce. Tento typ práce pomáhá seniorům sžít se s prostředím po příchodu do DD a má tak možnost ovlivnit následný pobyt v domově.⁶⁸

4.4 Východiska podpůrné terapie seniorů

Jak již bylo výše zmíněno, podpůrná psychoterapie má do značné míry eklektický charakter. Vzhledem k oblastem na něž se soustředí a také s přihlédnutím k zachování principů podpory, je vhodné vycházet např. z Franklovy logoterapie a z Rogersovy terapie zaměřené na člověka.

4.4.1 Rogersovská psychoterapie

Tento přístup vytvořil a rozvinul v 2. pol. 20. století americký profesor psychologie C. R. Rogers. „*Specifickým rysem této terapie je, že vychází z klienta a podněcuje jeho samostatný rozvoj ... Jde o terapii otevřeným rozhovorem, při němž se terapeut vciňuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho otevřené sebeprojevování a současně i sám může autenticky projevit své osobní pocity.*“⁶⁹ Podle této teorie jedinci disponují ve svém nitru nesmírnými možnostmi sebeporozumění, proměny vlastního sebepojetí, základních postojů a jednání zaměřeného na *vlastní já*⁷⁰. Těchto možností mohou využít pouze v atmosféře, ve které vládou podporující psychologické vztahy; a které lze dosáhnout splněním tří základní podmínky⁷¹:

⁶⁷ Srov. BERAN, J. *Úvod do podpůrné psychoterapie*, s. 7, 8.

⁶⁸ Více k této problematice: KRÁLÍČEK, L., KRÁLÍČKOVÁ, T. Komunitně-skupinová práce se seniory v adaptačním období v domově důchodců. *Sociální práce*, s.143-147.

⁶⁹ KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 54.

⁷⁰ „Já“ ve smyslu ega je specifickým „aparátem“ organizace duševního života člověka, který vyjadřuje jednak obraz sebe sama, sebepojetí (představy, smýšlení o sobě samém), nebo představuje nejvyšší úroveň integrace osobnosti ... (NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*, s. 174.)

⁷¹ Srov. ROGERS, C.R. *Způsob bytí*. Praha : Portál, 1998

▣ *Opravdovost* - terapeut je opravdovým člověkem, vyhýbá se sebeobranám a profesionálním maskám a rolím; čím více je terapeut sám sebou ve vztahu ke klientovi, tím je větší pravděpodobnost, že se bude klient proměňovat a vnitřně růst.

▣ *Kongruence* - terapeut prožívá pocity a postoje, které aktuálně přicházejí; existuje shoda mezi tím, co je prožíváno a tím, co je sdělováno klientovi.

▣ *Bezpodmínečně pozitivní přijetí* - vytvoření atmosféry akceptace, zájmu a důvěry, kdy terapeut přijímá klienta takového, jaký právě je, oceňuje ho úplně a bezpodmínečně; úcta ke konkrétnímu člověku za to, jaký skutečně je, vzdání se vlastních očekávání i touhy změnit tohoto člověka v souladu se svými potřebami; je to ta nejnáročnější, zato však nejvděčnější cesta k uspokojujícímu důvěrnému vztahu.

4.4.2 Logoterapie

Logos v pojetí V. E. Frankla, vídeňského neurologa a psychiatra, neznamena slovo, ale smysl, který „nemůže být dán, nýbrž musí být nalezen. Dávat smysl by směřovalo k moralizování. Také v rámci logoterapie to není snad lékař, který tu dává životu smysl, nýbrž smysl života musí najít pacient sám“.

Frankl vycházel z toho, že si jeho pacienti často stěžovali na pocit bezsmyslnosti, prázdnoty. Tuto zkušenost označil a popsal jako „*existenciální vakuum*“, přičemž vznik existenciálního vakuu přičítal faktu ztráty tradic, kdy člověku dneška už nic neříká, co je jeho povinností. Žijeme ve století rozšiřujícího se pocitu bezsmyslnosti a proto tím spíše by měla výchova směřovat také k zušlechťování svědomí, tak aby člověk dostatečně jasně dokázal zaslechnout požadavek, který je obsažen v každé jednotlivé situaci.⁷²

Ve své knize *Vůle ke smyslu* zdůrazňuje schopnost sebetranscendence, která znamená, že člověk je zaměřen na něco jiného než na nemoc, nepříznivé důsledky stáří, nebo jen na sebe sama. „*Být člověkem odkazuje na něco za ním samým, co už není jím samým – na něco nebo na někoho: na smysl, který má být naplněn, nebo na bytí bližního, s nímž se setkává.*“⁷³

⁷² FRANKL, V.E. *Vůle ke smyslu*, s. 18. Srov. tamtéž, s. 17, 7.

⁷³ Tamtéž, s. 11.

Při hledání smyslu sice člověka vede svědomí, ale i to může člověka oklamat. A tak si člověk až do posledního okamžiku nemůže být jistý, zda skutečně naplnil smysl svého života. „*Neboť na otázku po posledním smyslu lidského utrpení, lidského života nemůže už být intelektuální, nýbrž pouze existenciální odpověď: Neodpovídáme slovy, nýbrž odpovědí je celá naše existence.*“⁷⁴

Terapeut může být starému člověku průvodcem v hledání smysluplnosti života, protože „*ve skutečnosti může člověk přežít pouze tehdy, když žije pro něco ... Pouhé přežití nemůže být nejvyšší hodnotou. Být člověkem znamená být zaměřen a zacílen na něco, co není opět sebou samým. Pokud už lidská existence neukazuje na sebe samu, nebude mít smysl, ba bude nemožné zůstat na živu. Toto bylo aspoň poučení, jehož se mi dostalo v oněch 3 letech, které jsem musel strávit v Terezíně, Osvětimi a Dachau.*“⁷⁵

⁷⁴ FRANKL, V.E. *Vůle ke smyslu*, s. 19.

⁷⁵ Tamtéž, s. 20.

Praktická část

5 PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA SENIORŮ PŘI PŘÍCHODU DO DD

Do jaké míry ovlivní život seniora přechod do DD? Jak může podpurná psychosociální pomoc ovlivnit průběh adaptačního období?

Odpovědi na tyto otázky je možné nalézt v následujících případových studiích klientů DD. Cílem uvedení těchto kazuistik je doložit na konkrétních příkladech, jak staří lidé reagují na změnu životního prostředí a jak může být tento proces adaptace pozitivně či negativně ovlivněn okolím.

Nejprve je však zapotřebí vymezit výchozí pojmy. V jednotlivých kapitolách již byly zmíněny koncepty senior, přechod do DD a také chápání podpory v psychoterapii. Zbývá tak charakterizovat koncept psychosociální podpory.

Sociální oporu lze chápat obecně jako pomáhající jednání pečujících lidí vůči potřebným, které usnadňuje zvládnutí zátěže - v našem případě pomáhá přizpůsobit se novému prostředí a řešit problémy spojené s touto změnou. *Psychická podpora* je konkrétní pomocí ve formě trpělivého vysvětlování, jak si zvyknout, jak změnit životosprávu, jak zvládat bolest, smutek atd. Poskytování psychosociální opory by mělo představovat základní dovednost personálu domova důchodů, ale také rodinných příslušníků. *Psychosociální podpora* by se ve své základní podobě měla projevovat tím, že senioři cítí, že se k nim obracíme jako k jedinečným osobnostem. Smékal doplňuje myšlenku psychosociální pomoci o duchovní oporu, která pomáhá najít či obnovit smysl života, zaujmout postoj k nastalé situaci, vytváří atmosféru lásky ve smyslu agapé, tj. lásky k bližnímu v duchovní rovině.⁷⁶

⁷⁶ Srov. SMÉKAL, V. Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině a v zařízeních sociální péče. *Sociální práce*, s. 55.

5.1 Metodika práce

Při sestavování kazuistik bylo využito postupu, který vychází z metod kvalitativního výzkumu.⁷⁷ Jednotlivé techniky byly aplikovány v období od června 2005 do června 2006.

Byla vybrána technika *zúčastněného pozorování*, která je vhodná zejména proto, že zkoumané osoby zpravidla nevědí o tom, že jsou předmětem zkoumání a nemohou tomu tedy ani přizpůsobovat své chování. Pozorovatel je v tomto případě zároveň zaměstnancem domova důchodců, který pracuje v přímé obslužné péči o klienty.

Zpracování případových studií se opírá také o *rozhovory* s obyvateli domova, jejich rodinnými příslušníky a ostatním personálem DD.

Dalším pramenem pro vytvoření kazuistik bylo *analýza dokumentů*, jež jsou součástí ošetrovatelského spisu klienta.

5.2 Cílová skupina

Jako cílová skupina byl definován vzorek seniorské populace v domově důchodců na území České republiky. Vybrané zařízení je v provozu již více než 40 let a v současné době je spravováno krajským úřadem. Jedná se o domov důchodců s kapacitou 300 obyvatel a s přibližně 150 zaměstnanci.

Uvedené kazuistiky se týkají *3 obyvatel* žijících na společném oddělení, které bylo nově přistaveno a na podzim roku 2004 uvedeno do provozu. Celková kapacita je 20 lůžek, přičemž ne vždy byly plně obsazeny. Prostorové podmínky jsou vyhovující; dva propojené jednolůžkové pokoje mají vždy společné hygienické zázemí (toaleta, sprchový kout), na patře je dále obyvatelům k dispozici společenská místnost. V péči o klienty se střídá celkem 8 zdravotních sester a ošetrovatelek; v pracovní dni je na ranní směně staniční sestra a jedna zdravotnice, ostatní služby jsou pak slouženy vždy jednou pracovnící.

⁷⁷ *Kvalitativní výzkum* je nenumerické šetření a interpretace sociální reality, jejímž cílem je odkrýt význam sdělovaných informací. Tato metoda vyžaduje vhléd do co největšího množství dimenzí daného problému. Využívá přitom induktivní logiky, tzn. že pátrá po pravidelnostech ve zjištěných datech, po jejich významu, formuluje předběžné závěry a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie. Cílem tedy není potvrdit teorii, ale vytvořit ji. (Srov. DISMAN, M. *Jak se dělá sociologická znalost*, s. 285, 287.)

O aktivizaci klientů v celé budově pečují 3 sociální pracovníci a 1 „sociální sestra“; přičemž nedochází pravidelně na jednotlivá oddělení, ale vždy sami obyvatelé navštěvují vybraný program. Dále jsou obyvatelům k dispozici 2 rehabilitační pracovníci, kteří nabízejí služby v tělocvičně, rehabilitační místnosti či přímo na pokoji. Po domluvě je možné využít služeb holiče, kadeřníka a pedikérky. Věřící klienti mohou navštěvovat kapli a jednou týdně se v ní zúčastnit katolické bohoslužby.

5.3 Kazuistiky

Každá z případových studií přináší souhrnné informace, které popisují důvody umístění seniora v ústavním zařízení, základní sociální a zdravotnickou anamnézu, průběh adaptace na pobyt v DD a současný stav.

5.3.1 Klientka A

Důvodem umístění klientky v DD byl zdravotní stav, jenž vyžadoval dohled druhé osoby. Klientka před nástupem do DD žila u své dcery, která patrně již nezvládala nároky spojené s péčí o starého člověka. U klientky navíc docházelo k rozvoji demence a prohlubovaly se vzájemné neshody mezi matkou a dcerou. Lékařem bylo doporučena ústavní péče na oddělení pro osoby s demencí.

Věk klientky je 76 let. Je vdova, má 3 děti - dceru a dva syny. V mládí získala základní vzdělání a pak celý život pracovala jako dělnice v různých profesích. Po zdravotní stránce trpí ischemickou chorobou srdeční, hypertenzní chorobou, chronickou bronchitidou, opakovaně prodělala infarkt myokardu. Psychiatrická diagnóza zní smíšená demence.

Při nástupu do DD byla klientka částečně soběstačná, dohled druhé osoby vyžadovala zejména z důvodu občasných desorientací místem i časem. Z hlediska soběstačnosti při uspokojování potřeb byla zcela nezávislá v oblasti zajištění výživy, téměř samostatná při hygieně (s dopomocí při koupání), minimální pomoc byla třeba při oblékání a nutný byl dohled jen při delší chůzi. K okolí se chovala spíše pasivně, smýšlela pesimisticky, působila tiše, málomluvně. Často byla pozorována nervozita, způsobená zejména očekáváním příchodu synů, protože po jejich návštěvě byla vždy klidnější. *V průběhu pobytu* se neklid a zmatenost zintenzivňovaly, klientka trpěla poruchami spánku, během dne odcházela telefonovat vždy někomu z rodiny a pak bloudila po budově. Objektivně se projevila *akutní reakce na stres* a vyskytly se *problémy s adaptací*; terapie byla vedena psychofarmakologicky. V průběhu

3. měsíce pobytu dosud nebyla smířena s pobytem, lítostivost a stesk po domově střídalo zlostné vystupování. Po půl roce od příchodu do DD se opakovaně zhoršoval a znovu přechodně stabilizoval psychický i fyzický stav klientky. Byla také dvakrát hospitalizována pro selhávání srdeční činnosti.

V současné době, tj. necelý rok po příchodu do DD, je soběstačnost klientky zhoršena oproti původnímu stavu. Klientka vyžaduje většinou alespoň minimální asistenci druhé osoby při stravování, je zcela závislá na pomoci při osobní hygieně a oblékání, úroveň pohyblivosti se mění v průběhu dne, tzn. že střídavě vyžaduje velkou pomoc při změně polohy a jindy je schopna omezeného samostatného pohybu. Psychická úroveň klientky kolísá, tak jako v průběhu dosavadního pobytu, v zásadě však lze říci, že převládá apatie, nemluvnost, dezorientace (hledá manžela, děti, chce jít na vlak, do práce...). V některých chvílích se klientka vyjadřuje přiléhavě situaci, reaguje humornými poznámkami, projevuje stesk po domově atd. Prakticky veškerý čas tráví v křesle na pokoji, na chodbu vychází obvykle jen když „někoho“ hledá. Uvedené skutečnosti ukazují na fakt, že klientka se dosud nepřizpůsobila životu v DD; její stav je možné chápat zejména jako následek progradující demence, svou úlohu sehrává také geriatrický maladaptivní syndrom.

Přístup zaměstnanců DD ke klientce je soustředěn především na poskytnutí potřebné zdravotnické a lékařské péče, dále na asistenci při každodenních činnostech. Klientka není ani nebyla zapojena do žádné z aktivit pořádané domovem. Sama nevyhledává společnost ostatních obyvatel a tak je v užším kontaktu pouze s ošetrovatelským personálem. Potřebu kontaktu a přítomnosti druhé osoby klientka vyjadřuje, často možná nevědomě, tím, že zvonkem opakovaně přivolává ošetrovatelky či zdravotní sestry. Pravidelný *kontakt s příbuznými*, zejména s dvěma syny, na něž je klientka silně fixována, je významný v souvislosti s potřebou jistoty a bezpečí, tento kontakt s rodinou představuje pro klientku potřebné sociální zázemí.

5.3.2 Klientka B

Do DD byla klientka přijata po hospitalizaci na následky pádu v domácnosti. Obávala se, že by již nezvládla topení během další zimy; bydlela na samotě. Dcera si ji chtěla vzít k sobě do péče, ale klientka odmítla, protože nechtěla být nikomu na obtíž.

Věk klientky je 84 let. Je vdova, má syna a nevlastní dceru z manželova 1. manželství. Vzdělání má základní, celý život pracovala v zemědělství. Po zdravotní stránce trpí ischemickou chorobou srdeční, anginou pectoris, těžkou žilní insuficiencí obou dolních končetin, diabetes, prodělala operaci varixů a má zhojený rozsáhlý bercový vřed na pravé noze.

Při příchodu do DD byla klientka plně orientována, projevovala optimální slovní kontakt i dobrou paměť. Z hlediska soběstačnosti byla nezávislá při uspokojování svých potřeb. Vzhledem k tomu, že se pro domov důchodců rozhodla sama z vlastní vůle, i když pod částečným tlakem okolností, přijímala tuto změnu životního stylu konstruktivně. *Během pobytu* navázala přátelský vztah se svou spolubydlící a v dobrém kontaktu byla i s dalšími obyvateli oddělení, popřípadě jiných stanic. V úvodním šetření byla sociální pracovníci hodnocena jako klidný, optimistický a spíše introvertní typ člověka, který nevyhledává konflikty. Od počátku aktivně trávil čas výhradně četbou modlitebních knih, návštěvou kaple, poslechem rozhlasu a procházkami po okolí. Stesk po domově nedávala příliš najevo, jen se čas od času projevovала litostivě, uzavřeně, sklesle. Při překonávání zdravotních komplikací se projevovала houževnatě, snažila se mít dostatečný pohyb i odpočinek, celkově dbala o svou životosprávu.

V současné době, tzn. po 10. měsících pobytu, je klientka úspěšně adaptována na pobyt v zařízení. Kvalita adaptace se projevuje zejména psychickou vyrovnaností a optimální fyzickou i duševní aktivitou. Nedošlo k žádnému výraznému zhoršení zdravotního stavu, klientka si i nadále sama organizuje a plně využívá volný čas.

Personál domova zajišťuje klientce základní služby spojené s potřebnou zdravotnickou péčí, s donáškou stravy, s úklidem a vyřizováním administrativních věcí. Klientka pravidelně navštěvuje bohoslužby pořádané v kapli domova, příležitostně se účastní některých pořádaných akcí (např. taneční zábavy, kavárny na jednotlivých stanicích, kulturní vystoupení dětí). Klientka je často navštěvována *rodinnými příslušníky*, ale i přáteli z místa bydliště. Přibližně jednou až dvakrát měsíčně stráví část dne u příbuzných, či u přátel, nebo ji v případě potřeby někdo z rodiny dopraví k odbornému lékaři. Klientka i přes některé nutné ústupky (např. omezení soukromí) zdařile přizpůsobila svůj životní styl novým podmínkám.

5.3.3 Klient C

Klient byl přijat z LDN, kde byl hospitalizován po fraktuře pravé pažní kosti v důsledku nehody v MHD. Sám se rozhodl pro pobyt v DD z důvodu, že by vzhledem ke zdravotnímu stavu nebyl schopen samostatně setrvat ve vlastním domě a nikdo z rodiny mu nemohl zajistit potřebnou péči. V době nástupu do DD nikdo z dětí nevěděl o umístění klienta.

Klientovi je 82 let. Je vdovec, z prvního manželství má syna a dceru, ze druhého manželství nevlastní dceru. Pracoval v různých dělnických profesích, jako instalatér a také jako technický úředník. Po zdravotní stránce trpí hypertenzí, je léčen inzulinem pro diabetes mellitus, prodělal operaci prostaty, utrpěl úraz hlavy s komocí, je po fraktuře pažní kosti.

Při příchodu byl klient plně orientován, přiměřeně komunikoval s personálem i s obyvateli. Vzhledem k uspokojování potřeb byl soběstačný při stravování, potřeboval minimální pomoc při hygieně, malou dopomoc při oblékání a jen nezbytnou pomoc při pohybu. Klient vytrvale rehabilitoval, snažil se mít dostatek pohybu i přes to, že přetrvávaly otoky a bolesti dolní končetiny. Jeho kontakt s personálem i obyvateli byl veden spíše na věcné úrovni a byl vždy nekonfliktní. Během 7. měsíce pobytu došlo ke zhoršení pohyblivosti a omezení sebeobsluhy, pravděpodobně v důsledku prodělané slabší mozkové mrtvice. Psychiatrická zpráva z této doby uvádí orientaci v normě, lehce kolísavou emotivitu, pokleslou náladu, úzkostnou tenzi a mírný kognitivní defekt myšlení. Klient byl výrazně zaměřen na své bolesti. Tyto psychické změny pravděpodobně souvisely se zásadním omezením soběstačnosti, byly reakcí na celkovou psychosociální zátěž.

V současnosti, 10 měsíců od příchodu do DD, je zdravotní situace klienta proměnlivá a jeho psychický stav relativně stabilizovaný. Klient trpělivě přijímá větší či menší omezení hybnosti, stále se snaží udržet si maximální možnou míru soběstačnosti. Oproti původní úrovni sebeobsluhy je klient sice stále soběstačný při stravování, ale vyžaduje větší pomoc při osobní hygieně, oblékání a pohybu, kdy je schopen alespoň částečné spolupráce. Hlavní náplní klientova času je sledování televize, přičemž se stále zajímá o dokumentární pořady, politické diskuze a zpravodajské relace.

Ze strany personálu je klientovi poskytována ošetrovatelská pomoc při zajišťování výše zmíněných potřeb, dále pak zdravotnická péče. Za klientem dochází jednou týdně

rehabilitační pracovník. Klient se zpravidla nezúčastňuje žádných volnočasových akcí pořádaných domovem. Výraznou podporou jsou pro klienta pravidelné návštěvy jeho nevlastní dcery, která s ním chodí na krátké procházky, povídá si s ním apod. Klient od počátku reaguje na pobyt v DD přizpůsobivě, hůře se však adaptuje na zdravotní komplikace související se stárnutím.

5.4 Hodnocení rozsahu a přínosu poskytnuté psychosociální podpory

Cílem komentářů ke kazuistikám je zhodnotit poskytovanou sociální podporu, popsat její přínos i nedostatky. Částečně nastíněny jsou také možnosti podpurného přístupu v konkrétní situaci.

Kazuistika klientky A

V tomto případě můžeme konstatovat, že dosud nedošlo k optimálnímu přizpůsobení na přechod do DD, a že tento fakt je pochopitelně v přímé interakci se fyzickým a psychickým stavem klientky.

Zásadní *nedostatky podpory* jsou zaznamenány již v první fázi samotného přijetí do DD, kdy klientka postrádala přítomnost rodinných příslušníků, kteří by jí vysvětlili důvod pobytu a poskytli základní oporu při seznamování s novým prostředím. První kontakt pracovníků DD s klientkou byl navíc narušen její částečnou dezorientací a ztíženou komunikací v důsledku demence. Pracovníci DD si tak již od počátku u klientky nemohli být jisti spolehlivostí informací a v důsledku toho je klientka i v průběhu celého pobytu brána tzv. s rezervou. Klientka je navíc poměrně uzavřený člověk a své emoce sama od sebe příliš nevyjadřuje. Čas, který tráví ošetřující personál s klientkou v průběhu dne není dostačující pro rozhovor, v němž by klientka mohla o svých pocitech mluvit. Situace je navíc komplikována rozsáhlou demencí, která zvyšuje nároky na vedení empatického rozhovoru. V kontaktu s klientkou bohužel často chybí účinná podpora vyjádřená pohlazením, držením za ruku atd.

Jako *zásadní přínos* je třeba hodnotit to, že klientka dosud není na uzavřeném oddělení pro klienty s demencí, a že personál v co největší možné míře respektuje osobnost klientky. Pozitivní úlohu sehrává zejména rodina; dcera sice není s klientkou v kontaktu, ale oba synové ji pravidelně navštěvují a příznivě tak ovlivňují život klientky.

V případě této klientky je potřeba počítat s postupným zhoršováním stavu; zabránit tomuto faktu není možné vzhledem k progradující demenci. V silách pracovníků či rodiny je pouze zmírnit tento proces např. tím, že jí pomohou lépe *strukturovat volný čas* - vyberou pro klientku nějakou činnost, nabídnou jí účast na kulturní akci, umožní ji dostat se ven (na invalidním vozíku) atd. Přínosem pro klientku by jistě byla *individuální terapie* vedená psychiatrem, psychologem nebo přinejmenším zdravotním či sociálním pracovníkem, který je prošel terapeutickým výcvikem a je obeznámen s poskytováním podpůrné psychoterapie. Klientce by měla být zprostředkována *kognitivní rehabilitace*, která vychází ze speciálních technik využívaných např. u jedinců s Alzheimerovou chorobou.

Kazuistika klientky B

Z případové studie této klientky vyplývá, že adaptační proces související s přechodem do DD probíhá úspěšně. Ačkoli klientka přišla do DD na základě vlastního rozhodnutí, není ani pro ni tak zásadní změna životního stylu snadná. Nejhůře přijímá skutečnost, že již na některé věci nestačí a potřebuje pomoc druhé osoby.

U klientky však hraje příznivou roli bezproblémová komunikace s druhými lidmi. Udržuje kontakt s rodinou, přáteli z místa bydliště, ale i s novými přáteli v okruhu domova důchodců. Přestože je spíše uzavřená, je schopna dát najevo své starosti či trápení alespoň před některými lidmi. Velmi pozitivní pro klientku je to, že je smířená se svým minulým i současným životem, přičemž je nezbytné poznamenat, že zásadní roli v tom hraje osobní spiritualita, prožívání a uskutečňování vztahu k Bohu.

Možným nedostatkem ze strany personálu je skutečnost, že klientka je vnímána jako bezproblémová a vždy vyrovnaná osoba, a tak může být podceněna, či přehlédnuta např. potřeba být někým vyslechnuta, pochopena, povzbuzena.

Konkrétní návrh psychosociální podpory klientky je zaměřen na udržení současného stavu. Rozšířena by mohla být míra zapojení do *skupinových aktivit* pořádaných domovem důchodců (kulturní akce, kurzy, soutěže, společné procházky, výlety apod.) Pro udržení mentální zdatnosti by bylo účinné aplikovat techniku *trénování paměti*, která zahrnuje celou řadu metod; využito by mohlo být např. psaní vzpomínkových deníků či rodových kronik, účast na tématických besedách, procvičování pozornosti, zrakové a sluchové paměti atd.

Kazuistika klienta C

Tento klient se podle údajů v kazuistice, zpočátku poměrně dobře adaptoval na přechod do DD, vzniklé komplikace souvisejí spíše s problémy vyrovnat se se zdravotními obtížemi. Klient se sice sám rozhodl pro DD, ale učinil tak pod tlakem zdravotních komplikací. Nebyl připraven na skutečnost, že bude v určitých ohledech závislý na pomoci druhých a s touto myšlenkou se také těžko smířoval.

Klient žádá především co nejvíce informací o svém zdravotním stavu, jeho příčinách a šancích na zlepšení, této potřebě bylo a je ze strany zdravotnického personálu dostatečně vyhověno. Klient se stále snaží udržet si maximální možnou míru soběstačnosti, také v tomto ohledu je personálem dostatečně povzbuzován. Komunikace s klientem je od počátku vedena spíše na věcné úrovni a ze strany klienta není ochota hovořit o vnitřních prožitcích.

Klientovi chybí dostatek prostoru pro otevřený rozhovor, který by byl jistě přínosný pro obě stany. Čas a vůle chvíli si povídat a naslouchat, může významně pomoci při udržování stávajícího stavu klienta. A je potěšující, že tato snaha je projevována ze strany rodiny, konkrétně jde o poměrně časté návštěvy a dobré vztahy s nevlastní dcerou.

Psychosociální podpora by měla být směřována na zvýšení sebedůvěry, rozšíření schopnosti sebeobsluhy a částečně na odpoutání pozornosti zaměřené na vlastní choroby. V tomto ohledu by bylo účinné zapojit klienta do *pravidelných aktivit* domova důchodců (např. ergoterapie, filmový klub, debaty nad různými tématy), popřípadě zajistit *individuální terapii* pod vedením psychologa, psychiatra či sociálního pracovníka.

Z Á V Ě R

Smyslem této práce bylo charakterizovat podmínky, které působí na seniora při příchodu do domova důchodců a mají vliv na jeho přizpůsobení novému prostředí. Z faktů předložených v teoretické části a z konkrétních příkladů v praktické části vyplývají následující poznatky:

Stáří je životní téma dotýkající se téměř každého jedince. Osobní přístup ke stárnutí, schopnost přijmout vlastní stáří je jedním z činitelů přizpůsobování životu v DD. Akceptace stáří jako etapy života, jež si zaslouhuje náležitou úctu, je stejně tak předpokladem práce se seniory v DD.

Domov důchodců je pro mnoho lidí jedinou formou sociální pomoci, která jim pomůže vyřešit jejich problematickou situaci. Toto zařízení by proto nikdy nemělo být chápáno jako místo, kde žijí lidé odstrčení, opuštění, nešťastní a čekající na smrt. Zbavit se těchto předsudků je možné kupříkladu tím, že změním způsob přechodu do DD, který je pro seniora značně stresující. Sociální pracovníci ve spolupráci s klienty a rodinami mají spíše poctivě hledat alternativy pro zajištění péče o seniora, než-li doporučovat DD jako jedinou možnost pomoci. V případě, že klient zažádá o přijetí do DD, pak je nutné cílevědomě vést přijímací proces; tzn. předem se seznámit s prostředím, s poskytovanými službami, hovořit o možných rizicích a problémech, zjistit možnosti trávení volného času, zpočátku umožnit kratší pobyty apod. Je přitom velmi důležité, aby byly do tohoto procesu aktivně zapojeny všechny strany - senior, jeho rodina, pracovníci odboru sociální péče a zaměstnanci DD, případně pracovníci zdravotnického zařízení, odkud klient žádá o umístění v DD

Úspěšnost adaptace na DD ve velké míře závisí na tom, jak člověk přijímá celý svůj život; zda v jeho průběhu úspěšně překonává překážky a vyrovnává se se stresem. V případě, že klient z různých důvodů nezvládá situaci po příchodu do DD a jeho možnosti přizpůsobování selhávají, je možné účinně pomoci. Odbornou podporu může poskytnout psycholog či psychiatr formou psychoterapie. Také sociální, zdravotnický či jinak specializovaný geriatrický pracovník může přispět zdárnému průběhu adaptačního období, např. tím, že je schopen pracovat s principy podpůrné terapie. Ale vlastně každý, kdo dochází do domova důchodců, ať už návštěva nebo jako zaměstnanec, a je ochoten být ve svém životě nejen pro sebe ale i pro druhé, může starému člověku pomoci najít ztracený životní cíl. Jde o to mít „jen“ vůli stát při nich, naslouchat jim, snažit se je pochopit a znovu zapojit do života.

Myšlenka důstojného života starého člověka v domově důchodců je tím základním, z čeho autorka ve své práci vycházela a k čemu také chtěla dojít. Při hledání možností, jak učinit pro seniora přechod z domova do ústavního zařízení snesitelnějším, bylo čerpáno zejména z poznatků psychologie.

Závěrem lze poznamenat, že poskytnutí podpory po příchodu do DD je úkolem pro odborníky, ale také pro všechny ostatní, kteří mohou podat pomocnou ruku a provést starého člověka tímto náročným životním obdobím.

Jde o to vycházet z individuálních potřeb lidí přicházejících do domova důchodců; poznání toho, co senioři potřebují a proč to žádají je předpokladem proto, aby bylo možné alespoň do jisté míry dosáhnout jejich spokojenosti.

Tato práce má být jednou z možných cest, jak získat povědomí o problematice starých lidí a jejich přechodu do domova důchodců. Může být také určitým návodem pro lidi, kteří se pohybují v blízkosti lidí žijících v těchto zařízeních, a chtějí jim být ještě blíž.

SEZNAM PRAMENŮ

Použité knihy

- ▣ BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha : Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.
- ▣ BERAN, J. *Úvod do podpůrné psychoterapie*, Praha : Vydavatelství Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-389-X.
- ▣ BROMLEY, D.B. *Psychológia ľudského starnutia*. Bratislava, Smena Bratislava : 1974.
- ▣ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
- ▣ FRANKL, V.E. *Vůle ke smyslu*. Brno : Cesta, 1994. ISBN 80-85139-29-2.
- ▣ GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha : Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.
- ▣ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2.
- ▣ JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- ▣ JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7042-339-0.
- ▣ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- ▣ KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4 vyd., aktualiz. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-657-8.
- ▣ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- ▣ NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha : Academia, 1997, dotisk 2003. ISBN 80-200-0628-1.
- ▣ NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha : Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.

- ▣ NOVALIS, P.N., ROJCEWICZ, S.J., PEELE, R. *Klinická příručka podpornej psychoterapie*. Překl. M. Kusá. Trenčín : Vydavateľstvo F, 1999. ISBN 80-967277-7-X.
- ▣ ROGERS, C.R. *Způsob bytí*. Praha : Portál, 1998. ISBN: 80-7178-233-5.
- ▣ ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha : SPN, 1983.
- ▣ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

Použité články z časopisů

- ▣ HLAVÁČOVÁ, G. Přejít seniorů do domova důchodců. *Sociální práce*, 2003, č. 2, s. 153-165.
- ▣ KRÁLÍČEK, L., KRÁLÍČKOVÁ, T. Komunitně-skupinová práce se seniory v adaptačním období v domově důchodců. *Sociální práce*, r. 2004, č. 2, s.143-147.
- ▣ KUKOLOVÁ, M. Nemocným seniorům psychoterapie pomáhá. *Psychologie Dnes*, r. 2005, č. 2., s. 28-30.
- ▣ SMÉKAL, V. Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině a v zařízeních sociální péče. *Sociální práce*, 2004, č. 2, s. 50-59.

Použité elektronické dokumenty

- ▣ *Statistická ročenka ČR* [online]. Praha : Český statistický úřad, posl. aktualizace [cit. 22.5. 2006]. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/>>.
- ▣ *Národní program přípravy na stárnutí* [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, posl. aktualizace 6.5. 2006 [cit.22.5. 2006]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1057>>.

Druhotné prameny

- ▣ Akademický slovník cizích slov. Praha : Academia, 2001. ISBN 80-200-0607-9.
- ▣ Sociální zabezpečení. *Úplné znění*, 2005, č. 524. ISBN 80-7208-528-X.

SEZNAM ZKRATEK

DD - domov důchodců

DPD - domov-penzion pro důchodce

LDN - léčebna dlouhodobě nemocných

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: *Přehled počtu klientů v rezidenčních zařízeních pro seniory v ČR*

Příloha II: *Demografický vývoj v ČR*

Příloha č. III./a: *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-07 (základní body)*

Příloha č. III./b: *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-07 (základní body)*

Příloha č. IV./a: *Legislativní úprava ústavní sociální péče pro seniory*

Příloha č. IV./b: *Legislativní úprava ústavní sociální péče pro seniory*

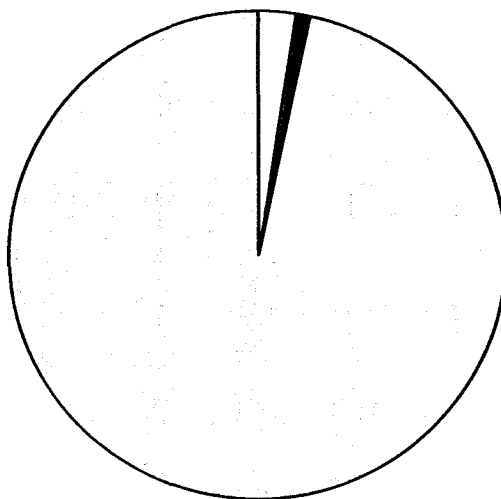
Příloha č. V.: *Druhy skupin vhodné pro geriatrické klienty*

PŘÍLOHA I.

Přehled počtu klientů v rezidenčních zařízeních pro seniory v ČR¹

Počet obyvatel nad 65 let, situace k 31. 12. 2004

- Počet obyvatel v domovech důchodců: 37 025
- Počet obyvatel v domovech - pensíonech pro důchodce: 11 442
- Počet obyvatel ve společných zařízeních DD + DPD: 413
- Počet obyvatel nad 65 let: 1 434 630

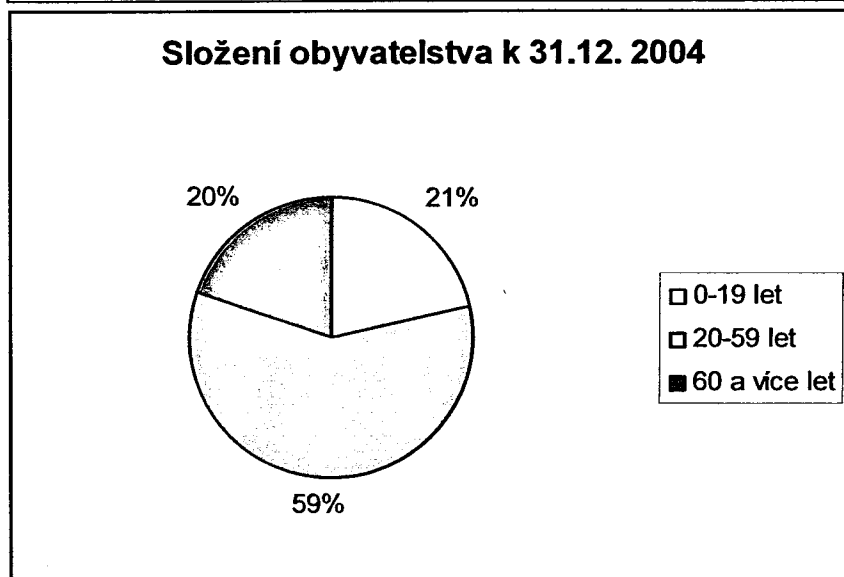
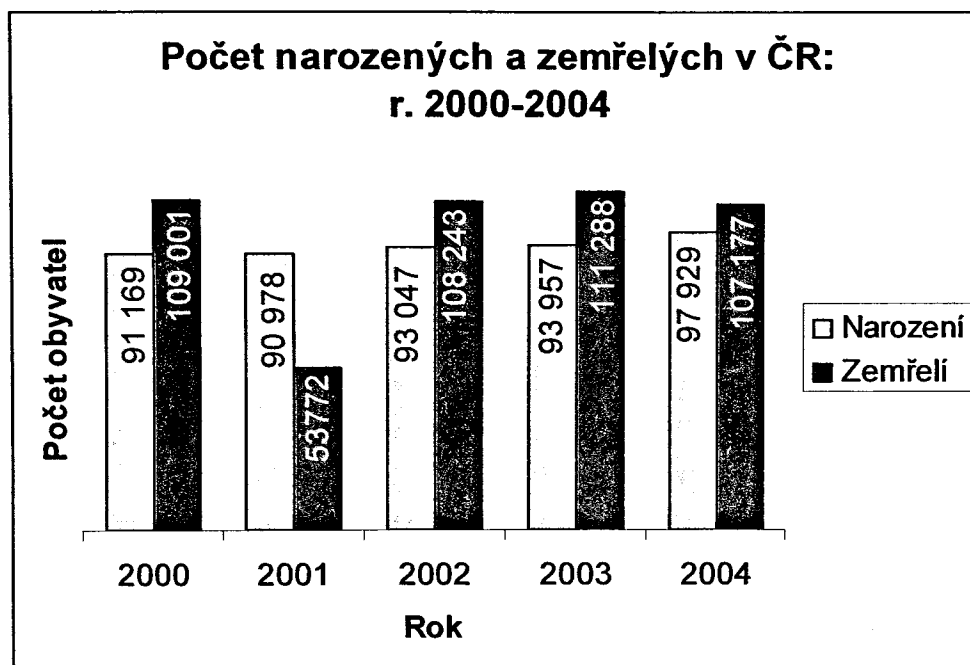


¹ *Statistická ročenka ČR* [online]. Praha : Český statistický úřad, posl. aktualizace [cit. 22.5. 2006]. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/>>.

PŘÍLOHA II.

Demografický vývoj v ČR¹

Jedním ze základních rysů současného demografického vývoje v České republice je pokles počtu obyvatel způsobený přirozeným úbytkem. *Průměrný věk* dosáhl v roce 2001 svého historického maxima, u mužů činil 37,4 let, u žen 40,5 let a za obě pohlaví dohromady 39 let. *Střední délka života* při narození v roce 2000 vzrostla u mužů na 71,65 let, u žen na 78,35 let.



¹ *Statistická ročenka ČR* [online]. Praha : Český statistický úřad, posl. aktualizace [cit. 22.5. 2006]. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/>>.

PŘÍLOHA Č. III./A

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-07 (základní body)¹

Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané.

Návrh Národního programu přípravy na stárnutí vychází z " Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí" (Viedeň 1982), "Zásad OSN pro seniory" (1991) a je v souladu se závěry a II.světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu (8.-12.4. 2002) a přijatého " Mezinárodního plánu stárnutí 2002".

Je žádoucí, aby mladá generace přijala pozitivní přístup ke stáří a starším lidem. Je potřebné, aby mladá generace přijala princip nediskriminace a solidarity a uznala, že starší lidé přinášejí do života společnosti nezastupitelné kvality, že starší generace není ohrožením národního životního standardu, ale naopak se na jeho tvorbě může významně podílet.

Střední generace jako nejpočetnější a ekonomicky aktivní část společnosti odpovídá ve společnosti za prosazování a uskutečnění rámce politiky stárnutí, přípravy na stárnutí, vytváření opatření ve prospěch seniorů a zároveň je zodpovědná i za svou vlastní přípravu na stárnutí a stáří.

Ke změně společenského klimatu a přijetí starší generace jako plnoprávné složky společnosti je třeba především aktivního přístupu samotných seniorů ke stárnutí a stáří. Svými aktivitami a postoji by měli také senioři přispívat ke změně vnímání stárnutí a stáří ve společnosti. Přitom je potřebné poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na životě společnosti a jejím rozvoji.

I. Etické principy

K hlavním etickým principům patří respekt k jedinečnosti člověka při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti osobnosti seniora, respekt k jeho nezávislosti, právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu. Je důležité podporovat, posilovat a chránit rodinu jako základní článek společnosti, v níž se přirozeně realizuje mezigenerační solidarita, úcta a respekt ke starším lidem.

II. Přirozené sociální prostředí

Možnost žít v přirozeném sociálním prostředí je předpokladem pro udržení, popřípadě i rozvoj společenského postavení seniorů. Rodina jako základní článek společnosti vytváří bezpečný prostor pro život seniorů, pomáhá seniorům udržet si nezávislost, samostatnost, je prostorem mezigenerační solidarity a brání jejich sociálnímu vyloučení.

¹ Srov. *Národní program přípravy na stárnutí* [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, posl. aktualizace 6.5. 2006 [cit.22.5. 2006]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1057>>.

PŘÍLOHA Č. III./B

III. Pracovní aktivity

Rovnost příležitostí na trhu práce a co nejširší podpora zaměstnávání starších osob a seniorů je prostředkem jejich aktivizace a plného zapojení do společnosti. Zároveň představuje pro společnost cenný pracovní a ekonomický přínos.

IV. Hmotné zabezpečení.

Hmotné zabezpečení ve stáří je důsledkem celoživotní aktivity každého jedince a jeho odpovědného přístupu k přípravě na stáří a je předpokladem ekonomické nezávislosti seniorů.

V. Zdravý životní styl, kvalita života.

Zdravý životní styl je součástí odpovědné přípravy na stáří. Je podmínkou pro zajištění aktivního a důstojného stárnutí a kvality života seniorů. K naplňování zdravého životního stylu a kvality života musí přispět jak společnost, tak i jednotlivci sami.

VI. Zdravotní péče.

Péče o zdraví seniorů má pro společnost vzrůstající důležitost nejen v rovině etické, ale také v souvislosti s ekonomickou situací společnosti. Nárůst počtu seniorů, kteří potřebují a budou potřebovat zdravotní péči, povede k rostoucím požadavkům na systémy zdravotní péče. Zároveň je potřebné podporovat zájem a účast všech generací na programech prevence a péče o zdraví.

VII. Komplexní sociální služby.

Nárůst počtu seniorů a rostoucí potřeba sociální péče a sociálních služeb musí vést k rozvoji sociálních systémů tak, aby reflektovaly různost sociální situace seniorů a minimalizovaly riziko sociálního vyloučení a institucionalizace.

VIII. Společenské aktivity.

Co nejširší účast seniorů na společenském životě je nezbytnou podmínkou rozvoje společnosti, zdravých postojů ke stárnutí a stáří, ke vzájemnému respektu a solidaritě generací.

IX. Vzdělávání.

Vzdělání je jednou z podmínek pro aktivní a plodný život. Možnost celoživotního vzdělávání je nezbytným předpokladem pro udržení znalostí a schopností stárnoucích osob a seniorů. Podporuje duševní pohodu, udržení pracovní schopnosti a uplatnění na trhu práce, posiluje nezávislost. Může přispět ke snížení marginalizace, osamění, generační intolerance a zlepšit příležitosti k začlenění do společenského dění. Vzdělávání přispívá k humanizaci, k sociální integraci a kvalifikaci, umožňující uplatnění na trhu práce.

X. Bydlení.

Odpovídající bydlení je pro seniory zvlášť důležité. Oddaluje nebo zamezuje odchodu seniorů do objektů a zařízení, kde jsou odloučeni od rodin a ztrácejí dosavadní společenské kontakty.

PŘÍLOHA Č. IV./A

Legislativní úprava ústavní sociální péče pro seniory

VYHLÁŠKA č. 182/1991 Sb.,
kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení
a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky
v sociálním zabezpečení.

§ 61

Ústavní sociální péče

Pro poskytování ústavní sociální péče se zřizují zejména tyto ústavy sociální péče:

...

- k) domovy důchodců
- l) domovy-penzióny pro důchodce.

§ 72

Domovy důchodců

Domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

§ 73

Domovy-penzióny pro důchodce

- (1) Domovy-penzióny pro důchodce jsou určeny pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a pro občany, kteří jsou plně invalidní a jejichž celkový zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči, za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu.
- (2) Do domovů-penziónů pro důchodce se přijímají občané, jejichž zdravotní stav a věk umožňuje vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách.
- (3) V domovech-penzionech pro důchodce se poskytuje ubytování a základní péče; podle možností ústavu a požadavku obyvatel domovů-penziónů pro důchodce lze obyvatelům poskytovat i další placené služby. současně jsou ústavem vytvářeny podmínky pro rozvoj kulturního a společenského života a zájmové činnosti obyvatel ústavu.

PŘÍLOHA Č. IV./B

§ 75

Podmínky pro přijetí do ústavu

- (1) Do ústavů se přijímají občané, kteří potřebují vzhledem ke svým sociálním poměrům a zdravotnímu stavu ústavní sociální péče. ...

§ 76

Řízení o přijetí do ústavu

- (1) Občané jsou přijímáni do ústavu na podkladě žádosti. Žádost podávají občané (dále jen „žadatel“), kteří potřebují ústavní sociální péči, pokud zvláštní předpis nestanoví jinak, jde-li o nezletilé nebo občany zbavené způsobilosti k právním úkonům, jejich zákonný zástupce. Řízení o přijetí může být zahájeno též z podnětu obce, zdravotnického zařízení, občanského sdružení, církve nebo charitativní organizace. ...
- (2) Pokud žadatel splňuje podmínky pro přijetí do ústavu a ve vhodném ústavu je volné místo, rozhodne se o přijetí žadatele; není-li ve vhodném ústavu volné místo, rozhodne se o zařazení žádosti do pořadníku čekatelů.
- (3) Pořadník čekatelů na umístění v ústavu se sestavuje podle naléhavosti umístění pro každý druh ústavu zvlášť. Při stanovení naléhavosti pořadí na umístění mají přednost
 - a) ...
 - b) při přijímání do ústavů pro dospělé občany osamělí žadatelé a žadatelé-příjemci pečovatelské služby, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku potřebují komplexní péči.
- (4) Před rozhodnutím o přijetí žadatele zařazeného do pořadníku se přešetří, zda se nezměnily okolnosti rozhodné pro přijetí do ústavu.
- (5) V rozhodnutí o přijetí do ústavu se určí forma pobytu. Jestliže žadatel ve stanovené lhůtě bez vážného důvodu nenastoupí, bude zařazen do pořadníku čekatelů.

§ 77

Nástup do ústavu

Přijaté žadatele vyzve k nástupu ústav. Nástup do ústavu oznámí žadateli nebo zákonnému zástupci alespoň týden předem; zároveň mu oznámí, které doklady musí při nástupu v ústavu předložit a které věci si může do ústavu vzít.

PŘÍLOHA Č. V.

Druhy skupin vhodné pro geriatrické klienty¹

- ▣ **Analyticky orientované psychoterapeutické skupiny:** vhodné pro neurotické pacienty, pro osoby závislé na alkoholu nebo drogách (lécích). Cílem je především kauzální úprava podmíněná objasněním nevědomých a podvědomých konfliktů.
- ▣ **Skupinová psychoterapie se sociokomunikační a psychodynamickou komponentou:** je vhodná pro hospitalizované pacienty zejména s diagnózou středně těžké afektivní poruchy a lehčí demence.
- ▣ **Programově zaměřené tréninkové skupiny:** jsou určeny pro úpravu funkčních defektů nebo změn u dementních pacientů, psychotiků anebo selektivně postižených pacientů. pracují s modely učení.
- ▣ **Pedagogicky zaměřené skupiny:** nemají přesně vymezené diagnostické omezení, jsou určeny pro nemocné i pro zdravé osoby. Skupina řeší některé specifické životní situace.
- ▣ **Rozhovorové skupiny:** jsou určeny pro povídání o svých zkušenostech s cílem překonat nějaký konkrétní problém.
- ▣ **Skupiny zaměřené na podporu činností a zájmů:** jsou to skupiny vhodné zejména pro osoby, které jsou dlouhodobě v institucionalizované péči. Jejich cílem je aktivizace, snadnější navazování vzájemných kontaktů a posilování sebevědomí.
- ▣ **Svépomocné skupiny:** v rámci domovů důchodců a léčeben pro dlouhodobě nemocné ve formě samosprávy obyvatel nebo pacientů. Usnadňují organizaci v rámci instituce.
- ▣ **Skupiny arteterapeutické:** jsou vhodné pro obyvatele institucí pro dlouhodobě nemocné, domovů důchodců a otevřených oddělení psychiatrických zařízení. Jejich cílem je aktivovat zájem, tvůrčí schopnosti a zvyšovat sebevědomí grafickými a malířskými technikami.
- ▣ **Skupiny muzikoterapeutické:** jsou vhodné pro všechny seniory. Jejich předností oproti verbálním technikám je, že proti němu člověk neklade vědomý odpor, nevyžaduje od pacientů intelektuální práci a logiku. Jsou proto účinné u psychóz v seniu, u demencí, u afázií, u hemiparetiků a parkinsoniků.
- ▣ **Léčba kontaktem se živými zvířaty:** zvířata obohacují jednotvárné prostředí ústavů dlouhodobé péče, navozují lepší atmosféru a zlepšují vzájemnou komunikaci mezi obyvateli ústavů. U osamocených lidí mohou suplovat potřebu lásky.

¹ Srov. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*, s. 119-120.

ABSTRAKT

JÁCHIMOVÁ, R. *Problematika adaptace seniorů na domov důchodců*. České Budějovice, 2006. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie a sociologie. Vedoucí práce Mgr. Radek Stehlík.

Práce se zabývá podmínkami, které se podílí na adaptaci starého člověka v domově důchodců. Postupně jsou předkládána témata vztahující se k této problematice tak, aby si čtenář mohl udělat celkový obraz o situaci přechodu seniora do domova důchodců. Práce uvádí zejména ty informace, které mohou být využity při poskytování podpory klientům v adaptačním období. Vychází se zde z předpokladu, že spokojený život v domově důchodců souvisí se zdařilým přechodem do tohoto zařízení. Na případových studiích seniorů jsou dokládány konkrétní okolnosti přechodu do domova důchodců, naznačeny jsou možné problémy s přizpůsobením a zdůrazněna je úloha psychosociální pomoci.

Klíčová slova

stáří, senior, gerontologie, adaptace, domov důchodců, přechod do domova důchodců, psychosociální podpora, psychoterapie seniorů

ABSTRACT

The problems in seniors' adaptation at the Home for Eldery.

The thesis deals with conditions, which go shares in senior's adaptation at the Home for Eldery. The themis connected with this problems are proposed successively, so that the reader could make the view in situation of senior's transition into the Old People's Home. In the text are decribed especially indications, which could be used in a support to clients in an adaptation term. The author appear from hypothesis that good living at retirements homes is connected with successful transition into this institution. The case reports make good concrete situations about arival at Home for Eldery, there are the possible problems with adaptation outlined and there is the role of the psychological and social support accented.

Key words

the old age, the senior, the gerontology, the adaptation, the Home for Eldery, the transition into the Old People's Home, the social and psychological support, the psychotherapy of seniors