



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Realita života v Seniorském domě Písek očima klienta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [Sociální politika a sociální práce](#)

Autor: Ilona Přibáňová

Vedoucí práce: PhDr. Martina Hrušková Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Realita života v Seniorském domě Písek očima klienta“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

.....
Ilona Přibáňová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Martině Hruškové Ph.D. za trpělivost, vstřícné jednání a cenné rady při vedení práce. Dále bych ráda poděkovala vedení Seniorského domu a klientům.

Realita života v Seniorském domě Písek očima klienta

Abstrakt

Předložená bakalářská práce je zaměřena na subjektivně vnímanou realitu života seniorů žijících v Seniorském domě Písek. Téma práce pochopitelně nebylo vybráno náhodně. V současnosti je stárnutí světové populace fenoménem prostupujícím řadu vědeckých odvětví a je na něj upřena pozornost odborné veřejnosti napříč jednotlivými obory. Máme však za to, že subjektivní vnímání života v domě pro seniory z nějakého důvodu není meritem zaměření odborných publikací, a proto je mu věnován tento text.

Práce je rozčleněna do kapitol. V první z nich si nejprve definujeme teoretický rámec, a představíme si jednotlivé pojmy, které jsou pro pochopení stati stěžejní. Konkrétně se zaměříme na vymezení pojmu stáří a jeho charakteristických znaků fyzických, psychických i sociálních. Objasněny budou rovněž demografické aspekty stáří. Následně si popíšeme prostředí domova pro seniory, jeho klientelu, personál a další osoby, které se na chodu takového zařízení podílejí. Definována pak budou známá rizika související se životem v těchto zařízeních.

Druhá kapitola této bakalářské práce je pak zaměřena na výzkumnou činnost realizovanou v Seniorském domě Písek. V úvodu této části práce jsou vytyčeny hlavní i vedlejší výzkumné otázky a cíle, o jejichž naplnění bude usilováno. Rovněž je definován výzkumný soubor, zvolená metodika sběru a analýzy dat a jejich následné vyhodnocení. Nechybí ani shrnutí zaměřené na naplnění výzkumných cílů.

Klíčová slova: Senior; seniorský dům; sociální práce; kvalita života.

The Reality of Life in the Senior House Písek in Clients Point of View

Abstract

The submitted bachelor thesis focuses on the subjectively perceived reality of the life of seniors living in the Senior House of Písek. Of course, the topic of the work was not chosen at random. At present, the aging of the world's population is a phenomenon that pervades a number of scientific disciplines, and is drawn to the attention of the professional public across disciplines. However, we believe that the subjective perception of life in the house for seniors for some reason is not the merit of focusing on professional publications, and therefore he is devoted to this text.

The thesis is divided into chapters. In the first one, we first define the theoretical framework and introduce the concepts that are fundamental to understanding the essentials. In particular, we will focus on defining the concept of age and its physical, mental and social characteristics. Demographic aspects of old age will also be clarified. Then we will describe the environment of the home for the elderly, its clients, the staff and other people involved in the operation of such a facility. Then we will become acquainted with the relatively new concept of pension for seniors.

The second chapter of this bachelor thesis is then focused on the research activities realized in the Senior house in Písek. At the beginning of this part of the thesis are set the main and secondary research questions and goals, which will be pursued. There are also defined the research files, the chosen method of data collection and analysis and their subsequent evaluation. There is also a summary aimed at meeting the research goals.

Keywords: Senior; senior house; social work; quality of life.

OBSAH

Úvod	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Projevy stáří člověka	11
1.1.1 Tělesné projevy stáří.....	11
1.1.2 Změny psychiky a změny sociálního charakteru.....	12
1.2 Demografické aspekty stáří.....	15
1.3 Pobytové služby pro seniory v České republice	16
1.4 Domov pro seniory.....	18
1.4.1 Klienti domovů pro seniory	20
1.4.2 Personál domovů pro seniory	20
1.4.3 Další osoby podílející se na poskytování služby	21
1.5 Rizika života v domově pro seniory.....	22
1.6 Sociální práce se seniory.....	24
1.7 Kvalita života a well being.....	25
1.7.1 Pojetí kvality života	25
1.7.2 Well-being	27
1.7.3 Specifika kvality života seniorů.....	28
1.7.4 Měření kvality života.....	30
2 Cíl práce.....	33
3 Metodika.....	34
3.1 Výzkumný soubor	36
3.2 Zpracování získaných dat.....	38
3.3 Časový harmonogram	38
4 Výsledky výzkumu.....	39
4.1 Trs 1: Výběr zařízení.....	39
4.2 Trs 2: Uspokojení potřeb.....	42

4.3	Trs 3: Hodnocení pobytu.....	44
5	Diskuze	47
	Závěr	51
	Seznam použitých zdrojů	52
	Seznam tabulek	57
	Příloha č. 1: Doslovná transkripce jednotlivých rozhovorů	58

Úvod

Stárnutí společnosti a zvyšování průměrného věku obyvatelstva není aktuálním tématem pouze v podmínkách České republiky, ale celosvětově. Toto je jedním z důvodů, proč je nutné se na problematiku péče o seniory zaměřit detailněji a věnovat větší pozornost úrovni služeb, které jsou této početné skupině obyvatelstva poskytovány.

Předložená práce je zaměřena na pohled klientů Seniorského domu Písek na každodenní realitu života v něm. Téma této práce nebylo vybráno náhodně. Pracuji ve zkoumaném zařízení na pozici ošetřující sestry a vzhledem k tomu, že jsem si v průběhu výkonu svého povolání utvořila s klienty citový vztah, mám tedy velký zájem na zlepšování a inovaci služeb, které jsou v tomto zařízení seniorům poskytovány, což bylo jedním z hlavních důvodů volby tohoto tématu. Dalším důvodem pak byl zájem o identifikaci slabých míst v oblasti služeb a aktivit, které zařízení poskytuje, a to právě na základě informací získaných od samotných klientů Seniorského domu Písek. Zde se tedy nabízí možnost pro případné zlepšení poskytovaných služeb.

Práce je rozdělena do několika částí. Nejprve se budu věnovat literární rešerši, v jejímž rámci bude postaven teoretický základ pro mou výzkumnou činnost. Budou představeny konkrétní pojmy, které jsou pro účely tohoto textu stěžejní a jejichž jednoznačná definice je potřebná pro pochopení celé stati. Definice těchto pojmů a jejich konkrétní souvislosti budou prezentovány na základě poznatků získaných studiem odborné literatury vztahující se ke zvolené problematice.

Následně se pak budu věnovat výzkumné činnosti prostřednictvím kvalitativní výzkumné metody polostrukturovaného rozhovoru. Definována bude metodika práce, výzkumný soubor a průběh výzkumné činnosti a sběru dat. Získaná data budou poté analyzována a budou z nich vyvozeny výsledky výzkumné činnosti, které mohou poskytnout relevantní podklad pro inovaci služeb v konkrétním zařízení. Předložený text si klade za svůj hlavní výzkumný cíl zjistit, zda pobyt v Seniorském domě Písek splňuje očekávání, která jeho klienti měli před nástupem do tohoto zařízení.

1 Současný stav

Stárnutí a stáří je dle Mühlpachra a Staníčka (2001) objektem zájmů řady vědních disciplín a oborů. Vzhledem k tomu, že s jedná o metodologicky rozsáhlou a poměrně roztržštěnou oblast, není možné definovat vědu obecného charakteru, která by se stářím jako takovým komplexně zabývala (Mühlpachr, Staníček, 2001). Věda věnující se stáří v obecné rovině by měla utvářet předpoklady k týmové komunikaci, sjednocovat odbornou terminologii, vymezovat pojmosloví, identifikovat klíčové problémy a poskytovat získané vědomosti a pohledy všech svých dílčích oborů všem ostatním souvisejícím vědám (Mühlpachr, Staníček, 2001). Pochopitelně ale existují vědní disciplíny, které se stářím a s ním související problematikou zabývají (Mühlpachr, Staníček, 2001).

Multidisciplinárním souhrnem informací o stáří a stárnutí se zabývá **gerontologie** (Wolf, 1982). Její název je odvozen od řeckého slova gerón neboli stařec či starý člověk (Wolf, 1982). Jedná se o vědu, jež je od roku 1939 uznávána za samostatnou interdisciplinární vědní oblast, která se věnuje procesům stárnutí, psychickým a fyzickým vlastnostem stárnoucího organismu, dlouhověkosti a sociálním a společenským problémům starých lidí (Wolf, 1982). Gerontologii členíme do tří stěžejních oblastí, kterými jsou gerontologie biologická (experimentální) zabývající se otázkami, proč a jakým způsobem organismy stárnou (Kalvach, 1997). Další je sociální gerontologie, která se věnuje vztahům mezi starým člověkem a společenským prostředím (Kalvach, 1997). Posledním z proudů je pak klinická gerontologie věnující se zvláštnostem zdravotního stavu a chorobám stárnoucího člověka (Kalvach, 1997).

Další vědní disciplínou, která se problematice stáří a stárnutí věnuje, je **geriatrie** (Kalvach, 1997). Jedná se rovněž o samostatný specializační lékařský obor vycházející z vnitřního lékařství a zabývající se interními, rehabilitačními, psychiatrickými, neurologickými problémy a ošetrovatelstvím (Kalvach, 1997). Geriatrie pracuje na zvýšení kvality zdravotní péče o seniory, čímž se podílí na zvyšování kvality jejich prožívání a života obecně (Kalvach, 1997). Mimo jiné také usiluje o zachování a obnovování soběstačnosti, o schopnosti pacientů vyšší a nejvyšší věkové skupiny žít kvalitní život nezávislým způsobem (Kalvach, 1997).

Dalším souvisejícím vědním oborem je **gerontopedagogika** (Petřková, Čornaničová, 2004). Gerontagogika je, jak uvádí Petřková a Čornaničová (2004), nezávislou vědní disciplínou zabývající se vzděláváním a výchovou seniorské populace. Její název v současnosti stále není zcela sjednocen a ustálen (Petřková, Čornaničová, 2004). Slovenská odborná veřejnost ji například nazývá geragogikou (Petřková, Čornaničová, 2004). Jejím předmětem je edukace seniorů, preseniorská edukace neboli příprava na stáří a edukace proseniorského charakteru, jenž se zaměřuje na mezigenerační porozumění a pozitivní postoj společnosti ke stáří a stárnoucím lidem obecně (Petřková a Čornaničová, 2004).

Hovoříme-li o stáří, je nutné jej chápat jako multidimenzionální fenomén (Mühlpachr, 2004). Stáří má dlouhodobý charakter a výrazně ovlivňuje kvalitu života každého člověka, stejně jako má vliv na společenský rozvoj (Mühlpachr, 2004). Jedná se o velmi rozsáhlou problematiku, jak je z předchozího textu zcela patrné (Mühlpachr, 2004). V souvislosti s aktuální situací v ČR i ve světě je nutno podotknout, že překračuje rámec osobní a rodinný a stává se významným společenským fenoménem (Mühlpachr, 2004). Koncem 20. století začal být v této oblasti kladen cílevědomý důraz na komplexnost, celistvý pohled, propojenost, interdisciplinární charakter, důraz na individualitu jedince nebo etický přístup (Mühlpachr, 2004).

Stářím je dle Mühlpachra a Staníčka (2001) možné souhrnně označit pozdní fáze ontogeneze, tedy přirozeného průběhu života. Jeho projevy jsou geneticky podmíněny involučními procesy, jež jsou modifikovány i jinými činiteli, jako jsou kupříkladu choroby, způsob života a životní podmínky atd. (Mühlpachr, Staníček, 2001). Období stáří úzce souvisí s průběhem sociálních změn, mezi které můžeme zařadit mimo jiné třeba odchod a osamostatnění potomků, penzionování apod. (Mühlpachr, Staníček, 2001). Mění se sociální role člověka a mnohdy se prolínají, proto je velmi problematické vymezit periodizaci období stáří a jednoznačně jej vymezit (Mühlpachr, Staníček, 2001). Proces stárnutí má pro člověka celoživotní charakter. Jeho involuční projevy jsou nejviditelnější zejména od čtyřicátého až padesátého roku věku člověka (Mühlpachr, Staníček, 2001). Opět se však jedná o vymezení velmi individuálního charakteru, které závisí na životním stylu, který je uplatňován, a prostředí, v němž se člověk pohybuje (Mühlpachr, Staníček, 2001).

V návaznosti na výše uvedené je rovněž potřebné si definovat pojem **senior**, jak jej uvádí Špatenková a Smékalová (2015), jelikož tento není v literatuře jednoznačně vymezen, užívá se zejména jako synonymum k pojmenování člověka postaršího věku.

Nejčastěji tento termín však spojujeme s osobami staršími 65 let pro účely tvorby demografických studií ve věcech zkoumání věkové skladby obyvatel daného státu nebo společnosti (Štěpánková et al., 2014). Ze zdravotnického hlediska by bylo možné seniora označit geriatrickým pacientem (Štěpánková et al., 2014). V sociální oblasti však tato terminologie není vhodná, jelikož sociální pracovník k člověku nepřistupuje jako k pacientovi, kterého chce léčit, nýbrž jako ke klientovi, kterému se snaží poskytnout pomoc nebo péči (Štěpánková et al., 2014).

Podle Zahradníčkova Slovníku cizích slov je senior „*příslušníkem starší věkové kategorie*” (Zahradníček, 2013, s. 682).

1.1 Projevy stáří člověka

V této kapitole si představíme projevy stárnutí člověka fyzického, psychického a sociálního charakteru na základě poznatků získaných z odborné literatury.

1.1.1 Tělesné projevy stáří

Stáří a stárnutí se na lidském těle projevuje v nejrůznějších podobách. V následujícím textu si představíme ty nejmarkantnější a nejčastější projevy obecně.

Pojivová tkáň: V průběhu stárnutí se zmenšují meziobratlové chrupavčité ploténky, což je důvodem, ze kterého se výška lidského těla snižuje (Machová, 2016). Pružnost vaziva se zmenšuje a začne ztrácet elasticitu (Machová, 2016). Chrupavka degeneruje a ztenčuje se v oblasti kloubních ploch, což má za následek bolestivost pohybu (Machová, 2016). Zejména ženy trpí odvápnováním kostí (Machová, 2016). Kosti seniorů jsou křehčí a snadněji se lámou (Machová, 2016). Ubývá svalová hmota i fyzická síla, s čímž je spojeno omezení v náročnějších fyzických aktivitách (Machová, 2016). Dochází ke zpomalování chůze a jejímu celkovému zhoršení (Machová, 2016).

Smyslové orgány: Jak uvádí Novotná a Uhrová (2007), ve stáří se objevuje tzv. stařecká dalekozrakost, která je způsobena ztrátou pružnosti čočky. Často se rovněž objevuje šedý zákal, který je rovněž způsoben vadou čočky (Machová, 2016). Změny

provázejí i sluchový orgán, který nejprve ztrácí svou schopnost zachycovat vysoké tóny a s postupem času i tóny nižší frekvence (Machová, 2016).

Kůže, obličej a zuby: V oblasti vzhledu seniorů se naše pozornost často upírá zejména na změny vlasů (Machová, 2016). U starších lidí se frekventovaněji objevují problémy se zuby, jejich vypadáváním, kazivostí nebo uvolňováním (Machová, 2016). Typický stařecký vzhled je u člověk způsoben snížením čelisti, propadlými tvářemi a ústy a vystoupením brady (Machová, 2016).

Hmotnost: Průběh dospělosti a středního věku se vyznačuje navyšováním tělesné hmotnosti člověka, která však s postupem let pozvolna klesá (Machová, 2016). Dochází k úbytku svalové hmoty a podkožního tuku (Jedlička, 1991). Výjimku však tvoří jedinci se zdravou chutí k jídlu a dostatečnou pohybovou aktivitou (Jedlička, 1991).

Vnitřní orgány: Výkonnost plic se ve stáří snižuje díky ochabování dýchacího svalstva a ztráty pružnosti plicní tkáně (Machová, 2016). Celoživotní kouření nebo nadváha tyto problémy ještě stupňují (Machová, 2016). Ke zlepšení může v takových případech napomoci například dostatek pohybové aktivity (Machová, 2016). Dýchání velmi významně zhoršuje obezita i to, zda byl jedinec ve svém životě kuřákem. Dýchací funkci může zlepšit pohybová aktivita (Machová, 2016).

1.1.2 Změny psychiky a změny sociálního charakteru

Nástup změn u smyslových orgánů, nervového přenosu a centrálním mozkovém zpracování s sebou nese celkové zhoršení vnímání ve stáří (Šimíčková Čížková, 2005). Zhoršení schopnosti vnímat způsobuje zpomalení reakcí, vznik úrazů nebo výrazné omezení v některých aktivitách, jako je například četba (Šimíčková Čížková, 2005). Důležitou roli při narušování psychických funkcí hraje snížená schopnost porozumění řeči a její vnímání (Šimíčková Čížková, 2005).

Rozumové schopnosti

„Organické změny centrální nervové soustavy se odrážejí v intelektuální činnosti gerontů“ (Šimíčková Čížková, 2005, s. 137). V průběhu stáří dochází ke zpomalení veškerého chování včetně činností psychického rázu (Šimíčková Čížková, 2005). Zhoršuje se paměť, zejména ta krátkodobá, a ohrožuje tak celkovou schopnost jedince učit se (Šimíčková Čížková, 2005). Proces myšlení je stárnutím rovněž negativně

ovlivněn a senioři své myšlenky často upírají spíše do minulosti, namísto soustředění se na nové poznatky a snah se učit (Šimíčková Čížková, 2005). Vzpomínky lidí seniorského věku jsou dle Langmeiera a Krejčířové (2006) často obsahově zkresleny, což má za následek to, že minulé události v obecné rovině hodnotí kladně a někdy až nepochopitelně lpí na tom, co jim v minulosti patřilo, nebo jací byli (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Senzitivita a citové vjemy

V průběhu stáří se snižuje odolnost jedince proti zátěžovým situacím, což je způsobeno stárnutím tkání (Šimíčková Čížková, 2005). Často se objevuje citová nestabilita, která je odbornou veřejností vysvětlována fyziologickými změnami a chybějící orientací na budoucnost (Šimíčková Čížková, 2005). Emoční nestabilita se ale nemusí projevit u všech seniorů, jelikož změny citového prožívání nejsou stejné u každého starého člověka (Šimíčková Čížková, 2005). Penze je pro řadu seniorů synonymem ztráty společenské role a postavení, rozdílu ve finančních příjmech a změnou denního režimu (Šimíčková Čížková, 2005). Společenské vztahy a jejich ztráta významně ovlivňuje celkovou kvalitu života a duševní i fyzické zdraví seniorů (Šimíčková Čížková, 2005). Duševní potíže způsobené odchodem do důchodu se ale mohou individuálně lišit u každého člověka (Šimíčková Čížková, 2005). V ideálním případě si je člověk schopen negativní pocity vynahradit vědomím, že nyní má osobní svobodu a může začít žít vlastní nezávislý život v penzi (Šimíčková Čížková, 2005).

Osobnost

S přibývajícím věkem se vlastnosti každého člověka mění (Šimíčková Čížková, 2005). Rozdílné jsou i sklony k určitému způsobu citového prožívání, které se vyvíjejí v průběhu celého života (Vágnerová, 2007). Není tedy možné říci, že seniorská populace je typická určitými osobnostními vlastnostmi nebo rysy (Šimíčková Čížková, 2005). Pravdou však je, že se v průběhu seniorského věku člověk může více soustředit na vlastní já a působit egocentričtěji než dříve (Šimíčková Čížková, 2005). Důraz na vlastní já vzniká působením intelektuálních podnětů a odchodem do ústraní z centra společnosti (Šimíčková Čížková, 2005). Seniorský věk může být dobou, kdy se u člověka naplno projeví hodnotový žebříček, který uznává, způsoby jeho socializace nebo způsoby vypořádání se s krizovými situacemi (Šimíčková Čížková, 2005).

Změny sociálního charakteru

Aby se člověk dokázal dobře a efektivně adaptovat na proces stárnutí, je nutné, aby si uvědomil, že stárne (Balogová, 2005). Schopnost přizpůsobit se na stáří je ovlivněna osobnostními vlastnostmi každého člověka, jeho fyzickou kondicí, ale i sociálními činiteli, tedy společenskou atmosférou, životním stylem, odchodem do penze, změnou sociálního statusu nebo ztrátou životního partnera a rodiny (Balogová, 2005). Tento výčet činitelů hraje klíčovou roli v tom, zda se jedinec na stáří adaptuje dobře, či nikoliv (Balogová, 2005).

Velmi významnou roli hraje také změněný sociální status, kdy ovdovělý partner přichází o velkou část společného příjmu a má větší problémy s hrazením nákladů na živobytí (Langmeier, Krejčířová, 2006). Z výše uvedeného vyplývá, že je potřebné klást důraz na integraci populace seniorů do majoritní společnosti a na prevenci jejich segregace (Langmeier, Krejčířová, 2006). V případě, že tyto snahy nebudou implementovány, bude se izolace starší generace prohlubovat, což je nežádoucí pro celou společnost (Langmeier, Krejčířová, 2006). V oblasti integrace seniorů hraje velmi důležitou roli širší rodina nebo přátelé (Balogová, 2005). V průběhu stáří dle Langmeiera a Krejčířové (1998) neprocházejí vztahy k rodinným příslušníkům výraznými změnami a její celistvost sílí s přibývajícím věkem (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Soběstačnost člověka v seniorském věku je také výrazně ovlivněna rodinným životem a možností setrvat v domácím a známém prostředí, ve kterém člověk žil většinu svého života (Balogová, 2005). Faktem je, že celá řada seniorských domácností by v současnosti nebyla schopná plnohodnotně fungovat bez pomoci rodinných příslušníků (Balogová, 2005). Jedinou překážkou zde bývá vzdálenost mezi domácností seniora a domácnostmi rodinných příslušníků (Balogová, 2005). Dobré vztahy s potomky jsou pro život ve stáří stěžejní (Balogová, 2005). Přínosem je nejen samotná existence rodiny, ale i její morální a materiální blahobyt, morální kvality a životní úspěchy potomstva (Balogová, 2005). Seniorům působí radost a uspokojení pocit, že se zasloužili o to, že jejich děti mají šťastný život (Balogová, 2005).

1.2 Demografické aspekty stáří

Současná globální společnost hospodářsky vyspělých států se vyznačuje rychlým přírůstkem příslušníků nejstarší věkové skupiny lidí nad 85 let, dlouhověké osoby dožívší se 100 let nevyjímaje (Kalvach et al., 2004).

Z historického hlediska se jedná o velmi výrazný nárůst, jelikož v prehistorických dobách se věku 65 let lidé ani nedoživali. „Až do 17. století překročilo 65 let života pravděpodobně jen 1 % populace. Do 19. století se toto číslo zvýšilo přibližně na 4 %. Ve 20. století starší lidé tvořili 12 % západní populace. Do roku 2030 bude tato skupina lidí tvořit cca 30 % celkové populace“ (Tošnerová, 2009, s. 13). Počty seniorů rostou rychleji než počty příslušníků všech ostatních věkových kategorií (Říčan, 2014). Tento stav má dvě příčiny (Říčan, 2014). První z nich je prodlužování lidského věku důsledkem zvýšeného životního komfortu a úrovně zdravotnické péče (Říčan, 2014). Druhou příčinou je pak nízká porodnost v porovnání s minulostí (Říčan, 2014). Jedná se však snad o příčinu krátkodobého charakteru (Říčan, 2014). Tím pádem mladých lidí přibývá velmi málo a přírůstek seniorů je relativně větší (Říčan, 2014). Existují předpoklady, že stabilizace počtu obyvatelstva bude docílena ustálením porodnosti, tak jak tomu bylo v jiných zemích Evropy (Říčan, 2014).

V ČR v roce 2006 žily skoro dva miliony lidí starších šedesáti let, tedy dvě pětiny celkové populace (Sýkorová, 2007). Muži umírají průměrně o šest let dříve než ženy, což má vliv na formování seniorské populace dle rodinného stavu a pohlaví (Sýkorová, 2007). Na tisíc 60–64letých žen připadá 865 mužů stejné věkové kategorie (Sýkorová, 2007). Ve skupině 85letých a starších jedinců je tento poměr pouhých 1000:367 (Sýkorová, 2007).

Rozsah dětské složky tak bude minimálně dvaapůlkrát až třiapůlkrát převýšen a poměr ekonomicky závislých a nezávislých osob bude zřejmě vyrovnán (Sýkorová, 2007). Průměrný věk populace planety se bude pohybovat v rozmezí 48–50 let (Sýkorová, 2007). Lidé se tedy budou dožívat asi o deset let více než v současnosti. Sýkorová dále uvádí, že: „*Relativně nejdynamičtěji se rozšíří kategorie osob v tak zvaném čtvrtém věku, jejíž osmdesátiletí a starší příslušníci budou tvořit podstatnou část seniorské populace.*“ (Sýkorová, 2007, s. 42).

1.3 Pobytové služby pro seniory v České republice

Důsledkem stárnutí populace výrazně narůstá počet lidí, kteří mají zhoršenou nebo výrazně omezenou soběstačnost, což s postupem času vede k potřebě využívat sociální služby, jak uvádí Holmerová et al. (2014).

Sociální služby v České republice upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách) a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona. Podle formy poskytování se v tomto zákoně sociální služby rozlišují na pobytové, ambulantní a terénní, podle druhu pak na služby sociální péče, poradenství a prevence (Zákon č. 108/2006 Sb.). Sociální služby pro seniory můžeme nalézt ve všech uvedených kategoriích a text níže se jim bude věnovat podrobněji.

Holmerová et al. (2014) uvádí, že sociální služby pro seniory se zasazují o zachování stávající soběstačnosti člověka, tedy schopností a činností, které doposud zvládal sám nebo s podporou okolí. Výběr těchto služeb závisí právě na míře soběstačnosti seniora (Holmerová et al., 2014). Nejčastěji se jedná o seniory, kteří se ocitli ve stavu akutní zdravotní krize nebo dlouhodobého zhoršení zdravotního stavu, který je spojen se vznikem vysokého stupně závislosti na pomoci okolí. V těchto případech je setrvání seniorů v jejich přirozeném prostředí nebezpečné pro ně samotné i pro jejich okolí, snižuje se kvalita jejich života, jak uvádí Holmerová et al. (2014).

Do pobytových zařízení sloužících k zajištění potřeb seniorů řadíme odlehčovací služby, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, centra sociálně rehabilitačních služeb a v neposlední řadě i zařízení následné péče (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Dle Příbyla (2015) je v současnosti v institucionální péči umístěno mnohem větší množství seniorů, než by bylo nezbytně nutné. Dle jeho názoru jsou příčinou nevhodného umístování seniorů např. zvýšené počty dysfunkčních rodin, které se nemohou nebo nechťejí o seniora starat (Příbyl, 2015). Dále mezi tyto příčiny klasifikuje nedostatečnou provázanost, nabídku a dostupnost sociálních a zdravotních služeb a fakt, že finanční zisk má často v rodinách větší cenu než senior a jeho důstojné stáří v domácím prostředí (Příbyl, 2015).

Z uvedených důvodů je tedy považováno za důležité vyvíjet snahy o zamezení nevhodného umístování seniorů do institucionální péče (Holmerová et al., 2014). V případě, že rodina s pomocí terénních služeb péči o seniora zvládá, je bezesporu vhodnější jej ponechat v domácím prostředí tak dlouho, jak dlouho je to jen možné, říká Holmerová et al. (2014).

Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., v úplném znění (dále ZSS) hovoří o sociální službě jako o „*činnosti nebo souboru činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Sociálním vyloučením se rozumí vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace. Zdravotním postižením se rozumí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.*“ (ZSS § 3).

Sociální práci je vedle toho možné uchopit jako „*společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalovat, vysvětlovat, zmírňovat a řešit sociální problémy.*“ (Matoušek, 2003, s. 11). Sociální práce se v obecné rovině opírá o solidaritu společnosti a ideál naplnění individuálního lidského potenciálu (Matoušek, 2003). Sociální pracovníci se zabývají pomocí jednotlivcům, skupinám, rodinám a komunitám v dosažení způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo jeho znovuzískání (Matoušek, 2003). Mimo uvedené pomáhají sociální služby utvářet pro uplatnění klientů příznivé společenské podmínky (Matoušek, 2003). U klientů, kteří se z jakéhokoliv důvodu nejsou schopni společensky uplatnit, se pak sociální pracovníci zabývají podporou jejich důstojného způsobu života (Matoušek, 2003).

Sociální pomoc, která je realizovaná skrze sociální služby usiluje o stav, „*kdy jedinec znovu získal schopnost zabezpečit vlastní potřeby svým přičiněním, popř. mu vypomáhat po dobu, po kterou toho není sám schopen. Je nutno najít přiměřenou míru této pomoci. Sociální pomoc by měla být poskytována po individuálním posouzení situace občana a jeho rodiny takovým, aby ji řešila adresně a efektivně.*“ (Smutek, 2006, s. 92).

Sociální služby, jak již bylo stručně zmíněno výše, jsou poskytovány jako služby pobytového, ambulantního nebo terénního charakteru (ZSS § 32–33). Pobytovými službami rozumíme služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb (ZSS § 32–33). Ambulantními službami rozumíme služby, za kterými je nutno docházet, být

doprovázen nebo dopravován do zařízení sociálních služeb (ZSS § 32–33). Ubytování není součástí této služby (ZSS § 32–33). Terénními službami pak rozumíme služby poskytované v přirozeném prostředí klienta (ZSS § 32–33).

Vzhledem k tomu, že se tato bakalářská práce zaměřuje na realitu v domově pro seniory očima klienta, uvedu dále jen stručný výčet zařízení sociálních služeb vymezených zákonem o sociálních službách. Jedná se o týdenní stacionáře (ZSS § 47), domovy pro osoby se zdravotním postižením (ZSS § 48), domovy pro seniory (ZSS § 49), domovy se zvláštním režimem (ZSS § 50), sociální služby je možné poskytovat také ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (ZSS § 52). Základní činnosti poskytované sociálními službami pak konkrétně definuje ustanovení § 35 zákona o sociálních službách.

Dle Vaďurové a Mühlpachra (2005) je současným trendem v českých podmínkách vznik samostatných zdravotnických a zdravotně-sociálních zařízení pro osoby staršího věku, což je možné bezpochyby považovat za přínos (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Zhodnotíme-li situaci pohledem do minulosti, je možné říci, že dříve byla veškerá péče o seniory realizována prostřednictvím léčeben pro dlouhodobě nemocné, které se od sebe vzájemně výrazně lišily například složením personálu, úrovní prostředí a poskytované péče nebo způsobem financování (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Léčebny pro dlouhodobě nemocné, nebo zkráceně LDN, bývaly označovány jako lůžková základna geriatrické péče (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Přestože v současnosti vznikají v České republice nová zařízení poskytující seniorům a dlouhodobě nemocným lidem potřebné služby, jejich kapacita stále není dostatečná na to, aby pojmul všechny potřebné jedince (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

1.4 Domov pro seniory

Slovní spojení „domov pro seniory“ se v našich podmínkách objevil s přijetím zákona o sociálních službách (Matoušek et al. 2007). Do roku 2006 se zařízením tohoto zaměření říkalo domovy důchodců, domy s pečovatelskou službou a domovy-penziony pro důchodce (Matoušek et al. 2007). V dnešní době jsou všechny tyto služby rezidenčního typu zahrnuty právě v kategorii domov pro seniory, jak uvádí Matoušek et al. (2007).

Zákon o sociálních službách (§ 49, Zákon č. 108/2006 Sb.) popisuje domov pro seniory jako pobytovou sociální službu určenou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního stavu, které se ocitly v situaci vyžadující pravidelnou pomoc jiné osoby. Janečková však poukazuje na to, že věk není sám o sobě důvodem zvýšené potřeby péče jiné osoby (Janečková in Matoušek et al., 2013). Ta přichází až v mimořádných situacích způsobených sociálními nebo zdravotními činiteli. Příkladem je zde uvedena sociální izolace, špatné zacházení, nevyhovující bydlení nebo dlouhodobé zhoršení zdravotního stavu, jak uvádí Janečková in Matoušek et al. (2013).

V roce 2013 fungovalo v České republice celkem 491 domovů pro seniory s celkovou kapacitou 38 091 lůžek (ČSÚ, 2014). Dle údajů Českého statistického úřadu každoročně obě tato čísla narůstají (ČSÚ, 2014). Počty lůžek jsou však kvůli procesu deinstitucionalizace navyšovány výrazně pomaleji než počet domovů pro seniory (Janečková in Matoušek et al. 2013). Bez ohledu na výše uvedené ale velký počet seniorů žádajících o službu zůstává neuspokojen (ČSÚ, 2014). V průběhu roku 2013 bylo zaznamenáno bezmála 61 000 takových případů (ČSÚ, 2014).

Senior má v současnosti možnost sám nebo s pomocí rodiny vybrat zařízení, které mu nejvíce vyhovuje (Matoušek et al. 2013). Dosáhnout, zachovat a podporovat důstojnost seniora by mělo být tím nejdůležitějším kritériem v případě rozhodování o místě jeho pobytu (Matoušek et al. 2013). V domovech pro seniory mají klienti k dispozici odborný kvalifikovaný personál, který přispívá k tomu, aby mohli prožívat svůj život co nejvíce podobný tomu v přirozeném prostředí, uvádí Matoušek et al. (2013). Podle Haškovcové (2010) dochází ke „vpádu domova do domovů“. Součástí domova často tvoří například kaple, rehabilitační místnosti, přítomnost doplňkových služeb manikérky, kadeřnice nebo holiče, pořádají se společenské akce a výlety (Haškovcová, 2010).

Dle názoru Krhutové (2013) však některé institucionální prvky z minulosti přetrvávají až dodnes. Na mysli má zejména prostorové dispozice a stavebně technické řešení budov, ale rovněž způsob jednání a komunikace personálu s klientem. Rovněž Glosová et al. (2006) říká, že v ČR stále dochází k výstavbě velkokapacitních zařízení sociální péče sdružujících velké množství lidí a nerespektujících pochopitelnou touhu lidí mít svůj soukromý prostor.

1.4.1 Klienti domovů pro seniory

Vycházíme-li z dikce zákona o sociálních službách, klientem domova pro seniory by měla být osoba se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, která se nachází v situaci vyžadující pravidelnou pomoc druhé osoby (Zákon č. 108/2006 Sb.). Dle Janečkové in Matoušek et al. (2013) se jedná zejména o osoby s trvalými změnami zdravotního stavu nevratného charakteru, kterým byl přiznán příspěvek na péči.

Příchod seniora z přirozeného prostředí do domova pro seniory či jiné instituce je jednou z nejzávažnějších životních událostí, jež je spojena s řadou rizik (Janečková, Nentvichová Novotná, 2013). Mezi nejzásadnější z nich můžeme zařadit oslabení či ztrátu sociálních vazeb, které si jedinec během svého života utvořil (Janečková, Nentvichová Novotná, 2013). Pro takovou ztrátu jsou typické pocity, jako je zklamání, nedůvěra, opuštěnost či prázdnota. Ohrožený je rovněž samotný základ identity seniora a kontinuita jehožití, uvedly Janečková a Nentvichová Novotná (2013).

Dle Janečkové in Matoušek et al. (2013) je dlouhodobý pobyt v instituci spojený s řadou rizik, kterým budeme v následujícím textu věnovat samostatnou podkapitolu. Nyní si jen stručně vyjmenujeme negativa, jako jsou depersonalizace, direktivní přístup, absence individuálního zacházení, deformace komunikačních vzorců, porušování lidských práv, zanedbávání péče nebo týrání seniorů. Dle Holmerové et. al. (2014) je nutno dodat, že umístění seniora v domově pro seniory nevylučuje jeho návrat do původního prostředí.

1.4.2 Personál domovů pro seniory

Všechny domovy pro seniory disponují kvalifikovaným personálem (Dvořáčková, 2012). V práci se seniory je podstatný multidisciplinární tým, složený z příslušníků několika profesí (Dvořáčková, 2012). Ve většině případů jde o pozici sociálního pracovníka, zdravotnického pracovníka, pracovníka přímé obslužné péče, pedagogického pracovníka, ergoterapeuta, fyzioterapeuta či odborníka působícího v oblasti plánování aktivit, terapií a služeb. Dále je přítomen další personál zajišťující chod domova, technickou údržbu, ekonomickou stránku nebo management, říká Janečková in Matoušek et al. (2013).

1.4.3 Další osoby podílející se na poskytování služby

Jak již bylo uvedeno výše, v domovech pro seniory i jiných sociálních službách se do poskytování služby mají možnost zapojit i osoby, které v zařízení nepracují, ale i tak tvoří jeho důležitou část. Hovoříme zde hlavně o dobrovolnících nebo duchovních, jenž do zařízení pravidelně docházejí. Stručně si je nyní představíme.

Dobrovolnictví je výborným doplňkem stávajících sociálních služeb, což je aktuálně jedním z důvodů jeho výrazné podpory (Haškovcová, 2010). Dobrovolnictvím je možné rozumět aktivitu, u které jedna strana ze své svobodné vůle pomáhá druhé straně bez toho, aby za ni obdržela nějakou formu odměny (Kitliňská, 2012). Činnost dobrovolnických organizací a jednotlivých dobrovolníků je v našich podmínkách možné označit jako pestrou (Haškovcová, 2010). Dobrovolníci docházející do domovů pro seniory mohou s klienty trávit volný čas, naslouchají jim, povídají si s nimi, doprovázejí je na vycházky, vypomáhají s administrativou v zařízení nebo s pořádáním nejrůznějších akcí (Aronová, 2008).

Klienti domovů pro seniory mají rovněž k dispozici duchovní podporu (Malíková, 2010). Všechna zařízení spolupracují s duchovními z okolních farností, většinou římskokatolické církve (Malíková, 2010). Tito duchovní zařízení pravidelně navštěvují a vykonávají zde bohoslužby nebo seniory navštěvují přímo na pokojích (Malíková, 2010). Duchovní v domovech pro seniory nejčastěji poskytují pohovory, zpovědi, svatá přijímání, udílejí svátosti nemocných i poslední pomazání (Malíková, 2010). Klientům, kteří mají jiné náboženské vyznání, by rovněž měla být zajištěna služba dle jejich konkrétních požadavků (Malíková, 2010).

Sociální pracovníci

Zákonem o sociálních službách nejsou ovlivněny jen sociální služby, ale také sociální pracovníci. Změny se objevily například v oblasti kvalifikačních požadavků (Zákon č. 108/2006 Sb.). Změny přišly také v oblasti pracovní náplně sociálního pracovníka (Papežová, 2010). V době před rokem 2007 se sociální pracovníci v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory zabývali zejména finanční administrativou, jako byla výplata důchodů, příspěvků na péči, agenda depozitních účtů klientů (Papežová, 2010). Po roce 2007 úloha sociálního pracovníka spočívá především v oblasti individuální práce s uživateli zahrnující individuální plánování, sociální

poradenství nebo implementaci různých terapií, jako je například muzikoterapie, reminiscence, validace, trénování paměti, arteterapie apod. (Papežová, 2010). Sociální pracovníci mají více kontaktu s klienty i jejich rodinnými příslušníky (Papežová, 2010). Na starosti mají rovněž metodické vedení a školení pracovníků přímé péče, koordinaci dobrovolníků nebo vedení studentské praxe (Papežová, 2010).

1.5 Rizika života v domově pro seniory

V případě, že se zdravotní problémy seniora zhorší do takové míry, že se musí do domova pro seniory odstěhovat, může pro něj být hned po jeho příchodu šokující fakt, že bydlí s více osobami na jednom pokoji (Haškovcová, 2010). Ve většině případů bydlí dva klienti na jednom pokoji (Haškovcová, 2010). Pochopitelně se jedná o dvě cizí osoby, které k sobě doposud nemají žádný bližší vztah, a nezbývá jim nic jiného, než si jej nějakým způsobem vytvořit (Haškovcová, 2010).

Citlivé téma v domovech pro seniory je již výše zmiňované soukromí a vztahy se spolubydlícími (Haškovcová, 2010). Míra soukromí v těchto zařízeních je opravdu nízká a zcela běžné jsou nepřetržité styky s ostatními uživateli služby (Haškovcová, 2010). Seniorům v ústavním zařízení často chybí láska (Haškovcová, 2010). Bohužel však v jejich okolí není osoba, která by jim tento cit mohla poskytnout. Přestože se zaměstnanci zařízení snaží, jediné, co klientům mohou nabídnout, je přátelský, profesionální úsměv (Haškovcová, 2010). To samé platí u ostatních obyvatel domova, od kterých rovněž není možné čekat vřelejší city, jelikož se sami sítí osamocení a opuštění (Haškovcová, 2010). Každý uživatel tohoto typu služby má vlastní životní postoje a hodnoty, které se od postojů a hodnot ostatních mohou lišit (Haškovcová, 2010).

Ke všemu výše uvedenému je nutno přičíst neveselý fakt, že ústavní zařízení jsou pro své klienty mnohdy posledním řešením v případě nutnosti vyrovnat se s faktem, že zůstali na sklonku svého života sami a opuštění nebo že o ně jejich děti nemají zájem (Haškovcová, 2010).

V obecné rovině je možné mezi rizika spojená s životem v seniorském domě zařadit i samotný přechod seniora z domácího prostředí do zařízení (Vágnerová, 2007). Situace, kdy člověk opouští své domácí prostředí je stresující a obtížná, a to jak v případě, že se jedná o dobrovolný přechod, tak v případě že se jedná o přechod nedobrovolný

(Vágnerová, 2007). Každý nově příchozí senior v zařízení projde asi šestiměsíčním adaptačním procesem, během kterého si navyká na nové životní prostředí (Vágnerová, 2007).

Při dobrovolném přechodu z domova do zařízení se jedná o méně problematickou situaci, ale i ta s sebou nese řadu úskalí jak pro seniora, tak pro personál zařízení (Vágnerová, 2007). Vše probíhá v následujících dvou fázích.

- Nejistota a tvorba nového stereotypu: tato fáze v sobě skýtá zorientování se v novém prostředí, a postupné získávání potřebných informací (Vágnerová, 2007). Senior je v tomto období senzitivnější než dříve, často se v myšlenkách vrací do minulosti, kterou srovnává se současností (Vágnerová, 2007). Často dochází ke zhoršení jeho zdravotního stavu (Vágnerová, 2007).
- Adaptace a akceptace nového způsobu života: v této fázi je senior již smířen se svou sociální změnou, navazuje nové sociální kontakty a tvoří nové návyky (Vágnerová, 2007). Stále je pro něj ale problematické přijmout nové prostředí za svůj domov (Vágnerová, 2007).

V případě nedobrovolného odchodu seniora z domácího prostředí je však situace podstatně komplikovanější a často ústí v hospitalizaci v nemocničním zařízení (Vágnerová, 2007). Toto je způsobeno neschopností seniora přijmout skutečnost, že již není soběstačný, a jeho psychický stav je možné přirovnat ke stavům separační úzkosti u dětí. Přechod opět probíhá ve fázích (Vágnerová, 2007).

- Odpor: dostavuje se agrese, negativní přístup k novému prostředí i jeho personálu, hostilita. Nepřívětivé chování seniora je v tomto případě potřeba chápat jako obrannou reakci, projev jeho frustrace a jakousi formu protestu proti nastalé změně prostředí, které je podle nich nespravedlivá až útočná (Pichaud, Thareuová, 1998 in Vágnerová, 2007).
- Apatie a zoufalství: se dostavují v momentě, kdy se senior cítí vyčerpaný a zjišťuje, že jeho negativní postoj k ničemu nevede a je nutné se přizpůsobit (Vágnerová, 2007). Člověk se v této fázi dostává do útlumu a stavu apatie (Vágnerová, 2007). *„Rezignuje a ztrácí o všechno zájem, i o svůj život. Někteří lidé v této fázi setrvávají až do své smrti, která může přijít relativně brzy. Lidé tohoto věku snadno ztrácejí v zátěžových*

situacích vůli k životu“ (Vágnerová, 2007, str. 422). V případě, že senior není schopen adaptace, dostavuje se nadměrný stres, který může vést až ke smrti. Pacovský (1994) tuto situaci označuje za „úmrtí z maladaptace“.

- Tvorba nové pozitivní vazby: v případě, že je překonána předchozí fáze, může seniorovi pomoci navázání vztahu s některým ze spolubydlících, nebo personálem (Vágnerová, 2007). Najednou má možnost sdílet s někým své zážitky a pocity (Vágnerová, 2007). Nemusí se však vždy nutně jednat o lidskou bytost, protože takovým přítelem může pro seniora být i domácí mazlíček (Vágnerová, 2007). Člověk se díky tomuto vztahu zaktivizuje po fyzické i psychické stránce a dochází k jeho adaptaci na nové prostředí.

1.6 Sociální práce se seniory

Při sociální práci se seniory je nutné brát v úvahu jejich osobní cíle a potřeby (Trachotová, 2006). Život každého jedince je specifikován uspokojováním různých typů potřeb (Trachotová, 2006). Potřeby jsou pro lidský život nutností, jelikož startují motivační proces (Trachotová, 2006). V průběhu lidského života se hierarchie potřeb mění jak z pohledu jejich množství, tak i v rámci kvality (Trachotová, 2006). Každý člověk má své potřeby, které uspokojuje způsobem svého života, a proto, aby bylo možné pochopit, co je pro někoho důležité, je nutné znát jeho minulost (Trachotová, 2006).

V oblasti sociální práce je nutné mít neustále na vědomí, že uspokojování potřeb je velmi důležité bez ohledu na věk jedince a v případě, že je uspokojování některé z jeho potřeb ohroženo, potřebuje pomoc nejvíce (Kutnohorská et al, 2011). Pojem potřeba má hned několik významů (Kutnohorská et al, 2011). Odborná literatura potřeby nejčastěji dělí na ty biologické, do kterých řadíme příjem potravy, tekutin, dýchání, spánek, potřebu vylučovat, pohybovat se či odpočívat (Kutnohorská et al, 2011). Tyto potřeby jsou v Maslovově pyramidě potřeb situovány na nejnižší příčku (Kutnohorská et al, 2011). Nad nimi jsou pak situovány potřeby psychické a na samém vrcholu pak potřeby sociální (Kutnohorská et al, 2011). K uspokojování potřeb musí docházet postupně, což v praxi znamená, že není možné, aby jedinec uspokojil potřeby vyšších úrovní bez toho, aby byly uspokojeny potřeby základní (Kutnohorská et al, 2011).

V období stáří má však potřeba bezpečí trochu odlišnou dimenzi než v dřívějších etapách života a je spíše spojená s potřebou patřit k někomu, kdo nám tuto potřebu může zajistit (Vágnerová, 2008). Toto souvisí s tím, že člověk se v období stáří musí vzhledem ke své kondici vzdát části své autonomie, není již zcela soběstačným a je alespoň částečně odkázán na pomoc zvenku (Vágnerová, 2008).

1.7 Kvalita života a well being

V této podkapitole si představíme dva stěžejní pojmy úzce související s problematikou, na kterou je naše práce zaměřena. Prvním je termín kvalita života.

Vymezení kvality života není jednoduché, jelikož každá vědní disciplína, která se kvalitou života zabývá, ji chápe trochu jinak a doposud nebyla jednoznačně ustanovena její jednotná definice. Na té nejobecnější úrovni je však možné říci, že se jedná o: *„důsledek interakce řady faktorů, jako jsou sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým, nebo neprobádaným způsobem interagují, čímž ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivce i celé společnosti“* (Hnilicová in Payne, 2005, str. 207). Abychom si byli schopni vytvořit ucelený obraz o vývoji kvality života z historického hlediska, představíme si některé základní pohledy na ni.

Významnou roli při tvorbě kvality života hraje víra ve vlastní schopnosti a míra seberealizace každého člověka, čímž je ovlivněna i vytrvalost a úsilí, které je člověk schopen obětovat pro dosažení stanovených cílů (Kebza, 2005). Kvalita života se neváže výhradně na zdravotní stav jedince. Bylo-li by tomu tak, pak by to znamenalo, že nemocný nebo handicapovaný člověk nemá prostor pro kvalitní život a předem bychom k nekvalitnímu životu „odsoudili“ všechny biologicky strádající jedince (Haškovcová, 2010).

1.7.1 Pojetí kvality života

Nyní si představíme několik typů pojetí kvality života dle jednotlivých oblastí. V každé z nich je šíře tohoto pojmu určena jeho důležitostí pro člověka a mírou jejich naplnění (Payne, 2005).

Psychologické pojetí: postihuje subjektivní prožívání životní pohody a spokojenosti (Payne, 2005). V rámci tohoto pojetí se snažíme zjistit, co činí lidi spokojenými, jaká je

skladba faktorů, které spokojenost způsobují a jaký vliv mají na spokojenost člověka instituce (Payne, 2005). Dále se v rámci tohoto pojetí zaměřujeme na prožívání subjektivní pohody a štěstí (Payne, 2005). Nejčastěji pak pracujeme s termínem subjektivní pohoda zahrnujícím kognitivní i emocionální dimenzi, kdy kognitivní složka ukazuje to, jakým způsobem hodnotíme svůj život z racionálního hlediska a míru naší spokojenosti s ním (Payne, 2005). Emocionální dimenze pak reprezentuje prožívání určitých situací a převažující typ emocí, zejména pak zda z dlouhodobého hlediska převažují pozitivní či negativní emoce (Payne, 2005).

V současnosti je možno se setkat s pokusy o definici kvality života více globálně a globální popis základních „pilířů štěstí“ (Payne, 2005). Tyto pilíře jsou některými autory popisovány jako spojení kompetencí k jednání, autonomie, kdy sami rozhodujeme o svém životě a máme jej pod kontrolou, a sociálních vztahů, jsme-li žádoucím způsobem propojeni s okolním světem, vážíme si svého okolí a ono si váží nás (Payne, 2005).

Medicínské pojetí: označení kvalita života je v medicíně užívání asi od 70. let minulého století a kontinuálně nabývá na svém významu a důležitosti pro tento obor (Payne, 2005). V rámci medicínského pojetí je jádro výzkumu kvality života směřováno do oblasti psychosomatiky a fyzického zdraví, kdy se často používá pojem „health related quality of life“ což můžeme volně přeložit jako „kvalita života ovlivněná zdravím“ (Payne, 2005). Pod tímto označením je možné chápat, že kromě klinických ukazatelů jako jsou tělesná teplota, krevní obraz a jiné, je potřebné sledovat i subjektivní a objektivní ukazatele psychického a fyzického zdraví pacienta, tedy jeho emoční ladění, prožívanou míru napětí a úzkosti, intenzitu únavy nebo zvládání sebeobslužných činností apod. (Payne, 2005).

Sociální pojetí: sociologické pojetí kvality života zahrnuje atributy jako je sociální úspěšnost, společenský status, materiální zabezpečení, dosažené vzdělání, životní styl apod. Existují rovněž sociologické studie zabývající se dopady sociálních nebo zdravotnických programů na kvalitu života obyvatel konkrétních oblastí (Abbate, Giambalvo, Milito, 2001).

Stěžejním pojmem tohoto pojetí je životní styl (Vojtovič, 2002). Termín životní styl je charakterizován všeobecnými sociálními podmínkami určujícími kvalitu a způsob života lidí v rámci společnosti (Vojtovič, 2002). Konkrétně se jedná o poměr

intelektuální a manuální práce a také o poměr jednotlivých činností v životě člověka (Vojtovič, 2002). Životní styl značně ovlivňuje ekonomické postavení jedince (Vojtovič, 2002).

Další důležitý termín je životní úroveň, která je definována jako poměr kvality a kvantity zboží a služeb, které mají k dispozici obyvatelé daného státu. Jako příklad životní úrovně je možné jmenovat indikátory jako HDP, střední délka života, kojenecká úmrtnost, množství lékařů na 1000 obyvatel aj. (Payne, 2005).

Na základě výše uvedeného je tedy možné konstatovat, že sociologické pojetí je souhrnem vnějších ukazatelů jako jsou ekonomické postavení, dosažené vzdělání, materiální zabezpečení a sociální status (Vojtovič, 2002).

1.7.2 Well-being

Termín well-being se dá do češtiny volně přeložit jako osobní pohoda. Jedná se o pojem velmi úzce provázaný s kvalitou života jedince (Kebza, Šolcová, 2004). Psychologie nabízí celou řadu definic tohoto termínu, většina z nich se shoduje v tom, že se jedná o označení pro dlouhodobý emoční stav odrážející spokojenost člověka s jeho životem (Kebza, Šolcová, 2004). Osobní pohodu je nutné měřit a chápat prostřednictvím komponentů kognitivního charakteru, jako jsou životní spokojenost nebo morálka, a komponenty emoční povahy, jako jsou pozitivní a negativní emoce (Kebza, Šolcová, 2004). Vzhledem k tomu, že se v české odborné terminologii užívá běžně pojem „duševní pohoda“ ve spojitosti s originálním názvem well-being, který údajně nenaplňuje celkovou šíři pojmu well-being, bylo navrženo užívání ekvivalentu „osobní pohoda“ zahrnujícího duševní, tělesnou i sociální dimenzi (Kebza, Šolcová, 2004).

Subjektivní pohoda je složena ze dvou základních komponentů, a to aktuální subjektivní pohodou a habituální subjektivní pohodou (Kebza, Šolcová, 2004). Aktuální subjektivní pohoda je v literatuře definována jako krátký, momentální emocionální prožitek (Kebza, Šolcová, 2004). Habituální subjektivní pohoda je výsledek nakupených emocionálních zkušeností, které ústí v typickou sociální pohodu člověka (Kebza, Šolcová, 2004). Jedná se o dlouhodobý, stabilní stav, který vznikl primárně na základě kognitivních úsudků (Kebza, Šolcová, 2004).

Ryffová a Keyesová (1995) popisují osobní pohodu v šesti základních dimenzích:

- **„Sebepřijetí** – pozitivní postoj k sobě, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, přijetí různých aspektů sebe, dobrých i špatných vlastností, srozumění s vlastní minulostí.
- **Pozitivní vztahy s druhými** – vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie.
- **Autonomii** – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.
- **Zvládání životního prostředí (environmental mastery)** – pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby.
- **Smysl života (purpose in life)** – cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů.
- **Osobní rozvoj (personal growth)** – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování“ (Kebza, Šolcová, 2004, str. 25).

Stále větší počet autorů z řad odborné veřejnosti upozorňuje na rostoucí vliv sociálních dimenzí osobní pohody. Dle Keyesové (1998) je možné sociální dimenze osobní pohody rozčlenit takto:

- Sociální integrace – vztah ke společnosti a komunitě;
- Sociální akceptace – příznivý obraz o společnosti a lidech;
- Sociální přínos – sociální hodnota jedince pro společnost;
- Sociální aktualizace – potenciál společnosti k vývoji, její schopnosti mít vliv na svůj vývoj;
- Sociální koherence (soudržnost) (Keyesová, 1998).

1.7.3 Specifika kvality života seniorů

Zdraví je jednou ze základních hodnot kvality života člověka, avšak není možné hodnotit kvalitu života seniora na základě vlastního měřítka aktivního životního stylu (Opatrný, 2003).

Kvalita života úzce souvisí s naplňováním potřeb, z čehož je možné vyvozovat, že čím více se bude senior věnovat uspokojování svých potřeb, tím více bude jeho život kvalitní a jeho důstojnost bude zachována a respektována (Stuard-Hamilton, 1999).

Nejzávažnější faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří jsou nemoci, odchod ze zaměstnání, ztráta životního partnera, přechod z domácího prostředí do zařízení a řada dalších (Stuard-Hamilton, 1999). K výše uvedeným je pak možné přiřadit doprovodné aspekty, jako je zhoršení finanční situace, vztahové problémy a jiné potíže, které ovlivňují psychický stav seniora (Stuard-Hamilton, 1999). Vždy nejvíce záleží na tom, jak je jedinec intelektuálně a emočně zdatný a dovede se adaptovat na nově příchozí životní stádium (Stuard-Hamilton, 1999).

Pocit osamění a vyrovnání se s ní je opět velmi subjektivní záležitostí. Jedinec může rychle ztratit zájem o okolní dění, je pasivní a apatický, izoluje se a uzavírá do sebe (Dragomirecká, Prajsová, 2009). Prevence osamělosti a izolace spočívá v navázání kvalitních mezilidských vztahů v rodině a mezi přáteli. Rodina může být bariérou proti osamělosti a vnoučata mohou vnést spoustu radosti do života seniora (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Senioři se rovněž často uchylují k víře, a to i ti, kteří příliš křesťanský život dříve nevedli. Víra je pro ně jakýmsi tichým společníkem, který je jim na blízku a mohou se mu svěřit (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

S prodlužující se délkou života populace narůstá důležitost výzkumu faktorů příznivě ovlivňujících kvalitu života člověka ve stáří (Dragomirecká, Prajsová, 2009). Vyšší věk je sice možné charakterizovat jako období psychosociálních ztrát a zvýšených zdravotních rizik, ale existují studie dokládající dobrou kvalitu života seniorů, jejich vysokou životní spokojenost a emoční pohodu (Dragomirecká, Prajsová, 2009). Kvalita života v seniorském věku je vymezována především schopností vést nezávislý život a metody jejího hodnocení jsou zaměřeny zejména na sebeobslužnou každodenní činnost (Dragomirecká, Prajsová, 2009). Soběstačnost má velký vliv na kvalitu života seniora, ale existuje řada dalších psychologických a sociálních faktorů, které k ní ve stáří významně přispívají (Dragomirecká, Šelepová, 2004).

1.7.4 Měření kvality života

V oblasti měření kvality života se setkáváme s řadou tezí a přístupů. Pro účely naší práce jsme zvolili prezentaci měření kvality života, kterou uvádí Dvořáčková (2012). Měření kvality života je možné realizovat ze tří perspektiv, a to objektivním měřením sociálních ukazatelů a okolí, subjektivním odhadem celkové spokojenosti se životem a subjektivním odhadem spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi (Dvořáčková, 2012). Pro celkové posouzení kvality života je tedy pochopitelně nutné objektivně vyhodnotit objektivní i subjektivní rovinu (Dvořáčková, 2012).

Bergsma a Engel (1988) nahlízejí na tuto problematiku ve třech rovinách:

- Makrorovina: se zabývá kvalitou života velkých společenských celků, jako jsou státy nebo kontinenty (Křivohlavý, 2002). Zohledňují se zde aspekty, jako jsou chudoba, kriminalita, úroveň vzdělání, epidemie apod. (Křivohlavý, 2002).
- Mezorovina: je zaměřena na kvalitu života menších společenských útvarů, jako jsou školy, domovy pro seniory, nemocnice apod. (Křivohlavý, 2002). Je v ní kladen důraz na respekt vyzdvihovány hodnoty, jako jsou respekt morálních hodnot života, společenské klima dané skupiny, interpersonální vztahy ve skupině apod. (Křivohlavý, 2002). Zabývá se také otázkami uspokojování a neuspokojování potřeb jednotlivých členů skupiny nebo výskytem saturace či frustrace (Křivohlavý, 2002).
- Personální rovina: definuje kvalitu života nejvíce jednoznačně, jelikož je zaměřena na individuum (Křivohlavý, 2002). V případě hodnocení této roviny se jedná o subjektivní pohled na zdravotní stav, spokojenost, štěstí, naději atd. (Křivohlavý, 2002). Dle Bergsma a Engela (1988) je kvalita života subjektivním soudem, který je výsledkem porovnávání a zvažování více aspektů. Kvalitu života označují v této rovině za experienciální vztah a reflexi vlastní existence (Křivohlavý, 2002).
- Fyzická rovina: v sobě obnáší chování okolí, které je pozorovatelné a tedy i měřitelné (Křivohlavý, 2002). Příkladem může být pacient a jeho schopnost pohybovat se před a po ortopedickém léčení (Křivohlavý, 2002). Napříč tomu, že je v rámci této dimenze možné měření a srovnání, absentuje zde hlubší úroveň porozumění, které tvoří podstatnou část

měření kvality života (Křivohlavý, 2002). Proto například Bergsma a Engel (1988) nedoporučují při hodnocení kvality života vycházet právě z této dimenze (Křivohlavý, 2002).

V případě, že bychom se chtěli zaměřit na hodnocení kvality pacientova života spíše na základě jeho celkového stavu než souboru jeho zdravotních problémů, nesměli bychom opomenout metodu VAS – Visual Analogous Scale neboli Vizualní škálování celkového stavu pacienta. Tato metoda spočívá v zaznamenávání křížků na 10 cm šikmé úsečce, kdy křížek označuje aktuální stav pacienta a konce úsečky znamenají mimořádně dobrý, anebo mimořádně špatný stav (Křivohlavý, 2002).

Dalším způsobem hodnocení kvality života klienta v zařízení nebo pacienta v nemocnici bylo normalizované hodnocení prostřednictvím křížků. Tuto metodu používají zejména zdravotní sestry a je užívána pro hodnocení samoobslužnosti pacienta, jeho schopnosti komunikace s obsluhujícím personálem a jeho celkového psychického stavu. Princip zápisu je velmi triviální. Čím větší počet křížků na škále od jednoho do čtyř, tím horší je kvalita života pacienta (Křivohlavý, 2002).

Dle Haškovcové (2007) je metoda IQL vhodná ke zjišťování kvality života seniorů a nemocných lidí, ale rovněž klade důraz na to, že subjektivní hodnocení jedince nemusí odpovídat jeho biologickému zdraví, protože i těžce nemocný a starý člověk může vidět ve svém životě smysl a lpět na něm (Haškovcová, 2007). V případě hodnocení kvality života seniorů nebo nemocných lidí je důležité nezaměňovat dodržování standardů kvalitní péče za kvalitu života klienta nebo pacienta (Haškovcová, 2007). Vždy je nutné dodržovat vnější rámec kvality péče odvozený od potřeb nemocného, jelikož na jeho základě jsou utvářeny předpoklady pro kladné vnímání kvality života jedince (Haškovcová, 2007).

Výše uvedené objektivní metody měření a zkoumání kvality života člověka však nemusí být vždy ve shodě se subjektivním hodnocením této oblasti (Křivohlavý, 2002). Z pohledu konkrétního člověka může jít o to, jakou důležitost přisuzuje jednotlivým dimenzím (Křivohlavý, 2002). Z psychologického hlediska je v rámci kvality života nejdůležitější hodnotit subjektivní pocit pohody daného jedince (Křivohlavý, 2002). Každého člověka uspokojuje něco jiného, a proto je velmi obtížné definovat konkrétní dimenze, které spokojenost navozují (Křivohlavý, 2002). Navíc se v průběhu života hodnotový systém jednotlivých dimenzí mění (Křivohlavý, 2002). Na otázku, kdy jsou

lidé spokojení, nám Křivohlavý (2002) odpovídá následovně: „pokud se jim daří dosahovat cílů, které si předsevzali. Pokud tomu tak je, pak se jedinec cítí v pohodě, která má blízko tomu, co chápeme kvalitou života z pohledu psychologie. Když do cesty realizace plánů a cílů jedince něco vstoupí, projeví se to na pojetí kvality jeho života, zda pozitivně či negativně záleží na něm. To znamená, že kvalita života by měla být definována samotným jedincem.“ (Křivohlavý, 2002, s. 169).

2 Cíl práce

Hlavní cíl této bakalářské práce je zmapovat vnímání života v seniorském domě očima klientů především z pohledu toho, jak byla naplněna očekávání a potřeby, s nimiž do nového prostředí vstupovali. Hlavním motivem volby tohoto cíle bylo získání užitečných informací od klientů, které by následně byly užitečné pro budoucí vývoj zařízení, a případné změny v jeho chodu, které by byly v souladu s přáními klientů.

V souvislosti s cílem práce byla stanovena **výzkumná otázka – naplňuje pobyt v domově pro seniory očekávání, s nimiž klienti do zařízení přicházejí?** K naplnění výzkumného cíle bylo nutné vhodně konstruovat otázky do realizovaných rozhovorů, jejichž prostřednictvím se tento cíl pokusíme naplnit. Získané odpovědi budou následně přiřazeny do trsů, analyzovány a vyhodnoceny. Ze získaných dat následně vyvodíme závěry naší výzkumné činnosti.

3 Metodika

Pro zjištění spokojenosti seniorů v domově pro seniory byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu, jelikož charakter výzkumné otázky na kvalitativní výzkumnou strategii navádí. Oproti kvantitativnímu výzkumu podstata kvalitativního výzkumu spočívá v „*hloubkovém a kontextuálně zakotveném zkoumání určitého široce definovaného jevu a získání maximálního množství informací o něm.*“ (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 24.). Jeho logika je induktivní, což znamená, že „*teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují...*“ (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 24.). Nejde o pouhé ověřování teorie, cílem je totiž „*vytváření nových hypotéz, nového porozumění, vytváření teorie*“ (Disman, 2011, s. 286.). Cílem je získání detailních a komplexních informací o zkoumaném jevu (Švaříček, Šedřová, 2014). Výsledky kvalitativního výzkumu lze jen velmi obtížně zobecňovat, jelikož „*jsou platné jen pro vzorek, na kterém byla data získána*“ (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 24.). Výhoda kvalitativního výzkumu spočívá v možnosti zkoumání jednotlivých případů do hloubky s ohledem na působení kontextu, lokální situace či podmínek (Hendl, 2016).

Pro potřeby našeho výzkumu tedy byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Vzhledem k tomu, že zkoumáme očekávání klientů Seniorského domu Písek, jeví se jako vhodnější využít méně standardizovanou metodu, jelikož lze předpokládat, že očekávání komunikačních partnerů a partnerek budou subjektivního charakteru a jejich pochopení bude vyžadovat hlubší porozumění situaci jednotlivých klientů.

Dle Hendla (2012) je kvalitativní výzkum o dlouhodobém intenzivním kontaktu s terénem, situací jedince či skupiny jedinců. Takovéto situace bývají obvykle běžné, všední a zrcadlí každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací (Hendl, 2012).

V rámci tohoto typu výzkumu je relativně málo užíváno standardizovaných metod získávání dat a nejdůležitějším nástrojem se stává sám výzkumník (Reichl, 2009). Výzkumník má tu nejdůležitější úlohu, a to objasnit, jak lidé jednají v určitém prostředí a v konkrétních situacích, z jakého důvodu, nebo jakým způsobem u nich dochází k systematizaci jejich každodenních činností a interakcí (Reichl, 2009). Následně výzkumník zhotoví podrobný popis získaných údajů a faktů a snaží se neopomenout

žádné informace. (Reichl, 2009). Kvalitativnímu výzkumu je některou odbornou veřejností vytykáno, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních, obtížně měřitelných dojmů (Reichl, 2009).

„Jedinečnost kvalitativních přístupů není pouze v tom, že nepracují s měřitelnými charakteristikami. Pokoušejí se určitý fenomén nahlížet v pro něj autentickém prostředí a vytvářet jeho obraz v co možná nejkompexnější podobě, včetně podob jeho vztahů s dalšími aspekty apod. Údaje jsou získávány hlubším a delším kontaktem s terénem. Předmětem kvalitativní metodologie je studium běžného, každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách“ (Reichl, 2009, s. 40–41).

Pro terénní sběr dat byla zvolena metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru s klienty pobytového zařízení Seniorského domu Písek.

Dle Reichla (2009) je polostrukturovaný rozhovor charakteristický tím, že tazatel má předem připravený soubor témat či otázek, které bude partnerovi podkládat bez toho, aby bylo předem stanoveno jejich pořadí. Výzkumník má tedy možnost otázky v průběhu výzkumu částečně modifikovat, avšak všechny z nich musí být položeny. Tato varianta rozhovoru je kombinací výhod obou krajních forem rozhovorů, tedy volného a strukturovaného a zároveň minimalizuje nevýhody každého z nich. Volnost v rámci vedení polostrukturovaných rozhovorů je vhodná k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s komunikačním partnerem. Částečně je možné přijmout osobnostní specifika a komunikace může plynout snáze. Polostrukturovaný rozhovor je tedy vhodný k těžbě dat a bývá proto často využíván. Je zde rovněž možno poznamenat, že určitou standardizaci zde tvoří prostředí, v němž se rozhovor uskutečňuje (Reichl, 2009).

Výše popsaná technika rozhovoru byla zvolena proto, že je příjemnější setkat se s uživateli domova osobně a během rozhovorů je lépe poznat než jen obdržet již vyplněné, zcela anonymní a neosobní dotazníky. Námí zvolený způsob získávání faktů je důvěrné povahy a vyžaduje porozumění a empatii. Rovněž zde existuje předpoklad, že rozhovory budou v této formě příjemnější i pro samotné seniory. Vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku uživatelů se rozhovor jeví jako vhodnější forma sběru dat než dotazník.

Další výhodou naší zvolené této techniky sběru dat spočívá v kladení menší iniciativy na dotazovaného, jelikož při osobním kontaktu lze položené otázky v případě nepochopení vysvětlit. Jako nedostatek rozhovoru je možné uvést pracnost sběru dat v jeho průběhu, časová náročnost na jejich zpracování, možná nedůvěra dotazovaných k anonymitě rozhovorů a z toho plynoucí „se vším spokojené“ typy odpovědí.

Jednotlivá interview byla zapisována na záznamový arch, který, jak uvádí Miovský (2006, s. 199), „je pomocný nástroj výzkumníka, mající mu usnadnit práci v tom smyslu, aby si nemusel všechny údaje pamatovat, mohl se k nim v průběhu výzkumné situace vracet, mohl si zapsat svá různá pozorování atd. Záznamový arch je obvykle založen na metodě tužka-papír.“

Jednotliví komunikační partneři a partnerky byli vždy před začátkem rozhovoru dotázáni, zda souhlasí s pořízením audiozáznamu. Řada z nich však s pořízením audiozáznamu nesouhlasila, a proto byly jejich odpovědi zaznamenávány pouze na záznamové archy. Jednotlivé rozhovory byly následně přepsány prostřednictvím doslovné transkripce audiozáznamu. Rozhovory nejsou součástí práce, jelikož by autentické výpovědi mohly identifikovat komunikační partnery.

Rozhovory s uživateli domova pro seniory se uskutečnily v únoru 2018. Uživatelé byli navštíveni na pokojích, tedy v jim známém a pro ně přirozeném sociálním prostředí, a to po obědě v době odpočinku, čímž nebyl narušen jejich denní harmonogram nebo volnočasová aktivita. V případě, že klient sdílel pokoj s dalším uživatelem, který byl přítomen, využita byla menší společenská místnost, ve které jsme měli soukromí. Na počátku rozhovoru jsem se vždy představila, připomněla důvod své návštěvy a upozornila komunikačního partnera nebo partnerku na anonymitu rozhovoru.

Bezprostředně po tom, co komunikační partneři odpověděli na všechny předem připravené otázky, jsem se ještě doptala na základní údaje týkající se věku, vzdělání, délky a důvodů pobytu, zdravotního stavu a návštěv ze strany rodinných příslušníků. Tyto základní otázky jsem si nechala až nakonec.

3.1 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření bylo provedeno s klienty Seniorského domu Písek. Pro naše výzkumné účely byla zvolena metoda prostého záměrného výběru výzkumného

souboru. „Jedná se zřejmě o vůbec nejrozsáhlejší metodu výběru, s jakou se při aplikaci kvalitativního přístupu setkáváme. Jedná se o takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost nebo stav. Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit. Prostý záměrný (účelový) výběr pak představuje nejjednodušší variantu metody záměrného výběru. Spočívá v tom, že vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný (tj. účastníky splňující určité kritérium nebo soubor kritérií) a současně s ní také souhlasí.“ (Miovský, 2006, s. 135–136).

Mezi kritéria výběru komunikačních partnerů a partnerek do výzkumného vzorku byly zařazeny následující aspekty:

- zachované kognitivní funkce,
- účast na volnočasových aktivitách,
- délka pobytu v zařízení alespoň 48 měsíců,
- ochota účastnit se výzkumného šetření.

Výzkumný soubor se skládal výhradně z komunikačních partnerů splňujících předem stanovená kritéria výběru v plné míře. Pro naše výzkumné činnosti byli tedy vybráni následující komunikační partneři a partnerky:

- **1. Klientka H. S.** – vdova, 76 let se středoškolským vzděláním, pracovala jako dětská sestra. V SD bydlí sedm let. Má dceru a syna.
- **2. Klient M. V.** – vdovec, 88 let s vysokoškolským vzděláním, pracoval jako vysokoškolský učitel. V SD bydlí pět let. Má syna.
- **3. Klientka J. N.** – 94 let, pracovala jako sekretářka. Vdova, v SD 5let, má dceru. Syn zemřel před 15 lety.
- **4. Klientka J. Š.** – 85 let, vyučená prodavačka. Vdova, má jednoho syna. V SD bydlí 6 let.
- **5. Klientka J. J.** – 89 let, pracovala jako dělnice. Vdova, má syna. V SD žije 5 let.
- **6. Klient P. C.** – 70 let, vysokoškolské vzdělání, pracoval jako voják. Vdovec, má dva syny a jednu dceru. V SD žije 5 let.

- **7. Klient I. J.** – 82 let, dříve dopravní dispečer. Rozvedený, má jednoho syna. V SD žije 6 let.

3.2 Zpracování získaných dat

Výsledky výzkumu byly zpracovány metodou vytváření tzv. trsů. Tuto metodu vysvětluje Miovský (2006) tak, že se určité výroky slučují do skupin podle podobnosti údajů. Takto vznikají obecnější kategorie, jejichž zařazení do trsu je dáno určitými opakujícími se znaky, které se mohou vyskytovat v podobných výročních komunikačních partnerů. Základní princip tvorby trsů je tedy postaven na srovnávání a seskupování dat (Miovský, 2006). Výpovědi jednotlivých komunikačních partnerů a partnerek byly zachyceny na samostatný záznamový arch.

3.3 Časový harmonogram

Časový harmonogram nám stanovuje průběh vypracování bakalářské práce a jednotlivé úkony byly prováděny v souladu s ním.

Nejdříve bylo realizováno studium odborné literatury a dalších zdrojů potřebných k získání informací a poznatků vhodných k vypracování bakalářské práce a sepsána literární rešerše. Ze získaných informací byla následně sestavena teoretická část předloženého textu. V rámci první fáze byl rovněž stanoven hlavní výzkumný cíl tohoto textu.

Druhá fáze byla zaměřena na formulaci výzkumných otázek, byla zvolena metoda a technika získávání dat a byl přesněji definován výzkumný soubor.

Ve třetí fázi proběhl samotný výzkum a následné shromáždění, zpracování, analýza a vyhodnocení dat získaných od komunikačních partnerů a partnerek z našeho výzkumného souboru.

Poslední, čtvrtá fáze pak obsahovala vyhodnocení výsledků výzkumu, zpracování diskuze a závěru práce.

4 Výsledky výzkumu

V této části bakalářské práce jsou vyhodnocena data získaná prostřednictvím strategie kvalitativního výzkumu, pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory byly vedeny se sedmi uživateli pobytového zařízení Seniorského domu Písek. Výsledky byly vyhodnoceny a zpracovány metodou vytváření trsů. Jednotlivé trsy byly vytvořeny následovně.

- **Trs č. 1** byl sestaven z odpovědí na otázky zaměřené na faktory ovlivňující výběr konkrétního zařízení. Zaměřen je zejména na oblast zvažování umístění v produktivním věku, důvody podání žádosti o umístění do daného zařízení, informovanost klienta o daném zařízení a čekací lhůtu na umístění do Seniorského domu Písek.
- **Trs č. 2** byl následně zaměřen na očekávání, která si s sebou klienti přinesli při vstupu do zařízení, a míru jejich naplnění v průběhu jejich pobytu.
- **Trs č. 3** se pak orientoval směrem k hodnocení pobytu v daném zařízení, úrovni poskytovaných služeb a mírou spokojenosti klientů s pobytem celkově.

4.1 Trs 1: Výběr zařízení

Do tohoto trsu byly zařazeny odpovědi na otázky zaměřené na to, zda komunikační partneři v produktivním věku přemýšleli o využití služeb pro seniory, jaké byly hlavní důvody podání jejich žádosti o umístění do SD, jak se o zařízení dozvěděli, nakolik o něm byli informováni a jak dlouho na umístění čekali.

Tab. 1: Trs 1 výběr zařízení

	Uvažoval již v produktivním věku	Neuvažoval	Zdravotní důvody	Rodinné důvody	Zajistil potomek	Zajistila soc. pracovnice
Komunikační partner č. 1		X	X		X	
Komunikační partner č. 2		X	X			X
Komunikační partner č. 3	X		X		X	
Komunikační partner č. 4		X	X		X	
Komunikační partner č. 5		X	X		X	
Komunikační partner č. 6		X	X		X	
Komunikační partner č. 7		X		X	X	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výzkumného šetření v rámci tohoto trsu vyplynulo, že majorita nepovažovala v produktivním věku tuto problematiku za důležitou, nepřemýšlela o svém pobytu v domě pro seniory s předstihem nebo na tyto myšlenky údajně vůbec neměla prostor. Pouze komunikační partner č. 3 připustil fakt, že o svém pobytu v zařízení pro seniory dříve přemýšlel, a to zejména při hovorech se svou životní partnerkou. Nejčastěji se objevovala tvrzení jako: „*To mě ani nenapadlo...*“. Téměř všichni komunikační partneři a partnerky jednoznačně uvedli jako dominantní důvod pro podání žádosti o umístění do seniorského domu zdravotní důvody. Velmi typická byla jednoduchá odpověď „*Zdravotní důvody*“. Někteří komunikační partneři hovořili o zdravotních problémech svých nebo svých partnerů, popřípadě popisovali úraz, který jim pobyt v přirozeném prostředí zkomplikoval, nebo zcela znemožnil. Jedinou výjimku tvořil komunikační partner I. J., který byl jediný, který jako důvod podání žádosti o umístění do SD neuvedl zdravotní důvody, ale důvody rodinného charakteru.

I odpovědi komunikačních partnerů na otázky zaměřené na jejich informovanost při výběru zařízení byly stejně jako u výše uvedených oblastí velmi stejnorodé, kdy na jejich základě bylo zjištěno, že valná většina komunikačních partnerů z našeho výzkumného vzorku uvedla, že jim informace o zařízení zajistil jejich potomek.

Z těchto odpovědí tedy zcela jednoznačně plyne, že sami klienti z nejrůznějších důvodů, nejčastěji však z pocitu vlastní neschopnosti danou záležitostí zajistit přenechali iniciativu na svém potomkovi, který podání žádosti o umístění do SD zajistil. Jedinou výjimku tvoří komunikační partner M. V., který informace o zařízení dostal od sociální pracovnice, se kterou spolupracoval, a který konkrétně uvádí: „*Od sociální pracovnice v nemocnici, ta nám vše vyřizovala.*“. Ze zjištěného tedy vyplývá, že komunikační partneři a partnerky z námi selektovaného výzkumného souboru získali majoritně informace o zkoumaném SD od svých potomků. Stejný trend byl zaznamenán i při zkoumání předchozí informovanosti o konkrétních službách, které jsou Seniorským domem Písek nabízeny. Většina komunikačních partnerů a partnerek nebyla o službách ani aktivitách zařízení před svým nástupem nebo podáním žádosti o umístění informována. Velmi typická byla odpověď: „*Ne, nevěděla a bylo mi ti jedno.*“.

Z uvedeného je rovněž zřejmé, že pro klienty nebyla nabídka aktivit ani služeb zařízení směrodatná. Svůj vliv zde pochopitelně má i fakt, že pobyt si nezajišťovali sami, ale zajišťovali jim je jejich příbuzní, kteří je předem o aktivitách ani službách, které zde mohou mít k dispozici, nepovažovali za důležité předem informovat. Objevila se rovněž tvrzení, že samotní senioři nebyli ani informováni o tom, do kterého zařízení budou umístěni. Dobré je rovněž neopomenout to, že někteří senioři dali jasně najevo svůj nezájem o tuto oblast. Komunikační partner I. J. rovněž uvedl, že se jedná o oblast pro něj nedůležitou, jelikož jeho hlavním zájem bylo mít přístřeší a ostatní faktory již nepovažoval za natolik relevantní, aby se jimi zabýval. Pouze komunikační partner P. C. se na svůj pobyt před příchodem do zařízení informoval a byl jej předem navštívit. Komunikační partner M. V. rovněž uvedl, že mu byla s předstihem poskytnuta brožura zařízení, což je možné považovat za seznámení se se službami a aktivitami, které SD nabízí.

Dále bylo na základě získaných dat zpracovaných jednoduchým výpočtem aritmetického průměru zjištěno, že čekací doba na umístění našich komunikačních partnerů a partnerek nikdy nepřesáhla 12 kalendářních měsíců. Odpovědi na tuto otázku se ale v rádech měsíců odlišují. Komunikační partnerka H. S. čekala jeden rok, ostatní absolvovali čekací dobu v rámci měsíců, nebo nejsou o délce čekací lhůty informováni, jelikož umístění nezařizovali sami a zařizoval je za ně někdo jiný, v našich případech tedy potomci. Nekalkulujeme-li tedy s tím, že komunikační partnerky J. Š. a J. J. o délce

čekací doby nebyly informovány, je možné konstatovat, že průměrná čekací lhůta na umístění do SD činí 4,8 kalendářních měsíců.

V rámci trsu 1 Výběr zařízení je tedy pro námi selektovaný výzkumný vzorek možné konstatovat, že majorita komunikačních partnerů nebo partnerek ve svém produktivním věku neuvažovala o svém pobytu v seniorském domě nebo jiném typu zařízení pro seniory, nejčastějším důvodem podání žádosti o umístění do SD byl zdravotní stav klienta nebo jeho životního partnera či partnerky. Senioři se o zařízení nejčastěji dozvěděli od svého potomka, ale už nebyli předem seznámeni se službami ani aktivitami, které SD nabízí. Na umístění do SD Písek klienti čekali průměrně 4,8 měsíce.

4.2 Trs 2: Uspokojení potřeb

Tento trs byl zaměřen na konkrétní očekávání, se kterými klienti přicházeli do zařízení, mírou jejich uspokojení a naplnění v průběhu jejich pobytu v SD Písek. V této oblasti byly odpovědi jednotlivých komunikačních partnerů a partnerek na rozdíl od odpovědí v předchozím trsu velmi různorodé. Nejčastěji klienti od pobytu očekávali určité služby naplňující jejich základní životní potřeby, jako jsou jídlo, střecha nad hlavou a hygienické zázemí v podobě vypraného prádla, nebo lepší dostupnost služeb pro osobní hygienu, jako jsou například pedikúra nebo zdravotní péče lékařů. Jiní klienti uvedli, že neměli očekávání žádná.

Tab. 2: Trs 2 Uspokojení potřeb

	Potřeba ztráty odpovědnosti za domácnost	Zajištění základních potřeb	Zajištění služeb	Žádná očekávání	Naplněno	Nenaplněno
Komunikační partner č. 1	X	X	X		X	
Komunikační partner č. 2				X		X
Komunikační partner č. 3	X	X	X		X	
Komunikační partner č. 4	X	X	X		X	
Komunikační partner č. 5				X		X
Komunikační partner č. 6		X	X		X	
Komunikační partner č. 7		X			X	

Zdroj: Vlastní zpracování

Styčným bodem řady odpovědí byla však ztráta zodpovědnosti za svou dosavadní domácnost a úleva od povinností souvisejících se samostatným bydlením. Všechny výše zmiňované oblasti zastupuje například tato odpověď: „*Abych se nestarala o barák. Abych dostala najíst, léky, uklidili mi a tak se vším pomohli, co už sama nemůžu. A že nemusím nikam k doktorovi, tady je všechno. Sestřičky mě ošetří a já se o nic nestarám.*“. V této zkoumané oblasti je tedy možné pozorovat buď nulová očekávání klientů, nebo očekávání ve smyslu ztráty zodpovědnosti, nebo očekávání v oblasti zajištění základních fyziologických potřeb a souvisejících služeb. V průběhu dalšího rozhovoru a pokládání následujících otázek rozhovoru bylo jeho téma přesunuto na dotaz, zda pobyt v zařízení očekávání komunikačních partnerů a partnerek splnil. Ti, kteří žádná očekávání neměli, na tuto otázku ve stejném smyslu i odpovídali. Majorita námi selektovaného výzkumného souboru však jasně vyjádřila míru naplnění svých očekávání od pobytu v SD. Konkrétně se jednotliví senioři vyjadřovali v krátkých, jasných a poměrně stručných větách. Velmi typická byla odpověď: „*Mám tu všechno, co potřebuju. Tak ano.*“. Klientům zařízení se tedy dostalo toho, že jsou naplněny jejich fyziologické potřeby v podobě pravidelné stravy, střechy nad hlavou, hygienického zázemí a dobré dostupnosti osobní i zdravotnické péče. Naplněna byla rovněž jejich

očekávání o úbytku starostí s chodem a vedením vlastní domácnosti, jelikož zařízení veškeré tyto provozní záležitosti zajišťuje za ně. Z toho tedy jednoznačně plyne, že senioři z našeho výzkumného souboru v případě, že měli určitá očekávání od svého pobytu v SD, dosáhli jejich naplnění.

V rámci Trsu 2 Uspokojení potřeb tedy z odpovědí selektovaných komunikačních partnerů a partnerek vyplývá, že většina z nich měla určitá očekávání před příchodem do zařízení, konkrétně v podobě ztráty zodpovědnosti a starostí, a poskytovaných služeb. Tato jejich očekávání a potřeby byly nástupem do zařízení naplněny. Komunikační partneři č. 2 a 5 rovněž uvedli, že žádná očekávání před svým nástupem do zařízení neměli a jejich očekávání tedy logicky nemohla být naplněna.

4.3 Trs 3: Hodnocení pobytu

V rámci posledního trsu byly otázky rozhovoru směřovány na oblast hodnocení pobytu a služeb, které poskytuje Seniorský dům Písek. Vzhledem k tomu, že náš výzkumný vzorek byl mimo jiné vybírán s ohledem na délku pobytu jednotlivých komunikačních partnerů a partnerek v zařízení, máme za to, že všichni z nich jsou již oprávněni k tomu, aby služby a celkově pobyt v zařízení byli schopni objektivně vyhodnotit v průběhu delšího časového úseku. Námi stanovený limit délky pobytu byl z tohoto důvodu 4 roky, tedy 48 kalendářních měsíců. I v této zkoumané oblasti bylo možné zaznamenat relativní pestrost odpovědí jednotlivých komunikačních partnerů a partnerek. Rovněž bylo možné pozorovat několik tendencí. První tendencí je nezájem, kdy klient uvádí, že od nikoho nic nechce, a spíše se snaží personál neobtěžovat svými požadavky. Další tendence je taková, která zaznamenává zlepšení alespoň v některé oblasti, a poslední jsou tendence, které jsou zaměřeny na zhoršení služeb. Odpovědi se tedy dělily do tří kategorií, a to mezi ty, kteří rozšíření nebo zlepšení služeb nezaznamenali, ty, kteří je zaznamenali, a ty, kteří o tuto oblast neprojevovali žádný zájem a tedy ji ani nechtěli nijak hodnotit nebo posuzovat.

Tab. 3: Trs 3: Hodnocení pobytu

	Zlepšení služeb	Nezlepšení služeb	Výtky ke stravě	Výtky k personálu	Jiné výtky	Žádné výtky	Nevolil bych znovu	Volil bych znovu
KP1	X			X				X
KP2	X		X	X				X
KP3		X				X		X
KP4		X	X	X				X
KP5		X		X			X	
KP6		X	X	X				X
KP7		X			X			X

Zdroj: Vlastní zpracování

Vývoj poskytovaných služeb byl pak hodnocen poměrně stejnorodě. Někteří klienti hovořili pouze o tom, že po nikom nic nechtějí, a tak si nepřejí nic jiného než klid. Majorita klientů však opakovaně a v různých podobách poukazovala na prostor pro zlepšení kvality a chutě poskytované stravy, nebo nebyla spokojena s chováním, přístupem a vysokou fluktuací personálu.

Zde je velmi důležité připomenout, že chování personálu ke klientům zařízení považujeme vedle uspokojování základních fyziologických potřeb seniora za zcela stěžejní, jelikož se často jedná o jediný osobní kontakt s lidmi z mladších generací, kterého se těmto osobám dostává. Nejsou-li klienti spokojeni s obsazením, chováním, nebo komunikačními schopnostmi personálu, jedná se o velmi závažný problém. Žádný z našich komunikačních partnerů a partnerek si na chování personálu výrazněji nestěžoval, toto ale může být způsobeno také tím, že sám výzkumník je členem tohoto personálu, a proto je dobré si uvědomit, že klienti své připomínky z tohoto důvodu mohli částečně zmírnit. V případě, že by byla výzkumníkem zcela cizí osoba, existuje zde pravděpodobnost, že by připomínky k chování, přístupu a celkové komunikaci zaměstnanců s klienty byly důraznější. Za velmi vypovídající považujeme například tuto odpověď: „Zlepšila bych tu kuchyni, aby se dále vylepšila v kvalitě a požitelnosti pokrmů. Dále výběr pomocného ošetrovatelského personálu, který se o nás stará. Někdy to jsou lidé, kteří tu práci asi dělat nechtějí.“. Část oslovených klientů však rovněž uvedla, že jsou se současným stavem zcela spokojeni a nevidí žádný prostor pro zlepšení a nic jim v zařízení nechybí.

V závěru výzkumných rozhovorů pak byly položeny otázky zaměřené na celkové zhodnocení pobytu v zařízení prostřednictvím možnosti opakované volby zařízení. Konkrétně jsme se dotazovali na to, zda by se stávající klient rozhodl pro konkrétní zařízení znovu, pokud by měl tu možnost. Bylo zjištěno, že všichni současní klienti mimo komunikační partnerky J. J. by se pro stávající zařízení rozhodli znovu. Nejčastěji se objevovaly odpovědi jako: „*Já nevím, asi jo.*“, nebo „*Ano, já si tady žiju po svém a doma už stejně nikoho nemám.*“. Je možné říci, že klienti by si stávající zařízení zvolili opětovně, pokud by měli tu možnost.

V rámci vyhodnocení Trsu 3 Hodnocení pobytu je tedy možné konstatovat, že komunikační partneři a partnerky našeho výzkumného vzorku jsou nejčastěji nespokojeni s přístupem a fluktuací zaměstnanců SD a se stravou, přesto by si však Seniorský dům Písek pro svůj pobyt zvolili znovu, kdyby měli možnost se opětovně rozhodnout.

5 Diskuze

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že majorita seniorů selektovaného výzkumného souboru ve svém produktivním věku neuvažovala o možnostech svého pobytu v seniorském domě nebo jiném typu zařízení pro seniory. Jednotliví komunikační partneři nejčastěji jako důvod podání žádosti o umístění do SD uváděli zdravotní stav svůj nebo svého životního partnera či partnerky. Zde se nám potvrdila teorie Šimíčkové a Čížkové (2005), které se zabývaly psychickými změnami u seniorů.

Konkrétně pak hovoří o tom, že nástup změn u smyslových orgánů, nervového přenosu a centrálního mozku s sebou nese celkové zhoršení vnímání ve stáří (Šimíčková Čížková, 2005). Zhoršení schopnosti vnímat způsobuje zpomalení reakcí, vznik úrazů nebo výrazné omezení v některých aktivitách, jako je například četba (Šimíčková Čížková, 2005). Právě zmiňované úrazy a zhoršení soběstačnosti a zdravotního stavu klienta v jejich vlivu se nám potvrdily u komunikační partnerky J. J.

Potvrdila se nám rovněž teze Machové, která říká, že v průběhu stárnutí se zmenšují meziobratlové chrupavčité ploténky, což je důvodem, ze kterého se výška lidského těla snižuje (Machová, 2016). Pružnost vaziva se zmenšuje a začne ztrácet elasticitu (Machová, 2016). Chrupavka degeneruje a ztenčuje se v oblasti kloubních ploch, což má za následek bolestivost pohybu (Machová, 2016). Právě bolesti zad a kloubů byly příčinou umístění komunikačních partnerů M. V. a J. Š.

O existenci konkrétního zařízení se nejčastěji dozvěděli od svého potomka a na umístění do SD Písek čekali průměrně 4,8 měsíce. Klienti většinou nebyli předem seznámeni se službami ani aktivitami, které SD nabízí. Ani jeden z klientů SD Písek v průběhu rozhovoru nezmínil možnost, že jejich potomek nebo příbuzný nejdříve uvažoval o tom, že by o něj sám pečoval. Vidíme zde tedy potvrzení trendu, o kterém jsme rovněž hovořili v teoretické části této práce. Dle Příbyla (2015) je totiž v současnosti v institucionální péči umístěno mnohem větší množství seniorů, než by bylo nezbytně nutné. Dle jeho názoru jsou příčinou nevhodného umístování seniorů např. zvýšené počty dysfunkčních rodin, které se nemohou nebo nechtějí o seniora starat (Příbyl, 2015). Dále mezi tyto příčiny klasifikuje nedostatečnou provázanost, nabídku a dostupnost sociálních a zdravotních služeb a fakt, že finanční zisk má často v rodinách větší cenu než senior a jeho důstojné stáří v domácím prostředí (Příbyl,

2015). Jev, kdy senior přenechal své současné obydlí svému synovi, jsme rovněž zaznamenali. Konkrétně se jednalo o komunikačního partnera I. J., který konkrétně uvedl: „*Syn potřeboval byt, a já už byl starej, tak jsem mu ho nechal.*“. Možnost společného soužití se synem absolutně nebyla zmíněna.

Z uvedených důvodů je tedy považováno za důležité vyvíjet snahy o zamezení nevhodného umístění seniorů do institucionální péče, jak uvádí například Holmerová (Holmerová et al., 2014). V případě, že rodina s pomocí terénních služeb péči o seniora zvládá, je bezesporu vhodnější jej ponechat v domácím prostředí tak dlouho, jak dlouho je to jen možné, jak opět uvedla Holmerová et al. (2014), která byla citována v teoretické části této práce.

Věnovala jsem se očekávání jednotlivých klientů, která se dělila mezi zajištění základních potřeb, ztrátu zodpovědnosti a starostí a potřeba blízkosti rodinných příslušníků. V rámci očekávání seniorů se tedy jednalo zejména o uspokojení základních lidských potřeb. Zde se nám potvrzuje tvrzení Kutnohorské et al. (2011), která uvádí, že v oblasti sociální práce se seniory je nutné mít neustále na vědomí, že uspokojování potřeb je velmi důležité bez ohledu na věk jedince a v případě, že je uspokojování některé z jeho potřeb ohroženo, potřebuje pomoc nejvíce (Kutnohorská et al., 2011).

S uvedeným pochopitelně souvisí i kvalita života seniora, které jsme se rovněž věnovali v úvodní kapitole. Stuard-Hamilton totiž říká, že kvalita života úzce souvisí s naplňováním potřeb, z čehož je možné vyvozovat, že čím více se bude senior věnovat uspokojování svých potřeb, tím více bude jeho život kvalitní a jeho důstojnost bude zachována a respektována (Stuard-Hamilton, 1999). Naplnění očekávání seniorů tedy má přímý vliv na zlepšení kvality jejich života v zařízení a pocit spokojenosti a naplnění potřeb.

Komunikační partner M. V. a komunikační partnerka J. J. však uvedli, že žádná očekávání před svým nástupem do zařízení neměli. Zde bylo možné zaznamenat určitou rezignovanost, která může být spojena s nedobrovolným přechodem z domácího prostředí do prostředí zařízení pro seniory, o kterém jsme rovněž hovořili v teoretické části práce. Konkrétně se může jednat o druhou fázi přechodu do zařízení, ve které se objevuje apatie a zoufalství, které se dle Vágnerové (2007) dostávají v momentě, kdy se senior cítí vyčerpaný a zjišťuje, že jeho negativní postoj k ničemu nevede a je nutné se

přizpůsobit (Vágnerová, 2007). Člověk se v této fázi dostává do útlumu a stavu apatie (Vágnerová, 2007). „*Rezignuje a ztrácí o všechno zájem, i o svůj život. Někteří lidé v této fázi setrvávají až do své smrti, která může přijít relativně brzy. Lidé tohoto věku snadno ztrácejí v zátěžových situacích vůli k životu.*“ (Vágnerová, 2007, str. 422). V případě, že senior není schopen adaptace, dostává se nadměrný stres, který může vést až ke smrti. Pacovský (1994) tuto situaci označuje za „*úmrtí z maladaptace*“ (Pacovský, 1994). Z tohoto důvodu považujeme za vhodné věnovat výše uvedeným komunikačním partnerům v rámci zařízení zvýšenou pozornost a péči.

Očekávání ostatních klientů SD byla naplněna, což rovněž může být znakem jejich dobré adaptace na nové prostředí. Tento jev rovněž definuje Vágnerová, která říká, že v této fázi je senior již smířen se svou sociální změnou, navazuje nové sociální kontakty a tvoří nové návyky (Vágnerová, 2007). Stále je pro něj ale problematické přijmout nové prostředí za svůj domov (Vágnerová, 2007). I tento teoretický základ prezentovaný v první kapitole předložené práce se nám tedy výzkumným šetřením podařilo potvrdit.

Poslední trs byl zaměřen na hodnocení pobytu očima klienta. Odpovědi jednotlivých komunikačních partnerů a partnerek se dělily do tří kategorií, a to mezi ty, kteří rozšíření nebo zlepšení služeb nezaznamenali, ty, kteří jej zaznamenali, a ty, kteří se o tuto oblast nezajímají. Nezájem nám opět potvrzuje výše citované teze Vágnerové (2007).

Nejčastěji byli klienti nespokojeni s přístupem a fluktuací zaměstnanců SD a se stravou. Problematické úrovně zainteresovanosti, komunikace a přístupu personálu ke klientům jsme se rovněž věnovali v rámci teoretické části práce. Dvořáčková (2012) sice uvádí, že všechny domovy pro seniory disponují kvalifikovaným personálem, avšak na základě zjištěných údajů mám za to, že samotná kvalifikace není pro efektivní a kvalitní výkon práce se seniory dostačující. Mnohem důležitější je z mého pohledu osobní přístup, empatie, lidskost a způsob komunikace, který klientům poskytuje pocit bezpečí a přátelskou atmosféru namísto pocitu, že jsou na obtíž.

Napříč výtkám k výše uvedenému komunikační partneři a partnerky v majoritě uvedli, že by si stávající zařízení opětovně zvolili ke svému pobytu, pokud by měli tu možnost. Výjimku tvořila komunikační partnerka J. J., která velmi vzpomínala na svůj původní dům a velmi si jej při rozhovoru vychvalovala s tím, že se mu nic nevyrovná. U této

klientky se nám potvrzují teze z teoretické části této práce, která uvádí, že vzpomínky lidí seniorského věku jsou dle Langmeiera a Krejčířové (2006) často obsahově zkresleny, což má za následek to, že minulé události v obecné rovině hodnotí kladně a někdy až nepochopitelně lpí na tom, co jim v minulosti patřilo nebo jací byli (Langmeier, Krejčířová, 2006). Jedná se tedy o typický případ, kdy klientka již nehovoří o negativěch souvisejících s péčí o dům a domácnost, ale vzpomíná na něj jako na něco pozitivního. Rovněž se nám zde ukazuje teorie Vágnerové (2007), která hovoří o adaptaci seniora na nové prostředí jako o velmi psychicky náročném procesu. Toto je způsobeno neschopností seniora přijmout skutečnost, že již není soběstačný, a jeho psychický stav je možné přirovnat ke stavům separační úzkosti u dětí (Vágnerová, 2007). Přejít opět probíhá ve fázích (Vágnerová, 2007).

Vzhledem k výše uvedenému se podařilo odpovědět na **výzkumnou otázku, zda pobyt v domově pro seniory naplňuje očekávání, s nimiž klienti do zařízení přišli**. Klienti by si zařízení opět zvolili. To znamená, že jejich očekávání a potřeby jsou naplněny. Podařilo se nám tak naplnit náš výzkumný cíl, který byl v úvodu této práce předem definován.

Závěr

Předložený text je výsledkem realizace výzkumného snažení, které bylo iniciováno s myšlenkou a za účelem zlepšení každodenního života klientů Seniorského domu Písek. V první kapitole textu byly čtenářům nejprve představeny zásadní definice a pojmy na základě poznatků získaných studiem odborné literatury, která se zkoumané problematiky dotýká. V rámci této části práce bylo účelem autora dostatečně obeznámit čtenáře s tematikou, která bude v dalších kapitolách rozebírána podrobněji. Tedy z oblastí života seniorů v Seniorském domě Písek, a každodenních situací, se kterými se tito lidé setkávají.

Na počátku výzkumné práce byl nejprve stanoven výzkumný cíl, který spočíval ve zjištění, zda pobyt klientů v zařízení SD Písek splnil očekávání, která tito klienti měli před nástupem do tohoto zařízení. O naplnění tohoto výzkumného cíle se pak snažila veškerá výzkumná činnost, která byla vynaložena.

Následně bylo realizováno samotné výzkumné šetření, prostřednictvím kterého byla nasbírána data metodou polostrukturovaných rozhovorů se selektovanými klienty SD Písek. Získaná data byla následně zpracována a vyhodnocena. Povedlo se zodpovědět výzkumnou otázku, čímž se podařilo naplnit hlavní výzkumný cíl této práce, kdy bylo zjištěno, že u majority dotazovaných klientů SD Písek došlo k naplnění očekávání, se kterými do zařízení přicházeli. Mimo to bylo zjištěno, že senioři z námi selektovaného výzkumného souboru byli do zařízení často umístěni bez toho, aby byli o konkrétním SD blíže informováni, seznámeni s aktivitami, které nabízí apod. Velmi hojně se objevovaly odpovědi, ve kterých klienti uváděli, že veškeré zařizování spojené s jejich umístěním do SD zajišťovali jejich potomci. Hlavním důvodem pro umístění seniora do zařízení pak byly zdravotní potíže. Rovněž se nám podařilo identifikovat slabá místa, která sami klienti při rozhovorech označili. Nejčastěji byl spatřován prostor pro zlepšení v oblasti podávané stravy a také v oblasti fluktuace a ochoty personálu tohoto zařízení.

Získaná data budou pochopitelně reflektována v praxi, kdy poznatky získané při vypracování tohoto textu budou dále využity pro účely zlepšení kvality služeb poskytovaných klientům Seniorského domu Písek.

Seznam použitých zdrojů

- ARONOVÁ, Klára. *Texty k personálnímu řízení v neziskové organizaci*. Praha: Agnes, 2008. ISBN 978-80-903696-3-4.
- BALOGOVÁ, Beáta. 2005. *Seniori*. Prešov : Akcent Print, 1. vyd. 158 s. ISBN 80-969-274-93.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GLOSOVÁ, Dagmar. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, c2006. 21. století. ISBN 80-7366-057-1.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0.
- JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie: učební text*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatric: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- KRHUTOVÁ, Lenka. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-290-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3357-2.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, Libor MUSIL a Martin SMUTEK, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7
- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 978-80-210-5029-7.
- NOVOTNÁ, Jaromíra a Jana UHROVÁ. *Ošetrovatelství 1: pro střední zdravotnické školy, obor zdravotnický asistent*. Praha: Fortuna, 2007. ISBN 978-80-7168-987-4.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. Medicína a praxe. ISBN 80-85526-32-8.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAYNE, Malcolm. *Modern social work theory*. Oxford University Press, 2015.
- PETŘKOVÁ, Anna a Rozália ČORNANIČOVÁ. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 8024408791.
- PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
- SMUTEK, Martin. *Evaluaace sociálních programů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-811-7.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

- SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0629-2.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
- ŠTĚPÁNKOVÁ, H. a kol. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicinských a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 288 s. ISBN 978-80-246-26-28-4
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-2104-7.
- TRACHTOVÁ A KOLEKTIV: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno, NCO NZO 2006.
- VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VOJTOVIČ, Sergej. *Koncepce personálního řízení a řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada Publishing, 2011. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3948-9.
- WOLF, Josef. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982. Členská knihnice (Svoboda).
- ZAHRADNÍČEK, Tomáš. *Slovník cizích slov. První vydání*, 2013. 800 s. ISBN 978-80-878-73-18-2.

Periodikum:

JANEČKOVÁ, Hana; NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2013, 72-82.

KITLIŇSKÁ, Jana. Dobrovolnictví jako příležitost k mezigeneračnímu učení. *Sociální práce*, 2012, 4.12: 130-132.

KEYES, C. L. M. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 1989, vol. 61, s. 121-140.

Výzkum:

ABBATE, Riccardo; GIAMBALVO, Ornella; MILITO, Anna Maria. Service and life quality: The case of Palermo. *Social indicators research*, 2001, 54.3: 275-308.

Legislativa:

Zákon č. 108/2006 Sb. o Sociálních službách.

Seznam tabulek

Tab. 1: Trs 1 výběr zařízení	40
Tab. 2: Trs 2 Uspokojení potřeb	43
Tab. 3: Trs 3: Hodnocení služeb	45

Příloha č. 1: Doslovná transkripce jednotlivých rozhovorů

Klientka H. S. – vdova, 76 let se středoškolským vzděláním, pracovala jako dětská sestra. V SD bydlí sedm let. Má dceru a syna.

Otázka č. 1: Uvažovala jste v produktivním věku o využití pobytových služeb pro seniory?

- Ano, s manželem jsme o tom hovořili. Brali jsme to jako možnost, že až budeme v důchodu a nepostaráme se o sebe, že si něco najdeme. Bydleli jsme v Sokolově, dcera tady v Písku. Potom manžel zemřel a já tam zůstala sama. Děti to měly ke mně daleko, pak jsem ještě musela na operaci se zády a domů už jsem sama nemohla.

Otázka č. 2: Co bylo hlavním důvodem podání žádosti o umístnění do SD?

- Byl to hlavně ten můj zdravotní stav a chtěla jsem být blíž dceři. Držet si tam byt byla hloupost a do zařízení tam jsem nechtěla.

Otázka č. 3: Jak jste se dozvěděla o našem zařízení?

- Já nijak, to dcera sháněla. Mně to bylo jedno, chtěla jsem hlavně do Písku.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste čekala na místo v SD?

- Trvalo to rok. Nabídli mi dvoulůžkový pokoj, tak jsem to vzala. A když se uvolnil tenhle jednolůžkový, byl můj.

Otázka č. 5: Věděla jste, co nabízí SD za služby, aktivity?

- Ne, nevěděla a bylo mi ti jedno. Nijak jsem si to nezjišťovala. Chtěla jsem být hlavně blíž u dcery.

Otázka č. 6: Co vy konkrétně jste očekávala od pobytu?

- Chtěla jsem být blíž dceři. Nechtěla jsem být sama, opuštěná. Chtěla jsem, aby o mě bylo postaráno. Tady se nemusím starat o nic. Uvaří mi, uklidí, vyperou. Jsou tu každý den programy, chodí sem pedikérka, kadeřnice, doktorka. Když někam potřebuji, pečovatelka mě odveze.

Otázka č. 7: Byla vaše očekávání naplněna?

- Ale určitě, vždyť vám povídám. Jsem tu moc spokojená. Jsme tu jako jedna rodina. Starají se o mě, se vším mi pomůžou. Já bych neměnila.

Otázka č. 8: Bydlíte tady už delší dobu. Myslíte si, že se služby vylepšily, rozšířily?

- To si nemyslím. Asi jenom, že nám začali vařit dvě jídla k obědu a my si vybereme, které nám chutná.

Otázka č. 9: Co byste zlepšila v zařízení z pohledu poskytovaných služeb?

- Já jsem tu moc spokojená se vším. Opravdu. Jenom bych chtěla, aby kolektiv vás pracovníků byl stabilní. Poslední dobou se to tady hodně střídá a kvalita někdy nic moc.

Otázka č. 10: Rozhodla byste se znova pro naše zařízení?

- Ano, ano, ano. Já jsem tu s vámi moc ráda.

Klient M. V. – vdovec, 88 let s vysokoškolským vzděláním, pracoval jako vysokoškolský učitel. V SD bydlí pět let. Má syna.

Otázka č. 1: Uvažoval jste v produktivním věku o využití pobytových služeb pro seniory?

- Ano, v pozdně středním věku. Syn se snachou pracovali a s manželkou jsme o tom hovořili. Syn za námi samozřejmě chodil a pomáhal. Ale čím jsme byli starší, tím jsme potřebovali více pomoci.

Otázka č. 2: Co bylo hlavním důvodem podání žádosti o umístění do SD?

- Byl to zhoršující se zdravotní stav mé manželky. Po operaci se u ní rozvinul Alzheimer a doma bych to nezvládl. Chtěl jsem být s ní, tak jsem si sem dal taky žádost. Já mám cukrovku na inzulínu a jsem po operaci plotýnky. Už toho bylo na nás moc.

Otázka č. 3: Jak jste se dozvěděl o našem zařízení?

- Od sociální pracovnice v nemocnici, ta nám vše vyřizovala. Ale já jsem to tady znal, chodil jsem kolem na procházky. Sociální pracovnice nám nabídla všechna zařízení v Písku, ale já chtěl sem.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste čekal na místo v SD?

- Nejprve přijmuli manželku na dvoulůžkový pokoj. Po dvou měsících bylo místo, přijmuli i mě a byli jsme spolu na pokoji. Ale bohužel jen čtyři měsíce. Manželka zemřela. Já jsem potom dostal tenhle jednolůžkový pokoj.

Otázka č. 5: Věděl jste, co nabízí SD za služby, aktivity?

- Moc jsem se o to nezajímal. Něco nám řekla ta sociální pracovnice v nemocnici. Dostal jsem vaší brožurku, tu jsem si přečetl. Ale nijak jsem to neřešil.

Otázka č. 6: Co vy konkrétně jste očekával od pobytu?

- Vlastně nic moc, jsem bývalý voják, tak jsem zvyklý na skromné podmínky. Nikdy jsem nebyl náročný. Jsem rád, že se nemusím starat o léky a ten můj inzulin. Mám tu svoji knihovnu a knihy. Jsem spokojený.

Otázka č. 7: Byla vaše očekávání naplněna?

- Určitě, o manželku bylo bezvadně postaráno. A o mě také. Občas mám výtky ke kuchyni, ale já jsem mlsný.

Otázka č. 8: Bydlíte tady už delší dobu. Myslíte si, že se služby vylepšily, rozšířily?

- Vylepšuje se kuchyně, ale hodně pomalu. A přednášky, ty bývají zajímavé.

Otázka č. 9: Co byste zlepšil v zařízení z pohledu poskytovaných služeb?

- Právě tu kuchyni, aby se dále vylepšila v kvalitě a požitelnosti pokrmů. Dále výběr pomocného ošetrovatelského personálu, který se o nás stará. Někdy to jsou lidé, kteří tu práci asi dělat nechtějí. Ale vím, že je to těžké v dnešní době sehnat kvalitní personál.

Otázka č. 10: Rozhodl byste se znova pro naše zařízení?

- Ale jistě, vždyť jsem si ho vyhlédl už při mých vycházkách a neměnil bych.

Klientka J. N. – 94 let, pracovala jako sekretářka. Vdova, v SD 5 let, má dceru. Syn zemřel před 15 lety.

Otázka č. 1: Uvažovala jste v produktivním věku o využití pobytových služeb pro seniory?

- Kdepak, to mě nikdy ani nenapadlo.

Otázka č. 2: Co bylo hlavním důvodem podání žádosti o umístění do SD?

- No zdravotní. Z nemocnice jsem šla domů, ale už mi to tak nešlo. Čekala jsem, až mě vezmou sem. Doma jsem to sama nezvládala.

Pomáhal vám někdo doma?

- Dcera chodila, ale má toho sama dost. Je rozvedená a musí pomáhat mladým. Na mně už tolik nezáleží.

Otázka č. 3: Jak jste se dozvěděla o našem zařízení?

- To právě dcera. Ta to všechno zjistila a zařídila. Já už jsem stará a nemožná.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste čekal na místo v SD?

- Já chtěla jednolůžkový pokoj, jsem tak celý život zvyklá na svůj klid, tak jsem čekala půl roku, než byl.

S rodinou jste v kontaktu?

- Dcera chodí třikrát týdně a voláme si. To víte ty mobily.

Otázka č. 5: Věděla jste, co nabízí SD za služby, aktivity?

- Ne. Doma jsem nemohla být, musela jsem někam jít. Bylo mi jedno kam. Dcera se o všechno postarala a vybrala.

Otázka č. 6: Co vy konkrétně jste očekávala od pobytu?

- Když jsem byla doma, tak už jsem nemohla z bytu. Tady když chci, jdu mezi ženský. Potřebovala jsem pomoc se vším – hygiena, jídlo. Prostě abych se nemusela o nic starat, co se týká domácnosti.

Otázka č. 7: Byla vaše očekávání naplněna?

- Ano. Je o mě postaráno. Snažím se, co nejméně otravovat a co jde, si ještě udělat sama. Ale moc toho není.

Otázka č. 8: Bydlíte tady už delší dobu. Myslíte si, že se služby vylepšily, rozšířily?

- To asi ne. Hodně se tu střídá personál, když už si na někoho zvykneme, odejde a je tu zase někdo nový. Kuchyně je jak na houpačce. Ale já jsem skromná a stačí mi málo. Využívám pedikúru, chodím na akce. Ale to je od začátku stejné.

Otázka č. 9: Co byste zlepšila v zařízení z pohledu poskytovaných služeb?

- Nic, já chci hlavně klid a žádné změny. To už na mě není. Hlavně aby tady byly na nás hodný a bylo jich dost.

Otázka č. 10: Rozhodla byste se znova pro naše zařízení?

- Ano, já si tady žiju po svém a doma už stejně nikoho nemám. Tady mám teď pár kamarádek.

Klientka J. Š. – 85 let, vyučená prodavačka. Vdova, má jednoho syna. V SD bydlí 6 let.

Otázka č. 1: Uvažovala jste v produktivním věku o využití pobytových služeb pro seniory?

- To teda ne, na to nebyl čas. Já žila na vesnici a co bude, jsme vůbec nepřemýšleli.

Otázka č. 2: Co bylo hlavním důvodem podání žádosti o umístění do SD?

- Já mám bolavý nohy a záda. Pořád se to zhoršovalo, ale dokud byl manžel, tak jsme to spolu nějak zvládali. Když zemřel, bylo to těžší. Syn musí chodit do práce, snacha taky a k tomu ten barák. Tak asi hlavně ze zdravotních důvodů.

Otázka č. 3: Jak jste se dozvěděla o našem zařízení?

- Já ne, to všechno syn. On je moc hodný a chtěl, abych se tu měla hezky.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste čekala na místo v SD?

- To já nevím, on to zařizoval syn, a když to bylo, tak mě sem odvezl.

Chodí za vámi?

- Ale jo chodí. Vždycky mi přinese něco dobrého od snachy. Oni nemají děti a pořád lítají kolem toho baráku. Já jim pořád říkám, aby to prodali, že se sedrou.

Otázka č. 5: Věděla jste, co nabízí SD za služby, aktivity?

- Nevěděla, vždyť jsem ani nevěděla, kam půjdu. Ale synovi jsem věřila, že to dobře vybere, abych se měla hezky. On mě má moc rád.

Otázka č. 6: Co vy konkrétně jste očekávala od pobytu?

- A bych se nestarala o barák. A bych dostala najíst, léky, uklidili mi a tak se vším pomohli, co už sama nemůžu. A že nemusím nikam k doktorovi, tady je všechno. Sestřičky mě ošetří a já se o nic nestarám.

Otázka č. 7: Byla vaše očekávání naplněna?

- Mám tu všechno, co potřebuju. Tak ano.

Otázka č. 8: Bydlíte tady už delší dobu. Myslíte si, že se služby vylepšily, rozšířily?

- Já vám povím, jde to od desíti k pěti. Na všem se šetří. Jídlo je někdy hrozný. A lidi jsou tu pořád jiný, nový. To já nemám ráda. Já chci jenom pedikúru a kadeřnici, ty tady jsou. Na žádný jejich akce nechodím. Taky s tou nohou, kam bych šla.

Nabízí vám služby a aktivity, i když ví, že nemáte zájem?

- Teď už ani ne. Asi ví, že bych stejně nešla. Já nejsem na nikoho zvědavá.

Otázka č. 9: Co byste zlepšila v zařízení z pohledu poskytovaných služeb?

- Určitě jídlo a personál. Některý jsou protivný, něco mi slíbí, a pak už ani nepřijdou. Je vidět, že je to tady nebaví.

Otázka č. 10: Rozhodla byste se znova pro naše zařízení?

- Já nevím, asi jo. Syn vybíral určitě to nejlepší. Jestli je to někde horší, tak to pozdrav pánbůh.

Klientka J. J. – 89 let, pracovala jako dělnice. Vdova, má syna. V SD žije 5 let.

Otázka č. 1: Uvažovala jste v produktivním věku o využití pobytových služeb pro seniory?

- To vůbec, to mě ani nenapadlo. Nebyl čas myslet na takový hlouposti.

Otázka č. 2: Co bylo hlavním důvodem podání žádosti o umístění do SD?

- Měla jsem úraz, nemohla jsem být sama v baráku. Syn byl tady v Písku a já u Pelhřimova.

Uvažovali jste nad jiným řešením než SD?

- Syn řekl, že půjdu k nim nebo do domova důchodců. Ale já k mladejm nechtěla. Tak syn barák prodal, to jsem byla zrovna v nemocnici, a bylo to jasný.

Otázka č. 3: Jak jste se dozvěděla o našem zařízení?

- Já musela nejdřív do domova ve Vodňanech, syn tam vedle pracoval, tak to rychle vyřídil. Potom šel do důchodu, tak to vyřídil tady, protože bydlí v Písku, aby za mnou nemusel jezdit.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste čekala na místo v SD?

- Nevím. To všechno syn. Přivezl mě sem a bylo to.

Chodí za vámi?

- Ale to jo. Chodí, volá, nakupuje, co potřebuju.

Otázka č. 5: Věděla jste, co nabízí SD za služby, aktivity?

- Nevěděla, vždyť jsem ani nevěděla, kam jdu.

Otázka č. 6: Co vy konkrétně jste očekávala od pobytu?

- Nic, já neměla vůbec představu. Nic jinýho mi nezbývalo, tak jsem sem šla. Syn rozhodl.

Otázka č. 7: Byla vaše očekávání naplněna?

- Já jsem nic nečekala. Já chtěla být doma na svojí zahrádce. Tady si nikdy nezvyknu.

Otázka č. 8: Bydlíte tady už delší dobu. Myslíte si, že se služby vylepšily, rozšířily?

- Já tady od nikoho nic nechci. Dojdu si dolů na kafe a snažím se od nikoho nic nechtít. Já jsem nikam nechtěla, chtěla jsem být doma. Ta zahrádka mi moc chybí a moje kytičky.

Otázka č. 9: Co byste zlepšila v zařízení z pohledu poskytovaných služeb?

- Nic, já tady nic nevyžívám. Ale personál je někdy neochotný, proto radši nic nechci.

Otázka č. 10: Rozhodla byste se znova pro naše zařízení?

- Nikdy. Barák byl pro mě všechno. Mrzí mě, jak to dopadlo. Nikdy si tady nezvyknu.

Klient P. C. – 70 let, vysokoškolské vzdělání, pracoval jako voják. Vdovec, má dva syny a jednu dceru. V SD žije 5 let.

Otázka č. 1: Uvažoval jste v produktivním věku o využití pobytových služeb pro seniory?

- Nikdy jsem o tom neuvažoval. Já byl voják, hodně jsem cestoval. Manželka byla na všechno sama. Bydleli jsme na Moravě, do Písku mě převeleli, a tak jsme tu zůstali.

Otázka č. 2: Co bylo hlavním důvodem podání žádosti o umístění do SD?

- Zdravotní důvody. Manželka byla těžce nemocná a zemřela mi. Já potom začal mít zdravotní problémy, začal jsem pít a skončil v nemocnici. Nebyl jsem schopný se o sebe postarat.

Nechtěl jste se vrátit domů na Moravu?

- To jsem chtěl. S manželkou jsme tam chtěli jít na důchod. Ale sám bych to tam nedal.

Otázka č. 3: Jak jste se dozvěděl o našem zařízení?

- Já ne. Dcera všechno obcházela a sháněla. Já skrz ten alkohol nebyl schopnej uvažovat.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste čekal na místo v SD?

- Asi měsíc, chtěl jsem jednolůžkový pokoj a měl jsem štěstí, že zrovna byl.

Otázka č. 5: Věděl jste, co nabízí SD za služby, aktivity?

- Dcera mi donesla prospekt, byly za mnou v nemocnici vaše sociální pracovnice. A pak jsem se tady byl ještě podívat.

Otázka č. 6: Co vy konkrétně jste očekával od pobytu?

- Abych tu dostal najíst, nemusel se starat o úklid, prádlo a tak. Sestry mi budou převazovat nohy, dávat léky. A abych si mohl chodit, kam chci.

Využíváte nějaké služby domova?

- Nic navíc. Ani už nikam nechodím. Nemůžu tu kouřit ani pít, tak co.

Otázka č. 7: Byla vaše očekávání naplněna?

- Ano.

Otázka č. 8: Bydlíte tady už delší dobu. Myslíte si, že se služby vylepšily, rozšířily?

- To nepozoruju, že by něco bylo lepší, o tom nevím. Necítím to tak.

Otázka č. 9: Co byste zlepšil v zařízení z pohledu poskytovaných služeb?

- Stravu, ta je příšerná. To se nedá jíst. A to jsem zvyklý z vojny na ledacos. Potom personál, vztahy v kolektivu. Každý tady akorát nadává a je otrávený. Hrozně se to tady střídá, pořád někdo nový. Nemám tady pořádně s kým promluvit. Nikdo za mnou nepřijde a nezeptá se, co potřebuju.

Otázka č. 10: Rozhodl byste se znova pro naše zařízení?

- Šel bych sem zase. Mám tu všechny děti.

Klient I. J. – 82 let, dříve dopravní dispečer. Rozvedený, má jednoho syna. V SD žije 6 let.

Otázka č. 1: Uvažoval jste v produktivním věku o využití pobytových služeb pro seniory?

- Ne, já měl jiné starosti a neměl jsem čas vymýšlet hlouposti.

Otázka č. 2: Co bylo hlavním důvodem podání žádosti o umístění do SD?

- Syn potřeboval byt. Já už byl starej, tak jsem mu ho nechal.

Otázka č. 3: Jak jste se dozvěděl o našem zařízení?

- Syn něco zjišťoval a dal mi sem žádost.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste čekal na místo v SD?

- On mi sem dal žádost hned, jak zjistil, že potřebuje můj byt. Čekal jsem asi tři měsíce, já nechvátal.

Otázka č. 5: Věděl jste, co nabízí SD za služby, aktivity?

- Ne, já nic nechtěl. Jenom mít, kde bydlet. Na ostatní kašlu.

Otázka č. 6: Co vy konkrétně jste očekával od pobytu?

- Střechu nad hlavou.

Otázka č. 7: Byla vaše očekávání naplněna?

- Ano.

Otázka č. 8: Bydlíte tady už delší dobu. Myslíte si, že se služby vylepšily, rozšířily?

- Nevím a nezajímá mě to. Nic nepotřebuji, když něco chci, zařídím si to sám.

Se synem jste v kontaktu?

- Jistě, občas.

Otázka č. 9: Co byste zlepšil v zařízení z pohledu poskytovaných služeb?

- Aby mi všichni dali pokoj. A hlavně, ať je klid na chodbě, je tu někdy hrozný rámus. Pokřikují tady na sebe jak báby na trhu. To nesnáším.

Otázka č. 10: Rozhodl byste se znova pro naše zařízení?

- Tohle nebo jiné, všude to bude stejný. Nejlepší je to doma. Ale když to nešlo. Asi jo, šel bych sem zase.