



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Stěhování seniorů do domova pro seniory jako
krizová životní událost**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Bc. Jaroslava Horváthová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „**Stěhování seniorů do domova pro seniory jako krizová životní událost**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2017

.....

Jaroslava Horváthová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení diplomové práce.

Chtěla bych také poděkovat všem seniorům, respondentům mého výzkumu, za jejich čas věnovaný vyplňování výzkumného dotazníku a za jejich ochotu sdílet tak se mnou své životní zkušenosti.

V neposlední řadě děkuji i své rodině za pochopení, podporu a pomoc nejen během psaní diplomové práce, ale i v průběhu celého studia.

Stěhování seniorů do domova pro seniory jako krizová životní událost

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na problematiku stáří a stárnutí. Zabývá se stěhováním seniora do domova pro seniory. Cílem práce bylo zjistit, *zda považují senioři stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost.*

Práce se skládá ze dvou částí, a to teoretické a praktické. Teoretická část uvádí a objasňuje základní tematické okruhy, které se v diplomové práci prolínají. Jedná se o problematiku stáří, stárnutí a života ve stáří a problematiku životních krizí a jejich možného řešení. Zabývá se procesem stárnutí a jeho aspekty, definuje pojem stáří a vymezuje různé podoby stáří. Vysvětluje pojem senior a uvádí specifika seniorského věku, jako jsou potřeby seniorů, životní změny u seniorů. Podrobněji se zaměřuje na bydlení seniorů a proces stěhování seniora do pobytového zařízení. Definuje pojem krize, uvádí typologii krizí a zabývá se krizovými situacemi a jejich řešením.

Praktickou část práce tvoří výzkum. Pro výzkum daného tématu byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu, metoda dotazování a technika dotazníku. Data byla získána pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník obsahuje celkem 25 výzkumných otázek. Výzkumný soubor tvořilo 119 respondentů. Získaná data jsou statisticky vyhodnocena a výsledky jsou zachyceny prostřednictvím tabulek a přehledných grafů.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že *třetina seniorů považuje stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost. Vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události není závislé na pohlaví, věku, vzdělání a je závislé na rodinném stavu seniora.* Tato práce poukazuje na to, jak náročný proces pro seniory představuje stěhování do pobytového zařízení. Výstupy výzkumu mohou sloužit jako podklad pro další studie o tématu, mohly by být použity jako výukový materiál a mohou být přínosem i pro personál domova pro seniory a pro rodiny seniorů.

Klíčová slova

stáří; stárnutí; senior; změny ve stáří; stěhování; domov pro seniory; krize

Moving of seniors to home for the elderly as a crisis life event

Abstract

This thesis is focused on the issue of old age and aging. It is dedicated to moving of a senior to a home for elderly. Aim of the thesis was to determine *whether elderly people see moving to a home for elderly as a life crisis event.*

This thesis consists of two parts - theoretical and practical. Theoretical part lists and clarifies principal topics that blend together at the thesis. Those topics are old age, aging, life in old age, life crises and possible solutions of them. It is dedicated to the process of aging and its aspects, defines the concept of old age and delimits various forms of old age. It explains the term senior and lists specifics of senior age such as specific needs of seniors and life changes of seniors. It focuses more thoroughly on housing of seniors and the process of moving of seniors into a residential facility. It defines the concept of a crisis, introduces a typology of crises and describes crises situations and their solutions.

Practical part of the thesis consists of a research. Strategy of a quantitative research, method of questioning and technique of a questionnaire has been chosen with respect to the topic. The data have been acquired by means of a questionnaire of my own construction. The questionnaire consists of 25 research questions in total. The research file consisted of 119 respondents. The data are statistically evaluated and the results are depicted by means of tables and charts.

The results of the research suggest *that one third of seniors deems moving to the home for elderly to be a crisis life event. Perception of moving as a crisis event is not connected to sex, age, education and is connected to marital status.* This thesis points out how demanding the process of moving to a residential facility is for seniors. The results can be used as a base for future research of the topic, they can be used as an educational material and can be beneficial for staff of homes for elderly and families of seniors.

Key words

old age; ageing; senior; changes in old age; moving; home for elderly; crisis

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 Stárnutí.....	10
1.1.1 Proces stárnutí.....	10
1.1.2 Biologické aspekty stárnutí.....	11
1.1.3 Psychologické aspekty stárnutí.....	11
1.1.4 Sociální aspekty stárnutí.....	12
1.2 Stáří.....	13
1.2.1 Vymezení stáří.....	13
1.2.2 Kalendářní stáří.....	13
1.2.3 Biologické stáří.....	14
1.2.4 Sociální stáří.....	14
1.2.5 Funkční stáří.....	15
1.2.6 Adaptace na stáří.....	15
1.3 Senior a specifika seniorského věku.....	16
1.3.1 Pojem senior.....	16
1.3.2 Senior a společnost.....	17
1.3.3 Potřeby seniorů.....	17
1.3.4 Životní změny u seniorů.....	19
1.3.5 Bydlení seniorů.....	20
1.3.6 Životní prostor a stěhování.....	21
1.3.7 Domov pro seniory.....	22
1.3.8 Adaptace v institucionalizované péči.....	23
1.4 Krize.....	24
1.4.1 Krize jako obecný pojem.....	24
1.4.2 Krize z pohledu psychologie.....	25
1.4.3 Typologie krizí.....	26
1.4.4 Klasifikační systém krizí podle Baldwina.....	26
1.4.5 Eriksonovo pojetí vývojových krizí.....	27
1.5 Krizové situace.....	28
1.5.1 Příčiny krize.....	28

1.5.2 Průběh krize	29
1.5.3 Modely krize	30
1.5.4 Odolnost vůči krizi.....	31
1.6 Řešení krize.....	31
1.6.1 Neformální a formální pomoc.....	31
1.6.2 Krizová intervence a její formy	32
1.6.3 Význam krize	33
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	34
2.1 Cíl práce	34
2.2 Hypotézy	34
2.3 Operacionalizace pojmů	35
3 METODIKA.....	36
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	36
3.1.1 Výzkumný dotazník.....	36
3.2 Výzkumná strategie	37
3.3 Výzkumný soubor.....	37
3.4 Zpracování a prezentace dat	38
3.4.1 Hlavní hypotéza	38
3.4.2 Pracovní hypotézy.....	39
3.5 Etika výzkumu	41
3.6 Možná zkreslení výzkumu	41
4 VÝSLEDKY	42
4.1 Statistické zpracování dotazníkového šetření	42
4.2 Vyhodnocení hypotéz	67
4.2.1 Vyhodnocení hlavní hypotézy	67
4.2.2 Vyhodnocení pracovních hypotéz	67
5 DISKUSE.....	70
6 ZÁVĚR	80
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	82
8 SEZNAM TABULEK.....	92
9 SEZNAM GRAFŮ	93
PŘÍLOHY.....	94

ÚVOD

Moje diplomová práce se věnuje problematice stěhování seniorů do domova pro seniory. Toto téma spojuje dvě oblasti sociální práce, které jsou mi blízké, a to sociální práci se seniory a krizovou intervencí. K volbě tématu jsem dospěla na základě své bakalářské práce, která se zabývala životními krizemi u seniorů. Při rozhovorech se seniory se ukázalo, že změna bydliště představuje pro seniory velice náročnou situaci, které se velmi obávají. Proto jsem se rozhodla ve své diplomové práci prozkoumat situaci stěhování do domova pro seniory, kdy senior mění nejen místo svého bydlení, ale přechodem do pobytového zařízení mění často i celý dosavadní způsob života.

Cílem mé práce je na základě teoretických poznatků a vlastního výzkumu nalézt odpověď na otázku, **zda senioři považují stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost.**

Předloženou práci v teoretické části tvoří dvě hlavní tematické linie - stáří a životní krize. V následujících kapitolách budou uvedeny a teoreticky objasněny základní tematické okruhy, které se v diplomové práci prolínají. Jedná se o problematiku stáří, stárnutí a života ve stáří a problematiku životních krizí a jejich možného řešení.

První kapitola definuje pojem stárnutí a následně se snaží přiblížit proces stárnutí z různých úhlů pohledu, popisuje nejen biologické aspekty stárnutí, ale i jeho psychologické a sociální aspekty. Proces stárnutí se projevuje ve všech 3 rovinách, které skládají celkový obraz stárnutí jako nezvratného procesu, který probíhá u každého člověka.

Druhá kapitola se zabývá vymezením stáří jako závěrečné etapy lidského života a definuje pojmy kalendářní stáří, biologické stáří, sociální stáří, funkční stáří. Stručně se zmíní o adaptaci na stáří a možných strategiích adaptace na stáří.

Třetí kapitola uvádí vymezení pojmu senior, které není úplně jednoznačné. Zabývá se potřebami seniorů a snaží se přiblížit a popsat změny, které stárnutí a život starých lidí provázejí. Podrobněji se věnuje možnostem bydlení seniorů a s tím souvisejícím stěhováním do domova pro seniory. Stručně je nastíněn problém přechodu do pobytového zařízení a následný proces adaptace či maladaptace na nové prostředí.

Čtvrtá kapitola vysvětluje pojem krize v obecné rovině i z pohledu psychologie. Následně jsou uvedeny klasifikace krizí podle různých hledisek, podrobněji je popsán klasifikační systém Baldwina a Eriksonovo pojetí vývojových krizí.

Pátá kapitola má záměr přiblížit krizové životní situace a uvést možné spouštěče krize. Stručně a zjednodušeně je popisován průběh krize jako takové, je uveden Caplanův model krize a nastíněno pojetí krize podle Kastové. Krátce je zmíněna i odolnost člověka vůči krizím.

Šestá kapitola přibližuje možnosti, které může člověk využít při hledání podpory při řešení krize. Představuje neformální pomoc a definuje formální možnost pomoci, tedy krizovou intervenci, která může mít různou formu. Zabývá se také významem krize a jejím přínosem pro každého člověka.

Praktická část popisuje metodiku a prezentuje výsledky provedeného výzkumu. Výzkumná část diplomové práce byla provedena kvantitativní metodou šetření. Data byla získána pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník obsahuje celkem 25 výzkumných otázek. Výzkumný soubor tvořilo 119 respondentů. Výsledky výzkumu jsou statisticky zpracovány a následně prezentovány v přehledných tabulkách a dobře čitelných grafech. Získaná data jsou komentována a následně v diskusi i porovnána s odbornou literaturou.

Závěr práce shrnuje výsledky výzkumu a ukazuje možnosti využití diplomové práce v praxi.

1 SOUČASNÝ STAV

V následujících kapitolách budou uvedeny a teoreticky objasněny základní tematické okruhy, které se v diplomové práci prolínají. Jedná se o problematiku stáří, stárnutí a života ve stáří a problematiku životních krizí, krizových životních situací a jejich řešení.

1.1 Stárnutí

Tato kapitola definuje pojem stárnutí a následně se snaží přiblížit proces stárnutí z různých úhlů pohledu. Stárnutí člověka je komplexní a individuální jev, při kterém dochází ke změnám v biologické, psychologické a sociální sféře (Dziechciaż a Filip, 2014). Stárnutí je zároveň tělesný, psychický, sociální a duchovní jev (Gruss, 2009).

1.1.1 Proces stárnutí

Stárnutí přestalo být dnes výsadou několika bohatých a vyvolených, ale je dopřáno většině z nás. Ještě nikdy se v historii lidstva tolik lidí nedožilo vlastního stáří (Topinková, 2005). Stárnutí tak můžeme chápat jako všeobecný proces stárnutí celé populace, ale i jako ryze individuální proces stárnutí každého jedince (Zavázalová et al., 2001). Stárnout znamená růst a zrát, starý člověk je ten, který v daném společenství žije déle a zná mnoho příběhů (Holmerová et al., 2007). Charakterizovat stárnutí je náročné, existuje řada definic stárnutí, ale žádná z nich není zcela přesná (Mlýnková, 2011). Každý totiž žije individuální a neopakovatelný život. Z toho plyne, že každý z nás prožívá a pociťuje stárnutí způsobem zcela individuálním a neopakovatelným (Gregor, 1990). Pod pojmem stárnutí nejčastěji rozumíme souhrn změn ve funkcích organismu. Projevuje se vyšší zranitelností a nižší výkonností jedince. Stárnutí je tedy součtem změn v průběhu času (Dvořáčková, 2012).

Stárnutí lze zjednodušeně definovat jako působení času na lidskou bytost (Pichaud a Thareau, 1998). Představuje přirozený a biologicky zákonitý proces, během něhož klesají adaptační schopnosti a zmenšují se funkční rezervy organismu (Kalvach et al., 2004). Proces stárnutí je charakterizován tím, že je dlouhodobě zakódován, je nevratný, neopakuje se, má různou povahu a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem, ale podléhá i formativním vlivům prostředí (Pacovský a Heřmanová, 1981). Obecným rysem stárnutí je atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně (Kalvach et al., 2004). Ve tkáních a buňkách probíhají degenerativní změny tvaru a funkce buněk. Počátek změny je zahájen v různou dobu života jedince a vyvíjí se individuálním tempem (Mlýnková, 2011).

Involuce je ireversibilní, nezvratný a jednosměrný proces, který končí zánikem individua (Gruberová, 1998). Každý člověk stárne trochu jinak, ale je možné obecně hovořit o 3 typech průběhu stárnutí:

- *fyziologické stárnutí* - obvyklé, normální stárnutí, míra obtíží odpovídá vrstevníkům a normě ve společnosti
- *patologické stárnutí* - stárnutí předčasné či extrémně rychlé, zdravotní a funkční stav je horší než u vrstevníků, závislost na pomoci druhých
- *úspěšné stárnutí* - funkční stav seniora je nadprůměrný, soběstačnost, ale i žádoucí fyzická, psychická a sociální aktivita (Malíková, 2011).

Stárnutí je tedy jednosměrný proces směřující z minulosti do budoucnosti stejně tak, jako kdyby letěl šíp. Dá se s tím něco dělat? Stárnutí se neubráníme, ale je možné stárnout úspěšně (Koukolík, 2014).

1.1.2 Biologické aspekty stárnutí

Biologické stárnutí je charakterizováno progresivitou věku a změnou fyzikálně chemických vlastností buněk (Dziechciaż a Filip, 2014). Označuje změny v organismu, které jsou na fyziologické úrovni a postihují tělesné tkáně a orgány. Neprobíhají u každého člověka stejně, protože jsou významně ovlivňovány genetickými dispozicemi a životním stylem (Klvetová a Dlabalová, 2008). U člověka probíhají hlavně 3 typy funkčních změn:

- úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové
- vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci na zátěžovou situaci
- zpomalení většiny funkcí (Pacovský, 1994).

Důsledkem involuce struktur a funkcí orgánů je i zhoršení adaptačních a regulačních funkcí, pokles imunity, snížení smyslového vnímání (Hegyí et al., 2012). Zhoršuje se funkce smyslových orgánů - zrak, sluch, chuť a může docházet i k poruchám spánku (Jarošová, 2006). Nápadný je ve stáří i sklon k nádorovým onemocněním (Langmeier a Krejčířová, 2006).

1.1.3 Psychologické aspekty stárnutí

Tělesné a psychické změny spolu úzce souvisí. Tělesné změny starý člověk často prožívá negativně, to se může projevovat psychickými změnami (Malíková, 2011).

Psychické změny při stárnutí se týkají lidského vědomí a jeho přizpůsobivosti k procesu stárnutí (Dziechciaż a Filip, 2014).

Psychické stárnutí se projevuje snížením poznávacích schopností, zpomalením psychomotorického tempa, zhoršením paměti, nižší koncentrací pozornosti (Hegyi et al., 2012). Charakteristickými příznaky je zhoršování zrakového a sluchového vnímání, hybnosti, paměti a pružnosti myšlení (Nakonečný, 2011). Dochází i ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Snížené vnímání oslabenými smysly způsobuje strach a úzkost a přináší nejistotu (Klevetová a Dlabalová, 2008). Stáří provázejí také povahové změny, mezi charakteristické rysy patří umíněnost, přecitlivělost, vztahovačnost, nedůvěra a zvýraznění dřívějších povahových rysů v negativním i pozitivním směru (Nakonečný, 2011). Stáří s sebou přináší ale i zvýšení vytrvalosti, stabilitu názorů, moudrost, rozvážnost a toleranci (Hegyi et al., 2012), vyšší preciznost, smysl pro detail, trpělivost, nadhled, důslednost, důkladnost (Šramo, 2012). Člověk ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům a s novými problémy se vyrovnává primitivnějším způsobem, někdy dochází ke snížení zájmu o okolí až netečnost (Mühlpachr, 2009). Stárnutí bývá spojené se zjednodušováním osobnosti. Psychickou involuci tak můžeme chápat jako demontáž osobnosti (Říčan, 2006).

1.1.4 Sociální aspekty stárnutí

Stárnutí představuje komplexní a dynamický proces zahrnující vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního (Sýkorová, 2007). Proces stárnutí, zvýšený výskyt chronických nemocí, sociální změny a změny prostředí mohou ovlivnit autonomii člověka (Bužgová, 2007). Nejvýraznější změnou ve stáří je odchod do důchodu, který přináší i změnu ekonomické situace a ztrátu sociálních kontaktů (Klevetová a Dlabalová, 2008). Adaptace na odchod do důchodu je spojená se změnou sociálního postavení a je východiskem pro změnu životního programu (Hegyi et al., 2012). Člověk má najednou spoustu času, ale i omezené možnosti sociální integrace. Někdy to končí až sociální izolací a pocitem generační osamělosti (Malíková, 2011).

Je důležité si uvědomit, že do procesu stárnutí vstupuje celý člověk. V jeho průběhu dochází k četným biologickým, psychickým a sociálním změnám, které nelze chápat jako izolované jevy, ale jako vývojový proces jedince žijícího v určité společnosti (Ondrušová, 2011).

1.2 Stáří

Tato kapitola se zabývá vymezením stáří jako závěrečné etapy lidského života a definuje pojmy kalendářní stáří, biologické stáří, sociální stáří, funkční stáří. Stručně pojednává o adaptaci na stáří a možných strategiích adaptace na stáří.

1.2.1 Vymezení stáří

Sociologický slovník stáří vymezuje jako fázi životního cyklu po skončení aktivní ekonomické činnosti, která je doprovázená fyzickými a duševními změnami. Stáří je spojováno se sníženou schopností adaptace, narůstající sociální izolovaností a postupnou ztrátou rodinných příslušníků, přátel a spolupracovníků (Jandourek, 2001).

Donedávna bylo stáří definováno jako období, kdy dochází k úpadku tělesných a duševních sil. Ale proces stárnutí začíná vlastně už při početí a pokračuje plynule až do smrti. Najít ukazatele, který by byl jednoznačným kritériem stáří, se proto nepodařilo (Žumárová a Balogová, 2010). Pod pojmem stáří chápeme poslední fázi ontogeneze přirozeného průběhu lidského života. Tato životní fáze člověka je ohraničená 2 časovými body. Horní věková hranice je ostře vymezena smrtí, spodní věková hranice je rozmazána tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně (Sak a Kolesárová, 2012). Stáří tvoří přirozený a předvídatelný proces změn, ale vyznačuje se značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života. Změny jsou často vnímány jako ztráty (Tošnerová, 2009). Stáří je možné definovat jako výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí (Minibergerová a Dušek, 2006). Je to tedy přirozené období lidského života a je důležité zdůraznit, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají po celý život (Haškovcová, 2010). Přemýšlet o stáří není jen úkolem starých lidí, ale je důležité pro každého, protože stárnutí je základní zkušeností člověka (Grün, 2009).

Tradičně se rozlišuje stáří kalendářní, biologické a sociální. Když je někdo kalendářně starý, sám sebe vnímá jako starého člověka, vypadá jako starý člověk a vede život starého člověka, pak je v souladu stáří kalendářní, psychické, biologické i sociální (Čevela et al., 2014).

1.2.2 Kalendářní stáří

V praxi nejvíce používáme kalendářní, chronologický neboli matriční věk, který je jednoznačný (Kramářová a Tuček, 2005). Kalendářní stáří je stanoveno dosažením

určitého věku, od něhož se nápadněji projevují přirozené změny stárnutí. Počítá se ode dne narození. Kalendářní věk je objektivní faktor, podle něhož je jedince možné identifikovat jako seniora (Zaidi, 2008). Výhodou chronologického vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadné porovnání (Benešová, 2014).

Podle Světové zdravotnické organizace je období stáří děleno takto:

- 45 - 59 let - *střední věk* - zralý věk
- 60 - 74 let - *vyšší věk* - rané stáří
- 75 - 89 let - *stařecký věk* - vlastní stáří
- 90 a více - *dlohověkost* (Haškovcová, 2012).

Kalendářní věk je jednoznačně vymežitelný, ale nevypovídá nic o involučních změnách, pracovních schopnostech, změnách sociálních rolí (Ondrušová, 2011). Kalendářní věk proto nemůže být považován za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince (Stuart - Hamilton, 1999).

1.2.3 Biologické stáří

Biologický věk nelze přesně stanovit, protože neexistují přesná kritéria. Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými chorobami, které se ve vyšším věku často vyskytují (Mühlpachr, 2009). Je výsledkem geneticky řízeného programu, působení vnějšího prostředí a způsobu života a náročných situací (Hegyi et al., 2012). Biologická involuce dává životní cestě všech lidí do jisté míry podobný ráz. Ale biologický věk se od jedince k jedinci liší, někdo stárne rychleji, někdo podstatně pomaleji (Říčan, 2006).

1.2.4 Sociální stáří

Sociální věk označuje měnící se styl života, jeho znaky a vztahy v různých obdobích životního cyklu (Hrozenská et al., 2008). Za počátek sociálního stáří je považován vznik nároku na starobní důchod. Je to období, které je vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria - dosažení důchodového věku. Sociální stáří je dáno změnou sociálních rolí jedince po ukončení profesní kariéry, změnou životního způsobu i ekonomického zajištění, kdy stáří je chápáno jako sociální událost (Mühlpachr, 2009).

1.2.5 Funkční stáří

Funkční věk velmi často koresponduje se skutečným funkčním potenciálem jedince (věk skutečný) a velmi často není shodný s věkem kalendářním (Hartl, 1994). Funkční věk je dán souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních. Vyjadřuje v podstatě míru soběstačnosti, síly a psychické zdatnosti (Kalvach et al., 2008). Stáří s sebou přináší i zdravotní potíže, nejčastěji se objevují kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolická onemocnění, gastrointestinální a respirační nemoci (Topinková, 2005). Mezi další závažná onemocnění patří kognitivní poruchy, které zasahují myšlení a paměť. Mají pak za následek zhoršení schopnosti vykonávat každodenní činnosti a jedinec je závislý na péči ostatních (Stagnitti, 2011).

Podle funkční zdatnosti a potřeb lze seniory rozdělit do úrovní:

- *elitní* - extrémní výkony i ve vysokém věku
- *zdatní* - zvládají vše - pohyb, práce a aktivity
- *nezávislí* - běžné každodenní nároky, nižší míra zdraví a funkčních rezerv
- *křehcí* - labilní stav, ohrožení, časté intervence, včetně tísňové péče
- *závislí* - nízký potenciál zdraví, potřeba podpory
- *zcela závislí* - trvalý dohled, trvale připoutání na lůžko, demence, potřeba pečovatelské služby (Kalvach a Onderková, 2006)
- *umírající* - nutná ucelená paliativní péče (Čeledová et al., 2016).

Klinické zvláštnosti jsou nápadnější u osob starších 75 let, kdy vystupují do popředí interindividuální rozdíly a objevuje se více problémů. Toto období je označováno jako křehké, zranitelné, vulnerabilní stáří (Kramářová a Tuček, 2005).

1.2.6 Adaptace na stáří

Adaptace je schopnost přizpůsobit se prostředí (Křivohlavý, 2003). Schopnost adaptace je součástí základních vlastností lidské psychiky a pomáhá člověku zvládat náročné situace (Venglářová, 2007). Vlastní adaptace jedince je závislá na osobnosti člověka, ale i na získaných zkušenostech a životní filozofii (Mlýnková, 2011). Přístup jedince k vlastnímu stáří je odvozen od povahových rysů a osobnosti člověka. Očekávání od stáří a pocity spojené s touto životní etapou se proto různí (Jarošová, 2006).

Adaptace na stáří může probíhat různým způsobem:

- *konstruktivní strategie* - optimální strategie, optimismus, tolerance, navazování vztahů s ostatními, smíření se stárnutím a vědomí svých možností a mezí
- *strategie závislosti* - pasivita, spoléhání na druhé, zveličují problémy, manipulace s okolím
- *strategie obranná* - strach z velké závislosti, ztráty aktivního života, odmítají jakoukoli pomoc
- *strategie hostility* - nepřátelství a hněv na druhé, agresivita, podezřívavost, nespokojenost, lítostivost, pesimismus, osamělost, ale kontakty nevyhledávají
- *strategie sebenenávisti* - agresivita vůči sobě, nadměrně kritičtí k sobě (Langmeier a Krejčířová, 2006).

1.3 Senior a specifika seniorského věku

Tato kapitola uvádí vymezení pojmu senior, zabývá se potřebami seniorů a snaží se přiblížit a popsat změny, které stárnutí a život starých lidí provázejí. Podrobněji se věnuje možnostem bydlení seniorů a s tím souvisejícím stěhováním do domova pro seniory. Stručně je nastíněn problém přechodu do pobytového zařízení a následný proces adaptace či maladaptace na nové prostředí.

1.3.1 Pojem senior

Pojem senior není v naší odborné literatuře ani legislativě jednoznačně vymezen. Je používán jako synonymum pro označení starého člověka, přesněji poživatele starobního důchodu. Ani chronologický věk není jednotným kritériem pro zahrnutí osoby do kategorie senior (Špatenková a Smekalová, 2015). Pojem byl využíván pro osoby starší 60 let, nyní se posouvá hranice až na 65 let (Šerák, 2009). Kdy tedy vlastně začíná stáří? Obecně se vychází z hranice pracovního života, která se pohybuje v rozmezí 60-65 let. Je to věkové rozpětí 40 let, pokud bereme jako hranice 60 a 100 let, proto existují v této skupině velké interpersonální rozdíly. Nelze přesně určit věkově typické znaky, na jejich základě by bylo možné stanovit začátek stáří, od kdy je člověk označen za starého (Štikař et al., 2007). Senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti (Sak a Kolesárová, 2012). Seniozem se člověk stává plynule přechodem ze střední generace a statut seniora je neodvolatelný. Dá se říci, že než se člověk skutečně stane evidentně starým, prožívá relativně dlouhé období, ve kterém je za starého považován, i když se tak necítí (Haškovcová, 2010).

1.3.2 Senior a společnost

Věk obyvatelstva roste historicky s rostoucí životní úrovní (Tavel, 2009). Populace na světě stárne díky klesající porodnosti a úmrtnosti (Kudrimoti a Dial, 2016). Proces stárnutí populace probíhá na celosvětové úrovni, nejrychleji pak v Evropě. Tento jev je patrný i u nás, kdy se zřetelně projevuje nárůst stárnoucího obyvatelstva a pokles počtu narozených dětí (Sak a Kolesárová, 2012). V roce 2050 bude žít jen v Číně tolik lidí nad 65 let jako dnes na celém světě (Schirmacher, 2004). Již za 20 let budou senioři představovat více než třetinu obyvatelstva, kolem roku 2050 se bude jejich podíl blížit skoro 50 % žijících obyvatel. Každý třetí nebo čtvrtý senior bude v této fázi života potřebovat svého pečovatele (Jeřábek et al., 2013). V rámci společnosti tak dochází k populačnímu stárnutí, tedy změně věkové struktury ve státě (Čeledová et al., 2016).

Dnešní moderní společnost bere starým lidem téměř vše - sebevědomí, pracovní místa, biografii. Mají pak pocit, že čím déle žijí, tím menší mají cenu (Schirmacher, 2004). Na jedné straně silí hlasy, že stárnutí a stáří k životu patří a přináší i zisky, nejen ztráty. Současně se v mediích oslavují zázraky medicíny a vědecké snahy najít gen nesmrtelnosti a věčného mládí. Medicinalizace stáří, tendence považovat stáří za nemoc patří k druhé straně a ve svých důsledcích staré lidi znevýhodňuje (Baštecká et al., 2003).

Stárnutí je však důležitou osobní zkušeností, se kterou se dříve či později setká každý z nás. Nelze je chápat jako proces degradace, úbytku sil a opakovaných ztrát. Je to období, které má stejně jako ta předchozí svou cenu - radosti, smutky, naděje a zklamání, hodnoty a trápení (Ondrušová, 2011).

1.3.3 Potřeby seniorů

Senioři mají obdobné potřeby jako ostatní lidé. Člověk je bytost bio-psycho-sociálně-spirituální s potřebami na úrovni těla (jídlo, spánek), jáství (vliv, uplatnění), vztahů (patření), duchovního přesahu (tvorba, víra, zvědavost). Výchozí lidská potřeba je přináležet, patřit k někomu (Baštecká et al., 2005). Všechny potřeby se navzájem ovlivňují, a pokud není dlouhodobě uspokojována některá z oblastí potřeb, jsou tím negativně ovlivněny i další oblasti (Motlová, 2007).

Maslow rozčlenil základní lidské potřeby do pěti kategorií a sestavil je do tvaru pyramidy. Podmínkou pro uplatnění vývojově vyšších potřeb je, že alespoň částečně musí být uspokojeny níže položené základní potřeby. Základní lidské potřeby jsou:

- *fyziologické potřeby* - výživa, jídlo a pití, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, chůze, hygiena, teplota, tišení bolesti, smích a pláč, fyzické kontakty
- *potřeba bezpečí* - potřeba ekonomického zabezpečení, potřeba fyzického bezpečí, potřeba psychického bezpečí
- *sociální potřeby* - potřeba informovanosti, potřeba náležet k nějaké skupině, potřeba lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut
- *potřeba autonomie* - ve smyslu být svobodný, rozhodovat sám o sobě, potřeba uznání a vážnosti, potřeba užitečnosti
- *potřeba seberealizace* - nalezení smyslu života (Pichaud a Thareau, 1998).

Každé uspokojení nižší potřeby vede k uspokojení potřeby nad ní (McLeod, 2016). Potřeby člověka jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, ve kterém člověk žije. V průběhu procesu stárnutí se mohou měnit i potřeby a priority. Při jejich uspokojování může saturace jedné z potřeb frustrovat potřebu jinou (Čevela et al., 2012). Senioři potřebují uspokojovat své životní potřeby stejně jako kdokoli jiný, mohou však být odkázáni na pomoc jiných osob a svého okolí (Dvořáčková, 2012).

Mezi základní životní potřeby starého člověka patří:

- *potřeba stimulace a otevřenosti* - věku přiměřený přísun podnětů a informací
- *potřeba sociálního kontaktu* - hlavně se známými lidmi
- *potřeba citové jistoty a bezpečí* - vyšší vazba na přijetí od blízkých lidí
- *potřeba seberealizace* - pocit autonomie a užitečnosti
- *potřeba naděje a otevřené budoucnosti* - duchovno a prostor pro bilancování (Kučera, 2013).

Důležité jsou nejen fyziologické, ale i psychologické potřeby jako pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost, smysl života (Pichaud a Thareau, 1998), potřeba vzájemnosti, lásky, zázemí, autonomie, komunikace (Motlová, 2007). Specifická je ve stáří zaměřenost na vztahy k lidem a potřeba být užitečný a prospěšný. Pocit nepotřebnosti je pro starého člověka silná emoční zátěž a snižuje sebevědomí (Vágnerová, 2007).

Mezi potřeby stárnoucích a starých lidí patří přiměřené zdraví, materiální a finanční zabezpečení. Senior také potřebuje místo, kde je doma, kde ho mají rádi a kde i on má

někoho rád a kde má svoje soukromí. Jako všichni lidé mají i senioři potřebu být platní, prospěšní a užiteční a chtějí za to být oceňováni (Haškovcová, 2010).

1.3.4 Životní změny u seniorů

Proces stárnutí je spojen s výraznými změnami v oblasti fyzické, psychické i sociální, kde dochází k řadě změn v rodině i mimo ni. V životě seniora nastává řada náročných situací, které se pro něj mohou stát až krizovými.

Nejzávažnější životní změny ve stáří:

- *biologické a fyzické změny* - zvyšují riziko závislosti, pokles adaptability a odolnosti k zátěži vůči somatickým, psychickým i sociálním stresorům (Kalvach et al., 2008), snížení a ztráta soběstačnosti způsobená zhoršujícím se zdravotním stavem (Zavázalová et al., 2001)
- *odchod do důchodu* - znamená ztrátu profese a s ní spojenou změnu identity (byl lékař - nyní důchodce), je těžké se s tím vyrovnat a přijmout to, nastává omezení až ztráta sociálních kontaktů a často i výrazná změna finanční situace, přináší to i radikální změnu životního stylu a nutnost nového uspořádání času (Špatenková et al., 2004), mění se postoj k tomu, co bylo, co je a co bude, mění se i to, co od života chci (Křivohlavý, 2011)
- *odchod dospělých dětí od rodiny* - znamená akceptovat dospělost svých dětí a jejich autonomii a rozvíjet vztahy na bázi rovnosti, hrozí syndrom prázdného hnízda, kdy rodiče jen obtížně překonávají stereotypy a jednotvárnost manželského soužití bez dětí (Špatenková et al., 2004), odchod dětí nemusí být traumatizující životní událost díky radosti z vnoučat, pro seniory je důležité udržet si vlastní domácnost a nebýt závislí (Pacovský, 1990)
- *nemoc a smrt partnera* - nejtěžší situace, zejména pokud partnerství trvá dlouhá léta, jedna část bytosti umírá, někdo to překoná, u někoho se rána nezahojí a znovu ji pak obnovuje úmrtí přátel a vrstevníků, oživí se vzpomínky s jedinou myšlenkou, kdy to budu já (Minibergerová a Dušek, 2006)
- *majetkoprávní změny* - prodej bytu, domu (Baštecký et al., 1994)
- *změna bydlení* - výměna bytu, přestěhování k dětem má své pro i proti - usnadňuje sociální kontakty s nejbližšími i přístup k pomoci, ale současně i ohrožuje soukromí a autonomii všech členů širší rodiny (Špatenková et al., 2004), umístění v zařízení - může dojít k úplnému zhroucení adaptačních

mechanismů, institucionalizace - vytržení z dosavadního životního stylu, opuštění známého místa a musí si vybudovat domov nový, riziko sociálního vykořenění při vstupu pacienta do instituce (Pichaud a Thareau, 1998).

Uvedené životní události lze očekávat a lze se na ně proto připravit. Každá z výše uvedených změn může představovat pro seniora potenciální ohrožení a následnou krizi, ale současně může být i určitou šancí na změnu (Špatenková a Smékalová, 2015).

1.3.5 Bydlení seniorů

Snad každý senior by nejraději zůstal v kruhu své rodiny až do konce svých dní. Většina seniorů proto stále bydlí v domácnosti za podpory a pomoci blízkých lidí. Dobře fungující rodina je v případě nesoběstačnosti seniora zárukou pomoci, jak po stránce psychické, fyzické, tak i hmotné (Dvořáčková a Kajanová, 2012). Vřelé rodinné prostředí působí pozitivně na duševní i fyzické zdraví seniora (Pacáková a Trusinová, 2012).

Pokud se senior zvládne o sebe postarat sám, zůstává ve svém bytě či domě, pak při větších zdravotních problémech či osamělosti se může přestěhovat k dětem či jiným příbuzným. Rodina a její příslušníci se tak stávají neformálními pečovateli o seniory v jejich přirozeném rodinném prostředí (Benešová, 2010). Domácí péči o nesoběstačného seniora není možné realizovat vždy, samotná péče je psychicky a fyzicky náročná a často není v silách rodiny péči o seniora v domácích podmínkách zajistit (Pacáková a Trusinová, 2012). V situaci, kdy rodina potřebnou péči nemůže, neumí či nechce poskytnout (Haškovcová, 2004), pak starému člověku nezbývá nic jiného, než hledat potřebnou péči jinde. Podle tvrzení lékařů a sester největší výhodou v domácí péči spočívá v pro seniora známém prostředí, v lepší spolupráci s rodinou i se seniorem, kdy je reálné rychlejší uzdravení seniora (Tóthová et al., 2011).

Do roku 2006 existovaly v ČR následující rezidenční služby pro staré lidi, a to domov důchodců, domov s pečovatelskou službou, domov - penzion pro důchodce. Všechny tyto typy služeb zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zahrnuje do kategorie domov pro seniory (Matoušek et al., 2007). Pobytové služby v sobě zahrnují permanentní pomoc osobám, kterým není možné zajistit celodenní péči v rodinném prostředí. Zahrnují ubytování, stravu, pomoc s běžnými denními úkoly, ošetřovatelství, pomoc při hygieně, aktivizační činnosti, poradenství a další (Kozlová, 2005).

System sociální péče o staré lidi doplňuje a někdy nahrazuje rodinnou péči. Jsou to domy s pečovatelskou službou a domovy pro seniory, které se liší v šíři nabízených služeb a také v míře závislosti seniora na instituci. Dům s pečovatelskou službou, kdy má senior zachováno soukromí a vlastní prostředí, je jakýmsi mezistupněm mezi bydlením doma či s rodinou a anonymním prostředním domova pro seniory, které s sebou nese sice omezený pocit domova a soukromí, ale poskytuje služby a nepřetržitou osobní péči (Jeřábek et al., 2013). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vymezuje domov pro seniory jako pobytové zařízení, které poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytuje starým lidem plné zaopatření, ubytování a stravu, úklid, praní prádla, žehlení a je v něm dostupná zdravotnická a ošetrovatelská péče. Vedle toho nabízí denně i různé aktivizační a volnočasové programy (Matoušek et al., 2007).

Dlouhodobá institucionální péče je časově neohraničená a často znamená poskytování péče od přijetí do zařízení do smrti. Důležitým požadavkem kvalitní péče o staré a nemocné je, že musí vycházet především z potřeb klientů, ne z potřeb personálu (Rheinwaldová, 1999).

V zahraničí existuje i forma chráněného bydlení osob, která je určena pro osoby se sníženou soběstačností, jako jsou senioři. Senioři žijí v domě v běžné bytové zástavbě a je jim poskytována péče, jakou jejich zdravotní stav vyžaduje (Matoušek et al., 2005). Také u nás se v posledních letech objevují soukromé bytové komplexy pro seniorské bydlení doplněné službami (Matoušek et al., 2013).

1.3.6 Životní prostor a stěhování

Každý člověk je vázán na svůj domov, prostředí, které je mu důvěrně známé a které má rád. Je to jeho životní prostor, který je nesprávně vnímán pouze jako jeho vlastní domácnost. Označuje místo, kde žijeme, kde jsme vázání, a proto se určení hranic může u každého lišit. Tvoří ho známé předměty, oblíbený nábytek, domy, zákoutí, které známe už spousty let. Životní prostor nás obklopuje, a proto jsme si na něj utvořili pevnou vazbu a má pro nás tak velký význam (Kubalčíková, 2015). Věci v prostoru plní užitkovou a socializační funkci, nesou symbolický význam a vytvářejí identitu vlastních uživatelů. Věci z domova jsou pro staré lidi připomínkou událostí, vlastních úspěchů a vazeb k druhým (Sýkorová, 2008).

Stěhování znamená vytržení z původního životního prostoru, představuje ztrátu externích podnětů, které jsou podstatnou složkou určitých typů paměti - autobiografické a prospektivní. Autobiografická paměť je klíčová pro utváření vzpomínek, pro uchování vlastní identity a pro udržení orientace v čase (dříve a nyní). Prospektivní paměť má zase vliv na schopnost nezapomenout udělat v budoucnosti určitou věc (Stuart - Hamilton, 1999).

Přemístění starší osoby z jejího dosavadního bydliště do zařízení dlouhodobé ústavní péče představuje mimořádnou zátěž a přináší řadu rizik:

- změna prostředí - neznalost prostor a lidí
- přerušení dosavadních sociálních vazeb
- ztráta a ohrožení autonomie a soukromí
- změna sebehodnocení a životní perspektivy
- nutnost podřídit se řádu a vyrovnat se se zaběhnutými zvyklostmi
- život v kolektivu o nepřirozené věkové struktuře - věková segregace
- omezení kontaktů s vnějším světem - sensorická a komunikační deprivace
- nevhodné chování personálu, spolubydlících (Kalvach et al., 2008).

1.3.7 Domov pro seniory

Pojem domov pro seniory zavádí zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o formu náhradního či alternativního bydlení seniorů, kteří z různých důvodů nemohou nebo nechtějí žít ve svém původním prostředí a v přirozené komunitě a rozhodnou se pro bydlení ve společenství svých vrstevníků v domově, kde mají k dispozici nejrozumnější služby (Matoušek et al., 2013).

Kvalitní přijetí nového obyvatele do domova pro seniory je velmi náročný a rizikový proces, který přináší řadu problémů, včetně předčasných úmrtí seniorů krátce po přestěhování. Celý proces přijímání klientů do pobytových sociálních služeb upravují Standardy kvality sociálních služeb. Příprava klienta na stěhování začíná už návštěvou sociálního pracovníka v bydlišti či nemocnici. Velmi důležité je seznámení klienta se zařízením a osobní pohovor s klientem i rodinou. Pokud dojde ke shodě klientova očekávání a nabídky zařízení, je podepsána smlouva o poskytování služby. Po přijetí do pobytového zařízení je každému klientovi přidělen klíčový pracovník a je sestaven adaptační plán, který má pomoci všem zúčastněným v úspěšném zvládnutí přechodu seniora do pobytového zařízení. Každý klient má následně sestaven individuální plán

péče podle jeho potřeb, aby byla v co největší možné míře zachována nezávislost a autonomie každého klienta (Matoušek et al., 2005). Přesto touhou většiny starých lidí je, aby v pozdním stáří nezůstali sami a aby nemuseli dožít v domově důchodců (Říčan, 2006). Většinou až obavy o jejich bezpečnost a poskytování odborné péče je přiměje k rozhodnutí o umístění do institucionální péče (Caldeira et al., 2017).

1.3.8 Adaptace v institucionalizované péči

Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i obtížné situace a různé změny. Důležité je, že změn nesmí být nad únosnou míru, ta je však u každého člověka jiná. Pokud člověk vnímá, že daná změna má smysl, pak se s ní lépe vyrovnává. Nesmírně důležitá je i případná pomoc okolí, a hlavně tolerance a trpělivost s člověkem, který změnou prochází (Venglářová, 2007). Adaptační schopnost je ve stáří snížena, proto senioři reagují hůře a pomaleji na veškeré změny vnějšího a vnitřního prostředí (Holmerová et al., 2007).

Přestěhováním do pobytového sociálního zařízení opouští člověk nejen svůj domov, ale i navykly způsob života. V novém prostředí se musí přizpůsobit novým podmínkám a režimu daného zařízení. Při nástupu do domova pro seniory si musí zvykat na okolí s neznámými lidmi a jejich problémy a hledat si nové kontakty a záchytné body bezpečí (Zimmelová a Dvořáčková, 2007).

Adaptace na ústavní prostředí má několik fází:

- *fáze seznamovací/konfrontační* - podle okolností nástupu
- *fáze vnějšího přizpůsobení* - podřízení se řádu, někdy rezignace, stres, lítost
- *fáze vnitřního přizpůsobení* - navazování vztahů, sbližování s lidmi, participace na dění, zařazování v hierarchii a dynamice skupiny
- *fáze slábnoucí vazby na dění mimo ústav* - chybí kontakty s rodinou, ztotožnění s ústavním prostředím, klient si nepřeje jít domů (Kalvach et al., 2008), dokonce může pomáhat v přizpůsobení se nové situaci nově příchozím, ale klient do této fáze nikdy nemusí dojít (Hlaváčová, 2003).

Po nástupu do dlouhodobé ústavní péče může dojít k rozvoji maladaptálního syndromu. Mezi příznaky maladaptace patří: ztráta zájmu o sebe a okolí, lhostejnost ke zdravotnímu stavu či naopak hypochondrické upnutí na zdravotní obtíže, regrese s infantilními rysy, pokles sebehodnocení či narušení osobní integrity, zhoršení

komunikace až uzavřenost, odmítání očního kontaktu, soustředění zájmu na náhradní uspokojování v úrovni základních potřeb (stereotypní hovory na téma jídlo, vyprazdňování, spánek), vyžadování projímadel, analgetik, hypnotik, pohybové automatismy a stereotypie (uhlazování zástěry, přecházení, popotahování, apatické posedávání), nezájem o animační a aktivizační programy (Matoušek, 1999). Při maladaptaci tak může dojít k izolaci, apatii, ztrátě zájmů a smyslu života (Zimmelová a Dvořáčková, 2007). Vstup seniora do instituce sociální péče s sebou vždy nese zvýšené riziko sociálního vykořenění (Špatenková a Smékalová, 2015).

Rozvoj maladaptačního syndromu je dán poměrem mezi silou stresoru a jedincovou dispozicí, psychickou odolností a adaptabilitou. Existují přidružené rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost psychosociální maladaptace:

- nedostatek psychosociální podpory
- osamělost a komunikační deprivace
- kognitivní deficit
- úzkost /deprese
- senzorický deficit
- maladaptivní reakce v minulosti (Kalvach et al., 2008).

1.4 Krize

V této kapitole je vysvětlen pojem krize v obecné rovině i z pohledu psychologie. Následně jsou uvedeny klasifikace krizí podle různých hledisek, podrobněji je popsán klasifikační systém Baldwina a Eriksonovo pojetí vývojových krizí.

1.4.1 Krize jako obecný pojem

Pojem krize je dnes slovem velice často užívaným v nejrůznějších oblastech života. Zpočátku se tento pojem používal v medicíně, dnes ale z medií slyšíme i o krizi finanční, politické či ekonomické a v souvislosti s naší planetou o krizi potravinové, energetické či ekologické. Dnešní uspěchaná společnost s sebou přinesla i spojení jako krize vzdělávání, krize rodiny, krize identity, krize mezilidských vztahů a hodnot ve společnosti (Špatenková et al., 2004).

Slovo krize pochází z řeckého *krinein*, to znamená oddělit, vybrat, volit, přičemž *krisis* znamená rozhodnutí, rozsouzení, soud (Vymětal, 2003). Ale má i význam jako rozloučení, rozpolcení, volba a zkouška. Je zajímavé, že čínský znak pro krizi je stejný

jako pro nebezpečí a šanci (Dahlke, 1995). Každá krize nás tak vyzývá k rozhodnutí, je to výzva k boji (Tepperwein, 2002).

Pojem krize ve filozofii vychází ze třetí fáze klasického řeckého dramatu, v němž krize znamená soud, rozhodnutí, rozhodnou chvíli. Jde o přechodné stadium, kdy je přechodně vyostřeno dějové napětí, proměna vrcholí a chystá se volba (Sokol, 2007).

Praktický slovník medicíny popisuje krizi jako vrcholný bod určitého onemocnění, zlomový okamžik, kdy se rozhoduje o zlepšení či zhoršení zdravotního stavu. (Vokurka, 1994).

Slovník sociální práce uvádí, že pojem krize označuje stav vážného oslabení adaptačních schopností, který sám člověk vnímá jako bezmoc a neschopnost se s danou událostí vyrovnat obvyklými způsoby a v obvyklém čase (Matoušek, 2003).

1.4.2 Krize z pohledu psychologie

Velký psychologický slovník uvádí u hesla krize několik významů. Může to být extrémní psychická zátěž či nebezpečný stav schopný vyvolat selhání dosavadních regulativních mechanismů či nefunkčnost v oblasti biologické, psychické nebo sociální. Krize je i rozhodující životní událost, obrat v léčbě či období přechodu mezi vývojovými stadii. Jako krizi slovník označuje i náhlý projev narušení rovnovážného stavu (Hartl a Hartlová, 2010).

Podle Kastové o krizi můžeme mluvit tehdy, když se člověk ocitne v nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnání, které má k dispozici. Cítí pak ohrožení své identity a kompetence utvářet svůj vlastní život. Prožitek schopnosti formovat svůj život má pro člověka velkou hodnotu, která je v krizi ohrožena (Kast, 2000). Krize je tedy proces, který vzniká jako reakce na situaci, kterou jedinec nemůže snadno řešit v rámci obvyklých strategií zvládnání zátěže. Při posouzení vlastních zdrojů a sil a požadavků prostředí má jedinec dojem, že požadavky prostředí překračují jeho reálné možnosti. Běžný repertoár copingových strategií najednou nestačí (Baštecká a Goldmann, 2001). Psychická krize s sebou nese narušení či ztrátu duševní rovnováhy, pokud se člověk střetne s překážkou, kterou není schopen vlastními silami zvládnout v přijatelném čase a přijatelným způsobem (Vymětal, 2009).

Krize není porucha, ale přirozená reakce na těžkou situaci (Cimrmannová, 2013). Prožíváme ji čas od času všichni. Jedná se o subjektivně ohrožující situace s velkým

dynamickým nábojem, potenciálem ke změně a životnímu zrání (Vodáčková et al., 2007). Krize nás konfrontuje s možností volby, záleží na nás, zda ji vědomě přijmeme nebo se budeme bránit. Už tady se rozhoduje, zda se daná situace stane nebezpečím nebo šancí (Dahlke, 1995). Krize v životě ukazují, že vývoj se v žádném případě neodehrává rovnoměrně, nýbrž jde o rozhodnutí (Schneider, 2005). Krize je tedy nevšedně těžká, časově ohraničená situace, která je nezvládnutelná dosavadními regulačními mechanismy. Je tam přítomna skoro nesnesitelná úzkost, ale i potenciál průlomu a nového zrodu. Krize je výzvou ke změně, zlepšení nebo zhoršení situace, přetváření identity. Může se však stát, že je příležitost promarněna, aniž by se cokoli změnilo (Kast, 2000).

1.4.3 Typologie krizí

Existuje celá řada klasifikací krizí podle různých hledisek.

Podle průběhu krize rozlišujeme:

- *akutní krize* - vznikají náhle, mají jasný začátek i konec
- *chronické krize* - vznikají pozvolna, jsou dlouhodobě zatěžující, někdy spontánně odezní, jindy vedou k psychosomatickým potížím či psychické poruše (Vymětal, 2009)
- *kumulované krize* - vznikají nahromaděním aktuálních stresujících vlivů a jejich spojením v prožívání s minulými negativními zážitky v paměti (Paulík, 2010).

Podle způsobu manifestace je možné krize dělit:

- *zjevné krize* - člověk si krizi uvědomuje a připouští
- *latentní krize* - člověk si krizi neuvědomuje, nechce či nemůže připustit (Matoušek et al., 2003).

Podle vlivů způsobujících krizi lze vymezit:

- *traumatické krize* - spouštěčem jsou bolestné a nepředvídatelné situace
- *krize ze životních změn* - spolu s očekávanými událostmi (Klimpl, 1998).

1.4.4 Klasifikační systém krizí podle Baldwina

Baldwin zpracoval zajímavý systém klasifikace krizí do 6 tříd. Směrem od 1. třídy k 6. třídě se zvyšuje závažnost psychopatologie a příčiny krize přecházejí od vnějších k vnitřním. Rozlišuje následující krize:

- *situační krize* - jsou způsobeny nepředvídatelným stresem, závažnost je určena subjektivním nazíráním, převládají vnější spouštěče (ztráta a její hrozba, změna a její anticipace, volba)
- *tranzitorní krize* - jsou krize z očekávaných životních změn souvisejících s přirozeným vývojem jedince a životním cyklem rodiny
- *traumatické krize* - jsou krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru, způsobují je nečekané události (hromadné neštěstí, katastrofy)
- *vývojové krize* - jsou krize zrání, přichází tam, kde nejsou splněny vývojové úkoly a neproběhla řádně krize tranzitorní
- *krize pramenící z psychopatologie* - spouštěčem může být změna, ztráta, volba, provází ji specifická zranitelnost jedince daná psychiatrickou diagnózou
- *neodkladné krizové stavy* - jsou naléhavé akutní stavy jako akutní psychotické stavy, alkoholové a drogové intoxikace, sebevražedné chování, nekontrolovaná zlost a agrese, panická úzkost (Vodáčková et al., 2007).

1.4.5 Eriksonovo pojetí vývojových krizí

Erikson vytvořil nové pojetí vývoje lidské osobnosti na základě psychoanalytické teorie ovlivněné kulturní antropologií (Knopková et al., 2002). Představil první podrobný model vývoje jedince v průběhu života, který je založen na analýze hlavních psychosociálních úkolů, které člověka v každém z 8 stadií čekají, a na analýze změn, které tyto úkoly přinášejí. Pokud se nepodaří člověku některým stadiem úspěšně projít, splnit vývojový úkol správně a ve správném čase, nastává vývojová krize a blokuje to jeho normální zdravý vývoj (Hunt, 2010).

Každé stadium je popsáno v podobě psychologické krize se dvěma konfliktními póly, obsahuje tak možnost růstu i ohrožení. Růst nastává tehdy, když je konflikt přiměřeně vyřešen. Přináší pak pro ego novou sílu - ctnost. Pokud člověk uhýbá před patřičným řešením, pak stagnuje. Náprava pak vyžaduje návrat po vlastních stopách a dodatečná vyřešení vývojového úkolu a následně vytvoření chybějící ctnosti. Erikson rozlišuje stadia vývoje osobnosti:

- *důvěra* proti *nedůvěře* - ctnost naděje
- *autonomie* proti *zahanbení a pochybnosti* - ctnost vůle
- *iniciativa* proti *vině* - ctnost účelnost
- *snaživost* proti *méněcennosti* - ctnost kompetence

- *identita* proti *zmatení rolí* - ctnost věrnost
- *intimita* proti *izolaci* - ctnost láska
- *generativita* proti *stagnaci* - ctnost pečování
- *integrita ego* proti *zoufalství* - ctnost moudrost (Drapela, 2011).

Hlavním vývojovým úkolem stáří je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně s tím, že vidí, že jeho život měl smysl. Vyrovnání s vlastním životem usnadňuje i přijetí jeho konce (Vágnerová, 2007).

1.5 Krizové situace

V této kapitole je hlavním záměrem přiblížit krizové životní situace a uvést možné spouštěče krize. Stručně a zjednodušeně je popisován průběh krize jako procesu, je uveden Caplanův model krize a nastíněno pojetí krize podle Kastové. Krátce je zmíněna i odolnost člověka vůči krizím.

1.5.1 Příčiny krize

Krize je chápána jako přirozená součást běhu lidského života. Každý člověk je jedinečný, proto je jasná subjektivita každé krizové situace a různí lidé jsou různým způsobem psychicky zranitelní a reagují na danou životní událost jinak (Hoskocová, 2009).

Životní události jsou skutečnosti, které se mohou v životě jedince vyskytnout nezávisle na jeho vůli a které přitom závažně a dlouhodobě ovlivní obvyklé činnosti a celý životní styl (Baštecká a Goldmann, 2001). Klasifikaci životních událostí, které se mohou stát spouštěčem krize, provedli v roce 1967 američtí psychologové T. H. Holmes a R. H. Rahe. Škála má 43 položek - životních událostí, kterým je přidělen počet bodů. Výzkumy prokázaly, že vysoký skóre životních změn má souvislost s následným tělesným nebo duševním onemocněním (Honzák a Novotná, 1994).

Krizová situace v rámci společnosti je typ mimořádné události, v jejímž důsledku se vyhláší stav nebezpečí, nouzový stav, stav ohrožení státu nebo válečný stav (Vymětal, 2009). Mezi krizové události hromadné povahy patří přírodní katastrofy jako laviny, sesuvy, zemětřesení, katastrofy technické způsobené lidským selháním jako požáry, exploze, dopravní nehody, záměrně způsobené katastrofy jako teroristické útoky, války a sociální a zdravotní katastrofy jako epidemie nemocí, otravy (Kohoutek a Čermák, 2009).

Za krizovou situaci pro jedince můžeme označit takovou situaci, která eskaluje a přesahuje aktuální možnosti člověka ji zvládnout. Současně jde o situaci, která je subjektivně prožívána jako negativní, ohrožující kvalitu života nebo samotný život a člověk aktuální možnost řešení dočasně nenalézá (Brož a Vodáčková, 2015). Krize u člověka nastane, pokud jsou vytvořeny vnější a vnitřní předpoklady, mezi nimiž je závislost. K reakci organismu dochází po dosažení určité připravenosti a vyladění organismu spolu s vnějším spouštěčem, mezi nimiž jsou nepřímo úměrné vztahy (Vymětal, 1995).

Thomova teorie vnějších a vnitřních příčin předpokládá existenci vnějších a vnitřních precipitorů - spouštěčů či urychlovačů krize.

Jako vnější precipitory krize označuje 3 aspekty:

- *ztráta objektu* - ztráta osoby (úmrtí, rozchod, odcizení), ale i ztráta čehokoli, k čemu jsme vázáni
- *volba* - volba mezi stejnými kvalitami, kdy se jedné musíme vzdát
- *změna* - vše, co se vyvíjí bez větších zlomů a skoků je dobré, velké změny v nás podporují pocit nepohodlí a nejistoty

Jako vnitřní precipitory krize rozlišuje 2 aspekty:

- nutnost adaptace subjektu na svůj vlastní vývoj a změny z toho plynoucí
- jev označovaný řeckým pojmem *hybris* (zaslepenost, zpupnost) - aby mohlo dojít k plynulému vývoji za nepříznivých podmínek, je občas třeba přijmout náhradní opatření, jsou to kroky a strategie, které neřeší problém, ale umožní situaci zvládnout (Thom, 1992).

1.5.2 Průběh krize

Krizi prožíváme jako situaci náročnou, vyčerpávající a ohrožující, protože zpochybňuje něco, co do té doby fungovalo, a podkopává sebepojetí (Hoskovcová, 2009).

Krize má většinou typický průběh, který začíná fází šoku. Jedinec se snaží udržet si odstup od krizové události a v jeho chování převládá chaos a jen málo energie je věnováno řešení situace (Klimpl, 1998). Následuje reakce, která může trvat dny i týdny. Jde o důležitou dobu, kdy člověk prožívá značné napětí a zvětšuje se motivace a otevřenost k řešení a přijetí nějakého druhu pomoci (Brož a Vodáčková, 2015). V závěrečné fázi zpracování, která může trvat týdny až několik měsíců, dochází k znovunalezení rovnováhy. V této fázi je přínosem, že jedinec si teprve po překonání

krize může uvědomit svou vnitřní sílu a adaptační možnosti a ocení blízkost příbuzných a přátel, kteří mu po dobu krize byli oporou (Klimpl, 1998).

Existují určité společné vzorce odpovědí organismu člověka na většinu krizí. Individuální reakce na krizi tak může zahrnovat emoční reakce jako strach, hněv, pocit viny, žal, mentální reakce jako zmatenost, noční můry, fyzické reakce jako bolesti hlavy, závratě, únava, žaludeční problémy a behaviorální reakce jako izolace, neklid (Hunyadiová, 2012). Stav psychické krize je doprovázen negativními citovými prožitky, narušením pocitu jistoty a bezpečí, může se objevit silná tenze, úzkost, zoufalství, beznaděj. Mění se uvažování a hodnocení situace, člověka provází pocit ochromení, bezmocnost, bezradnost a neschopnost situaci zvládnout (Vágnerová, 2008). Krize nachází svůj výraz především ve stavu osobní nepohody. Jsou pro ni typické pocity sklíčenosti, úzkosti, nespokojenosti, nejistoty, obav z budoucnosti (Hrdlička et al., 2006). Negativními důsledky krizového stavu může být rozvoj duševních onemocnění nebo sebevražedných sklonů, pozitivním důsledkem je pak významná příležitost pro osobní rozvoj a autentickou existenci (Kast, 2000).

1.5.3 Modely krize

Caplanův model krize vychází z toho, že každý člověk žije ve stavu duševní rovnováhy, která je ustavičně ohrožována. Často jde o malá zvýšení tenze, která trvají krátkou dobu a jsou nepozorovatelná (1. stadium). Většinou automaticky navodí adaptační vzorce. Když je hrozba příliš velká, přestávají automatické odpovědi fungovat. Napětí neustále vzrůstá a je vnímáno už jako úzkost (2. stadium). Pokud mechanismy druhého stadia nestačí, dále vzrůstá napětí a mobilizuje zcela nové vzorce chování (3. stadium). Pokud ani to nepomáhá, následuje rozsáhlá dezorganizace s rozvojem psychiatrických symptomů (4. stadium) a nastává panika (Brown et al., 1992).

Podle Kastové se v krizové situaci můžeme orientovat podle modelu tvořivého procesu. Krize je v podstatě rozhodující okamžik tvořivého procesu:

- *přípravná fáze* - shromažďujeme materiál a sbíráme nápady, pocítujeme napětí
- *fáze inkubační* - problém se zpracovává v nevědomí, je to neklidné a frustrující období, podstata tvořivé krize odpovídá krizové situaci, v této fázi je třeba krizová intervence, protože terapeut ukáže, že krize je řešitelná
- *fáze vhledu* - záblesk nového poznání, uspořádání je výsledkem kreativního řešení krize

- *fáze verifikace* - je fáze pochopení, vzhledu, formuluje se nové, co člověk pochopil, lze to slovy sdělit druhým lidem (Kast, 2000).

1.5.4 Odolnost vůči krizi

Každý člověk někdy prochází krizí a každý člověk má také schopnost ji odolat či následně řešit (Baštecká, 2009). U osob ve vyšším věku většinou náhlé životní zvraty vyvolávají zátěžovou situaci. Při každém zátěžovém podnětu se pak organismus připravuje na boj nebo útěk (Klevetová a Dlabalová, 2008). Na psychickou odolnost jedince vůči závažným a náročným situacím má vliv:

- *osobnostní výbava* - charakteristika člověka, vede k emoční stabilitě/labilitě
- *zdroje vnější jistoty* - pevné rodinné zázemí, smysluplná činnost (práce, koníček)
- *typ situace samotné* - zkušenost úspěšného překonání analogické situace (Vymětal, 2003).

1.6 Řešení krize

Tato kapitola přibližuje možnosti, které může člověk využít při hledání podpory při řešení krize. Představuje neformální pomoc a definuje formální možnost pomoci - krizovou intervenci, která může mít různou formu. Zabývá se také významem krize a jejím přínosem pro každého člověka.

1.6.1 Neformální a formální pomoc

Krize a neštěstí provázejí člověka od pradávných dob. O tom nám zanechali četná vyprávění staří Řekové, jedním z nich bylo poselství bájného krále Korinthu Sisyfa (Eis, 1994). Stejně tak od nepaměti člověka provází pomoc při snaze se s náročnou krizovou situací vyrovnat.

Neformální pomoc v krizi představuje především svépomoc, je to snaha člověka samotného se s danou náročnou situací vyrovnat. Využívá přitom copingové strategie, které se vytvářejí už od dětství a upevňují se sociálním učením (Křivohlavý, 2003). Copingové strategie chování a prožívání napomáhají zvládnout zátěž pramenící z požadavků prostředí. Odvozují se od základních tělesných reakcí na hrozbu, to je útěk, útok, ustrnutí. Pokud nastane situace, kdy nestačí dosavadní způsoby zvládnání, pak nastává krize, což je jedna z nejmocnějších příležitostí k učení. V krizi člověk hledá řešení pokusem/omylem a dělá chyby. A omyl někdy skrývá netradiční způsob, jak situaci zvládnout (Baštecká, 2005).

Pokud člověk krizi nezvládne sám, následují další tradiční a obvyklé způsoby zvládání krizových situací, to je vzájemná pomoc blízkých osob a pomoc společenství. Přirozenou pomoc v krizi si tak navzájem poskytují členové rodiny a příbuzní, přátelé, známí, spolupracovníci, spolužáci, sousedé. Zdrojem praktické pomoci, citové opory, informací a rad mohou být i občané v rámci společenství obce, členové různých zájmových skupin, dokonce náhodní kolemjdoucí (Baštecká, 2009). V době krize se objevuje zvýšená sugestibilita, která zvyšuje efektivitu pomoci druhých lidí (Klimpl, 1998). Smyslem vzájemné pomoci je vytvoření bezpečného a vnímavého prostředí, ve kterém člověk může říci vše, co ho trápí (Matoušek et al., 2008).

Formální pomoc je institucionalizovaná pomoc, která přijde na řadu tehdy, když je neformální pomoc nedostatečná či nedostupná (Špatenková et al., 2011). Může být poskytována profesionály, poloprofesionály - studenty pomáhajících oborů a proškolenými laiky (Špatenková et al., 2004).

1.6.2 Krizová intervence a její formy

Krizová intervence definována v širším smyslu zahrnuje různé formy pomoci, které mají jedinci v krizové situaci vrátit ztracenou psychickou rovnováhu (Špatenková et al., 2011). Je to specializovaná okamžitá pomoc lidem v krizi, která je komplexní, prakticky zaměřená a může zahrnovat pomoc psychologickou, lékařskou, ale i sociální a právní pomoc (Vymětal, 2009).

Krizová intervence jako psychologická pomoc je definována jako odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou on sám považuje za zátěžovou, ohrožující, náročnou a nepříznivou. Intervence odborníka pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Zaměřuje se jen na ty prvky z minulosti či budoucnosti klienta, které bezprostředně souvisejí s jeho současnou krizovou situací (Vodáčková et al., 2007).

Cílem krizové intervence je stabilizovat klienta, poskytnout mu podporu a bezpečí, zabránit zhoršení krizového stavu a současně mobilizovat klientovy psychické i fyzické síly a podporovat klienty v hledání možného východiska z krizové životní situace (Hoskovcová, 2009). Při krizové intervenci je nutné identifikovat 3 složky krize, a to spouštěcí událost, vnímání situace jako ohrožující a selhání obvyklých copingových strategií. Krizový intervent může relativně snadno a rychle změnit hodnocení situace, změnit samotnou událost je obvykle nemožné (Baštecká et al., 2005).

Krizová intervence může být podle typu kontaktu krizového intervenanta s klientem:

- *prezenční forma pomoci* - je založena na osobní přítomnosti klienta i pomáhajícího tváří v tvář, zahrnuje službu terénní (krizový mobilní tým), ambulantní (poradny), pobytové služby (krizová lůžka v krizovém centru)
- *distanční forma pomoci* - pomáhající je prostorově vzdálen od klienta, není mezi nimi přímý kontakt, je to vlastně pomoc na dálku prostřednictvím telefonického kontaktu (krizové linky) a přes internet (Špatenková et al., 2011).

Krizová pomoc by měla být dostupná bez prodlev a bez zbytečného překonávání překážek. Pomoc by měla být k dispozici, dokud to klient potřebuje. Důležitá je i návaznost dalších služeb jako je poradenství a psychoterapie (Brož a Vodáčková, 2015).

1.6.3 Význam krize

Pozitivním přínosem krize je snadnější možnost změny. Dává člověku jedinečnou příležitost změnit své vztahy k okolí i světu. Pokud se podaří krizi zvládnout a úspěšně vyřešit, pak je posíleno sebevědomí i sebehodnocení jedince. Krizová situace umožňuje získat větší náhled na vlastní život a dochází k osvojení nových vyrovnávacích strategií, které se člověku mohou hodit zase někdy příště (Hoskovcová, 2009). Člověk, který pochopí výzvu skrytou v krizové situaci a sám nebo s pomocí někoho dané situaci porozumí v širší perspektivě, je pak mnohem bohatší, než kdyby na své cestě životem krizovou situaci těsně minul. Uvědomuje si, jaké nástrahy může očekávat, a v budoucnu se bude moci zodpovědněji rozhodovat a život si víc užívat (Knoppová et al., 2002).

Lidský život provázejí větší či menší krize a společně s nemocemi a utrpením jsou důležitým katalyzátorem a dokážou zakotvit náš život ve smyslu. Každá krize má svůj význam a představuje nezaměnitelný, často bolestně vykoupený přínos pro náš život. (Jankovský, 2003).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce bylo zjistit, **zda považují senioři stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost** a seznámit veřejnost s problematikou stěhování seniorů do domova pro seniory.

2.2 Hypotézy

- Hlavní hypotéza:

Třetina seniorů považuje stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost.

- Pracovní hypotézy (dále jen PH):
 - PH1: Vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na pohlaví seniorů.
 - PH2: Vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na věku seniorů.
 - PH3: Vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na vzdělání seniorů.
 - PH4: Vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na rodinném stavu seniorů.

2.3 Operacionalizace pojmů

Operacionalizace je proces převodu pojmů na zkoumatelné ukazatele, tedy překlad zkoumaného problému z jazyka teorie do jazyka výzkumu (Reichel, 2009).

Ve stanovených hypotézách se setkáváme s následujícími pojmy:

- *senior* - pro účely diplomové práce se seniorem rozumí osoba ve věku 60 a více let
- *stěhování* - pro účely diplomové práce je stěhování chápáno jako změna bydliště, kdy osoba opouští své dosavadní místo trvalého pobytu a jejím trvalým bydlištěm se stává domov pro seniory
- *domov pro seniory* - je pobytová sociální služba, která je poskytována starším osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu vysokého věku, a jejich stav vyžaduje pomoc jiného člověka (Čeledová et al., 2016)
- *krizová životní událost* - je náročná životní situace, která eskaluje a přesahuje aktuální možnosti člověka ji zvládnout. Současně jde o situaci, která je subjektivně prožívána jako negativní, ohrožující kvalitu života nebo samotný život a člověk aktuální možnost řešení dočasně nenalézá (Brož a Vodáčková, 2015)
- *pohlaví* - pro účely diplomové práce označuje, zda je respondent muž/žena
- *věk* - pro účely diplomové práce je věk určen kalendářním stářím respondenta
- *vzdělání* - pro účely diplomové práce se vzděláním rozumí stupeň dosaženého vzdělání respondenta
- *rodinný stav* - pro účely diplomové práce rodinný stav označuje, zda je respondent svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova

3 METODIKA

Tato kapitola uvádí metody, které byly použité při zpracování práce. Přibližuje proces tvorby vlastního dotazníku, uvádí výzkumnou strategii a časový harmonogram výzkumu a informuje o výzkumném souboru. Stručně se věnuje také problematice etiky výzkumu a zamýšlí se i nad možným zkreslením dat ve výzkumu.

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Výzkumná část diplomové práce byla zpracována pomocí kvantitativního výzkumu. Ke sběru dat bylo využito dotazníkové šetření.

3.1.1 Výzkumný dotazník

Dotazník je univerzální nástroj získání dat, kdy obsah a organizace dotazníku odrážejí zájem výzkumníka (Hendl a Remr, 2017). Je to výzkumný nástroj, kterým se snaží výzkumník získat v písemné podobě data obvykle od velkého množství subjektů. Nejdůležitější je správná konstrukce dotazníku. Podle cíle dotazování a podle typu dotazovaných osob je nutno uzpůsobit strukturu dotazníku (Průcha, 2014).

Výzkumný dotazník (Příloha I) jsem sama vytvořila a je rozdělený na dvě části - úvodní slovo a vlastní výzkumné otázky. Dotazník začíná představením mé osoby a představením účelu výzkumu. Následně je respondent požádán o spolupráci s tím, že je zdůrazněna anonymita a důvěrnost. Krátce je vysvětlen způsob vyplňování dotazníku a dotazník končí poděkováním za vyplnění a podpisem. Dotazník obsahuje celkem 25 výzkumných otázek. Na začátku je 5 identifikačních otázek, které zjišťují základní sociodemografické údaje o respondentech - pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, zdravotní stav. Hlavní výzkumnou část tvoří 20 otázek, které se týkají přímo zkoumaného tématu stěhování do domova pro seniory. Jedná se o otázky uzavřené, tedy takové, kdy si respondent může vybrat odpověď z předem předložených možností (Ferjenčík, 2000). Na závěr má respondent možnost dopsat ještě cokoliv, co by chtěl výzkumníkovi k danému tématu sdělit.

Protože dotazník nebyl ještě použit, bylo nutné provést jeho pilotní přezkoušení (Punch, 2008b). Provedla jsem pilotáž u 3 seniorů. Pečlivé provedení předvýzkumu zmenší riziko neúspěchu při vlastním dotazníkovém šetření. Na základě výsledků a zkušeností je možnost navržený dotazník korigovat (Chrásková, 2016). Ukázalo se, že výzkumný dotazník je příliš dlouhý, což ztěžovalo jeho řádné vyplnění. Přehodnotila jsem otázky, několik jsem jich vypustila a celkově tak konečnou verzi dotazníku zkrátila.

3.2 Výzkumná strategie

Pro výzkum daného tématu stěhování seniorů do domova pro seniory byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu, konkrétně metoda dotazování a technika dotazníku.

Časový harmonogram výzkumu se skládal z 3 fází:

- přípravná fáze - studium odborné literatury, zpracování teoretické části, stanovení hypotéz, konstrukce vlastního dotazníku, pilotní výzkum, konečná verze dotazníku
- realizační fáze - vlastní výzkum, sběr dat pomocí dotazníku
- závěrečná fáze - zpracování výsledků výzkumu, doporučení pro praxi

Vlastní výzkum proběhl formou přímého dotazování, kdy je předložen dotazník dotazovanému za přímé účasti tazatele, který dá instrukci. Respondent vyplní dotazník sám a po vyplnění tazatel dotazník vezme zpět od dotazovaného (Zich, 2004). Data byla získána individuálním šetřením, tedy každý respondent vyplňoval dotazník zvlášť ve svém pokoji. Vzhledem k tématu mi nepřipadalo vhodné hromadné vyplňování dotazníku, které by umožnilo rychlejší sběr dat, ale neposkytovalo by respondentům soukromí. U každého respondenta proběhlo vyplnění dotazníku během jedné návštěvy, doba vyplňování dotazníku nebyla ohraničena žádným časovým limitem.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je množinou objektů, kterých se zkoumání týká, a na které se mají jeho výsledky vztáhnout (Reichel, 2009). Výzkumný soubor v mé práci tvoří senioři, klienti domova pro seniory. Výběr respondentů výzkumu byl účelový. To znamená, že výběr respondentů byl založen pouze na mém úsudku o tom, co by mělo být pozorováno a o tom, co je možné pozorovat (Disman, 2011). Před uskutečněním výzkumu jsem si proto musela stanovit určitá kritéria, podle kterých jsem vybírala osoby do výzkumného souboru. Kriteriaální výběr zvažuje všechny případy, které splňují určité kritérium (Punch, 2008a) Pro výběr souboru jsem stanovila následující kritéria:

- respondent je klientem domova pro seniory
- respondent spadá do věkové skupiny nad 60 let
- respondent je po psychické stránce v takové kondici, že je schopen komunikace o daném tématu
- respondent je ochoten spolupracovat na výzkumu

V rámci výzkumu jsem oslovila s žádostí o spolupráci 140 klientů domova pro seniory, kterým jsem dotazník doručila. Přestože jsem se snažila o maximální návratnost dotazníku, 21 respondentů dotazník nevyplnilo. Z celkového počtu 140 distribuovaných dotazníků jsem získala 119 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníku je 85 %.

3.4 Zpracování a prezentace dat

Za účelem vyhodnocení informací získaných dotazníkovým šetřením byly využity základní statistické metody vhodné pro analýzu kategoriálních dat. Jednalo se o jednostupňové třídění dat, při kterém byly stanoveny jednotlivé typy četností (absolutní četnosti, relativní četnosti [v %], u ordinální proměnné dále kumulativní absolutní četnosti, a kumulativní relativní četnosti [v %]). Pro lepší interpretaci jsou tyto četnosti zachyceny prostřednictvím vytvořených výšečových, sloupcových a pruhových grafů.

3.4.1 Hlavní hypotéza

Pro ověření hlavní hypotézy byl využit *Test hypotézy o relativní četnosti*. Ten testuje hypotézu, že relativní četnost určité varianty znaku v základním souboru se rovná určitému předpokladu - hodnotě. Oproti tomu alternativní hypotéza předpokládá jiné hodnoty než předpokládanou.

Nulová hypotéza je:

$$H_0: \pi = \pi_0$$

Alternativní hypotéza je:

$$H_1: \pi \neq \pi_0$$

Na základě výběrových údajů hodláme nulovou hypotézu ověřit. Jestliže provedeme výběr dostatečného rozsahu, můžeme v testu jako testovou statistiku použít:

$$U = \frac{p - \pi_0}{\sqrt{\pi_0 * (1 - \pi_0)/n}}$$

kde:

π_0 je předpokládanou relativní četnost

p je skutečně zjištěnou relativní četnost

n je velikost výběrového souboru

Tato statistika U má při platnosti testované hypotézy H_0 asymptoticky normované normální rozdělení. Při provádění testu zvolíme obvyklou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$.

3.4.2 Pracovní hypotézy

K ověření PH1 byl využit *Mann-Whitney test*, který je neparametrickou obdobou t-testu. Nulová hypotéza Mann-Whitneyho testu není zaměřena na střední hodnoty, ale místo toho předpokládáme stejné rozdělení pravděpodobnosti náhodné veličiny v obou souborech, což je slabší předpoklad než normalita dat. Nulová hypotéza se tak týká srovnatelnosti dvou distribučních funkcí:

$$H_0 : F(x) = F(y)$$

a alternativní hypotéza ji popírá:

$$H_1 : F(x) \neq F(y)$$

Na základě výběrových údajů pak můžeme nulovou hypotézu ověřit. Tento test podrobně popisuje Hendl (2012).

Pro testování pracovních hypotéz PH2, PH3 byl použit X^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce. Všechny postupy byly provedeny podle Pecáková (2008) a Hindls et al. (2007). Kontingenční tabulka vzniká v případě, když jednotky souboru třídíme podle dvou kvalitativních znaků, např. znaku A, který může nabývat r variant, a znaku B, který lze rozdělit na s variant. Četnosti uvnitř tabulky můžeme označit n_{ij} . První index označuje i -tou variantu znaku A, druhý index j -tou variantu znaku B. Okrajové neboli marginální četnosti označujeme pouze jedním indexem, druhý je nahrazen tečkou.

Test, který používáme k ověření nezávislosti v kontingenční tabulce, porovnává získané (empirické) četnosti a teoretické četnosti, které by měly nastat v případě nezávislosti sledovaných znaků. Tyto četnosti můžeme označit jako n'_{ij} . Jejich výpočet je:

$$n'_{ij} = \frac{n_i \cdot n_{.j}}{n}$$

Odchytky od nezávislosti jednotlivých polí kontingenční tabulky sleduje Pearsonova statistika G :

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Tato statistika testuje hypotézu:

H_0 : Znaky v kontingenční tabulce jsou nezávislé.

H_1 : non H_0 , neboli znaky jsou závislé.

Testovaná statistika G má při platnosti nulové hypotézy X^2 rozdělení se stupni volnosti $v=(r-1)*(s-1)$. Pro test volíme opět obvyklou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$.

Pro zajištění přijatelné aproximace rozdělení uvedených statistik při určitém počtu polí v kontingenční tabulce se zpravidla vyžaduje takový rozsah výběru n, aby očekávané četnosti dosahovaly hodnoty alespoň 5. Po častých praktických potížích, a častém ověřování, se doporučuje, aby počet polí, kde očekávané četnosti jsou nižší než 5, bylo maximálně 20 %.

K testování hypotézy PH4 byl využit *test o shodě dvou relativních četností*. Tento test ověřuje hypotézu, že relativní četnost z prvního souboru je shodná s relativní četností ze souboru druhého, tedy že mezi dvěma soubory neexistuje statisticky významný rozdíl ve sledovaném parametru.

Nulová hypotéze je tedy:

$$H_0: \pi_0 = \pi_1$$

Alternativní hypotézou je:

$$H_1: \pi_0 \neq \pi_1$$

Na základě výběrových údajů hodláme nulovou hypotézu ověřit. Jestliže provedeme výběr dostatečného rozsahu, můžeme v testu jako testovou statistiku použít:

$$U = \frac{\pi_0 - \pi_1}{\sqrt{\pi_0 * (1 - \pi_0)/(n_0 + n_1)}}$$

kde:

π_0 představuje relativní četnost z prvního souboru

π_1 představuje relativní četnost z druhého souboru

p představuje skutečně zjištěnou relativní četnost

n_0 představuje velikost prvního souboru

n_1 představuje velikost druhého souboru

Tato statistika U má při platnosti testované hypotézy H_0 asymptoticky normované normální rozdělení. Při provádění testu zvolíme obvyklou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Test podrobně popisuje Pecáková (2008).

Veškeré číselné výsledky byly zpracovány prostřednictvím MS Excel. Pouze sloupcové grafy a testování jednotlivých hypotéz bylo provedeno prostřednictvím statistického balíčku R 3.2.0. a SPSS Statistics 21. Výsledky testování jsou vyhodnoceny na 5 % hladině významnosti (Borůvková et al., 2013).

3.5 Etika výzkumu

Základním principem veškerého výzkumu prováděného s lidmi je poskytnutí informovaného souhlasu s výzkumem (Walker, 2013). Před samotným vyplňováním dotazníku jsem proto každého respondenta informovala o tématu výzkumu, jeho účelu a následném využití výsledků výzkumu. Velký důraz jsem kladla na ochranu osobních údajů a soukromí každého respondenta, které zaručuje anonymita při vyplňování dotazníku. Zdůraznila jsem, že informace považuji za důvěrné a doufala jsem, že to povede k otevřeným odpovědím ze strany respondentů. Vždy jsem požádala o informovaný souhlas a zopakovala jsem, že každý má právo se sám rozhodnout, jestli se výzkumu zúčastní a dotazník vyplní, stejně tak má každý také právo účast ve výzkumu odmítnout bez uvádění důvodů a bez jakýchkoliv následků.

3.6 Možná zkreslení výzkumu

Každého respondenta jsem kontaktovala osobně. Moje přítomnost tak mohla na respondenty působit rušivě a mohla se stát významným činitelem pro zkreslení výsledků. Domnívám se, že také sama osobnost respondenta a jeho přístup k vyplňování dotazníku v sobě může skrývat řadu úskalí. I když je anonymitou zaručena maximální diskrétnost a respekt k osobnosti dotazovaného, nemusí senior odpovídat skutečně pravdivě. Důvodem může být malá schopnost introspekce, nedostatečný náhled na situaci, záměrná bagatelizace či zveličování potíží. Respondent může také záměrně zkreslovat odpovědi se záměrem jevit se v jiném, zdánlivě lepším světle či si nedokáže nebo nechce přiznat, jak na tom opravdu je. Možné zkreslení výzkumu by mohlo nastat také vinou použití nevhodného nástroje, tedy vytvořeného dotazníku, který může obsahovat pro respondenta nesrozumitelné formulace otázek.

4 VÝSLEDKY

4.1 Statistické zpracování dotazníkového šetření

1. Jaké je Vaše pohlaví?

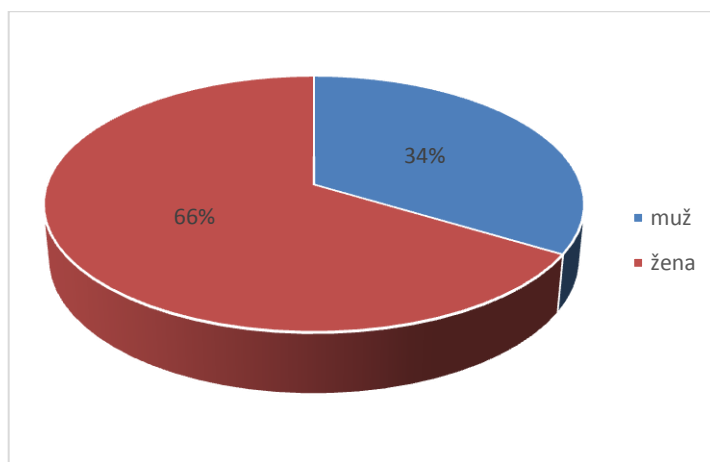
Následující tabulka ukazuje rozdělení mužů a žen ve výzkumném souboru.

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
žena	79	66,4
muž	40	33,6
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi respondenty výzkumu bylo 79 žen (66,4 %) a 40 mužů (33,6 %). Následuje grafická interpretace zachycující rozdělení respondentů podle pohlaví (Graf 1).



Graf 1 Pohlaví respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum

2. Do jakého věkového rozmezí patříte?

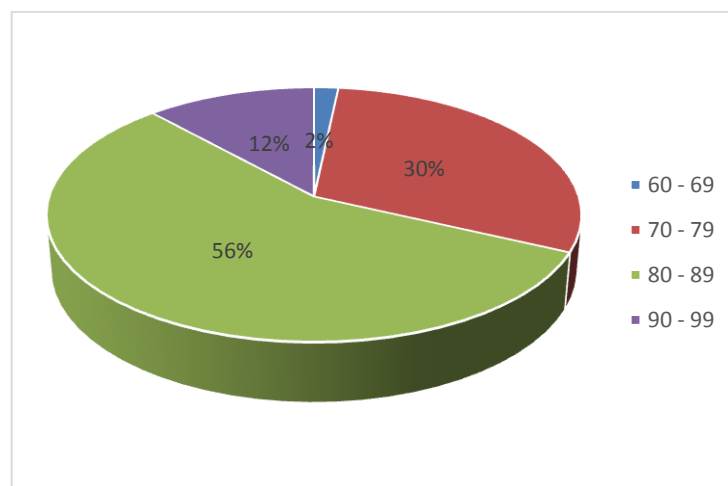
Následující tabulka ukazuje složení výzkumného souboru podle věku respondentů.

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní kumulativní četnost	Relativní kumulativní četnost (%)
60-69	2	1,7	2	1,7
70-79	36	30,3	38	32,0
80-89	67	56,3	105	88,3
90-99	14	11,8	119	100,0
Celkem	119	100,0	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenty výzkumu byli klienti domova pro seniory ve věkovém rozmezí od 60 let do 99 let. Nejpočetnější skupina 67 respondentů (56,3 %) spadá do věkového rozmezí 80 - 89 let. Pouze 2 respondenti (1,7 %) patří do věkového rozmezí 60 - 69 let. Do věkového rozmezí 70-79 let patří 36 respondentů (30,3 %). V kategorii 90 - 99 let máme 14 respondentů (11,8 %). Přehledně zobrazuje věkovou strukturu výzkumného vzorku následující graf (Graf 2).



Graf 2 Věk respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum

3. Jaké je Vaše vzdělání?

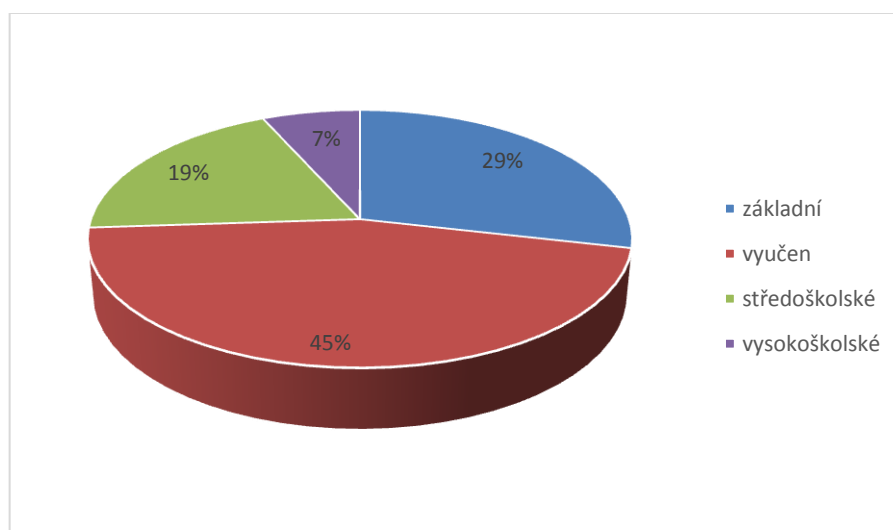
Následující tabulka ukazuje vzdělání respondentů.

Tabulka 3 Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
základní	34	28,6
vyučení/á	54	45,4
středoškolské	23	19,3
vysokoškolské	8	6,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti nejčastěji uváděli, že jsou vyučeni. Toto vzdělání uvedlo 54 dotázaných (45,4 %). 34 respondentů (28,6 %) uvedlo, že má pouze základní vzdělání. 23 dotázaných (19,3 %) má středoškolské vzdělání a pouze 8 respondentů (6,7 %) uvedlo jako své vzdělání vysokou školu. Pro lepší ilustraci vzdělání respondentů je uveden následující graf (Graf 3).



Graf 3 Vzdělání respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum

4. Jaký je Váš rodinný stav?

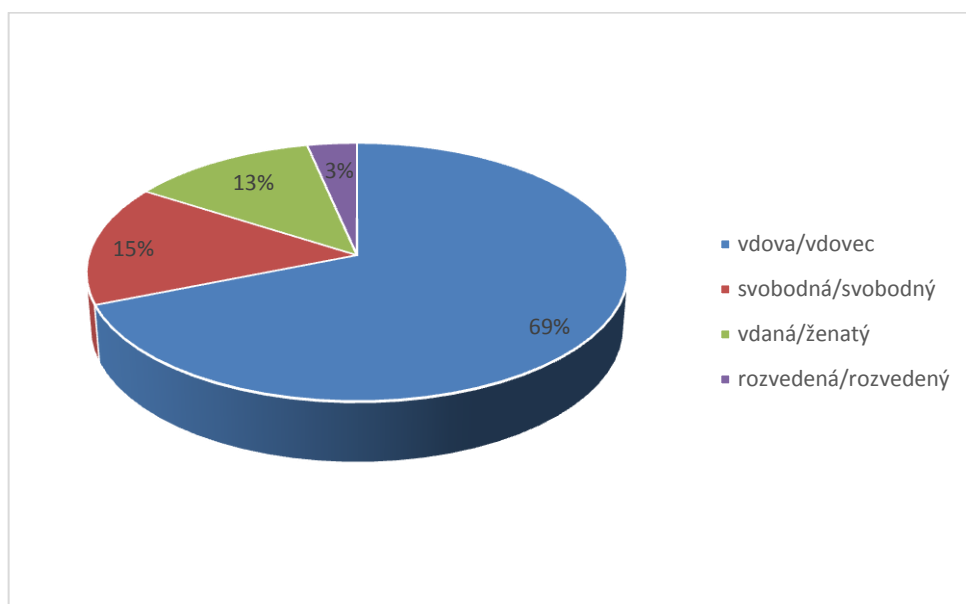
Následující tabulka informuje o rodinném stavu respondentů.

Tabulka 4 Rodinný stav respondentů

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
vdova/vdovec	82	68,9
svobodná/svobodný	18	15,1
vdaná/ženatý	15	12,6
rozvedená/rozvedený	4	3,4
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi respondenty v naprosté většině převažují osoby ovdovělé, bylo jich 82 (68,9 %). Dále bylo mezi respondenty 18 svobodných (15,1 %) a 15 ženatých/ vdaných osob (12,6 %). V souboru byly pouze 4 osoby (3,4 %), které uvedly, že jsou rozvedené. Názorně zobrazuje zastoupení respondentů podle rodinného stavu graf (Graf 4).



Graf 4 Rodinný stav respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum

5. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

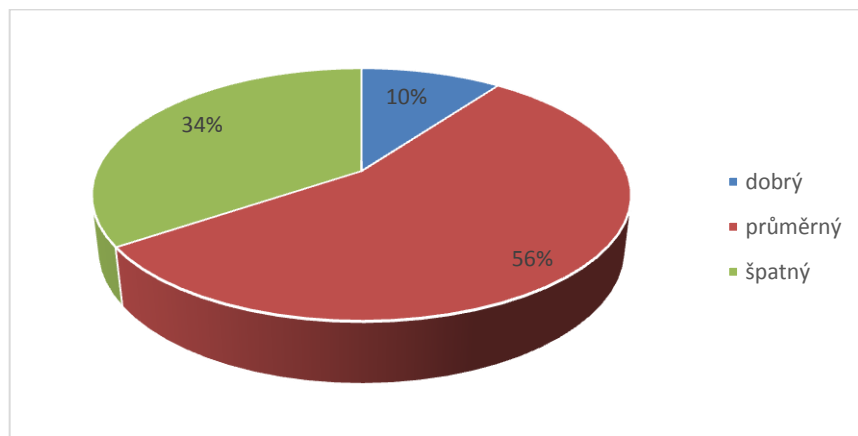
Následující tabulka ukazuje hodnocení zdravotního stavu respondentů.

Tabulka 5 Hodnocení zdravotního stavu respondentů

Zdravotní stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
dobry	12	10,1
průměrný	66	55,5
špatný	41	34,5
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti hodnotili svůj zdravotní stav nejčastěji jako průměrný, a to 66 respondentů (56 %). 41 respondentů (34,5 %) hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný. Pouze 12 respondentů (10,1 %) považuje svůj zdravotní stav za dobrý. Pro lepší názornost je uveden následující graf (Graf 5).



Graf 5 Hodnocení zdravotního stavu respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum

6. Jak dlouho žijete v domově pro seniory?

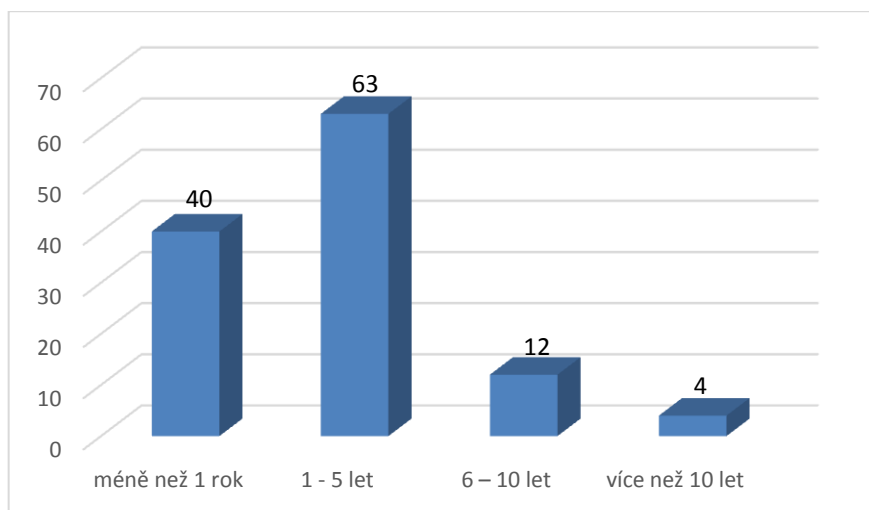
Následující tabulka ukazuje rozdělení respondentů podle délky pobytu v domově pro seniory.

Tabulka 6 Délka pobytu respondentů v domově pro seniory

Délka pobytu v domově pro seniory	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně než jeden rok	40	33,6
1 - 5 let	63	52,9
6 - 10 let	12	10,1
více než 10 let	4	3,4
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenty výzkumu je možné podle délky pobytu v domově pro seniory rozdělit do několika skupin následovně, 40 respondentů (33,6 %) žije v domově méně než 1 rok, 63 respondentů (52,9 %) žije v domově 1 až 5 let, 12 respondentů (10,1 %) žije v domově 6 až 10 let, 4 respondenti (3,4 %) žijí v domově více než 10 let. Přehledně informuje o délce pobytu respondentů v domově pro seniory následující graf (Graf 6).



Graf 6 Délka pobytu respondentů v domově pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

7. Odkud jste se do domova pro seniory přestěhoval/a?

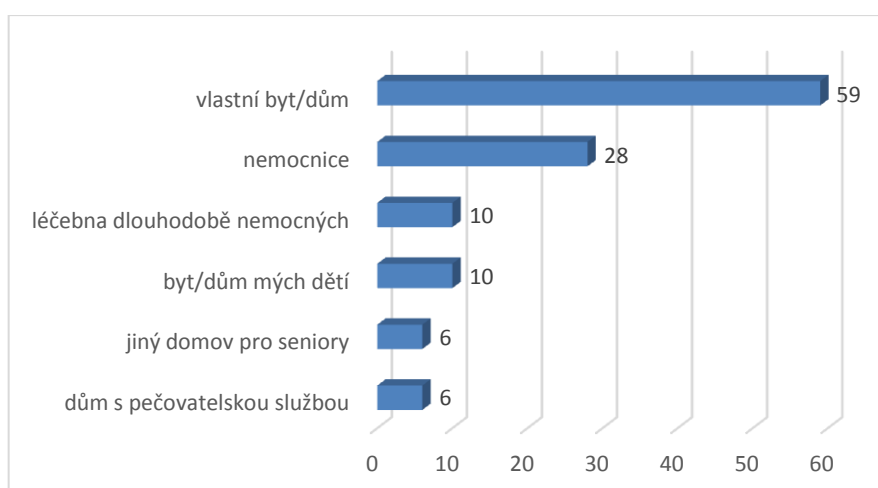
Následující tabulka informuje o místě původního pobytu respondentů, tedy odkud se do domova pro seniory přestěhovali.

Tabulka 7 Místo pobytu před příchodem do domova pro seniory

Místo předchozího pobytu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
vlastní byt/dům	59	49,6
nemocnice	28	23,5
byt/dům mých dětí	10	8,4
léčebna dlouhodobě nemocných	10	8,4
dům s pečovatelskou službou	6	5,0
jiný domov pro seniory	6	5,0
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Místo předchozího pobytu se u respondentů různí. Nejčastěji přicházeli do zařízení z vlastního bytu či domu (59 respondentů, to je 49,6 %). Druhé nejčastější místo bylo přímo z nemocnice (28 respondentů, to je 23,5 %). Po 10 respondentech (8,4 %) přišlo z léčebny dlouhodobě nemocných či z domu/bytu svých dětí. Z jiného domova pro seniory přišlo 6 dotázaných (5 %), stejný počet respondentů přišel z domu s pečovatelskou službou. Zobrazuje to přehledně následující graf (Graf 7).



Graf 7 Místo pobytu před příchodem do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

8. Bylo Vaše rozhodnutí o stěhování do domova pro seniory Vaše svobodná volba?

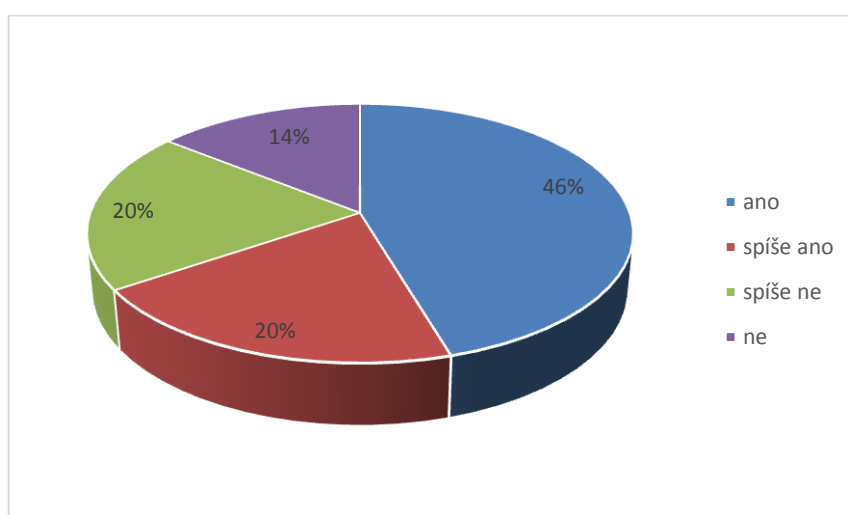
Následující tabulka ukazuje, zda respondenti považují rozhodnutí o stěhování do domova pro seniory za svoji svobodnou volbu.

Tabulka 8 Svobodné rozhodování respondentů o stěhování do domova pro seniory

Stěhování jako svobodná volba	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	54	45,4
spíše ano	24	20,2
spíše ne	24	20,2
ne	17	14,3
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

54 respondentů (45,4 %), to je téměř polovina dotázaných, vnímá rozhodnutí o stěhování jako svoji svobodnou volbu. Dalších 24 respondentů (20,2 %) ji považuje spíše za svobodnou volbu. Stejný počet respondentů si myslí, že to spíše nebyla jejich svobodná volba. Zápornou odpověď, že své rozhodnutí o stěhování nepovažuje za svoji svobodnou volbu, zvolilo 17 respondentů (14,3 %). Názorně rozložení odpovědí zobrazuje následující graf (Graf 8).



Graf 8 Svobodné rozhodování respondentů o stěhování do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

9. Rozhodl/a jste se pro stěhování na základě nepříznivých životních okolností?

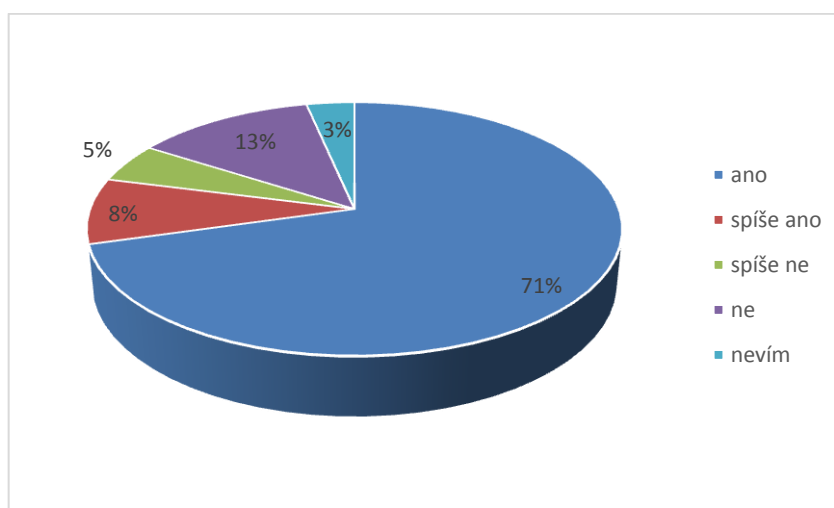
Následující tabulka informuje o tom, zda rozhodnutí o stěhování do domova pro seniory bylo u respondentů důsledkem nepříznivých životních okolností.

Tabulka 9 Rozhodování respondentů o stěhování na základě nepříznivé situace

Stěhování na základě nepříznivé situace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	84	70,6
spíše ano	10	8,4
spíše ne	6	5,0
ne	15	12,6
nevím	4	3,4
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

84 respondentů (70,6 %) uvedlo, že rozhodnutí o stěhování do domova pro seniory bylo uděláno na základě nepříznivých životních okolností. K možnému vlivu životních okolností se přiklání dalších 10 respondentů (8,4 %). Vliv nepříznivých životních okolností spíše nepřipouští 6 respondentů (5 %). Vliv nepříznivých životních okolností jasně popírá 15 respondentů (12,6 %). Zbývající 4 respondenti (3,4 %) tuto otázku neuměli rozhodnout. Přehledně vše zobrazuje následující graf (Graf 9).



Graf 9 Rozhodování respondentů o stěhování na základě nepříznivé situace

Zdroj: Vlastní výzkum

10. Proběhlo Vaše rozhodování o stěhování do domova pro seniory rychle?

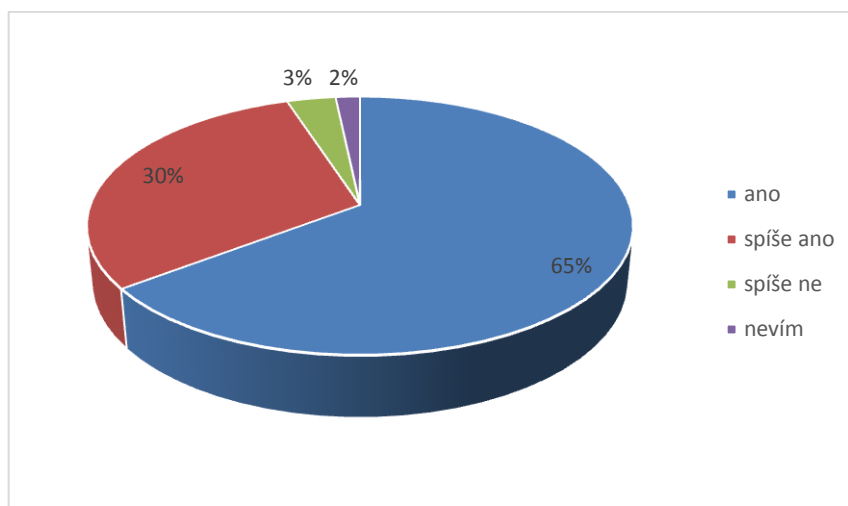
Následující tabulka vypovídá o rychlosti rozhodování o přestěhování do domova pro seniory.

Tabulka 10 Rychlost rozhodování o stěhování do domova pro seniory

Rychlost rozhodování o stěhování	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	77	64,7
spíše ano	36	30,3
spíše ne	4	3,4
ne	0	0
nevím	2	1,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti považují ve většině případů rozhodnutí za rychlé či spíše rychlé (95 %). Rozhodnutí považuje za rychlé 77 respondentů (64,7 %), 36 respondentů (30,3 %) označilo proces rozhodování o stěhování za spíše rychlý. Rozhodování za spíše pomalé považují 4 respondenti (3,4 %), možnost odpovědi „ne“ nezvolil ani jeden z dotázaných. 2 respondenti (1,7 %) rychlost rozhodování nedovedli posoudit. Přehledně rozložení odpovědí zobrazuje graf (Graf 10).



Graf 10 Rychlost rozhodování o stěhování do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

11. Co bylo důvodem Vašeho stěhování do domova pro seniory?

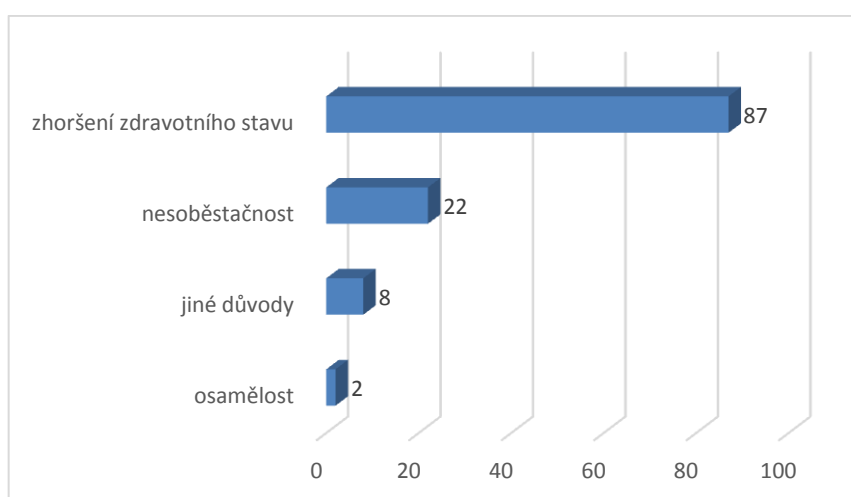
Následující tabulka informuje o důvodech stěhování respondentů do domova pro seniory.

Tabulka 11 Důvod stěhování respondentů do domova pro seniory

Důvod stěhování do domova pro seniory	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
zhoršení zdravotního stavu	87	73,1
nesoběstačnost	22	18,5
jiné důvody	8	6,7
osamělost	2	1,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti nejčastěji uvádějí jako důvod stěhování do domova pro seniory zhoršení zdravotního stavu 87 respondentů, tedy 73,1 %. Nesoběstačnost uvedlo 22 respondentů (18,5 %), je to tedy druhý nejčastější důvod stěhování do domova. Osamělost uvedli 2 respondenti (1,7 %). Jiné důvody uvedlo 8 respondentů (6,7 %). Mezi jinými důvody uvedli respondenti doporučení ošetřujícího lékaře, strach z pádu, hledání sociálních kontaktů, obavy dětí o jejich bezpečnost, usnadnění běžného života. Nikdo neoznačil jako důvod stěhování nezáměr vlastní rodiny a ekonomické důvody. Pro lepší názornost je uveden následující graf (Graf 11).



Graf 11 Důvod stěhování respondentů do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

12. Měl/a jste ze stěhování do domova pro seniory strach?

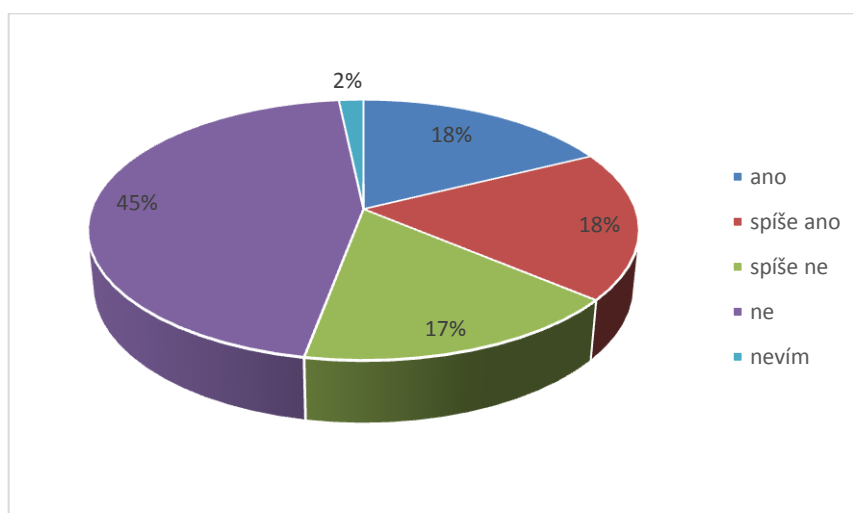
Následující tabulka ukazuje, zda měli respondenti ze stěhování do domova pro seniory strach.

Tabulka 12 Pocit strachu ze stěhování do domova pro seniory

Pocit strachu ze stěhování	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	21	17,6
spíše ano	22	18,5
spíše ne	20	16,8
ne	54	45,4
nevím	2	1,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Více než polovina respondentů, celkem 74 dotázaných (62,2 %), uvedla, že strach spíše nebo vůbec neměla. Ze stěhování mělo strach 21 respondentů (17,6 %), spíše strach připouští 22 respondentů (18,5 %). 2 respondenti tuto otázku neuměli posoudit. Jednotlivé četnosti odpovědí zachycuje následující graf (Graf 12).



Graf 12 Pocit strachu ze stěhování do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

13. Čeho jste se v souvislosti se stěhováním nejvíce obával/a?

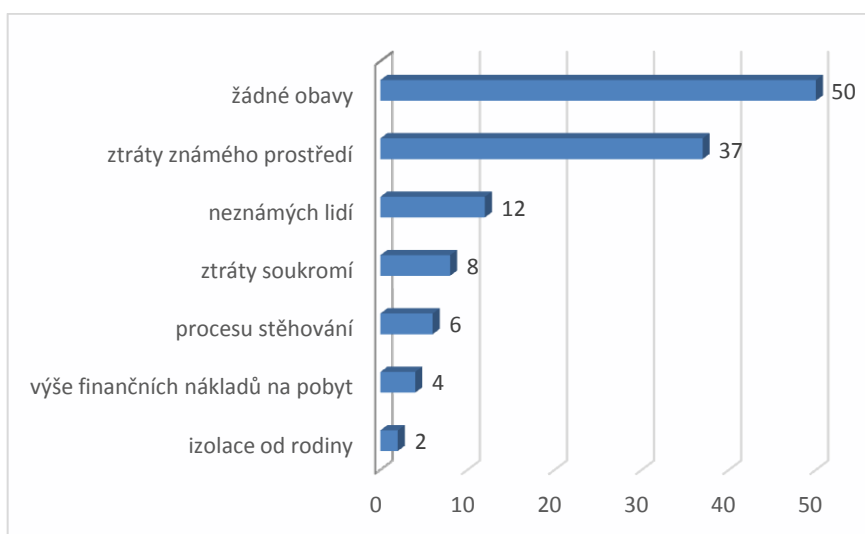
Následující tabulka dokládá, čeho se respondenti v souvislosti se stěhováním do domova pro seniory obávali.

Tabulka 13 Obavy respondentů ze stěhování do domova pro seniory

Obavy v souvislosti se stěhováním	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ničeho	50	42,0
ztráty známého prostředí	37	31,1
neznámých lidí	12	10,1
ztráty soukromí	8	6,7
procesu stěhování	6	5,0
výše finančních nákladů na pobyt	4	3,4
izolace od rodiny	2	1,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti označovali, z čeho měli v souvislosti se stěhováním obavy. Nejčastěji dotázaní senioři uváděli, že žádné obavy ze stěhování do domova pro seniory neměli, 50 respondentů (42 %). Mezi nejčastěji uváděné obavy patřily ztráta známého prostředí (31,1 %), obava z neznámých lidí (10,1 %), ztráta soukromí (6,7 %) a obava z vlastního procesu stěhování (5 %). 4 dotázaní senioři se obávali výše finančních nákladů na pobyt (3,4 %) a pouze 2 respondenti (1,7 %) se obávali izolace od rodiny. Přehledně odpovědi zobrazuje následující graf (Graf 13).



Graf 13 Obavy respondentů ze stěhování do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

14. Na co jste se v souvislosti se stěhováním nejvíce těšil/a?

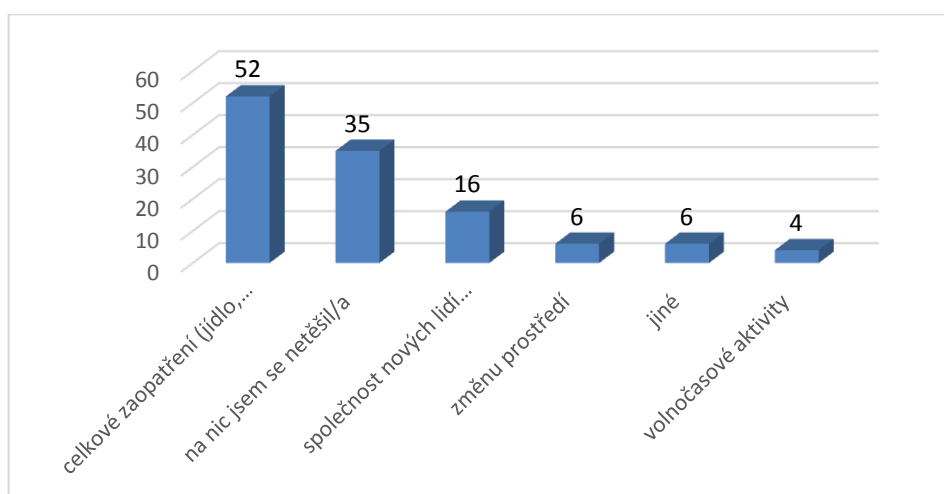
Následující tabulka ukazuje pozitivní očekávání respondentů, tedy na co se do domova pro seniory těšili.

Tabulka 14 Pozitivní očekávání spojené se stěhováním do domova pro seniory

Pozitivní očekávání spojené se stěhováním	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
celkové zaopatření (jídlo, praní, žehlení)	52	43,7
na nic jsem se netěšil/a	35	29,4
společnost nových lidí (spolubydlíci, personál)	16	13,4
změnu prostředí	6	5,0
jiné	6	5,0
volnočasové aktivity	4	3,4
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Dotázaní senioři měli zhodnotit, na co nejvíce se při příchodu do domova pro seniory těšili. Nejčastěji respondenti (43,7 %) uváděli, že na celkové zaopatření zahrnující jídlo, praní či žehlení. Z dalších pozitivně očekávaných věcí můžeme jmenovat společnost nových lidí (13,4 %) či změnu prostředí (5 %). Mezi jiné (5 %) uvedli kulturní akce v domově, pobyt ve městě, známé lidi, dostupnost lékařské péče. 35 respondentů (29,4 %) uvedlo, že se netěšili na nic. Rozložení odpovědí přehledně zobrazuje následující graf (Graf 14).



Graf 14 Pozitivní očekávání spojené se stěhováním do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

15. Přípravoval /a jste se nějak na stěhování do domova pro seniory?

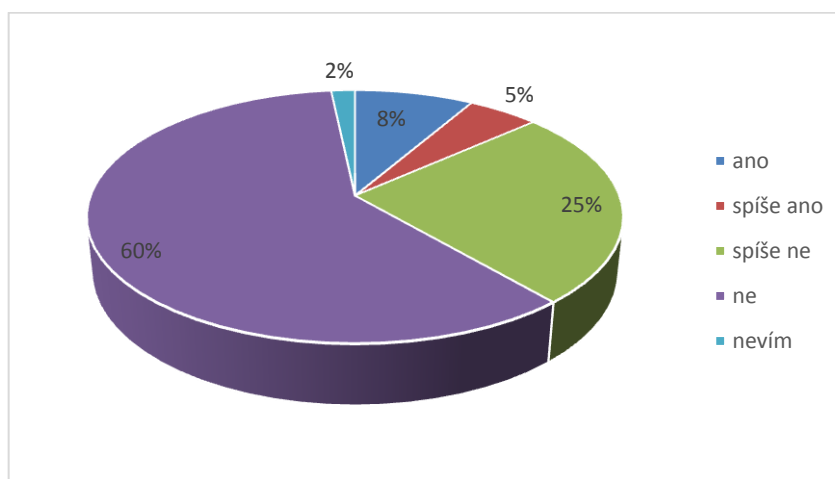
Následující tabulka informuje o přípravě respondentů na stěhování do domova pro seniory.

Tabulka 15 Příprava respondentů na stěhování do domova pro seniory

Příprava respondentů na stěhování	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	10	8,4
spíše ano	6	5,0
spíše ne	30	25,2
ne	71	59,7
nevím	2	1,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Přípravu na stěhování v určité formě (volba odpovědi ano a spíše ano) potvrzuje 16 respondentů (13,4 %). Spíše se nepřipravovalo 30 respondentů (25,2 %). Jakoukoliv přípravu na stěhování odmítá 71 respondentů, to je 59,7 %. Nevím odpověděli 2 respondenti (1,7 %).



Graf 15 Příprava respondentů na stěhování do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

16. Měl/a jste o pobytu v domově pro seniory dostatečné informace už před stěhováním?

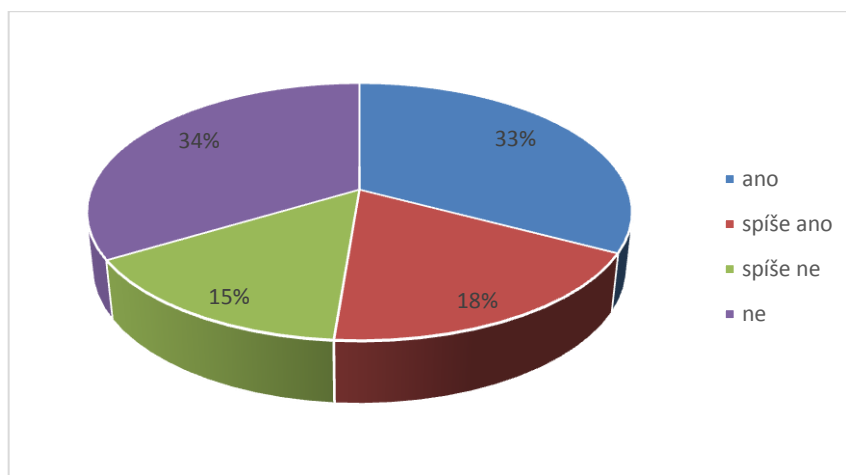
Následující tabulka dokládá informovanost respondentů o domově pro seniory před stěhováním.

Tabulka 16 Informovanost respondentů před stěhováním do domova pro seniory

Informovanost respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	39	32,8
spíše ano	22	18,5
spíše ne	18	15,1
ne	40	33,6
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Dostatečné informace potvrzuje 39 respondentů (32,8 %) a přiměřený dostatek informací 22 respondentů (18,5 %). Dostatek informací spíše nemělo 18 respondentů (15,1 %). Jednoznačný dostatek informací o pobytu v domově pro seniory mělo 40 dotázaných osob (33,6 %). Přehledně situaci zobrazuje následující graf (Graf 16).



Graf 16 Informovanost respondentů před stěhováním do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

17. Byl/a jste si domov pro seniory před stěhováním prohlédnout?

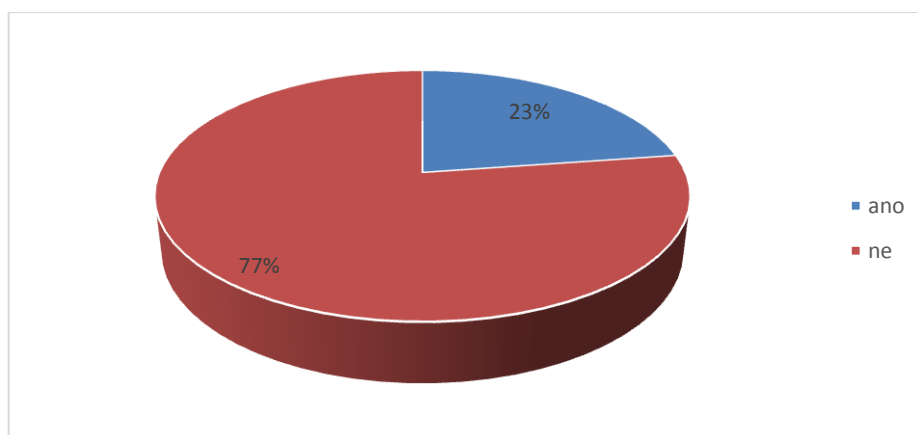
Následující tabulka uvádí četnost prohlídek domova pro seniory před stěhováním.

Tabulka 17 Prohlídka domova pro seniory před stěhováním

Prohlídka domova pro seniory	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	27	22,7
ne	92	77,3
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Domov pro seniory si před stěhováním bylo prohlédnout pouze 27 respondentů (22,7 %). 92 respondentů (77,3 %) z celkového počtu 119 dotázaných osob si prostředí domova před stěhováním prohlédnout nebylo. Pro lepší názornost je uveden následující graf (Graf 17).



Graf 17 Prohlídka domova pro seniory před stěhováním

Zdroj: Vlastní výzkum

18. Měl/a jste v souvislosti se stěhováním do domova pro seniory psychické potíže?

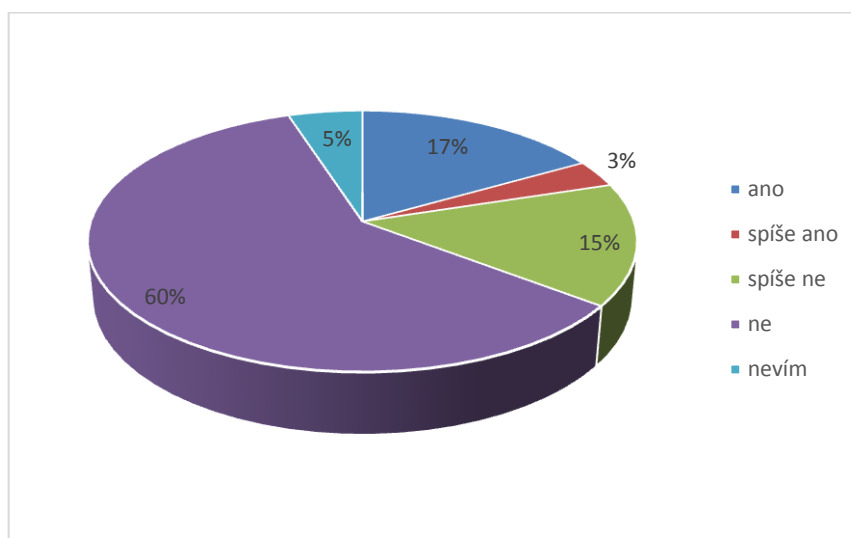
Následující tabulka informuje o existenci psychických potíží respondentů spojených se stěhováním do domova pro seniory.

Tabulka 18 Psychické potíže respondentů spojené se stěhováním

Výskyt psychických potíží	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	20	16,8
spíše ano	4	3,4
spíše ne	18	15,1
ne	71	59,7
nevím	6	5,0
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Psychické potíže v souvislosti se stěhováním potvrzuje jednoznačně 20 respondentů (16,8 %) a 4 respondenti (3,4 %) uvádějí spíše ano. Psychické potíže v souvislosti se stěhováním popírá 71 respondentů (59,7 %) a 18 respondentů (15,1 %) uvedlo, že spíše žádné psychické potíže nemělo. Otázku neumělo zhodnotit 6 dotázaných (5 %). Pro větší názornost je uveden graf (Graf 18).



Graf 18 Psychické potíže respondentů spojené se stěhováním

Zdroj: Vlastní výzkum

19. Jak byste tyto psychické potíže pojmenoval/a?

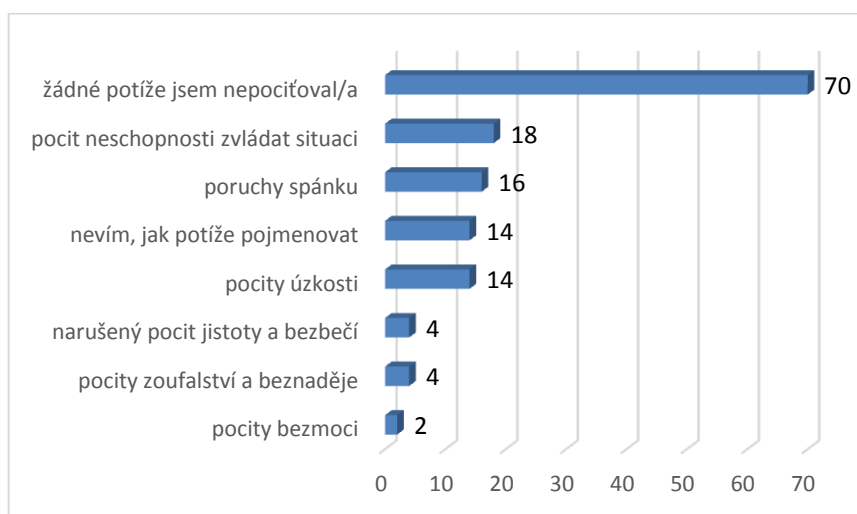
Následující tabulka uvádí psychické potíže respondentů vzniklé v souvislosti se stěhováním (lze označit více variant odpovědi).

Tabulka 19 Pojmenování psychických potíží spojených se stěhováním

Pojmenování psychických potíží	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
žádné potíže jsem nepociťoval/a	70	49,3
pocit neschopnosti zvládat situaci	18	12,7
poruchy spánku	16	11,3
pocity úzkosti	14	9,9
nevím, jak potíže pojmenovat	14	9,9
pocity zoufalství a beznaděje	4	2,8
narušený pocit jistoty a bezpečí	4	2,8
pocity bezmoci	2	1,4
Celkem	142	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

70 respondentů (49,3 %) žádné potíže nepociťovalo. Mezi nejčastěji uváděné potíže patří pocit neschopnosti zvládat situaci (18krát), poruchy spánku (16krát) a pocity úzkosti (14krát). Někdy respondenti neumí své potíže pojmenovat (14krát). Mezi méně časté patří narušený pocit jistoty a bezpečí (4krát), pocit zoufalství a beznaděje (4krát) a pocity bezmoci (2krát). Distribuci odpovědí respondentů zachycuje graf (Graf 19).



Graf 19 Pojmenování psychických potíží spojených se stěhováním

Zdroj: Vlastní výzkum

20. Byl/a jste spokojena se skutečným průběhem stěhování?

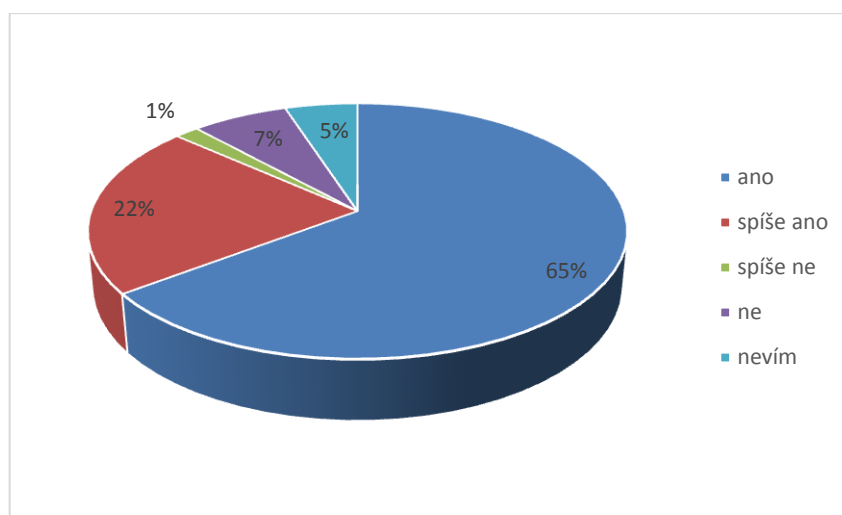
Následující tabulka uvádí spokojenost respondentů s průběhem stěhování.

Tabulka 20 Spokojenost respondentů s průběhem stěhování do domova pro seniory

Spokojenost s průběhem stěhování	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	77	64,7
spíše ano	26	21,8
spíše ne	2	1,7
ne	8	6,7
nevím	6	5,0
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

S průběhem stěhování bylo spokojeno jednoznačně 77 respondentů (64,7 %) a 26 respondentů (21,8 %) bylo spíše spokojeno. Svou nespokojenost se stěhováním uvedl 8 respondentů (6,7 %) a 2 respondenti (1,7 %) byly spíše nespokojeni. Neutrální odpověď nevím označilo 6 dotázaných osob (5 %). Pro výše uvedenou tabulku četností je uveden graf (Graf 20).



Graf 20 Spokojenost respondentů s průběhem stěhování do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

21. Kdo Vám v souvislosti se stěhováním nejvíce pomohl?

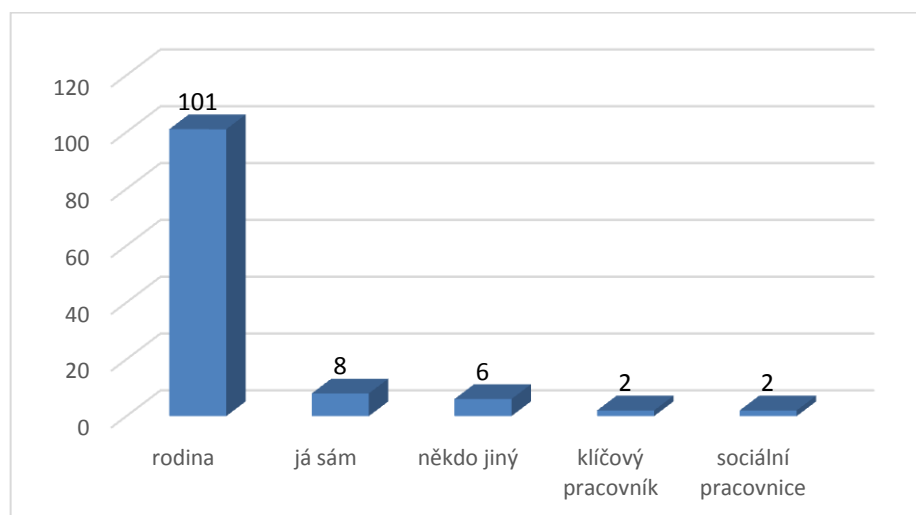
Následující tabulka ukazuje pomáhající osoby při stěhování do domova pro seniory.

Tabulka 21 Osoby pomáhající respondentům se stěhováním domova pro seniory

Pomoc v souvislosti se stěhováním	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
rodina	101	84,9
já sám	8	6,7
někdo jiný	6	5,0
klíčový pracovník	2	1,7
sociální pracovnice	2	1,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

V souvislosti se stěhováním do domova pro seniory většina dotázaných osob uvedla, že jim nejvíce pomohla rodina, uvedlo to 101 respondentů (84,9 %). 8 respondentů (6,7 %) odpovědělo, že si nejvíce pomohli sami. Klíčový pracovník nejvíce pomáhal v 2 případech (1,7 %), ve stejném počtu případů pomáhala i sociální pracovnice, 6 respondentů (5 %) uvedlo, že jim pomáhal někdo jiný - soused, přátelé, obyvatelé domova, pečující personál. Přehledně situaci ilustruje následující graf (Graf 21).



Graf 21 Osoby pomáhající respondentům se stěhováním do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

22. Považujete stěhování do domova pro seniory za krizovou událost svého života?

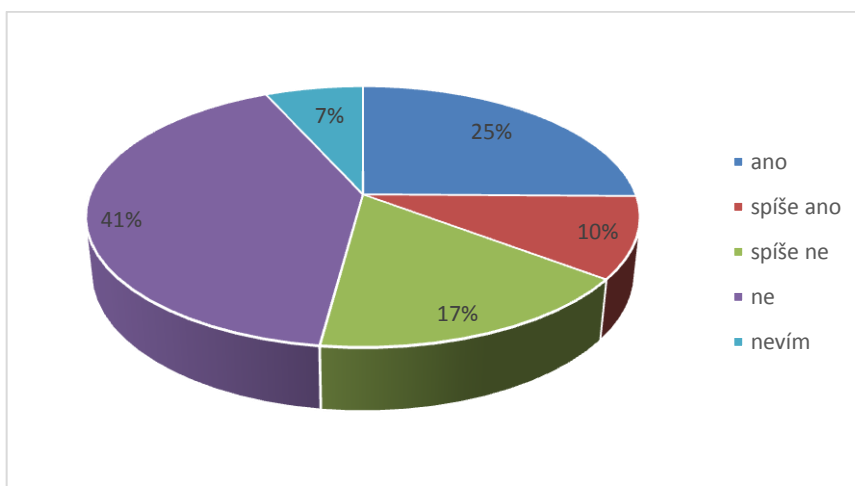
Tato výzkumná otázka zjišťuje, zda představuje situace stěhování do domova pro seniory pro respondenty krizovou životní událost.

Tabulka 22 Stěhování do domova pro seniory jako krizová životní událost

Stěhování jako krizová životní událost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	30	25,2
spíše ano	12	10,1
spíše ne	20	16,8
ne	49	41,2
nevím	8	6,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Stěhování za krizovou životní událost považuje jednoznačně čtvrtina dotázaných, to je 30 respondentů, spíše jako krizovou ji označuje dalších 12 respondentů (10,1 %). Stěhování do domova pro seniory spíše nepovažuje za krizovou životní událost 20 respondentů (16,8 %) a jednoznačně ji nepovažuje za krizovou 49 respondentů (41,2 %). Neutrální odpověď nevím zvolili 4 respondenti (6 %). Vše názorně ukazuje graf (Graf 22).



Graf 22 Stěhování do domova pro seniory jako krizová životní událost

Zdroj: Vlastní výzkum

23. Považujete svého klíčového pracovníka za osobu, na kterou se můžete obrátit se svými problémy?

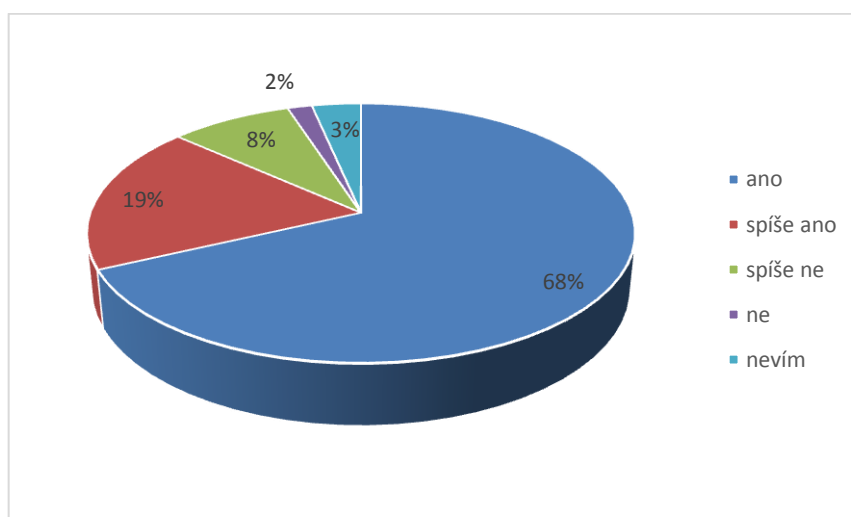
Následující tabulka ilustruje existenci vztahu důvěry respondentů ke klíčovému pracovníkovi.

Tabulka 23 Vztah respondenta ke klíčovému pracovníkovi

Vztah ke klíčovému pracovníkovi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	81	68,1
spíše ano	22	18,5
spíše ne	10	8,4
ne	2	1,7
nevím	4	3,4
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

81 dotázaných seniorů (68,1 %) potvrdilo, že klíčového pracovníka považují za osobu, na kterou se mohou obrátit se svými problémy. Spíše souhlasí 22 dotázaných seniorů (18,5 %). Se vztahem ke klíčovému pracovníkovi není spokojeno 12 respondentů (10,1 %), z toho 2 osoby přímo nesouhlasí. 4 respondenti (3,4 %) uvedli, že nevědí. Pro výše uvedenou tabulku četností je uveden i graf (Graf 23).



Graf 23 Vztah respondenta ke klíčovému pracovníkovi

Zdroj: Vlastní výzkum

24. Litujete svého rozhodnutí o přestěhování do domova pro seniory?

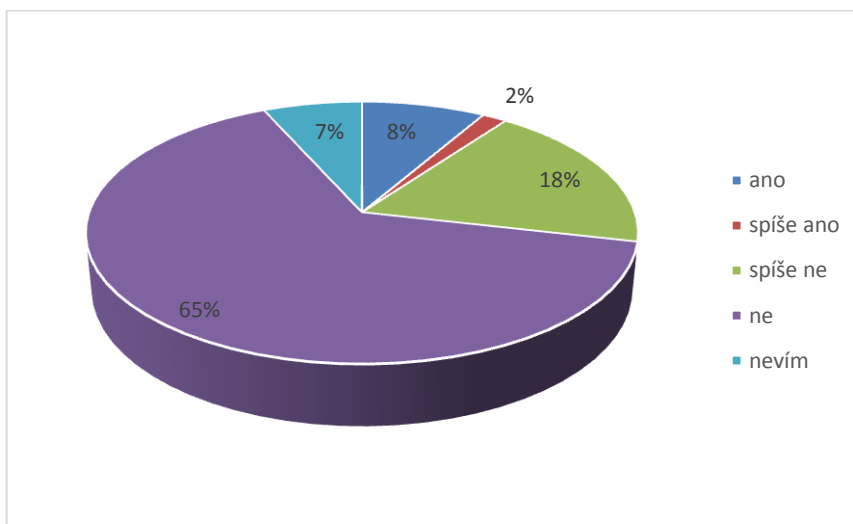
Následující tabulka dokládá zpětné hodnocení rozhodnutí respondentů o přestěhování do domova pro seniory.

Tabulka 24 Zpětné hodnocení rozhodnutí přestěhovat se do domova pro seniory

Hodnocení rozhodnutí o přestěhování	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	10	8,4
spíše ano	2	1,7
spíše ne	22	18,5
ne	77	64,7
nevím	8	6,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Při zpětném hodnocení rozhodnutí o přestěhování 10 respondentů (8,4 %) lituje svého rozhodnutí a 2 respondenti (1,7 %) spíše litují svého rozhodnutí o stěhování. Svého rozhodnutí spíše nelituje 22 respondentů (18,5 %) a jednoznačně nelituje 77 respondentů (64,7 %). Neutrální odpověď „nevím“ zvolilo 8 respondentů (7 %). Rozložení odpovědí ukazuje následující graf (Graf 24).



Graf 24 Zpětné hodnocení rozhodnutí přestěhovat se do domova pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

25. Považujete nyní domov pro seniory za svůj domov?

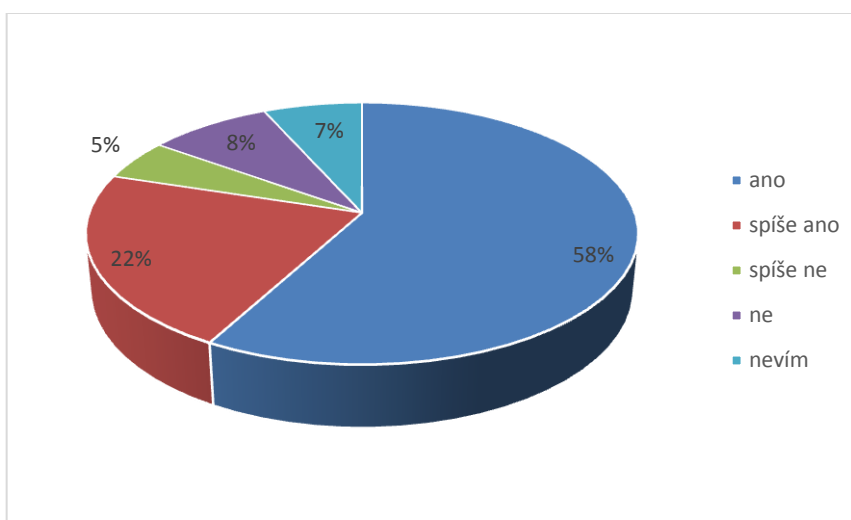
Následující tabulka dokladuje vnímání domova pro seniory respondenty jako svého domova.

Tabulka 25 Subjektivní pocit domova v domově pro seniory

Domov pro seniory jako svůj domov	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	69	58,0
spíše ano	26	21,8
spíše ne	6	5,0
ne	10	8,4
nevím	8	6,7
Celkem	119	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

V souvislosti se subjektivním pocitem domova spojeným s domovem pro seniory uvedlo 69 respondentů (58 %) jednoznačný souhlas a 26 respondentů (21,8 %) spíše souhlasí s tím, že pro ně znamená domov pro seniory jejich domov. Domov pro seniory za domov spíše nepovažují 6 respondentů (5 %) a 10 respondentů (8,4 %) jednoznačně nepovažuje domov pro seniory za svůj domov. Neutrální odpověď nevím zvolilo 8 respondenti (6,7 %). Pro názornější interpretaci výsledků je použit následující graf (Graf 25).



Graf 25 Subjektivní pocit domova v domově pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Vyhodnocení hypotéz

4.2.1 Vyhodnocení hlavní hypotézy

Hlavní hypotéza:

Třetina seniorů považuje stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost.

Z tabulky 22 (grafu 22) je zřejmé, že 35,3 % dotázaných seniorů považuje stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost. Pomocí *testu o relativní četnosti* jsem testovala, zda je tedy v populaci třetina seniorů, kteří považují stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost. Z výsledku testu je patrné, že je to právě třetina seniorů (p-value 0,845). ***Přijímáme tedy hypotézu, že třetina seniorů považuje stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost.***

4.2.2 Vyhodnocení pracovních hypotéz

Pracovní hypotézy (dále jen PH):

- PH1: *Vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na pohlaví seniorů.*

Vzhledem k tomu, že hlavní sledovaná proměnná nemá normální rozdělení, jsem testovala její závislost na pohlaví pomocí neparametrického *Mann-Whitney testu*.

Tabulka 26 Tabulka vnímání stěhování jako krizové životní události podle pohlaví

Pohlaví	N	Průměr	Směrodatná odchylka	p-hodnota
muž	40	3,00	1,198	0,859
žena	79	2,91	1,416	

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výsledku testu je patrné, že ***vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události není závislé na pohlaví seniorů*** (p-hodnota 0,859). Pracovní hypotéza se tedy nepotvrdila.

- PH2: *Vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na věku seniorů.*

Pro tuto hypotézu byly z důvodu nižších četností v jednotlivých věkových kategoriích sloučeny původní čtyři věkové kategorie do dvou - senioři do 79 let a nad 80 let.

Tabulka 27 Kontingenční tabulka vnímání stěhování jako krizové životní události podle věku

Věková kategorie	Stěhování jako krizová životní událost					Celkem
	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím	
do 79	10	6	6	14	2	38
nad 80	20	6	14	35	6	81
Celkem	30	12	20	49	8	119

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výsledku *chi-kvadrát* testu je zřejmé, že *vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události není závislé na věku seniorů* (p-hodnota 0,682). Pracovní hypotéza se tedy nepotvrdila.

- PH3: *Vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na vzdělání seniorů.*

Za účelem ověření závislosti hlavní sledované proměnné na vzdělání seniorů byly sloučeny původní čtyři kategorie do dvou, tak aby byla splněna podmínka pro *chi-kvadrát* test.

Tabulka 28 Kontingenční tabulka vnímání stěhování jako krizové životní události podle vzdělání

Vzdělání	Stěhování jako krizová životní událost					Celkem
	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím	
základní/vyučený	24	10	14	34	6	88
středoškolské/vysokoškolské	6	2	6	15	2	31
Celkem	30	12	20	49	8	119

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výsledku *chi-kvadrát testu* je zřejmé, že **vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události není závislé na vzdělání seniorů** (p-hodnota 0,770). Pracovní hypotéza se tedy nepotvrdila.

- PH4: *Vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na rodinném stavu seniorů.*

Vzhledem k tomu, že mne zajímalo, zda senioři, kteří jsou sami - nemají manžela/manželku, vnímají stejně jako senioři s manželem/manželkou stěhování do domova pro seniory jako krizovou událost, sloučila jsem stavy svobodný/á, rozvedený/á a vdovec/vdova do jedné kategorie - single a tento stav jsem porovnávala se seniory ve stavu vdaná/ženatý. Výsledek tohoto sloučení je patrný v tabulce 29.

Tabulka 29 *Kontingenční tabulka vnímání stěhování jako krizové životní události podle rodinného stavu*

Stav	Stěhování jako krizová životní událost					Celkem
	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím	
single	30	12	16	38	8	104
vdaná/ženatý	0	0	4	11	0	15
Celkem	30	12	20	49	8	119

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky 29 vyplývá, že 40,4 % dotázaných ze skupiny single vnímá stěhování do domova pro seniory jako krizovou životní událost (odpověděli ano nebo spíše ano), zatímco ze skupiny vdaných/ženatých nikdo (0,0 %). Tyto dvě relativní četnosti byly porovnány *testem o shodě dvou relativních četností*. Z výsledku tohoto testu je zřejmé, že **vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na tom, zda jsou senioři single nebo v páru** (p-hodnota 0,000). Pracovní hypotéza se tedy potvrdila, neboť senioři žijící v páru nepovažují stěhování za krizovou událost na rozdíl od single seniorů.

5 DISKUSE

Výzkumný soubor tvořilo celkem 119 respondentů, z toho bylo 66,4 % žen a 33,6 % mužů. Zjištěný poměr mužů a žen koresponduje se uváděnou skutečností, že v průběhu stárnutí narůstá v seniorské populaci převaha žen. V celé populaci nad 65 let tvoří sice ženy jen 60 %, ale ve věku nad 85 let jde již o téměř tři čtvrtiny (72 %) a mezi stoletými je poměr žen k mužům dlouhodobě vyšší než 4:1 (Čeledová et al., 2016).

Respondenty výzkumu byli senioři ve věkovém rozpětí od 60 do 99 let. Pokud bych řadila věkové intervaly podle počtu respondentů, pak nejméně respondentů bylo mezi věkem 60-69 let (1,7 %), pak následuje 90-99 let (11,8 %), 70- 79 let (30,3 %) a nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozmezí 80-89 let (56,3 %). Nejnižší počet respondentů v nejnižší věkové kategorii souvisí podle mého názoru s tím, že většina seniorů v tom věku je ještě nezávislá na institucionální péči. Posouvá se i věková hranice, kdy je člověk označován za seniora. Senior je dnes definován jako osoba, která dosáhla 65 a více let (Janiš a Skopalová, 2016). Nejvyšší počet respondentů v kategorii 80 - 89 let dokládá, že ve stáří dochází k postupnému úbytku potenciálu zdraví spolu s poklesem zdatnosti (výkonnosti, fungování, soběstačnosti), což se s přibývajícím věkem prohlubuje, a zvyšuje se tak závislost na pomoci druhých (Kalvach et al., 2008).

Pokud se zaměříme na vzdělání respondentů, pak získaná data ukazují, že největší počet respondentů je vyučen (45,4 %), následuje základní vzdělání (28,6 %). Méně než pětina (19,3 %) z celkového počtu respondentů má středoškolské vzdělání a pouze 8 respondentů (6,7 %) uvedlo vysokoškolské vzdělání. Rozložení vzdělání podle mého názoru souvisí s tím, že respondenti se narodili v době, kdy nebylo vzdělání přístupné všem vrstvám obyvatel. Nejvyšší zastoupení osob vyučených svědčí o tom, že bylo preferováno vyučení se v nějaké profesi, která poskytovala člověku životní jistotu a obživu. Vysoký počet respondentů se základním vzděláním, případně vyučením, může souviset i s tím, že výzkumný soubor tvoří větší počet žen a u žen se dříve nepředpokládala potřeba vyššího vzdělávání.

Respondenty podle rodinného stavu můžeme rozdělit na kategorii svobodná/svobodný (15,1 %), vdaná/ženatý (12,6 %), rozvedená/rozvedený (3,4 %) a vdova/vdovec (68,9 %). Podle mého názoru je rozložení respondentů podobně jako u vzdělání odrazem doby a demografického vývoje. Nejnižší počet je v kategorii rozvedený/rozvedená, protože v této generaci seniorů byl rozvod ještě spíš výjimkou. Nejvyšší počet

respondentů v kategorii vdova/vdovec dokazuje skutečnost, že málokdy se dožívá vysokého věku celý manželský pár. V seniorské populaci přibývá ovdovělých, často osamělých žen s vyšší mírou křehkosti (nižším potenciálem zdraví) a s vyšší potřebou podpůrných služeb (Čeledová et al., 2016). Celkově lze shrnout, že ve výzkumném vzorku je 12,6 % respondentů s partnerem (vdaná/ženatý) a 87,4 % respondentů single (vdova/vdovec, svobodný/svobodná, rozvedený/rozvedená).

Svůj zdravotní stav respondenti hodnotili na stupnici (dobrý/průměrný/špatný). Je třeba brát v úvahu, že hodnocení zdravotního stavu je vyjádřením subjektivního pocitu respondentů a vůbec se nemusí shodovat s objektivním zdravotním stavem respondenta. Jen 10,1 % respondentů považuje svůj zdravotní stav za dobrý. To jen potvrzuje, že stáří je především funkcí duševního a tělesného stavu, nejen počtu let života. Není výjimkou, že jedinci stejného kalendářního věku mají značně rozdílný věk biologický (Štilec, 2004). Přes polovinu respondentů (55,5 %) svůj zdravotní stav považuje za průměrný. Dokládá to, že stáří není nemoc, že tělo i mysl se dají vytrénovat, dokážou znova a znova obnovovat své schopnosti a díky tomu správně fungovat po dlouhé roky (Rheinwaldová, 1999). 34,5 % respondentů označuje svůj zdravotní stav jako špatný. Odborná literatura potvrzuje, že období stáří a stárnutí je provázeno řadou regresivních změn v somatických a duševních funkcích člověka, což významně ovlivňuje kvalitu života stárnoucího člověka. Většina lidí chápe tuto etapu jako období nemohoucnosti, nemoci a samoty (Žumagová a Balogová, 2010). Starý člověk se stává rizikovým, když není schopen se rychle a účelně přizpůsobit změnám ve svém životě a adaptovat se na změnu svého zdravotního stavu. Jsou to většinou osoby starší 80 let a osoby dlouhověké - nad 90 let, osamělé osoby vyššího věku, staré osamělé či ovdovělé ženy a staří lidé v dlouhodobé ústavní péči (Haškovcová, 2010). Podle mého názoru je hodnocení zdravotního stavu odrazem celé osobnosti respondenta a jeho životního postoje a souvisí s jeho adaptací na stáří. Je třeba si uvědomit, že stáří nelze ani léčit, ani vyléčit proto, že to nemoc není. Je to normální etapa lidského života. Stáří není nemoc, ale není bez nemocí, existují jak zdraví, tak nemocní staří lidé. V každém období lidského života může člověk být zdravý nebo onemocnět (Gregor, 1990).

Podle délky pobytu lze respondenty rozdělit do několika skupin, a to 33,6 % žije v domově méně než 1 rok, 52,9 % žije v domově 1 až 5 let, 10,1 % žije v domově 6 až 10 let, 3,4 % žije v domově více než 10 let. Lze shrnout, že převažují respondenti, jejichž délka pobytu v domově pro seniory nepřesahuje 5 let (86,5 %). Myslím, že

výsledné složení výzkumného vzorku v této položce ovlivnilo to, že domov pro seniory nedávno navyšoval svou kapacitu a v důsledku toho téměř jedna čtvrtina respondentů pobývala v domově méně než rok.

Z výzkumu vyplývá, že pokud se zaměříme na místo předchozího pobytu, pak téměř polovina respondentů (49,6 %) přišla z vlastního samostatného bydlení a 8,4 % respondentů pobývalo před příchodem do domova pro seniory u dětí. Rodinná péče může zajistit všestrannou péči o seniora lépe než instituce. Zastává funkci jakési záchranné sítě, která odpovídá za nesoběstačné členy rodiny. Rodina je tak určena k tomu, aby zajišťovala pomoc svým blízkým v obtížných životních situacích (Benešová, 2010). Druhé nejčastější místo předchozího pobytu byla nemocnice, to uvedlo 23,5 % respondentů a 8,4 % respondentů přišlo z léčebny dlouhodobě nemocných. Znamená to, že téměř třetina respondentů (31,9 %) přišla do domova pro seniory ze zdravotnického zařízení. To potvrzuje, že ve stáří se stále úžeji k sobě váže podmíněnost zdravotní a sociální situace, kdy nejen sociální situace může vyvolat zdravotní potíže, ale ještě častěji mohou zdravotní potíže výrazně zkomplikovat sociální situaci starého člověka (Baštecký et al. 1994). Z jiného domova pro seniory přišlo 5 % respondentů, tak nízký počet je podle mého názoru dán tím, že senioři se v rámci pobytových zařízení stěhují málo a kam nastoupí, tam většinou také dožijí. Stejný počet respondentů (5 %) přišel z domu s pečovatelskou službou. Zde to podle mého názoru souvisí s tím, že v případě problémů jde senior nejdříve z pečovatelského domu do zdravotnického zařízení a pokud se nemůže vrátit, odchází do domova pro seniory rovnou z nemocnice. Z empirických výzkumů vyplývá, že senioři přistupují k rodině a k formálním institucím sociální péče jako ke zdrojům pomoci, které lze aktivovat v případě potřeby. Chtějí je využívat v době, až když se skutečně nebudou moci o sebe postarat. Péče by měla probíhat nejlépe v prostředí jejich domácnosti, teprve poté v domech s pečovatelskou službou, domech penzionech, a když bude nejhůře, pak až v domovech důchodců (Sýkorová, 2007).

Zajímavá je situace okolo rozhodování seniora o přestěhování do domova pro seniory. Z výzkumu vyplývá, že větší část respondentů vnímá rozhodnutí o stěhování jako svoji svobodnou volbu (65,6 %). Jen 34,5 % respondentů toto rozhodnutí nepovažuje za svobodné. V odborné literatuře se uvádí, že i v případě zcela dobrovolného rozhodnutí seniora o přestěhování do domova pro seniory se jedná o velice náročnou situaci, přemístění seniora proti jeho vůli může mít za následek i smrt. Senior je ochoten opustit

soukromí své vlastní domácnosti s vědomím, že stěhováním získá pocit bezpečí a trvalý lékařský dohled (Haškovcová, 2010). Současně výsledky mého výzkumu ukazují také to, že 79 % respondentů se rozhodlo na základě nepříznivých životních okolností. Vliv nepříznivých životních okolností nepřipouští 17,6 % respondentů a 4 respondenti nedokázali odpovědět. Je pro mě trochu překvapující, že i když většina respondentů se rozhodovala na základě nepříznivých životních okolností, přesto většina respondentů považuje své rozhodnutí za svobodnou volbu. Podle mého názoru rozhodnutí pod vlivem nepříznivých okolností už nemůže být rozhodování svobodné, protože senioři často nemají na základě těch nepříznivých okolností jinou možnost. Proto by se stěžejním prvkem systému sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu měla stát podpora setrvání starých lidí trvale závislých na pomoci druhé osoby v jejich přirozeném prostředí a snaha o jejich integraci v běžné populaci (Glosová, 2006).

Z výzkumu vyplývá, že respondenti považují ve většině případů své rozhodnutí za rychlé či spíše rychlé (95 %). Podle mého názoru tyto výsledky souvisí s tím, jak toto rozhodování probíhá v praxi. Pokud se v pobytovém zařízení uvolní místo a je nabídnuto konkrétnímu seniorovi, má určitou krátkou časovou lhůtu na to, aby se rozhodl. Takže senior se vlastně musí rozhodnout rychle, jinak je volné místo nabídnuto jinému žadateli. A přitom proces přestěhování se do zařízení vyžaduje těžké rozhodování, které zasahuje do oblastí finančních, zdravotních, právních a dalších (Johnson, 2014). Velice důležité je, za jakých okolností a nakolik plánovitě a z vlastního rozhodnutí senior do pobytového zařízení přichází. Zda se jedná o jeho svobodné rozhodnutí nebo je donucen okolnostmi (Jeřábek et al., 2013). Senior se většinou také dlouho a těžko odhodlává, protože spojuje tento odchod s očekávanou smrtí. Bojí se o to víc, pokud nemá zkušenosti s institucionální péčí (Hegyí et al., 2012).

Respondenti (73,1 %) nejčastěji uvádějí jako důvod stěhování do domova pro seniory zhoršení zdravotního stavu. Nesoběstačnost uvedlo 18,5 % respondentů, osamělost 1,7 % respondentů. 6,7 % respondentů uvedlo jiné důvody (doporučení ošetřujícího lékaře, strach z pádu, hledání sociálních kontaktů, obavy dětí o jejich bezpečnost, usnadnění běžného života). Nikdo neoznačil jako důvod stěhování nezájem vlastní rodiny a ekonomické důvody. Lze říci, že hlavními důvody pro přestěhování jsou dva úzce provázané důvody, a to je zhoršení zdravotního stavu a s tím často spojená nesoběstačnost. Tyto důvody uvádí 91,6 % respondentů. Výzkumná data potvrzují to, co uvádí odborná literatura. Důvodem stěhování do domova pro seniory je často

zdravotní stav, který se zhorší. Senior se stává závislým na péči jiné osoby a tak podlehne naléhání lékaře či vlastní rodiny (Hlaváčová, 2003). Někdy s sebou nese omezení soběstačnosti seniora i myšlenku, že by se senior mohl stát zátěží pro svou rodinu (Příhodová a Sýkorová, 2004). Důvodem pro stěhování mohou být i pocity osamělosti a opuštěnosti a strach dětí o bezpečnost seniora (Pichaud a Thareau, 1998). Kardinálním problémem seniorů je tak soběstačnost a osamělost (Zavázalová et al., 2001). Mnohé studie dokázaly, že optimální by bylo setrvání ve vlastní domácnosti. Do domova pro seniory pak staří lidé odchází kvůli zdravotnímu stavu, ale důvodem mohou být i sociální příčiny jako hmotná nouze a vysoké náklady na domácnost, neschopnost či nepřítomnost rodiny. Zdravotní a zdravotně sociální důvody tvoří nadpoloviční většinu příčin vstupu do domova pro seniory a muži nastupují do zařízení v mladším věku než ženy. Ženy stěhování odkládají až po vyčerpání všech možností žít ve své domácnosti (Hegyí et. al, 2012). Osamělí lidé vyhledávají zdravotnické služby častěji než ostatní lidé a stoupá také riziko jejich přijetí do pečovatelské instituce (Danneffer a Phillipson, 2010).

Z výzkumu vyplývá, že více než polovina respondentů (62,2 %) neměla ze stěhování do domova pro seniory strach. Strach potvrdilo 17,6 % respondentů, lehké obavy mělo 18,5 % dotázaných. 2 respondenti tuto otázku neuměli posoudit. Následně respondenti označovali, z čeho měli v souvislosti se stěhováním obavy. 42 % respondentů popřelo jakékoli obavy. Mezi uváděné obavy patřily ztráta známého prostředí (31,1 %), obava z neznámých lidí (10,1 %) obava ze ztráty soukromí (6,7 %), obava z vlastního procesu stěhování (5 %), obava z výše finančních nákladů na pobyt (3,4 %) a pouze 1,7 % respondentů se obávalo izolace od rodiny. Podle mého názoru je zajímavé, že se významně liší počet respondentů, kteří popřeli přítomnost strachu ze stěhování (62,2 %) a počet respondentů, kteří popřeli obavy v souvislosti se stěhováním (42 %). Obavy přiznalo víc respondentů. Možná to souvisí s tím, že ne každý je ochoten přiznat, že má strach. Všichni přece chceme být stateční. Ale přiznat obavy (48 %), to jde snáze, protože obavy jako kdyby ke stáří patřily. Mezi největší hrozby stáří patří obava ze ztráty nezávislosti, která je spojena s pojmy - bezmoc, ponížení, ignorance okolí, strach z odloučení, ztráta autonomie, nesoběstačnost (Tošnerová, 2009). Přitom vůle setrvat v témže bydlišti je častěji u lidí, kteří se v životě ani jednou nestěhovali. Větší mobilita během života přispívá k menší vázanosti na místo i ve vyšším věku (Vidovičova et al., 2013).

Výzkum ukazuje, na co se respondenti nejvíce při příchodu do domova pro seniory těšili. Uváděli, že na celkové zaopatření zahrnující jídlo, praní či žehlení (43,7 %), společnost nových lidí (29,4 %), změnu prostředí (5 %), volnočasové aktivity (3,4 %). Téměř třetina respondentů (29,4 %) se netěšilo na nic. Podle mého názoru rozložení odpovědí potvrzuje situaci, kdy většina seniorů se stěhuje do domova právě kvůli nesoběstačnosti.

Z výzkumu vyplývá, že jen malá část respondentů (13,4 %) se na stěhování připravovala, protože 84,9 % respondentů se nepřipravovalo. Zastávám názor, že by měla stěhování do domova pro seniory předcházet vhodná příprava. Potvrzuje to i odborná literatura, protože čím je člověk starší, tím je schopnost adaptace pomalejší. Proto je velmi důležité změny ve stáří plánovat postupně a provádět je pomalu (Klevetová a Dlabalová, 2008). Na přijetí do dlouhodobé pobytové péče by se měl senior aktivně připravit a měl by se k němu rozhodnout dobrovolně. Celý proces přechodu ve stáří je velmi rizikový, a proto musí být dobře plánován - plánování přestěhování, adaptační plán (Kalvach et al., 2008).

Pro seniory je nesmírně důležité mít dostatek informací o pobytu v zařízení už před stěhováním. Odborná literatura uvádí, že neinformovanost o pravidlech života v zařízení a dezorientace v novém prostředí může mít špatný vliv na přechod mezi jednotlivými fázemi adaptace na prostředí domova. Proto je velice důležité, aby před vstupem do zařízení byl každý senior seznámen s prostředím, bytovou situací a denním režimem zařízení (Mühlpachr, 2004). Dostatečné informace o pobytu v domově pro seniory potvrzuje 51,3 % respondentů a 48,7 % respondentů si myslí, že nemělo dostatek informací. Je otázkou, proč téměř polovina respondentů měla pocit, že potřebné informace neměla. Sociální pracovníce přece provádí šetření v bydlišti seniora, je možnost si jít domov prohlédnout a poznat chod zařízení na místě, většina zařízení má webové stránky, kde lze najít spoustu informací včetně fotografií, lze se dotázat telefonicky. Podle mého názoru je řada možností, jak potřebné informace získat, pokud se zapojí i rodina seniora. Napadá mě, zda pocit nedostatku informací spíše nepramení z odlišnosti představ o pobytu a následné reality po stěhování, kdy senior může mít najednou pocit, že to přece nevěděl. To potvrzují i jiné výzkumy, kdy senioři uváděli, že život v zařízení je odlišný od toho, co očekávali, než byli přijati (Chung a Kim, 2013). Rozčarování lze předejít prohlídkou daného zařízení ještě před stěhováním. Z výzkumu vyplývá, že návštěvu v zařízení před stěhováním vykonalo pouze 22,7 % dotázaných,

77,3 % si prostředí domova před stěhováním prohlédnout nebylo. Přitom prostředí je významný faktor ovlivňující naše jednání a v případě domova pro seniory by mělo dodávat sílu vyrovnat se s přestěhováním (Rheinwaldová, 1999). Bydlet v cizím prostředí s cizími věcmi, to může být pro seniora silně stresující (Sýkorová, 2008). Podle mého názoru je velice důležité si předem zařízení prohlédnout. Odborná literatura uvádí, že je důležité vybrat to nejvhodnější zařízení pro daného seniora. Při výběru vhodného zařízení pak hrají roli různá hlediska jako lokalita, velikost zařízení, typ poskytovaných služeb, cena měsíčního pobytu, čekací doba (Venglářová, 2007).

Na základě výzkumu se ukazuje, že senioři psychické problémy spojené se stěhováním ve větší míře neměli (74,8 %). Potvrdilo je 20,2 % respondentů a otázku neumělo zodpovědět 5 % respondentů. Vzhledem k náročnosti situace bych očekávala mnohem větší počet těch, co by psychické problémy měli. Odborná literatura potvrzuje, že stěhování do domova pro seniory je nejen změnou bydliště, ale i změnou způsobu života. Starý člověk špatně snáší změny, čím je starší, tím větší trauma je pro něj stěhování či jiná velká životní změna. Člověk ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům, s novými problémy se vyrovnává primitivnějším způsobem - tím se blíží dítěti. Projevuje se to pak snížením zájmu o okolí až netečností, mohou se objevit i psychické poruchy jako je deprese (Mühlpachr, 2009). Je zajímavé, že pokud měli respondenti potíže pojmenovat, už variantu žádných potíží volilo jen 49,3 % respondentů, což je mnohem menší počet než při přímém dotazu na existenci psychických potíží (74,8 %). Mezi nejčastěji uváděné potíže patří pocit neschopnosti zvládat situaci (18krát), poruchy spánku (16krát) a pocity úzkosti (14krát). Někdy respondenti neumí své potíže pojmenovat (14krát). Mezi méně časté patří narušený pocit jistoty a bezpečí (4krát), pocit zoufalství a beznaděje (4krát) a pocity bezmoci (2krát). Odborná literatura uvádí, že zátěžová životní událost ve vyšším věku navozuje stav psychické bezmocnosti. Ta plodí beznaděj a zvyšuje se tím riziko možné smrti (Eis, 1994). Ve stáří dochází i ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Snížené vnímání oslabenými smysly způsobuje i strach a úzkost, přináší nejistotu (Klevetová a Dlabalová, 2008). Změny v citovém prožívání, zhoršení smyslových funkcí a komunikačních schopností mohou vést k pocitům osamělosti, méněcennosti a zbytečnosti (Minibergerová a Dušek, 2006).

Co se týče spokojenosti s průběhem stěhování, ukázal výzkum, že bylo spokojeno 86,5 % respondentů. Svou nespokojenost se stěhováním uvedlo 8,4 % respondentů. Vysoká

spokojenost s průběhem stěhování by mohla souviset s tím, že 84,9 % respondentů uvedlo pomoc rodiny při stěhování. Pro seniora je rodinné zázemí velice významné, protože mu může poskytnout pomoc fyzickou, psychickou i hmotnou (Klevetová a Dlabalová, 2008), ale i pomoc psychosociální a duchovní (Smékal, 2004). V minulosti bylo samozřejmostí, že se děti staraly o své rodiče, ale v současnosti se dává přednost soběstačnosti, nezávislosti a ekonomickému zisku (Sladká a Machová, 2008). Stále více rodin v dnešní době zajišťuje svým stárnoucím členům odbornou péči. Řada rodinných příslušníků se chce podílet na péči o seniora i po jeho umístění do nějaké instituce, ale poskytování sociální a emocionální podpory postupně slábne a je zpravidla nedostatečné (Ivanová et al., 2011). Silná vazba seniorů na děti a vnoučata přechodem do domova pro seniory postupně slábne, protože už společně nesdílí nastalé události (Vágnerová, 2007). Pro zdravou psychickou kondici seniora je vztah k jeho blízké rodině velice významný, protože se u seniorů často objevuje pocit neužitečnosti, zbytečnosti, přítěže pro jiné a citová prázdnota (Hrozenká a Dvořáčková, 2013). Ostatní respondenti uváděli jako pomoc další osoby - klíčový pracovník 1,7 %, sociální pracovnice 1,7 %, 5 % někdo jiný (soused, přátelé, ostatní obyvatelé). 6,7 % respondentů odpovědělo, že si nejvíce pomohli sami. To potvrzuje názor, že při těžkých situacích tak člověk často nachází pomoc sám v sobě (Křivohlavý, 2003).

Z výzkumu vyplývá, že stěhování za krizovou životní událost považuje 35,3 % respondentů a nepovažuje za krizovou životní událost 58 % respondentů. Neutrální odpověď nevím zvolilo 6,7 % respondentů. Odborná literatura potvrzuje, že mezi největší stresory ve stáří patří ovdovění, odloučení a přemístění (Špatenková et al., 2011). Odchod do ústavního zařízení může představovat psychicky nejnáročnější situaci celého dosavadního života seniora, protože člověk se musí přizpůsobit neznámým podmínkám a navazovat nové kontakty. V situaci snížené adaptability a odolnosti má své zažitě zvyky a způsoby a je ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem a v neposlední řadě „syndromem poslední štace“ (Ondrušová, 2011). Přestěhování do nového prostředí tu může sloužit jako spouštěč takzvané krize z nových požadavků, kdy se projevuje nedostatek vůle vzdát se toho starého, důvěrně známého a z toho pramenící nemožnost přijmout nové (Dahlke, 1995). Ale krize přichází tehdy, když jedinec vyhodnotí situaci jako velmi nebezpečnou a jestliže nenachází způsob, jak se s ní vyrovnat. Krizí je taková situace, kterou klient za krizi považuje (Špatenková et al., 2004). Já sama bych očekávala, že prožívat stěhování do domova pro seniory jako

krizovou životní událost, bude vyšší počet respondentů. Vzhledem k tomu, že podle mého výzkumu 91,6 % respondentů přichází do domova pro seniory z důvodu zdravotního stavu a nesoběstačnosti, pak je pro ně krizovou situací možná spíše pobyt doma a stěhování do domova pro seniory je pak úlevou, protože se o ně má kdo postarat.

Výsledky výzkumu ukazují, že 86,6 % respondentů považuje a 10,1 % nepovažuje klíčového pracovníka za osobu, na kterou se mohou obrátit se svými problémy. Tento výsledek podle mého názoru dokládá to, že klienti jsou seznámeni s klíčovým pracovníkem a s jeho funkcí a že k němu mají důvěru. Pro klienty by měl být klíčový pracovník nejen partnerem pro naplánování a průběh cílů individuálního plánu, ale i důvěrníkem, někým, na koho se může klient kdykoliv obrátit, kdo mu porozumí a komu se může se svými potížemi svěřit (Hauke, 2011). Důležitá je jak role klíčového pracovníka, tak zapojení rodiny. Senior potřebuje dostatek informací poskytnutých včas, aby měl možnost se rozhodovat a udržet kontrolu, ale potřebuje i dostatečnou emocionální podporu od své rodiny a klíčového pracovníka, který jej v době přechodu a adaptace v novém prostředí provází (Kalvach et al., 2008).

Při zpětném hodnocení rozhodnutí o přestěhování 83,2 % respondentů stojí za svým rozhodnutím jako správným krokem, naopak 10,1 % respondentů svého rozhodnutí lituje. Souvisí to s tím, že staří lidé špatně snášejí změny, mají rádi svůj pořádek v čase i v prostoru. Čím je člověk starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování (Říčan, 2006). Navíc po příchodu do zařízení nastává velká životní změna, která může být i negativní, a může vést k záměrné izolaci až apatii, ke ztrátě zájmů až smyslu života (Zimmelová a Dvořáčková, 2007). Výzkumy ukazují, že senioři vykazují malý strach z blížící se smrti, ale horší je pro ně spíše pocit ztráty domova, rodiny, přátel, sociální role, funkcí, nezávislosti, svobody a budoucnosti než nemoc (Hall et al., 2009).

Z výzkumu vyplývá, že 79,8 % respondentů považuje a 13,4 % nepovažuje domov pro seniory za svůj domov. Pocit domova je pro seniory velmi důležitý. Bývá spojen s různými událostmi, příběhy, zážitky (Ray et al., 2008). Pokud má senior v zařízení pocit domova, je to výsledkem úspěšné adaptace. Adaptace na život v zařízení je ovlivněna také dobrovolností nástupu do zařízení. Při nedobrovolném umístění do instituce může adaptace připomínat dětskou separační úzkost. Starý člověk může přejít od negativismu a agresivity přes apatii a rezignaci k vytvoření pozitivního postoje.

Dobrovolný přechod do instituce není většinou tak dramatický, spíše ho na počátku provázejí pocity nejistoty a přecitlivělosti a po určité době dochází k přijetí nového životního stylu (Vágnerová, 2007). Mezi faktory úspěšné adaptace patří i znalost prostředí, informovanost o životě v zařízení, dostatečná nabídka volnočasových aktivit, eliminace nevhodného chování ze strany personálu i ostatních klientů. Podstatné pro dobrou adaptaci je i dobré rodinné zázemí a děti, které si berou své rodiče domů a je často navštěvují (Zimmelová a Dvořáčková, 2007). Významným faktorem pro rychlejší adaptaci v zařízení je i sociální podpora od rodiny a blízkých přátel (Chung a Kim, 2013). Adaptace bývají někdy úspěšné, jindy se naopak nepodaří seniorovi zvyknout si na nové prostředí a obtížněji se mu v daném zařízení setrvává (Machová, 2009). Poskytované služby a kvalitu života v domově po seniory vnímají obě pohlaví jinak, hodnocení je závislé na zdravotním stavu a věku (Dvořáčková, Kajanová, 2012).

6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá stěhováním seniorů do domova pro seniory. Pro výzkum daného tématu byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu. Data byla získána pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník obsahuje 25 výzkumných otázek. Výzkumný soubor tvořilo 119 respondentů. **Cílem práce bylo zjistit, zda považují senioři stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost.**

V rámci tohoto cíle byla formulována hlavní hypotéza: *Třetina seniorů považuje stěhování do domova pro seniory za krizovou životní událost.* Na přímou otázku odpovědělo 35,3 % dotázaných seniorů kladně. Pomocí testu o relativní četnosti jsem testovala, zda je tedy v populaci třetina seniorů, kteří považují stěhování do domova pro seniory jako krizovou životní událost. Z výsledku testu je patrné, že je to právě třetina seniorů (p-value 0,845). Byla tak potvrzena hlavní hypotéza, že *třetina seniorů považuje stěhování do domova seniorů za krizovou životní událost.*

Byly formulovány ještě 4 pracovní hypotézy o tom, že vnímání stěhování do domova pro seniory jako krizové životní události je závislé na pohlaví, věku, vzdělání a rodinném stavu seniora. K testování pracovních hypotéz jsem použila Mann-Whitney test, chí-kvadrát test a test o shodě dvou relativních četností. Z výsledku Mann-Whitney testu je patrné, že *vnímání stěhování jako krizové životní události není závislé na pohlaví seniorů* (p-hodnota 0,859). Z výsledku chí-kvadrát testu je zřejmé, že *vnímání stěhování jako krizové životní události není závislé na věku seniorů* (p-hodnota 0,682) *a není závislé na vzdělání seniorů* (p-hodnota 0,770). Z výsledku testu o shodě dvou relativních četností je zřejmé, že *vnímání stěhování jako krizové události je závislé na rodinném stavu - zda jsou senioři single nebo v páru* (p-hodnota 0,000).

Stanovený cíl práce byl splněn. Podle mého názoru provedený výzkum potvrdil, že stěhování do domova pro seniory je velmi náročnou životní situací. Já bych očekávala, že ještě větší počet seniorů bude toto stěhování považovat za krizovou životní událost. Je pro mě osobně důležité, že se potvrdilo, že partner může být v těžkých situacích významnou oporou, protože v mém výzkumu senioři žijící v páru nepovažují stěhování za krizovou životní událost na rozdíl od single seniorů. Myslím si, že diplomová práce je přínosem i pro mě samotnou. Při jejím zpracování jsem měla možnost nahlédnout očima seniorů na úskalí, která s sebou přechod starého člověka do institucionální péče

může přinášet. Donutilo mě to následně přemýšlet o tom, jak seniorům tento těžký životní krok co nejvíce ulehčit. Získané poznatky mohu využít při své dobrovolnické činnosti v domově pro seniory.

Výstupy výzkumu mohou sloužit jako podklad pro další studie o tématu, mohly by být použity jako výukový materiál. Diplomová práce může být přínosem i pro personál domova pro seniory, protože právě pečující pracovníci se velkou měrou podílejí na tom, jak senior přechod z místa svého dosavadního bydliště do domova pro seniory zvládne. Využitelnost mé práce sledávám i v tom, že z ní mohou čerpat potřebné informace i lidé z okolí seniorů, které přestěhování do domova pro seniory čeká. Přála bych si, aby moje práce byla podnětné čtení i pro širokou veřejnost a aby poskytla potřebné informace o tématu stěhování do domova pro seniory všem, kdo se o dané téma budou zajímat.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BAŠTECKÁ, B. et al., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. 420 s. ISBN 80-7178-735-3.

BAŠTECKÁ, B. et al., 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

BAŠTECKÁ, B. (eds.), 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. 520 s. ISBN 978-80-7367-470-0.

BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P., 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.

BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M., 1994. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada. 317 s. ISBN 80-7169-070-8.

BENEŠOVÁ, R., 2010. Hledání modelu péče o nesoběstačné rodinné členy. *Kontakt*. [online]. 12(4), 435-445. [cit. 2017-06-15] ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4-2010/616-hledani-modelu-peceo-nesobestacne-rodinne-cleny>

BENEŠOVÁ, D., 2014. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. 136 s. ISBN 978-80-7452-039-6.

BORŮVKOVÁ, J., HORÁČKOVÁ, P., HANÁČEK, M., 2013. *Statistica - úvod do zpracování dat*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 101 s. ISBN 978-80-87035-79-5.

BROWN, M. T., PULLEN, M. I., SCOTT, F., I., A., 1992. *Emergentní psychiatrie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. 160 s. ISBN nevedeno.

BROŽ, F., VODÁČKOVÁ, D., 2015. *Krizová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál. 166 s. ISBN 978-80-262-0811-2.

BUŽGOVÁ, R., 2007. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. [online]. 9 (1), 65 – 69. [cit. 2017-06-15]. ISSN 1804-7112. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327100914548884.pdf>

CALDEIRA, C. et al., 2017. Senior Care for Aging in Place. Proceedings of the 2017 ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work and Social Computing - CSCW '17. s 1605-1617. doi: 10.1145/2998181.2998206.

CIMRMANNOVÁ, T., 2013. *Krise a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum. 197 s. ISBN 978-80-246-2205-7.

- ČELEDVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4263.
- DAHLKE, R., 1995. *Lebenskrisen als Entwicklungschancen Zeiten des Umbruchs und ihre Krankheitsbilder*. 2.Auflage. München: Bertelsmann. 413 s. ISBN 3-570-12183-6.
- DANNEFER, D., PHILLIPSON, CH., 2010. *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. Los Angeles: Sage Publications. 712 s. ISBN 978-1-4129-3464-0.
- DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
- DRAPELA, V., J., 2011. *Přehled teorií osobnosti*. 6. vydání. Praha: Portál. 175 s. ISBN 978-80-262-0040-6.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A., 2012. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. Kontakt [online]. 14(3), 331-339. [cit. 2017-06-15] ISSN: 1804-7122. Dostupné z: <http://casopiszsfsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012111225457457.pdf>
- DZIECHCIAŹ, M., FILIP, R., 2014. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. Ann Agric Environ Med. 21(4). 835-838, doi: 10.5604/12321966.1129943.
- EIS, Z., 1994. *Krize všedního dne*. Praha: Grada Publishing. 121 s. ISBN 80-85424-56-8.
- FERJENČÍK, J., 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál. 255 s. ISBN 80-7178-367-6.
- GLOSOVÁ, D. et al. 2006. *Bydlení pro seniory*. Brno: Era. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
- GREGOR, O., 1990. *Stárnout, to je kumšt*. 2. vydání. Praha: Olympia. 139 s. ISBN 80-7033-040-6.
- GRUBEROVÁ, B., 1998. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.

- GRUSS, P. (eds.) 2009. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-605-6.
- GRÜN, A., 2009. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 143 s. ISBN 978-80-7195-316-6.
- HALL, S. et al., 2009. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age Ageing*. 38(4). 411-416, doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afp069>.
- HARTL, P., 1994. *Psychologický slovník*. 2. vydání. Praha: Jiří Budka. 308 s. ISBN 80-901549-0-5.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování - praktický průvodce*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
- HEGYI, L. et al., 2012. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Herba. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.
- HENDL, J., 2012. *Přehled statistických metod a zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*. 4. vydání. Praha: Portál. 736 s. ISBN 978-80-262-0200-4.
- HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. 376 s. ISBN 978-80-262-1191-1.
- HINDLS, R. et al., 2007. *Statistika pro ekonomy*. 8. vydání. Praha: Professional Publishing. 415 s. ISBN 978-80-86946-43-6.
- HLAVÁČOVÁ, G., 2003. Přechod seniorů do domova důchodců. *Sociální práce/Sociálna práca*. 3 (2), 153-166. ISSN 1213-6204.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. et al., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: EV public relations. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

- HONZÁK, R., NOVOTNÁ, V., 1994. *Krize v životě, život v krizi*. Praha: Road. 129 s. ISBN neuvedeno.
- HOSKOVCOVÁ, S., 2009. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.
- HRDLIČKA, M., KURIC, J., BLATNÝ, M., 2006. *Krize středního věku*. Praha: Portál. 167 s. ISBN 80-7367-168-9.
- HROZENSKÁ, M. et al., 2008. *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko-praktické východiska*. Martin: Osveta. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HUNT, M., 2010. *Dějiny psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. 708 s. ISBN 978-80-7367-814-2.
- HUNYADIOVÁ, S., 2012. *Krizová intervencia v pomáhajúcich profesiách*. Prešov: Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča. 200 s. ISBN 978-80-8132-060-6.
- CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- CHUNG, J. A., KIM, Y. J., 2013. Elderly Adaptation Experiences in Residential Welfare Facilities for the Aged. *International Journal of Digital Content Technology and its Applications*, 7(12), 362. ISSN 1975-9339.
- IVANOVÁ, K., BUŽGOVÁ, R., OLECKÁ, I., D. JAROŠOVÁ, D., 2011. Nevhodné zacházení se seniory ze strany rodinných příslušníků v domovech pro seniory. *Profese on-line*. [online]. 4(1), 1-5. [cit. 2017-06-15]. ISSN: 1803-4330. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201101-0001_NEVHODNE_ZACHAZENI_SE_SENIORY_ZE_STRANY_RODINNYCH_PRISLUSNIKU_V_DOMOVECH_PRO_SENIORY.php
- JANDOUREK, J., 2007. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
- JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*, Praha: Grada. 156 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
- JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 274 s. ISBN 80-7254-329-6.
- JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.

- JERÁBEK, H. et al., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství. 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
- JOHNSON, R. A., 2014. Relocation Decisions and Constructing the Meaning of Home: A Phenomenological Study of the Transition into a Nursing Home. University of Missouri, Columbia. 56-63, doi: 10.1016/j.jaging.2014.03.005.
- KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KAST, V., 2000. *Lebenskrisen werden Lebenschancen. Wendepunkte des Lebens aktiv gestalten*. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH. 187 s. ISBN 978-3-451-27204-2.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KLIMPL, P., 1998. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada Publishing. 167 s. ISBN 80-7169-324-3.
- KNOPPOVÁ, D. et al., 2002. *Telefonická krizová intervence: Linka důvěry*. Praha: Remedium. 304 s. ISBN neuvedeno.
- KOHOUTEK, T., ČERMÁK, I. (eds.), 2009. *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia. 362 s. ISBN 978-80-200-1816-8.
- KOUKOLÍK, F., 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum. 227 s. ISBN 978-80-246-2464-8.
- KOZLOVÁ, L., 2005. *Sociální služby*. Praha: Triton. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
- KRAMÁŘOVÁ, N., TUČEK, J., 2005. *Gerontopsychiatrie*. 2. vydání. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. 57 s. ISBN 80-7040-829-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUBALČÍKOVÁ, K. et al. 2015. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita. 129 s. ISBN 978-80-210-7864-2.

- KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada Publishing. 213 s. ISBN 978-80-247-4621-0.
- KUDRIMOTI, A. M., DIAL, L. K., 2016. Selected problems of aging. University of Kentuck: Springer International Publishing. 305-318, doi: 10.1007/978-3-319-04414-9_23.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MACHOVÁ, A., 2009. Využití modelu M. E. Levine v komunitní péči o seniora. *Kontakt*. 11(1), 164-168. ISSN: 1212-4117.
- MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, O., 1999. *Ústavní péče*. 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, et al., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.), 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O. et al. 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O. et al. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MCLEOD, S., 2016. *Maslow's hierarchy of needs* [online]. Simply psychology [cit. 2017-06-15]. Dostupné z: <http://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

- MOTLOVÁ, L., 2007. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt* [online]. 9(2), 343-352. [cit. 2017-06- 15] ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2007/481-autonomie-nezavislost-a-uspokojovani-potreb-osob-vyssiho-veku>
- MÜHLPACHR, P. 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
- NAKONEČNÝ, M., 2011. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton. 863 s. ISBN 978-80-7387-443-8.
- ONDRUŠOVÁ, J., 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
- PACÁKOVÁ, H., TRUSINOVÁ, R., 2012. Citová solidarita při péče o seniory. *Kontakt* [online]. 14(4), 464-474. [cit. 2017-06-15] ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214130542420024.pdf>
- PACOVSKÝ, V., 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- PACOVSKÝ, V., 1994. *Geriatrická diagnostika: Geriatrie*. Praha: Scientia Medica. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H., 1981. *Gerontologie*. Praha: Avicenum. 298 s. ISBN 08-044-81.
- PAULÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PECÁKOVÁ, I., 2008. *Statistika v terénních průzkumech*. Praha: Professional Publishing. 231 s. ISBN 978-80-86946-74-0.
- PICHAUD, C., THAREAU, I., 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.
- PŘÍHODOVÁ, A., SÝKOROVÁ, D., 2004. Pomoc seniorům - její potřeba a zdroje. *Sociální práce/Sociálna práca*, 4(2), 85 - 94. ISSN 1213-6204.
- PUNCH, K., 2008a. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-7367-468-7.
- PUNCH, K., 2008b. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

- RAY, M., BERNARD, M. PHILLIPS, J., 2009. *Critical Issues in Social Work with Older people*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 187 s. ISBN 9781403991256.
- REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RHEINWALDOVÁ, E., 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada. 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
- ŘÍČAN, P., 2006. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha: Portál. 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SCHIRRMACHER, F., 2004. *Das Methusalem - Komplott*. München: Karl Blessing Verlag, 2004. 219 s. ISBN 3-89667-225-8.
- SCHNEIDER, J., W., 2005. *O smyslu a důležitosti životních krizí: psycholog k problémům moderního života*. Hranice: Fabula. 217 s. ISBN 80-86600-27-0.
- SLÁDKÁ, I., MACHOVÁ, A., 2008. Spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v péči o seniory v domovech pro seniory. *Kontakt* [online]. 10(1), 50-54. [cit. 2017-06-15] ISSN 1212-4117. Dostupné z: http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506162856_369465.pdf
- SMĚKAL, V., 2004. Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině s v zařízeních sociální péče. *Sociální práce/Sociálna práca*, 4(2), 50 - 62. ISSN 1213-6204.
- SOKOL, J., 2007. *Malá filosofie člověka: a Slovník filosofických pojmů*. 5. vydání. Praha: Vyšehrad. 416 s. ISBN 978-80-7021-884-6.
- STUART-HAMILTON, I., 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
- SÝKOROVÁ, D., 2008. Prostor a věci v kontextu stáří. *Sociologický časopis*, 44(2), 401-421. ISSN 0038 - 0288.
- ŠERÁK, M., 2009. *Zájemové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál. 207 s. ISBN 978-80-7367-551-6.
- ŠPATENKOVÁ, N. et al. 2004. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing. 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠRAMO, J., 2012. *Příprava na stáří*. Praha: Občanské sdružení Melius. 191 s. ISBN 978-80-87638-00-2.

STAGNITTI, M. N., 2011. Person characteristics of the elderly reporting one or more cognitive disorders. In: meps.ahrq.gov. [online]. [cit. 2017-06-15]. ISSN: 101600254. Dostupné z: http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st310/stat310.shtml

ŠTIKAR, J., HOSKOVEC, J., ŠMOLÍKOVÁ, J. 2007. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum. 135 s. ISBN 978-80-246-1339-0.

ŠTILEC, M., 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.

TAVEL, P., 2009. *Psychologické problémy v starobe*. Pusté Úľany: Schola Philosophica. 278 s. ISBN 978-80-969823-7-0.

TEPPERWEIN, K., 2002. *Krise als Chance: wie man Krisen löst und zukünftig vermeidet*. 5. Auflage. Landsberg am Lech: MVG Verlag. 305 s. ISBN 3-478-08789-9.

THOM, R., 1992. Krize a katastrofa. In: *Pojem krize v dnešním myšlení*. Praha: Filozofický ústav ČSAV, s. 23-28. ISBN 80-7007-034-X.

TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.

TOŠNEROVÁ, T., 2009. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press. 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7.

TÓTHOVÁ V, VEISOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S., 2011. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt* [online]. 8(2), 129 – 137. [Cit. 2017-6-15]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopiszsfsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2011/674-nazory-lekaru-a-vseobecnych-sester-na-vyhody-a-nevyhody-pecce-o-seniory-v-domacim-prostredi>

VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

- VIDOVIČOVÁ, L., GALČANOVÁ, L., PETROVÁ KAFKOVÁ, M., SÝKOROVÁ, D. 2013. *Stáří ve městě, město v životě seniorů*. Praha: Sociologické nakladatelství. 371 s. ISBN 978-80-7419-141-1.
- VODÁČKOVÁ, D. et al., 2007. *Krizová intervence*. 2. vydání. Praha: Portál. 547 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
- VOKURKA, M., 1994. *Praktický slovník medicíny: 4000 lékařských termínů se srozumitelným výkladem*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 360 s. ISBN 80-85800-22-5.
- VYMĚTAL, J., 1995. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace. 88 s. ISBN 80-901773-4-4.
- VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
- VYMĚTAL, Š. 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
- WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada Publishing. 218 s. ISBN 978-80-247-3920-5.
- ZAIDI, A., 2008. *Well-being of Older People in Ageing Societies*. Aldershot: Ashgate. 318 s. ISBN 978-0-7546-7596-9.
- ZAVÁZALOVÁ, H. et al., 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
- ZICH, F., 2004. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Vysoká škola finanční a správní. 115 s. ISBN 80-86754-19-7.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1270-1360. ISSN 1211-1244.
- ZIMMELOVÁ, P., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2007. Faktory ovlivňující adaptaci klientů v Domově pro seniory Máj. *Kontakt* [online]. 9(2), 353-357. [cit. 2017-06-15]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopiszsffju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2007/482-faktory-ovlivnujici-adaptaci-klientu-vdomove-pro-seniory-maj-p-o>
- ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B. 2010. *Medzigeneračné mosty*. 2. vydání. Košice: Menta Media, 148 s. ISBN 978-80-89392-23-0.

8 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů	42
Tabulka 2 Věk respondentů.....	43
Tabulka 3 Vzdělání respondentů	44
Tabulka 4 Rodinný stav respondentů	45
Tabulka 5 Hodnocení zdravotního stavu respondentů	46
Tabulka 6 Délka pobytu respondentů v domově pro seniory	47
Tabulka 7 Místo pobytu před příchodem do domova pro seniory	48
Tabulka 8 Svobodné rozhodování respondentů o stěhování do domova pro seniory ...	49
Tabulka 9 Rozhodování respondentů o stěhování na základě nepříznivé situace.....	50
Tabulka 10 Rychlost rozhodování o stěhování do domova pro seniory	51
Tabulka 11 Důvod stěhování respondentů do domova pro seniory	52
Tabulka 12 Pocit strachu ze stěhování do domova pro seniory	53
Tabulka 13 Obavy respondentů ze stěhování do domova pro seniory	54
Tabulka 14 Pozitivní očekávání spojené se stěhováním do domova pro seniory	55
Tabulka 15 Příprava respondentů na stěhování do domova pro seniory.....	56
Tabulka 16 Informovanost respondentů před stěhováním do domova pro seniory	57
Tabulka 17 Prohlídka domova pro seniory před stěhováním	58
Tabulka 18 Psychické potíže respondentů spojené se stěhováním	59
Tabulka 19 Pojmenování psychických potíží spojených se stěhováním.....	60
Tabulka 20 Spokojenost respondentů s průběhem stěhování do domova pro seniory..	61
Tabulka 21 Osoby pomáhající respondentům se stěhováními domova pro seniory	62
Tabulka 22 Stěhování do domova pro seniory jako krizová životní událost	63
Tabulka 23 Vztah respondenta ke klíčovému pracovníkovi	64
Tabulka 24 Zpětné hodnocení rozhodnutí přestěhovat se do domova pro seniory	65
Tabulka 25 Subjektivní pocit domova v domově pro seniory.....	66
Tabulka 26 Tabulka vnímání stěhování jako krizové životní události podle pohlaví...	67
Tabulka 27 Kontingenční tabulka vnímání stěhování jako krizové životní události podle věku.....	68
Tabulka 28 Kontingenční tabulka vnímání stěhování jako krizové životní události podle vzdělání	68
Tabulka 29 Kontingenční tabulka vnímání stěhování jako krizové životní události podle rodinného stavu	69

9 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	42
Graf 2 Věk respondentů	43
Graf 3 Vzdělání respondentů	44
Graf 4 Rodinný stav respondenta.....	45
Graf 5 Hodnocení zdravotního stavu respondenta.....	46
Graf 6 Délka pobytu respondentů v domově pro seniory	47
Graf 7 Místo pobytu před příchodem do domova pro seniory.....	48
Graf 8 Svobodné rozhodování respondentů o stěhování do domova pro seniory	49
Graf 9 Rozhodování respondentů o stěhování na základě nepříznivé situace	50
Graf 10 Rychlost rozhodování o stěhování do domova pro seniory.....	51
Graf 11 Důvod stěhování respondentů do domova pro seniory	52
Graf 12 Pocit strachu ze stěhování do domova pro seniory.....	53
Graf 13 Obavy respondentů ze stěhování do domova pro seniory	54
Graf 14 Pozitivní očekávání spojené se stěhováním do domova pro seniory.....	55
Graf 15 Příprava respondentů na stěhování do domova pro seniory	56
Graf 16 Informovanost respondentů před stěhováním do domova pro seniory	57
Graf 17 Prohlídka domova pro seniory před stěhováním	58
Graf 18 Psychické potíže respondentů spojené se stěhováním.....	59
Graf 19 Pojmenování psychických potíží spojených se stěhováním	60
Graf 20 Spokojenost respondentů s průběhem stěhování do domova pro seniory	61
Graf 21 Osoby pomáhající respondentům se stěhováním do domova pro seniory.....	62
Graf 22 Stěhování do domova pro seniory jako krizová životní událost.....	63
Graf 23 Vztah respondenta ke klíčovému pracovníkovi.....	64
Graf 24 Zpětné hodnocení rozhodnutí přestěhovat se do domova pro seniory	65
Graf 25 Subjektivní pocit domova v domově pro seniory	66

PŘÍLOHY

Příloha I Výzkumný dotazník

Stěhování do domova pro seniory

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Jarka Horváthová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci své diplomové práce realizuji dotazníkové šetření.

Dovoluji si Vás proto oslovit a požádat Vás o spolupráci při vyplňování následujícího dotazníku. Tento dotazník je anonymní. Veškeré údaje, které vyplníte, jsou považovány za důvěrné. Zaručuji Vám, že budou použity pouze pro účely diplomové práce v rámci mého vysokoškolského studia.

Po přečtení otázek označte křížkem pouze jednu variantu odpovědi, případně dopište odpověď na vytečkovaný řádek.

Děkuji Vám za ochotu a vyplnění tohoto dotazníku.

Jarka Horváthová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

2. Do jakého věkového rozmezí patříte?

- 60 - 69 let
- 70 - 79 let
- 80 - 89 let
- 90 - 99 let

3. Jaké je Vaše vzdělání?

- základní
- vyučen
- středoškolské
- vysokoškolské

4. Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodná/svobodný
- vdaná/ženatý
- rozvedená/rozvedený
- vdova/vdovec

5. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

- dobrý
- průměrný
- špatný

6. Jak dlouho žijete v domově pro seniory?

- méně než 1 rok
- 1 - 5 let
- 6 – 10 let
- více než 10 let

7. Odkud jste se do domova pro seniory přestěhoval/a?

- vlastní byt/dům
- byt/dům mých dětí
- nemocnice
- léčebna dlouhodobě nemocných
- dům s pečovatelskou službou
- jiný domov pro seniory
- odjinud

8. Bylo Vaše rozhodnutí o stěhování do domova pro seniory Vaše svobodná volba?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

9. Rozhodl/a jste se pro stěhování na základě nepříznivých životních okolností?

- ano

- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

10. Proběhlo Vaše rozhodování o stěhování do domova pro seniory rychle?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

11. Co bylo důvodem Vašeho stěhování do domova pro seniory?

- zhoršení zdravotního stavu
- nesoběstačnost
- osamělost
- nezájem vlastní rodiny
- zvýšení nákladů na vlastní bydlení
- jiné důvody

12. Měl/a jste ze stěhování do domova pro seniory strach?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

13. Čeho jste se v souvislosti se stěhováním nejvíce obával/a?

- procesu stěhování
- ztráty známého prostředí
- ztráty soukromí
- neznámých lidí
- izolace od rodiny

- výše finančních nákladů na pobyt
- ničeho
- jiné.....

14. Na co jste se v souvislosti se stěhováním těšil/a?

- změnu prostředí
- celkové zaopatření (jídlo, praní, žehlení)
- společnost nových lidí (spolubydlící, personál)
- volnočasové aktivity
- na nic jsem se netěšil/a
- jiné.....

15. Přípravoval/a jste se nějak na stěhování do domova pro seniory?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

16. Měl/a jste o pobytu v domově pro seniory dostatečné informace už před stěhováním?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

17. Byl/a jste si domov pro seniory před stěhováním prohlédnout?

- ano
- ne

18. Měl/a jste v souvislosti se stěhováním do domova pro seniory psychické potíže?

- ano
- spíše ano
- spíše ne

- ne
- nevím

19. Jak byste tyto psychické potíže pojmenoval/a? (je možné označit křížkem i několik odpovědí)

- poruchy spánku
- pocity úzkosti
- pocity zoufalství a beznaděje
- narušený pocit jistoty a bezpečí
- pocity bezmoci
- pocit neschopnosti zvládat situaci
- jiné potíže.....
- nevím, jak potíže pojmenovat
- žádné potíže jsem nepocíťoval/a

20. Byl/a jste spokojen se skutečným průběhem stěhování?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

21. Kdo Vám v souvislosti se stěhováním nejvíce pomohl?

- já sám
- rodina
- ostatní obyvatelé domova
- klíčový pracovník
- sociální pracovnice
- dobrovolníci
- někdo jiný.....

22. Považujete stěhování do domova pro seniory za krizovou událost svého života?

- ano
- spíše ano

- spíše ne
- ne
- nevím

23. Považujete svého klíčového pracovníka za osobu, na kterou se můžete obrátit se svými problémy?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

24. Litujete svého rozhodnutí o přestěhování do domova pro seniory?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

25. Považujete nyní domov pro seniory za svůj domov?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

Chtěl/a byste ještě dodat?

.....

.....

.....

.....

.....