

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Očekávání seniorů před a po příchodu do domova pro seniory

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Doc. Ing. Lucie Kozlová, PhD.

Autor bakalářské práce:

Martina Dvořáková

2010

ABSTRAKT

V dnešní společnosti přibývá seniorů, kteří se s přicházejícími změnami, které souvisí se stárnutím, nedokáží vyrovnat. Ať z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, ztráty soběstačnosti, neschopnosti se o sebe postarat či jakékoli ztížené sociální situaci vyhledávají pomoc v sociálních službách. Do sociálních služeb přinesl zásadní změny Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění a provádějící vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění, které nabyly účinnosti dne 1.1.2007. Změny spočívají v novém pojetí sociálních služeb, jejich formách, druzích a podmínkách poskytování. Zákon též přinesl do systému novou dávku – příspěvek na péči, který je určen k zajištění si odpovídající péče buď v domácím prostředí, nebo v zařízení sociálních služeb.

Dle výše uvedeného zákona domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Mezi základní činnosti poskytované domovy pro seniory patří: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Cílem práce je odkrýt problematiku stárnutí a stáří, fyzické, psychické a sociální změny u seniorů, problematiku jejich potřeb a změny v komunikaci. Dále se práce věnuje adaptaci na stáří a zátěži na seniora při vstupu do domova pro seniory.

Výzkum pro praktickou část bakalářské práce probíhal v Domově důchodců Horní Planá. S každým druhým uživatelem této sociální pobytové služby byl veden rozhovor, který zjišťoval důvod pobytu v domově pro seniory, průběh adaptace a celkovou spokojenost s poskytovanými službami.

Výsledky práce budou sloužit zejména pro potřeby Domova důchodců Horní Planá ke zlepšení kvality poskytovaných služeb.

ABSTRACT

In today's society, there are an increasing number of seniors who are not conforming to changes, which come with ageing. They seek a help of social services either due to health problems, the loss of self-sufficiency, the incapability of taking self-care of themselves, or due to any difficulties of social status. Major changes of social services were initiated by the Act No. 108/2006 as amended and the consequent regulation No. 505/2006, which came into effect on January 1, 2007. The changes are based on new approach to social services, their forms, categories and given conditions. The Act has also introduced a new welfare, which is intended to support additional care either at home, or in convalescent homes.

According to the abovementioned act, the retirement homes provide accommodation to seniors with reduced self-sufficiency caused by age that need regular assistance of another person. Basic services provided in the retirement persons homes are: accommodation, meals, gathering, help with daily self-care and personal hygiene, socializing, social-therapeutic activities and legal aid with individual rights, lawful requirements and arrangement of personal matters.

The objective of this thesis is to define the problem of old age and senescence, psychical and social alterations of seniors, their needs and changes in communication. The thesis also deals with the adaptation to aging and stress caused by entering a retirement home.

The survey for this study was carried out in the retirement home at Horní Planá (Czech Republic). A half of its occupants were interviewed to learn how they made their decision to stay there, the way of adaptation and general satisfaction with services.

The conclusions of this study are to be aimed particularly to needs of the retirement home at Horní Planá as to improve the quality of provided services.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 2. 8. 2010

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Doc. Ing. Lucii Kozlové, PhD. za vedení bakalářské práce, její odborné rady a informace, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout. Dále děkuji mé rodině, dětem a především manželovi za nesmírnou podporu a velkou trpělivost během celého mého studia. Díky patří i vedení Domova důchodců Horní Planá, které mi dalo možnost studovat a děkuji také všem uživatelům této pobytové služby za skvělou spolupráci a ochotu při rozhovorech.

Obsah

1. Současný stav	10
1.1 Stáří	10
1.1.1 Pojem stáří, stárnutí, senior	10
1.1.2 Změny psychické, tělesné, emoční	13
1.1.3 Změny v oblasti sociální	18
1.1.4 Změny v komunikaci	20
1.2 Sociální služby pro seniory	22
1.2.1 Historie a vývoj sociálních služeb	22
1.2.2 Zákon o sociálních službách a registr poskytovatelů sociálních služeb	23
1.2.3 Sociální služby a druhy sociálních služeb	26
1.2.4 Příspěvek na péči	29
1.3 Adaptační proces	30
1.3.1 Adaptace na stáří	30
1.3.2 Geriatrický maladaptivní syndrom	32
1.3.3 Pět „pé“ optimální adaptace	33
1.3.4 Dobrovolné a nedobrovolné umístění do domova pro seniory	34
1.4 Domov důchodců Horní Planá	37
1.4.1 Poslání, cíle a zásady poskytování sociální služby	37
1.4.2 Komu jsou služby poskytovány	38
1.4.3 Způsob poskytování sociální služby	39
1.4.4 Jednání se žadatelem o službu a přijetí do Domova důchodců Horní Planá	42
2. Cíl práce a hypotézy	47
3. Metodika	47
3.1 Popis metodiky	47
3.2 Charakteristika souboru	48
4. Výsledky	49
5. Diskuze	67

6. Závěr	71
7. Seznam použitých zdrojů	73
8. Klíčová slova	76
9. Přílohy	77

„Být starý je krajně nepopulární. Lidé, jak se zdá, neberou na zřetel, že nedokázat zestárnout je stejně hloupé jako neumět odrůst dětským botičkám.“

Carl Gustav Jung

ÚVOD

Dle demografických výsledků populace stárne. Se stárnutím pak přicházejí změny, se kterými se mnoho seniorů nedokáže vyrovnat. Ti pak, ať z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, ztráty soběstačnosti, neschopnosti se o sebe postarat či jakékoli ztížené sociální situaci, vyhledávají pomoc. V minulosti byla vždy upřednostňována pomoc v rodině, kdy se automaticky postaraly o stárnoucí rodiče jejich děti. V dnešní době tomu tak většinou není. Z důvodu uspěchaného života již nemáme tolik času. Všechn čas nám zabere práce, volného času příliš není a jeden na druhého již tolik nemyslíme. Mnoho seniorů, kteří se ocitli v tíživé situaci, vyhledává pomoc v sociálních službách. Nabídka je pestrá, od terénních sociálních služeb až po domovy pro seniory, které pak poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Do sociálních služeb přinesl zásadní změny Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění a provázející vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění, které nabyly účinnosti dne 1.1.2007. Objevilo se nové pojetí sociálních služeb, jejich formy, druhy a podmínky poskytování. Zákon též přinesl do systému novou dávku – příspěvek na péči, který je určen k zajištění si odpovídající péče buď v domácím prostředí, nebo v zařízení sociálních služeb. Rovněž dal jednotlivým zařízením novou

kompetenci – jednat se zájemcem o službu, nabízet službu a dojednávat podmínky poskytování.

Jedním z hlavních důvodů, proč jsem volila téma ze seniorské problematiky, je fakt, že od roku 1996 pracuji jako sociální pracovnice v Domově důchodců Horní Planá. Zajímalo mne tedy, zda to co nabízí naše služba je dostačující. Je to právě to, co senior žádá a potřebuje?

Cílem práce mé práce je odkrýt problematiku stárnutí a stáří, fyzické, psychické a sociální změny u seniorů, problematiku jejich potřeb a změny v komunikaci. Dále se práce věnuje adaptaci na stáří a zátěži na seniora při vstupu do domova pro seniory. Jedna z kapitol je pak věnována přímo Domovu důchodců Horní Planá – posláním, cílům a způsobu poskytování sociální služby, průběhu jednání se žadatelem o službu a přijetí do domova.

Výzkum pro praktickou část bakalářské práce pak probíhal rovněž v Domově důchodců Horní Planá. Zde byl s každým druhým uživatelem této pobytové služby veden rozhovor. Zjišťován byl důvod pobytu v domově, průběh adaptace, celková spokojenost s poskytovanými službami, zda se seniorům dostává takových služeb, jaké očekávali před příchodem do domova.

Výsledky práce mohou sloužit zejména pro potřeby Domova důchodců Horní Planá, zejména ke zlepšení kvality poskytovaných služeb.

1. Současný stav

Mezi základní rysy demografického vývoje lze zařadit stárnutí populace. Jak uvádí Topinková¹ mezi základní demografické charakteristiky české populace lze zařadit trvale klesající porodnost a snižující se úmrtnost, prodlužování střední délky života, zvyšování absolutního počtu starých lidí a jejich zastoupení v populaci. Zatímco v roce 1950 bylo zastoupení osob nad 65 let 8,3% (osob nad 80 let – 1,0%), v roce 2000 zastoupení osob nad 65 let vzrostlo na 13,9% (osob nad 80 let – 2,5%). Předpokladem pro rok 2025 je zastoupení osob nad 65 let 23,1% (u osob nad 80 let – 5,3%) a v roce 2050 by mělo být zastoupení osob nad 65 let 32,7% (nad 80 let 9,5%).

Je tedy zřejmé, že starých a stárnoucích lidí bude přibývat, mladší generace bude tvořit stále menší část obyvatelstva a věková struktura se bude měnit.

MinibergEROVÁ² hovoří o nutnosti pomoci. Díky medicíně víme, co má starý člověk jíst, pít, jaké léky má brát a jak má cvičit. Zůstává však otázka, jak se má se stářím takový člověk vyrovnat a jak se na stáří připravit.

1.1 Stáří

1.1.1 Pojem stáří, stárnutí, senior

Definice na stáří a stárnutí je velmi mnoho. Jak uvádí Pacovský³ stáří je přirozená a poslední etapa ontogenetického vývoje a má specifické biologické znaky, které je odlišují od ostatních životních etap. Stárnutí je pak vývojový přechod mezi dospělostí a stářím.

¹ TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galen, 2005. 270s. ISBN 80-7262-365-6

² MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67s. ISBN 80-7013-436-4

³ PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136s. ISBN 80-201-8076-8

Podle Pichauda a Thareauové⁴ se život odehrává ve třech fázích: fáze progresu (dětství a mládí), následuje fáze připomínající rovinu (dospělost) a život končí obdobím úpadku (stáří). Stárnutí pak lze definovat jako působení času na lidskou bytost.

Topinková⁵ definuje stárnutí jako univerzální a nevratný proces, který postihuje všechny orgány člověka, a to různou rychlostí. Ty pak ztrácejí svou funkční rezervu. Starý člověk se tak stává méně přizpůsobivý jakékoli změně a ztrácí své adaptační schopnosti.

Haškovcová⁶ hovoří o stáří jako o přirozeném období lidského života, kdy však stáří není nemocí. Je to pouze přirozený proces změn, které provázejí celý život, ale jsou patrné až v průběhu pozdějšího věku.

Hrozenká⁷ konstatuje, že stárnutí je specifický biologický proces, který je dlouhodobě nakódovaný, nezvratný, neopakuje se, je rozličného charakteru a zanechává trvalé stopy.

Zavázalová⁸ rozlišuje pojem stárnutí a stáří. Zatímco stárnutí znamená proces, stáří je výsledkem tohoto procesu. Stárne jak konkrétní jedinec, tak stárne celá populace. Setkáváme se však s velkými odchylkami, protože lidé nestárnou stejně rychle a stejně rychle a stejnoměrně nestárnou jejich orgány.

Podle Křivohlavého⁹ není stáří něčím, co by přicházelo naráz a neočekávaně, je to plynulý přechod v lidském životě.

Vágnerová¹⁰ vidí stáří jako poslední etapu života, která přináší moudrost, nadhled, pocit naplnění. Na druhou stranu je to období úbytku energie a proměny osobnosti. Jedná se tedy o období bilancování. Dle jejích slov by měl člověk přijímat stáří takové, jaké je – se svými pozitivy i negativy. Člověk potřebuje zhodnotit svůj život, aby mohl přijmout i jeho konec.

⁴ PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1996. 160s. ISBN 80-7178-184-3

⁵ TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galen, 2005. 270s. ISBN 80-7262-365-6

⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. 409s. ISBN 80-7038-158-2

⁷ HROZENSKÁ, Martina. a kol. *Sociální práce so staršími lidmi*. Martin: Osveta, 2008. 181s. ISBN 978-80-8063-282-3

⁸ ZAVÁZALOVÁ, Helena. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 55s. ISBN 80-246-0326-8

⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0

Langmeier a Krejčířová¹¹ vidí pod pojmem stárnutí souhrn změn v organismu, mající za následek zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti stárnoucího člověka.

Kalvach¹² stáří označuje jako proces, který postihuje živou hmotu a probíhá již od početí. Výsledkem stárnutí je stáří = senium.

Proces samotného stárnutí a stáří je velmi individuální, rozdílný a je ovlivněn mnoha vnitřními i vnějšími faktory. Lze proto jen velmi těžko stáří a stárnutí jednoznačně definovat.

Kalvach¹³ rozlišuje tři typy stáří :

- ❖ kalendářní stáří - je jednoznačně vymežitelné a je dáno věkem:
 - 65 – 74 => mladí senioři (problematika aktivit, trávení volného času, seberealizace, penzionování)
 - 75 – 84 let => starší senioři (problematika adaptace, osamělosti)
 - 85 a více let => velmi staří senioři (problematika soběstačnosti a zabezpečení)
- ❖ sociální stáří - je spojeno se změnou sociálních rolí, životního stylu a ekonomického zajištění, za počátek je považován odchod do důchodu
- ❖ biologické stáří – označení konkrétních změn v organismu člověka

¹⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.:dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

¹¹ LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2.akt.vyd. Praha: Grada, 2006. 368s. ISBN 80-247-1284-9

¹² KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6

¹³ KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6

1.1.2 Změny psychické, tělesné, emoční

Každý člověk prožívá svůj život originálně. Lze však konstatovat, že v životě přichází okamžiky, které jsou spojené s vyšším věkem. Tyto změny, které s sebou stáří přináší, můžeme rozčlenit na změny psychické, tělesné a emoční.

Psychické změny

Jak uvádí Wolf do psychologického stárnutí lze zahrnout všechny změny psychiky, které jsou s přibývajícím věkem stále častější. Je zde velká propojenost se změnami tělesnými a samotný proces stárnutí je ovlivněn mnoha faktory. Mezi ně patří zejména genetický předpoklad, osobnost jedince, jeho zdravotní historie či různé události života¹⁴

Dle Pacovského¹⁵ je při posuzování psychických změn důležitá osobnost, kterou je nutno posuzovat jako psychologický celek. Zatímco celistvost osobnosti zůstává zachována, dochází pouze ke změně dílčí funkční schopnosti. Ve stáří často dochází ke změně motivace, člověk přehodnocuje pořadí potřeb, hodnot a cílů. Změny ve stáří ale nemusí mít vždy sestupnou tendenci. Některé funkce změnu nevykazují (slovní zásoba, jazyková dovednost), jiné se naopak zlepšují (soudnost, rozvaha, stálost v názorech).

Jak uvádí Venglářová¹⁶ ve stáří se dostávají do popředí negativní rysy osobnosti a k jejich zintenzivnění.

V průběhu stárnutí dochází u člověka ke strukturální i funkční změně mozku. Typickým projevem je úbytek mozkové tkáně. Následkem takového úbytku je pak narušení funkcí, které jsou řízeny příslušnou částí mozku. Narušena jsou i jednotlivá spojení mozku, což vede ke zpomalení psychických funkcí. Při takových změnách člověk nedokáže rychle zpracovávat a plně využívat všechny informace, není schopen

¹⁴ WOLF In JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110s. ISBN 80-7368-110-2

¹⁵ PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1.vyd. Praha: Scientia medica, 1994. 152s. ISBN 80-85526-32-8

¹⁶ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5

uvažovat o více faktech naráz. Lidský mozek tedy nezpracovává informace tak jako dřív.¹⁷

Ve stáří dochází ke zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů. Starší lidé tak nejsou méně schopní, jsou pouze pomalejší. Nejsou schopni tak rychle informaci zpracovat a reagovat na ni. Déle a obtížněji se rozhodují, věnují větší úsilí informaci zpracovat a méně se snaží ji uchovat. Ke zpomalení může přispět i větší unavitelnost seniora nebo stres.¹⁸

Typické pro toto období je i zhoršování zrakových a sluchových funkcí. Člověk, který má tyto funkce narušeny, se musí mnohem více soustředit, aby přesně přijal informaci, která je mu dáována. Často si pomáhá kompenzačními pomůckami. Postoj společnosti je však k těmto pomůckám různorodý. Zatímco brýle jsou brány jako pomůcka, která je běžná, naslouchadlo je již připisováno pouze lidem seniorského věku. Senior se tak za naslouchadlo stydí a raději se stáhne do ústraní – stydí se.¹⁹

K výrazným změnám v tomto období dochází i v rovině pozornosti. S věkem se postupně zhoršuje schopnost zaměřit se a soustředit na potřebné informace. Pokud je nutno přenést pozornost z jedné věci na druhou, starší člověk reaguje pomaleji a dělá i více chyb. Mnohem méně se koncentrace pozornosti mění v případě, jde-li o jednoduchou a dobře známou činnost.²⁰

Vágnerová²¹ též hovoří o začínajících nedostatcích v oblasti paměťových funkcí a oblasti učení. Zhoršení paměti je běžný projev stárnutí spojený s větší unavitelností a narušením pozornosti. Ve stáří dochází ke zhoršení nejen ve zpracování a ukládání nových informací, ale i ve vybavování dříve zapamatovaného. Dochází tak k narušení jak krátkodobé, tak dlouhodobé paměti. Uchování paměťových funkcí závisí na mnoha

¹⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.:dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

¹⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.:dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

¹⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.:dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

²⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.:dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

²¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.:dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

faktorech - vzdělání a s ním spojené rozumové schopnosti, míra užívání paměti, genetické předpoklady, aktuální zdraví, trénovanost paměti.²²

Rozumové schopnosti také procházejí změnami, rychlost a míra úbytku pak závisí jak na dědičných dispozicích, tak sociálních faktorech. Chorobnými procesy pak bývá podmíněn závažnější úpadek rozumových schopností. Jedná se především o demenci, kterou trpí 5% lidí starších 65 let.²³

Změna životního stylu i stárnutí jako takové má velký vliv i na uvažování starších lidí. Zvětšuje se tendence k dogmatismu, neochotě řešit problémy nově. Nechuť ke všemu novému vychází z náročnosti zpracování nových informací, v kterých se obtížně orientuje. Na novou zkušenost předem rezignují, i když je změna chápána jako pozitivní. Starší lidé raději využívají zafixovaná řešení, dávají přednost rutině a stereotypu.²⁴

Tělesné změny

Kalvach²⁵ označuje tělesné projevy a změny, kterými se staří lidé odlišují od mladých, jako fenotyp stáří. Tyto změny mají obecné rysy a rozsah a úplnost těchto změn je velmi individuální. Tělesná výška, hmotnost i celkový povrch těla se snižují. Výrazné změny nastávají v držení těla a chůzi, ta se zpomaluje a krok zkracuje.

I Pichaud a Thareauová²⁶ popisují typické fyziologické změny přicházející s věkem: kůže se svrašťuje, vlasy šediví a ubývají, uši obtížně vnímají a jsou citlivější na šumy, zrak slábne a obtížněji reaguje na změnu světla a tmy, svalstvo ochabuje, dochází k rychlejší únavě dýchací soustavy (hlavně při námaze), přetváří se imunitní systém.

²² VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.:dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

²³ JIRÁK In VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.:dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

²⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.:dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

²⁵ KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6

²⁶ PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1996. 160s. ISBN 80-7178-184-3

S přibývajícím věkem se též mění spektrum nemocí, dochází k nárůstu výskytu chronických chorob, orgánová postižení se kombinují, což pro seniora znamená vyšší riziko. Podle epidemiologických studií téměř 90% lidí starších 75 let trpí jednou či více chronickými nemocemi. Můžeme hovořit i o řetězení chorob, kdy jedna způsobí a vyvolá druhou (např. po zlomenině krčku je senior upoután na lůžko, což vede k mnoha dalším komplikacím a rizikům – dekubity, hrozící trombóza, močová inkontinence apod.). Projev několika různých chorob najednou, pak nazýváme polymorbidita.²⁷

Vágnerová²⁸ uvádí, že standardní proces stárnutí neznamena pouze změnu různých funkcí, ale mění se i vzhled člověka. U někoho dojde k takové změně velice rychle - nápadněji ztloustne, shrbí se, zvrásčítí, zešediví mu vlasy. Člověk ztrácí své typické rysy a již nevypadá jako dřív. Okolí pak takového člověka začíná vnímat jako starce a začíná se tak k němu i chovat. Lze tedy říci, že je ovlivněn i jeho sociální status.

Příčina mnoha nemocí, které jsou připisovány stárnutí, však souvisí i se stylem našeho života. Pokud jsme celý život prožili ve stresu, jedli nezdravě, kouřili, pili alkohol, necvičili, nesportovali a mysleli negativně, naše tělo ve stáří není schopno tyto zlozvyky vyrovnat a přizpůsobit se. To vše se konci života „sečte“ a odrazí se na zdravotních problémech, které jsou často přičítány pouze stáří.²⁹

Emoční změny

Emotivita, jako citová oblast našeho života, odráží buď kladnou hodnotu podnětové situace (pocit libosti), nebo hodnotu zápornou (nelibost). Emoce lze též dělit na krátkodobé (afekty) a dlouhodobé (nálady).³⁰

Rovněž v oblasti citového života nedochází k jednotným a stejně průkazným změnám. Obecně lze říci, že dochází k celkovému oploštění emotivity. Staří lidé bývají velmi často citově nestálí a své emoční projevy i hůře zvládají. Mají sklon k úzkostem,

²⁷ TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galen, 2005. 270s. ISBN 80-7262-365-6

²⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

²⁹ RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 86s. ISBN 80-7169-828-8

³⁰ KRAMÁŘOVÁ, Naděžda, TUČEK, Jan. *Gerontopsychiatrie*. 2.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2005. 55s. ISBN 80-7040-829-4

depresím, jsou zranitelnější, mají větší potřebu projevu náklonnosti a očekávají větší porozumění a ohled okolí.³¹

Venglářová³² rozlišuje pojem oploštělá emotivita a emoční labilita. Zatímco pro oploštělou emotivitu je typické vymizení přiměřených emočních reakcí, nezájem a neochota se do čehokoli zapojit, pro emoční labilitu je to nepřiléhavost citů k situaci. Jde o stavy, kdy dochází k rychlému střídání pláče a smíchu – v očích ještě slzy a na tváři smích.

Emoční prožívání a jeho proměny nemusí být vždy příliš nápadné. Někteří senioři mají tendenci udržet si pouze přijatelné emoční ladění. Nepříjemné situace přehlíží a popírají negativní dopad. Dominantní je v období stáří (a zejména pozdního) pocit bezpečí a pohody, proto se senior vyhýbá všemu nepříjemnému, včetně okolí, pokud by to pro něj znamenalo narušení.³³

I podle Langmeiera a Krejčířové³⁴ je ve stáří emoční prožívání jiné. Na počátku období stáří vidíme silnou potřebu seberealizace a užitečnosti pro druhé. Naopak ke konci období člověk ztrácí zájem o události okolního světa, soustředí se pouze na sebe a své problémy. Velmi záleží na hodnotách každého člověka – pro některé je delší život příležitost dosáhnout něčeho nového, pro druhé může stáří představovat pouze osamělost a strádání.

Ve stáří dochází ke snížení intenzity citového prožívání, emoce jsou labilnější, člověk snadno podléhá dojetí, nové události ho již tolik nevzrušují. Člověk se tak může začít stahovat do sebe a zvýšené sebepozorování může vést k celkové přecitlivělosti nebo hypochondrii.³⁵

³¹ JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110s. ISBN 80-7368-110-2

³² VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5

³³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

³⁴ LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2.akt.vyd. Praha: Grada, 2006. 368s. ISBN 80-247-1284-9

³⁵ MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67s. ISBN 80-7013-436-4

1.1.3 Změny v oblasti sociální

Mnoho změn nastává během stárnutí a stárí i v oblasti sociální a dochází ke změnám sociálních rolí. Mezi významnou změnu v tomto období patří odchod do důchodu. Končí tak role pracovní, snižuje se autorita a společenská prestiž. Důchodce bývá vnímán společností jako méněhodnotný, méněcenný až zbytečný. Jsou omezeny jeho společenské kontakty a odchod do důchodu se projeví i ekonomicky. Ženám, oproti mužům, zůstává v tomto období možnost pokračovat v některých návycích (nákupy, starání se o domácnost), což je pro ně velikou výhodou při zvykání si na novou sociální - roli důchodce.³⁶

I do rodinného života se promítá celá řada změn. V tomto věku již děti odcházejí z domova a partneři tedy zůstávají pouze spolu. Bez dětí nalézají nové způsoby manželského života, hledají novou rovnováhu. Dochází tak k upevnění jejich vztahu, nebo naopak k prohloubení konfliktů. Ztráta role rodiče bývá nahrazována rolí prarodiče.³⁷

Jednou z nejtěžších zkoušek a změn, se kterou se staří lidé musejí vyrovnat, je smrt partnera. Partner, který zůstává, vnímá tuto ztrátu jako roztržení, rozbití jedné části jeho osobnosti. Mnoho z nich toto období překoná a začíná znovu žít. Není to však pravidlem. Postupně však odcházejí i staří přátelé. Každá smrt tak vyvolává strach z blížícího se konce.³⁸

Vágnerová³⁹ uvádí, že senior prožívá své stárí v několika sociálních skupinách:

- ❖ rodina – pro seniora nejvýznamnější sociální skupina zahrnující partnera, sourozence a děti s jejich rodinami

³⁶ JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110s. ISBN 80-7368-110-2

³⁷ MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67s. ISBN 80-7013-436-4

³⁸ MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67s. ISBN 80-7013-436-4

³⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stárí*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

- ❖ přátelé a známí ze sousedství – ti, se kterými má senior společné zájmy a aktivity, v mnohých případech tato skupina nahrazuje nefunkční či neexistující rodinu
- ❖ společenství obyvatel určité instituce – nemocnice, LDN, domov pro seniory apod., i zde je senior součástí určitého stylu života

Život starých lidí se odehrává v určitém teritoriu. Postupnou ztrátou blízkých a známých lidí dochází k zužování tohoto teritoria. Člověk tak ztrácí mnohé citové vazby a nemá s kým vzpomínat na uplynulý život. Hrozící osamělost se může přeměnit v izolaci od společnosti.

Pichaud a Thareauová⁴⁰ uvádějí několik faktorů vedoucích k samotě. Patří mezi ně životní podmínky (věk člověka, ztráta partnera nebo žije-li sám), fyzický stav (nemoc, smyslová porucha nebo takové postižení bránící člověku vycházet z domu), psychický stav (ztráta někoho blízkého, poruchy chování, nedostatečný kontakt s okolím) a sociální či ekonomické jevy (nedostatek finančních prostředků nebo aktivit). Pro někoho může samota znamenat cosi, s čímž je velmi obtížné se vyrovnat. Samota se pak změní v pocit zbytečnosti, že už se mnou nikdo nepočítá. Člověk se pak začne uzavírat do sebe, nevěří si, cítí se opuštěný a začnou se dostavovat deprese.

Přibližování stáří a jeho nevyhnutelnost si člověk začíná uvědomovat okolo 60. roku věku. Záleží pouze na něm, jak tento vývojový mezník překoná. Někdo může vnímat stáří jako pocit větší svobody v rozhodování o sobě, o svém životě a způsobu trávení svého volného času, kterého má díky odchodu do důchodu dostatek. Pokud si ovšem nedokáže přijatelně vyplnit tento čas, může naopak tuto volnost vnímat jako zátěž. Člověk už necítí povinnost vyplývající z profesně společenského postavení a záleží pouze na něm, rozhodne-li se realizovat dosud nenaplněné potřeby nebo zvolí cestu samoty.⁴¹

⁴⁰ PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1996. 160s. ISBN 80-7178-184-3

⁴¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

1.1.4 Změny v komunikaci

Vnímáme-li komunikaci jako druh sociální interakce, pak znamená jak vzájemné, tak jednostranné sdělování nebo výměnu informací. Komunikaci lze rozdělit na verbální (slova), nonverbální (mimika, řeč těla) a metakomunikaci (hlasová intonace). Prostředkem komunikace jsou slova, gesta a celkové chování člověka.⁴²

Dle Vágnerové⁴³ může tato komunikace narušena různými změnami, které s sebou stárí přináší. Shrnuje je do několika bodů:

- ❖ percepční problémy – z důvodu nedoslýchavosti člověk nestačí zachytit vše a pouze odhaduje smysl sdělovaného, může tak dojít velmi snadno k chybám. Pokud nedoslýchavý člověk komunikuje ve skupině, je tato chybovost častější. Nechce se opakovaně znovu ptát a raději se do hovoru vůbec nezapojuje. Může se vyskytnout i pocit přehlížení nebo podezření, že je o nich hovořeno špatně.
- ❖ pomalost komunikace – starší lidé potřebují delší dobu na jak zpracování sdělované informace, tak na zformulování odpovědi. Velkým problémem je to hlavně při komunikaci s mladšími lidmi z důvodu jejich netrpělivosti. Než stihne starší člověk zareagovat, jsou ostatní již dávno u jiného tématu.
- ❖ paměťové problémy – komplikují především krátkodobé uchování sdělovaných informací a vybavení si potřebných slov k odpovědi. Výrazná je i tendence sdělenou informaci opakovat, čímž se senior ujišťuje o vlastním pochopení informace, kterou sděluje.
- ❖ změna jazykových kompetencí – ke změnám dochází okolo 70. roku věku. Slovní zásoba není narušena, ale zhoršuje se schopnost jejího použití. Dochází k poklesu slovní plynulosti a člověk se uchyluje

⁴² NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 1.vyd. Praha: Academia, 1999. 287s. ISBN 80-200-0690

⁴³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stárí*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

k jednoduchým a zkráceným sdělením. Problémem začíná být i v porozumění textu, má-li senior pochopit podstatu a smysl.

- ❖ obsah komunikace – vzhledem k zúžení sociálního okruhu a života seniora, začínají být věci běžné a banální posuzovány jako velice důležité, je jim přičítán větší význam. Převažují témata zdraví, rodina a vzpomínky na minulost.

Minibergorová⁴⁴ klade důraz na důležitost celého komunikačního procesu. Mluvíme-li s člověkem nedoslýchavým, neopomíjíme zrakový kontakt. Důležitost klade i na kontaktu dotykovém – podání ruky nebo pohlazení po ruce posiluje důvěru. Senior tak bude mít pocit a jistotu, že věříme tomu co nám říká a sdělované nebagatelizujeme. Velký význam má i pouhé naslouchání. Senior má někdy pouze potřebu se vypovídat, aniž by čekal na odpověď.

Kalvach a Onderková⁴⁵ kombinaci poruchy sluchu, zraku a s nimi spojenou poruchu komunikace označují jako syndrom smyslového a komunikačního deficitu. Ke komunikaci s takovým seniorem je zapotřebí velkého úsilí. Ve své publikaci pak uvádějí desatero zásad (podle Národní rady zdravotně postižených v ČR):

1. respektovat identitu a důsledně oslovovat jménem – oslovení „babi, dědo“ je ponižující
2. vyhýbat se infantilizaci – nehovořit se seniorem jako s dítětem
3. chránit důstojnost seniora – nepodceňovat ani nepřisuzovat funkční deficity
4. respektovat zpomalení a chránit seniora před stresem – počítat se zhoršenou pohyblivostí, stabilitou a zpomalením tempa
5. složitější nebo zvlášť důležité informace několikrát zopakujeme nebo napíšeme na list papíru
6. taktně ověřit komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku,...) a přizpůsobit komunikaci

⁴⁴ MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67s. ISBN 80-7013-436-4

⁴⁵ KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galen, 2006. 44s. ISBN 80-7262-455-5

7. zdržovat se v zorném poli seniora, mluvit srozumitelně a udržovat oční kontakt
8. nezvyšovat hlas bez ověření nedoslýchavosti
9. dopomoc při pohybu (sedání a vstávání ze židle či lůžka), oblékání, svlékání vždy nabízíme, nevnučujeme pomoc
10. směřovat k podpoře a zachování soběstačnosti, nikoli předpokládat její ztrátu

1.2 Sociální služby pro seniory

1.2.1 Historie a vývoj sociálních služeb⁴⁶

Jak uvádí Haškovcová, úroveň péče o handicapované, duševně nemocné a staré lidi vždy vypovídá o kultuře společnosti. Dříve patřila péče o takové lidi výhradně rodině. Mnozí z nich měli ale rodinu nefunkční, nebo ji neměli vůbec. Byli tak odkázáni na nedůstojné podmínky, toulání a žebrotu. Mnozí pak umírali hladem, podchlazením a ve špíně. To bylo důvodem počátku rozvoje charitativní péče, kterou zajišťovala církev či vrstva bohatých. Kláštery zakládaly starobince a chudobince. Později se přičinily též městské a obecní rady.

Ve 14. A 15. století vznikaly první domovy pro staré osoby, a to na území Jugoslávie. Prvním zákonem řešící problém starých lidí byl přijat v Anglii roku 1504.

Za panování královny Alžběty bylo vydáno první chudinské právo. To dávalo za povinnost každé farnosti vybírat poplatek na podporu starých lidí.

O první systematické péči o starých lidech lze hovořit se vznikem „penzionů pro dámy a pány“. Intenzivně se péče začala rozvíjet ve 20. století, kdy vznikaly systémy sociální péče a první domovy důchodců a jinak specializované typy ústavní péče.

I u nás existují od dob Josefa II. Farní chudinské ústavy. Chudý je pak ten, kdo nedisponuje žádnými prostředky a nemůže se živit vlastním přičiněním. Chudinské právo z roku 1863 pak dává za povinnost domovské obci postarat se o tyto lidi.

⁴⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 72s. ISBN 80-7013-363-5

Domovská obec byla dána místem narození potřebného. Koncepce chudinské péče se postupně snažila žebrotu a almužnictví odstranit pomocí tzv. poukázkové soustavy (stravenky, poukázky na oblečení). Postupem doby docházelo institucionalizaci a tím i garanci péče státem, městem nebo obcí.

Ve druhé polovině 20. století pak dochází k rozdělení zdravotní a sociální péče. Zatímco v nemocnicích nacházejí pomoc staří a nemocní, do domovů důchodců odcházejí staří a zdraví. Později se však projevila absence ošetrovatelských lůžek, kde byla zajištěna péče pro nesoběstačné staré lidi. Vznikala tak specializovaná oddělení v nemocnicích tzv. odkladové interny, ležárny, umírárny nebo poslední stanice. Pověst těchto oddělení však nebyla dobrá. Později vznikají léčebny pro dlouhodobě nemocné, doléčovací a rehabilitační oddělení, kde se kvalita péče zlepšila.

I v sociálních službách došlo k mnohým změnám. Domovy důchodců přestávaly vyhovovat všem zájemcům, pro někoho byla péče na lůžku zbytečná, pro někoho naopak nedostačující. Spektrum sociálních služeb tak bylo rozšířeno penziony pro důchodce, domy s pečovatelskou službou, domovinky nebo domácí péči.

Základem ovšem zůstává fakt, že senior potřebující péči by měl co možná nejdéle zůstat v rodině, a to i za pomoci terénních sociálních služeb. Ústavní péče pak zaujme roli náhradní a doplňkovou.

1.2.2 *Zákon o sociálních službách a registr poskytovatelů sociálních služeb*

Hlavním úkolem sociálních služeb je pomoc osobám řešit jejich nepříznivou sociální situaci. Do ní se mohli dostat z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, krizové sociální situaci, špatných životních návyků nebo z jiných závažných důvodů. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění a provázející vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění nabyly účinnosti dne 1.1.2007 a přinesl do sociálních služeb zásadní změny. Ty spočívají v novém pojetí sociálních služeb, jejich formách, druzích a podmínkách poskytování. Zákon též přináší do systému novou dávku –

příspěvek na péči, který je určen k zajištění si odpovídající péče buď v domácím prostředí, nebo v zařízení sociálních služeb.⁴⁷

Ze zásad zákona o sociálních službách lze odvodit charakteristiku nového sociálního systému:

- ❖ primární je poskytnutí poradenství osobě tak, aby si vzniklou nepříznivou situaci vyřešila sama a vlastními silami
- ❖ sociální služby nastupují v případě, že informace či síly nestačí
- ❖ individualizace sociální služby
- ❖ sociální služby by měly být aktivační, podporující samostatnost klienta a předcházet delšímu trvání nepříznivé situace
- ❖ kvalita sociálních služeb je dána dodržováním lidských práv a svobod s důrazem na zachování lidské důstojnosti

Další výraznou změnou je rozdělení sociálních služeb na služby sociální péče a služby sociální prevence. Vztah mezi poskytovatelem a příjemcem sociální služby je dán smluvně, pro poskytovatele sociálních služeb byla zavedena povinnost registrace a zákon též upravuje předpoklad pro výkon sociálního pracovníka.⁴⁸

Před účinností zákona o sociálních službách nebyla nikde upravena oblast týkající se požadavků na poskytování sociální služby – odborná způsobilost zaměstnanců, prostory pro poskytování a kvalitu péče. Od 1.1.2007 lze poskytovat sociální službu výhradně na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb (§78), které vzniká rozhodnutím o registraci. V §79 výše uvedeného zákona jsou pak stanoveny podmínky registrace:

- ❖ podání písemné žádosti
- ❖ bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, kteří službu přímo poskytují
- ❖ zajištění hygienických podmínek – pokud službu poskytuje zařízení
- ❖ vlastnické nebo jiné právo k objektu, kde jsou služby poskytovány

⁴⁷ KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3.vyd. Olomouc: Anag, 2009. 423s. ISBN 978-80-7263-559-7

⁴⁸ MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 184s. ISBN 978-80-7367-310-9

- ❖ zajištění materiálních a technických podmínek pro poskytování
- ❖ na majetek žadatele o poskytování služby nesmí být vyhlášen konkurz⁴⁹

O vydání rozhodnutí o registraci pak rozhoduje věcně příslušný krajský úřad nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí, je-li zřizovatelem poskytovatele. Místní příslušnost se pak řídí místem trvalého pobytu (jde-li o fyzickou osobu) nebo podle sídla právnické osoby. Registr poskytovatelů sociální služby pak vede krajský úřad a správcem elektronické podoby je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zákon rovněž stanoví výjimky, které registraci nepotřebují - §83 a §84:

- ❖ jedná se o osoby blízké poskytující pomoc
- ❖ jiné fyzické osoby než osoby blízké poskytující pomoc, pokud tuto pomoc nevykonávají jako podnikatelé
- ❖ fyzická nebo právnická osoba usazena v jiném členském státě EU
- ❖ poskytovatelé sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Poskytování sociálních služeb bez výše uvedené registrace je správním delikt a lze uložit pokutu do výše 250 000,- Kč. Pokutu pak ukládá krajský úřad. Registrující orgán může také rozhodnout o zrušení registrace - §82 odst. 3 a 4:

- ❖ poskytovatel přestane plnit podmínky pro vydání registrace nebo neuzavřel pojistnou smlouvu pro případ vzniku škody, která je způsobena poskytováním sociální služby
- ❖ byla-li poskytovateli uložena sankce z důvodu závažného porušení povinností
- ❖ poskytovatel nesplňuje standardy kvality a nehledá nápravu
- ❖ poskytovatel požádá o zrušení registrace sám – musí tak učinit nejméně 3 měsíce přede dnem ukončení⁵⁰

⁴⁹ MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 184s. ISBN 978-80-7367-310-9

⁵⁰ KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3.vyd. Olomouc: Anag, 2009. 423s. ISBN 978-80-7263-559-7

1.2.3 Sociální služby a druhy sociálních služeb

Topinková⁵¹, v souvislosti s veškerými změnami provázející stáří, hovoří o tzv. stařecké křehkosti. Díky úbytku fyzických sil a změnám zdravotního stavu je starý člověk vystaven riziku častější hospitalizace, stává se čím dál méně soběstačným a závislým na pomoci druhé osoby či sociální služby.

Průša⁵² definuje sociální službu jako pomoc, která je poskytována jednotlivcům, rodinám a skupinám občanů, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Nejsou významné proto, že je potřebuje mnoho lidí, ale bez nich by mnozí byli ohroženi sociálním vyloučením. Mezi nejčastější uživatele sociálních služeb patří osoby se zdravotním postižením a senioři. Těm je nabízena služba ve formě terénní služby nebo služby spojené s bydlením, tzv. pobytová.

Sociální služby lze rozdělit mnoha způsoby. Jedním z nich je dělení dle délky trvání:

- ❖ krátkodobé služby - jsou uskutečňovány okamžitě a netrvají déle než 1 měsíc (denní centra, krizová pomoc, noclehárny apod.)
- ❖ střednědobé služby - na uskutečnění služby je dán přesný časový horizont nepřesahující 1 rok (azylové bydlení, chráněné dílny, respitní péče, stacionáře apod.)
- ❖ dlouhodobé služby – horní hranice doby poskytování není předem limitována (domovy pro seniory, občany se zdravotním či mentálním postižením, osobní asistence, pečovatelská služba apod.).⁵³

Zákon o sociálních službách definuje jednotlivé služby dle jejich účelu, vymezením okruhu osob, kterým je služba určena a obsahem sociální služby (výčet

⁵¹ TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galen, 2005. 270s. ISBN 80-7262-365-6

⁵² PRŮŠA In KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 80s. ISBN 80-7254-662-7

⁵³ KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 80s. ISBN 80-7254-662-7

základních činností). Prováděcí vyhláška pak stanovuje, jaké úkony jsou zařazeny do základních činností jednotlivých druhů sociálních služeb.⁵⁴

Dle zákona o sociálních službách sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Všechny druhy sociálních služeb se pak mohou poskytovat jako služby pobytové (jsou spojeny s ubytováním v zařízení sociálních služeb), ambulantní (osoba za službou dochází) a terénní (služba je osobě poskytována v přirozeném prostředí).

Sociální poradenství pak lze dále rozdělit na základní a odborné sociální poradenství. Základní poradenství zahrnuje informace potřebné k řešení nepříznivé situace osob a všichni poskytovatelé sociálních služeb jsou tento typ poradenství povinni zajistit. Odborné poradenství je pak poskytováno dle zaměření na určitý okruh osob – speciální poradny.

Služby sociální péče zajišťují osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem zapojení se do běžného života. V zákoně jsou definovány v §39 - §52 a zahrnují: osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Služby sociální prevence napomáhají předcházet sociálnímu vyloučení osob a cílem je pomoc osobám, které se v nepříznivé sociální situaci nacházejí a zároveň ochrana společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. V zákoně je definuje §54 - §70 a zahrnují: ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizovou pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické

⁵⁴ KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3.vyd. Olomouc: Anag, 2009. 423s. ISBN 978-80-7263-559-7

dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitaci.⁵⁵

Obsah každého výše uvedeného druhu sociální služby je pak v zákoně přesně definován. Stejně tak je definován i obsah základních činností, které jsou poskytovatelé povinni zajistit. Prokázání zajištění základních činností dokládá poskytovatel již při registraci sociální služby.⁵⁶

Dalším z kritérií rozdělení sociálních služeb může být fakt, je-li poskytována za úhradu či nikoli. Za úhradu jsou pak poskytovány služby v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a zdravotnických zařízeních ústavní péče. Osoba, které je výše uvedená služba poskytována hradí úhradu za ubytování, stravu a péči poskytovanou v rozsahu, který je ujednáno ve smlouvě o poskytnutí sociální služby.⁵⁷

Forma a rozsah poskytované pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost a individualitu osob. Poskytované služby musí na člověka působit aktivně, podporovat samostatnost a motivovat k činnostem neprohlubujícím nepříznivou sociální situaci. Velký důraz je kladen na kvalitu poskytované služby s důrazem na dodržování lidských práv a základních svobod osob.⁵⁸

Zákon o sociálních službách upravuje i oblast financování sociálních služeb. Sociální služby mohou být financovány z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí ze státního rozpočtu (je poskytována těm poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru), dotací obcí a krajů a prostřednictvím úhrady uživatelů sociální služby. Uživatel je pak povinen hradit úhradu za poskytované služby dle výše jeho příjmů a výše úhrady (strava, ubytování a poskytovaná péče) je stanovena ve smlouvě o poskytování sociální služby. Maximální výši úhrady za jednotlivé služby upravuje vyhláška 505/2006Sb. Pokud má uživatel sociální služby dostatečný příjem, hradí stanovenou úhradu v plné výši. Pokud je jeho příjem nedostačující, úhrada je snížena.

⁵⁵ KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3.vyd. Olomouc: Anag, 2009. 423s. ISBN 978-80-7263-559-7

⁵⁶ KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3.vyd. Olomouc: Anag, 2009. 423s. ISBN 978-80-7263-559-7

⁵⁷ KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3.vyd. Olomouc: Anag, 2009. 423s. ISBN 978-80-7263-559-7

⁵⁸ MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 184s. ISBN 978-80-7367-310-9

Minimální zůstatek důchodu po uhrazení úhrady činí 15% příjmu uživatele v pobytových zařízeních a 25% v týdenních stacionářích.⁵⁹

1.2.4 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je zcela nová dávka, kterou zákon o sociálních službách přinesl. Je poskytován osobě, která vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebuje pomoc druhé osoby, a to při zvládání běžných životních úkonů. Příjemce příspěvku pak finance použije na nákup pomoci či sociální služby. Žádost o příspěvek na péči si osoba podává u obecního úřadu obce s rozšířenou působností dle místa jeho trvalého bydliště. Pracovníci následně provedou tzv. sociální šetření, po něm pak následuje lékařské vyšetření úřadu práce. Míra závislosti se určuje dle neschopnosti zvládnout úkony stanovené v zákoně – schopnost péče o vlastní osobu (každodenní, opakující se úkony) a soběstačnost (schopnost účastnit se sociálního života).⁶⁰

Mezi úkony péče o vlastní osobu patří – příprava stravy, podávání a porcování stravy, přijímání stravy a dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty a holení, výkon fyziologických potřeb (včetně hygieny), uléhání a vstávání z lůžka (včetně změny poloh) sezení a schopnost vydržet v poloze v sedě, stání a schopnost vydržet stát, přemisťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení a rozpoznání vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, orientace v přirozeném prostředí, provedení si jednoduchého ošetření a dodržování léčebného režimu. Mezi úkony soběstačnosti pak zákon řadí komunikaci slovní, písemnou a neverbální, orientaci vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, schopnost nakládání s penězi, obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času (plánování života), zapojení se do sociálních aktivit, nakupování, vaření si (ohřívání), mytí nádobí, běžný úklid, péči o prádlo, přepínání si drobného prádla, péči o lůžko, obsluhu běžných domácích spotřebičů, manipulaci s kohoutky a vypínači, manipulaci se zámky (otvírání, zavírání

⁵⁹ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 *O sociálních službách*, v platném znění

oken a dveří), udržování pořádku v domácnosti (nakládání s odpady) a další úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.⁶¹

U jednotlivých úkonů je pak uvedena i věková hranice pro posuzování schopnosti či neschopnosti daný úkon zvládnout. Zohledněn je zde fakt, že i zdravý jedinec potřebuje do určitého věku pomoci, neschopnost zvládnout daný úkon tak nemusí způsobovat nepříznivý zdravotní stav.⁶²

Výše příspěvku je pak stanovena v §11 zákona o sociálních službách⁶³ a rozděluje osoby dle věku – do a nad 18 let. Ve věku do 18 let je vyplácený příspěvek na péči vždy o 1.000,- vyšší. Jednotlivé stupně a výše měsíčního příspěvku na péči (u osob nad 18 let) jsou:

- ❖ 1. stupeň (lehká závislost) - 2 000,- Kč
- ❖ 2. stupeň (středně těžká závislost) - 4 000,- Kč
- ❖ 3. stupeň (těžká závislost) - 8 000,- Kč
- ❖ 4. stupeň (úplná závislost) - 12 000,- Kč

1.3 Adaptační proces

1.3.1 *Adaptace na stáří*

V průběhu celého života prochází člověk mnoha změnami. Různorodá je pak schopnost změnu přijmout, vyrovnat se a zařídit život podle ní. Adaptace je základní lidskou vlastností, která člověku umožňuje přežít i velmi obtížné situace. Ve stáří pak přichází mnoho změn naráz. Senior, který změnami prochází, očekává nejen pomoc, ale i toleranci a trpělivost.⁶⁴

⁶⁰ MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 184s. ISBN 978-80-7367-310-9

⁶¹ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 *O sociálních službách*, v platném znění

⁶² KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3.vyd. Olomouc: Anag, 2009. 423s. ISBN 978-80-7263-559-7

⁶³ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 *O sociálních službách*, v platném znění

⁶⁴ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5

Jak uvádí Pacovský⁶⁵, adaptace na stáří začíná od okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne. Někteří jedinci pak zvládají změny, které se stářím souvisejí, lépe a jiní hůře. Zaleží pak především na celé osobnosti jedince, zda změnu přijme či nikoli. Člověk, který se celý svůj život musel vyrovnávat s obtížnými situacemi, přijímá změny daleko lépe než ten, který se již v mládí obtížně přizpůsoboval jakékoli změně (v pracovním procesu, společenském a rodinném životě).

Hovoříme-li o adaptačním procesu, je třeba vždy brát v úvahu kdo, v čem, kdy a jak se má přizpůsobit. Aby starší lidé nepocíťovali změnu jako nátlak, potřebují obvykle mnohem více času, aby se mohli přizpůsobit. Adaptace pak pracuje na dvou principech, které se vzájemně doplňují a prolínají se – princip akomodace (změnám se přizpůsobuje jedinec) a princip asimilace (člověk přizpůsobuje věci sobě). Adaptace na stáří pak může probíhat ve třech teoriích – teorie aktivního stáří (udržení činností a kontaktů se světem), teorie postupného uvolňování z aktivit (opuštění činností a kontaktů) a substituční teorie (zatěžující činnosti a povinnosti jsou nahrazeny jinými aktivitami).⁶⁶

Riechardová⁶⁷ rozlišuje pět typů strategie vyrovnání se se stářím:

- ❖ konstruktivní strategie - stálá aktivita, nepřestávající radost ze života, rozvoj zájmů, stálý humor, pružnost v myšlení, akceptace stáří i smrti (bez strachu a zoufalství)
- ❖ strategie závislosti - pasivita, závislost na druhých, přenechávání odpovědnosti a povinnosti mladším, uchýlení se do soukromí
- ❖ strategie obranná - přehnaná aktivita zahánějící starosti a myšlenky na vlastní stáří, přílišná kontrolovanou sebe sama, jednání přesně podle zvyků
- ❖ strategie hostility - nepřátelství a hněv vůči druhým, za nezdary obvinění druhých lidí, agresivita a podezřívavost
- ❖ strategie sebenenávisti - nadměrná sebekritičnost, agresivita vůči sobě, celkový pocit neuspokojivého života a smrt je brána jako vysvobození

⁶⁵ PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1.vyd. Praha: Scientia medica, 1994. 152s. ISBN 80-85526-32-8

⁶⁶ KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6

⁶⁷ RIECHARDOVÁ In LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006. 368s. ISBN 80-247-1284-9

Každý způsob vyrovnání se odpovídá osobnosti starého člověka a měl by být akceptován okolím.

Pokud dojde stárnoucí člověk k přesvědčení, že stárnutí je přirozeným faktem života (stejně jako narození, dětství, dospívání), uvědomí si, že stárí nepřináší pouze starosti, bolest a utrpení, ale i radost z toho, co ještě může nového prožít. Fakt stárnutí pomáhá přijmout a přemoci i okolí, a to zejména nepřikazováním nutnosti akceptace (stárnutí se musí prostě přijmout), nebagatelizováním (nepodceňovat sdělované těžkosti), pochopením (pochopení těžkostí, které stárí přináší), nasloucháním, empatií a nediskriminováním.⁶⁸

1.3.2 Geriatrický maladaptivní syndrom

Hegyí⁶⁹ označuje geriatrický maladaptivní syndrom jako specifickou formu přizpůsobení se.

Jeho vznik pak můžeme přičíst tzv. velkým stresorům – např. ovdovění, ohrožení nebo ztráta soběstačnosti, závažné onemocnění, finanční problémy, penzionování, ztráta společenské prestiže, nástup do dlouhodobé ústavní péče nebo během hospitalizace. Rozvoj tohoto syndromu je pak dán poměrem mezi stresem, psychickou odolností a schopností adaptace. Mezi rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost maladaptace, pak jsou nedostatek psychosociální podpory – pocit beznaděje, osamělost a komunikační strádání, kognitivní omezení, úzkost a deprese, maladaptivní reakce z minulosti. Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje 7 reakcí, které se stresem souvisí (doba trvání nepřesahuje 6 měsíců):

- ❖ krátká depresivní reakce trvá až 1 měsíc
- ❖ prodloužená depresivní reakce
- ❖ smíšená úzkostně depresivní reakce

⁶⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0

⁶⁹ HEGYI In KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008.336s. ISBN 978-80-247-2490-4

- ❖ reakce s převládajícími poruchami emotivity
- ❖ reakce s převládajícími poruchami chování
- ❖ reakce se smíšenou poruchou emocí a chování
- ❖ reakce s převahou jiných specifických příznaků

V klinickém obraze lze pozorovat ztrátu psychické rovnováhy a emoční změny – úzkost, deprese, fobie, plačtivost, zlost, nechutenství, poruchy spánku, závratě, únavu, pocit neklidu a napětí.⁷⁰

Neznalost maladaptivního syndromu přináší pro seniora značné riziko ve špatné diagnostice. Senior pak bývá nadbytečně vyšetřován nebo je jeho stav mylně označován jako stařecká demence.⁷¹

1.3.3 Pět „pé“ optimální adaptace

Švancara⁷² zformuloval zásady, které mohou posloužit k udržení hodnotného způsobu života a udržení správné duševní životosprávy seniora. Pět „pé“ optimální adaptace tedy zní:

- ❖ perspektiva
- ❖ pružnost
- ❖ prozíravost
- ❖ porozumění pro druhé
- ❖ potěšení

Perspektiva – zde je kladen důraz především na vzájemném pochopení věku a času. V období stáří je stejně důležitý pohled do minulosti (uzavření životních etap), tak i do budoucnosti (co bude za pár let). Senioři, kteří se ocitli ve stáří neočekávaně, bez

⁷⁰ KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008.336s. ISBN 978-80-247-2490-4

⁷¹ KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008.336s. ISBN 978-80-247-2490-4

⁷² ŠVANCARA In KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatrie a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6

předchozí přípravy na toto období, mají najednou pocit, že mají spoustu volného času, jsou bez programu a cítí se nadbytečnými.

Pružnost – existuje velká individualita mezi lidmi stejného věku. Dobrou adaptaci pak zaručí zachování si schopnosti měnit to co je měnitelné, zvláště v případě, jde-li o něco na čem nám záleží.

Prozíravost – schopnost, která je rozvíjena nejen s věkem, ale i vlivem zkušeností, vlastních omylů a chyb. Prozíravý člověk omyl již neopakuje a díky své schopnosti organizování si života (souvisí s perspektivou) se neocitá nepřipravený na změnu.

Porozumění pro druhé – schopnost empatie, schopnost jak vnímáme a vcítujeme se do prožívání druhých. Na rozdíl od mládí starší člověk nenavazuje kontakty snadno, není tak důvěřivý a bezprostřední. Adaptační nesnáze pak usnadňuje dobrá nálada.

Potěšení – důležitost zachování si hodnoty radosti v jakémkoli věku. Zdroj potěšení záleží na potřebě seniora, jeho temperamentu, vkusu a tvořivosti. Jako zdroj může být považováno cokoli - kontakt s lidmi, s přírodou, umění, knihy, pes, rukodělné činnosti, cestování apod. Ačkoli stáří přináší ztrátu mnoha věcí života seniora, zdroje radosti by se neměl nikdy vzdát.

1.3.4 Dobrovolné a nedobrovolné umístění do domova pro seniory

Nezastupitelnou úlohu v péči o seniora, u kterého již není soběstačnost stoprocentní, hraje rodina. Aby zůstal senior co nejdéle soběstačný, měla by rodina poskytovat pouze takovou péči, na kterou již starý člověk nestačí. Předpokladem pro dobrou péči o nesoběstačného člověka je mít dobré podmínky (fyzické, psychické, bytové, časové, technické apod.), chtít pečovat a mít vůli (hledání všech možností za pomoci všech členů rodiny) a umět pečovat (znát jak pomoci).⁷³

⁷³ ZAVÁZALOVÁ, Helena. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 55s. ISBN 80-246-0326-8

Sýkorová uvádí výčet nejčastějších bariér v péči o seniory v rodinách⁷⁴ - vzdálenost bydliště, povinnosti ke členům vlastní rodiny, nekvalitní vztah mezi dítětem a rodičem, pracovní povinnosti, neschopnost péči poskytnout (neumí, nezvládá).

Pokud již není senior schopen zůstat v domácím prostředí, vyhledává si (za pomoci rodiny, lékaře, sociálních pracovníků v nemocnicích) pobyt ve vhodné instituci. Nejčastějším důvodem odchodu do domova pro seniory je pak zhoršení zdravotního stavu, neschopnost se postarat o domácnost a ztráta soběstačnosti. Senior ztrácí dosavadní schopnosti a odchod do domova pro seniory chápe jako nutnost.⁷⁵

V instituci má senior právo očekávat nejen komplexní zajištění péče, ale důraz je kladen na vypracování individuálního plánu péče (přizpůsobený potřebám seniora), možnost rozhodování si o svém životě, neomezení pohybu mimo domov a péči odborně vedenou.⁷⁶

Výhodou pro seniora přicházejícího do domova, je bezesporu fakt, že se jedná o změnu plánovanou, ke které dospěl na základě dobrovolného rozhodnutí. K tomuto rozhodnutí pak přispívá znalost prostředí, maximální informace, zachování dosavadních vazeb a celková připravenost na přechod.⁷⁷

Průběh adaptace na domov a změnu životního stylu závisí, dle Vágnerové⁷⁸, na postoji starého člověka a zejména pak na dobrovolnosti rozhodnutí. Pokud se k odchodu do domova nerozhodl sám, reakce na domov bude silně negativní a obrana mnohem silnější a emotivnější.

Adaptace na nedobrovolné umístění do domova: člověk si plně neuvědomuje svou ztrátu soběstačnosti, odchod do domova vnímá jako ztrátu pocitu bezpečí a jistoty, kterou v domácím prostředí měl. Adaptace má pak tři fáze:

⁷⁴ SÝKOROVÁ In JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110s. ISBN 80-7368-110-2

⁷⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

⁷⁶ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5

⁷⁷ JANEČKOVÁ In MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 352s. ISBN 80-7367-002-X

⁷⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

- ❖ fáze odporu – projevem proti násilné a nedobrovolné změně v životě seniora může být negativismus, agrese, nadávání, obviňování z nejrůznějšího (krádeže, špatná péče, špatné jídlo apod.)
- ❖ fáze zoufalství a apatie – přichází po zjištění, že jakýkoli projev odporu nemá žádoucí efekt. Následuje rezignace a ztráta zájmu o vše, včetně svého života. Mnozí tak setrvávají až do své smrti. Z důvodu nezvládnuté adaptace může smrt přijít velice brzy.
- ❖ fáze vytvoření nové pozitivní vazby – se spolubydlícím, některým členem personálu nebo zvíře chované v domově. Adaptující se senior tak nachází nový smysl svého života a snáze chápe a zvládá život v domově

Adaptace na dobrovolné umístění přináší méně problémů:

- ❖ fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu – první zkušenosti a zážitky vytvářejí základ postoje k novému způsobu života. Důraz je kladen na co nejmenší počet nepříjemného, člověk v této fázi získává informace a orientuje se v prostředí, které teď tvoří jeho nový domov.
- ❖ fáze adaptace a přijetí nového životního stylu – senior se po nějaké době smíří se ztrátou svého původního domova, se změnou životního způsobu a se změnou role. Postupně získává nové sociální kontakty a snaží se s domovem.

Jednou z nejvíce rizikovou událostí v životě seniora je právě příchod do domova a následná adaptace. K úspěšné adaptaci a zvládnutí zátěže pak mohou být nápomocny vhodně zvolené aktivity. Nabídka nejrůznějších programů znamená pro seniora výzvu, zvědavost, zájem, příležitost naučit se něčemu novému nebo jen příležitost posedět a popovídat si, nadýchat se čerstvého vzduchu, pobavit se. Senior pak nabývá pocitu užitečnosti a naplněnosti jeho života.⁷⁹

⁷⁹ KALVACH, Zdeněk, a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6

Hrozenská⁸⁰ rozděluje adaptaci na tři základní typy:

- ❖ dobrá adaptace – doba přizpůsobení nepřesahuje 6 týdnů a senior se v domově zapojuje do všech nabízených aktivit, bezprostředně navazuje kontakty, vyzařuje z něj spokojenost, optimismus a zajímá se o dění v domově i mimo něj
- ❖ vyhovující adaptace – doba přizpůsobení trvá 4 – 6 měsíců, senior nejeví příliš zájem o okolí, ale jeho postoj není negativní, jeho nálada je převážně pesimistická
- ❖ zlá adaptace – doba přizpůsobení je až 12 měsíců, typický je absolutní nezájem, senior nespolupracuje s personálem, je apatický, pláčtivý, odmítá účast na jakékoli činnosti

Dobrá adaptace se dá dle Novákové a Švehlové⁸¹ charakterizovat dobrou spoluprací seniora a personálu domova, po celém domově se senior pohybuje sám (bez výzvy), je přátelský ke spolubydlícím, zapojuje se do aktivit domova, má své záliby a vyzařuje spokojeně a vyrovnaně.

1.4 Domov důchodců Horní Planá

1.4.1 Poslání, cíle a zásady poskytování sociální služby⁸²

Domov důchodců Horní Planá je příspěvková organizace zřizovaná Jihočeským krajem. Sociální služby v Domově důchodců Horní Planá jsou poskytovány v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění (§49) a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

⁸⁰ HROZENSKÁ, Martina. a kol. *Sociální práce so staršími ľud'mi*. Martin: Osveta, 2008. 181s. ISBN 978-80-8063-282-3

⁸¹ NOVÁKOVÁ, ŠVEHLOVÁ In HROZENSKÁ, Martina. a kol. *Sociální práce so staršími ľud'mi*. Martin: Osveta, 2008. 181s. ISBN 978-80-8063-282-3

⁸² DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Standard č. 1 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*. Domov důchodců Horní Planá, 2009

Posláním Domova důchodců Horní Planá je poskytnout podporu občanům, kteří mají zejména z důvodu vysokého věku a zhoršeného zdravotního stavu sníženou soběstačnost a nemohou již žít v domácím prostředí (pomoc jim nemůže být zajištěna jejich rodinou, terénními ani ambulantními sociálními službami). Občanům zajišťuje základní potřeby a vytváří takové prostředí a podmínky, aby nešli do domova svůj život dožít, ale mohli žít aktivním, běžným způsobem života a prožili zde důstojné a co nejklidnější stáří.

Cílem poskytované služby je zajistit uživatelům základní životní potřeby (zejména ubytování, stravování, hygienu a péči o vlastní osobu), zdravotní a ošetrovatelskou péči, možnost zapojovat se do běžného života společnosti (žít aktivně, seberealizovat se). Dává příležitosti pro kontakty se svými vrstevníky (s rodinou) a podporuje uživatele při vyřizování osobních záležitostí, prosazování práv a zájmů.

Zásady poskytované sociální služby:

- ❖ podporovat samostatnost a vlastní aktivitu uživatelů - nedělat za uživatele úkony, které zvládnou sami nebo jen s dopomocí
- ❖ podporovat vztahy a kontakty uživatelů s rodinou a se společností
- ❖ zachovávat lidskou důstojnost uživatelů
- ❖ poskytovat každému uživateli služby individuálně dle jeho možností a potřeb - „šít službu na míru“
- ❖ podporovat uživatele ve volbě způsobu řešení jeho situace - umožnit uživateli rozhodovat se a za své rozhodnutí nést odpovědnost

1.4.2 Komu jsou služby poskytovány⁸³

Domov důchodců Horní Planá **poskytuje** sociální pobytové služby seniorům a osobám se zdravotním postižením především z Jihočeského kraje, kteří mají z důvodu věku a zhoršeného zdravotního stavu sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje

⁸³ DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Standard č. 1 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*. Domov důchodců Horní Planá, 2009

pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, zejména při zajištění stravování, osobní hygieny, péče o domácnost, navazování a udržení sociálních kontaktů, vyřizování osobních záležitostí i dalších činnostech. Dolní věková hranice pro přijetí je 50 let věku.

Službu pak **neposkytuje** osobám, které by narušovaly klidné soužití nebo soukromí ostatních uživatelů (např. agresivita slovní nebo fyzická), svým chováním ohrožovaly bezpečí ostatních uživatelů a pracovníků (příp. poskytování služeb ostatním uživatelům), mají natolik narušenou orientaci, že jejich stav vyžaduje péči ve speciálním zařízení, potřebují (vzhledem ke svému zdravotnímu stavu) péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení a nejsou-li schopny pobytu v domově z důvodu akutní infekční nemoci. Dále služby nejsou poskytovány osobám, které žádají o jiný druh služby a v případě naplněné kapacity.

1.4.3 Způsob poskytování sociální služby

Domov pro seniory poskytuje celoroční pobytové sociální služby upravené §49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění. Své služby poskytuje seniorům a osobám se zdravotním postižením především z Jihočeského kraje, kteří mají z důvodu věku a zhoršeného zdravotního stavu sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, zejména při zajištění stravování, osobní hygieny, péče o domácnost, navazování a udržení sociálních kontaktů, vyřizování osobních záležitostí i dalších činnostech. Poskytuje podporu občanům, kteří již nemohou žít v domácím prostředí a pomoc jim nemůže být zajištěna jejich rodinou, terénními ani ambulantními sociálními službami. Vytváří takové prostředí a podmínky, aby nešli do domova svůj život dožít, ale mohli žít aktivním, běžným způsobem života a prožili zde důstojné a co nejklidnější stáří.⁸⁴

⁸⁴ DOMOV DŮCHDCŮ HORNÍ PLANÁ. *Vnitřní předpis č.1 – Organizační řád*. Domov důchodců Horní Planá, 2008

Přehled základních činností⁸⁵:

Ubytování: Domov důchodců Horní Planá poskytuje celoroční ubytování a je otevřeným zařízením (uživatelé mohou kdykoliv a kamkoliv odejít). Celková kapacita je 110 lůžek (z toho 50 lůžek ošetrovateľských), které jsou rozděleny do 3 bezbariérových navzájem propojených budov – A,B,C. Ve všech budovách je celkem:

- ❖ 22 jednolůžkových pokojů (15 jednolůžkových pokojů je vybaveno sociálním zařízením, 2 jednolůžkové pokoje jsou s WC a 5 jednolůžkových pokojů je bez sociálního zázemí)
- ❖ 44 dvoulůžkových pokojů (15 dvoulůžkových pokojů je vybaveno sociálním zařízením, 2 dvoulůžkové pokoje jsou s WC a 27 dvoulůžkových pokojů je bez sociálního zázemí)

Sociální zařízení jsou umístěna na chodbách. K dispozici jsou koupelny vybavené vanami s hydromasáží a dezinfekcí, polohově a výškově nastavitelné s příslušnými doplňky. Všechny pokoje v Domově důchodců Horní Planá jsou vybaveny základním nábytkem (postel, noční stolek, stůl, skříň, křeslo). Každý uživatel si může pokoj dovybavit dalším zařízením, pokud to prostory pokoje dovolují (v případě, že se jedná o dvoulůžkový pokoj, lze dovybavení provést po dohodě se spolubydlícím). Domov zajišťuje svým uživatelům praní prádla, které se provádí ve vlastní prádelně, prádlo je v případě potřeby opraveno. Úklid je zajištěn vlastními zaměstnanci a řídí se harmonogramem úklidových prací.

Stravování: uživatelům Domova důchodců Horní Planá je poskytována celodenní strava (v rozsahu 3 hlavních a 2 vedlejších jídel, pokud je uživatel diabetikem, je mu poskytována i druhá večeře), která je připravována ve vlastním stravovacím provozu. Zaměstnanci stravovacího provozu připravují stravu v souladu se zásadami racionální výživy a s ohledem na dietní stravování, tato strava musí odpovídat věku uživatelů. Na základě doporučení lékařky je strava připravována s dietními a diabetickými úpravami, dle potřeby je strava mletá, mixovaná, nebo je uživatelům poskytována ve formě PEG

⁸⁵ DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Vnitřní předpis č.2 – Domácí řád*. Domov důchodců Horní Planá, 2008

sondy. Vše se řídí platnými hygienickými předpisy. Strava je podávána podle týdně stanoveného stravovacího lístku. Uživatelé se mohou vyjadřovat ke kvalitě, složení a způsobu podávání jídla.

Zdravotní lékařská péče: Domov důchodců Horní Planá je povinen ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách na základě §36 zajistit zdravotní péči. Zdravotní péče je zajišťována smluvní lékařkou, která do DD dochází dvakrát týdně (Po a St), v naléhavých případech na telefonické zavolání (popř. pohotovostní služba). Z odborných lékařů dochází do DD psychiatr. K ostatním odborným lékařům jsou uživatelé dopravováni sanitkou nebo motorovým vozidlem domova.

Ošetrovatelská péče: je zajišťována zdravotnickým personálem a pracovníky přímé obslužné péče po dobu 24 hodin denně. V Domově důchodců Horní Planá je z celkové kapacity 110 lůžek 50 lůžek ošetrovatelských (= je poskytována zvýšená ošetrovatelská péče). Přímá obslužná péče je zajišťována pracovníky sociálních služeb, jejichž hlavní pracovní náplní je pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Odbornou zdravotnickou činnost zajišťuje 1 vrchní sestra, 7 zdravotních sester v třísměnném provozu, 1 sestra provádí dle indikace lékaře rehabilitační péči v jednosměnném provozu. Tyto sestry mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jsou metodicky řízeny smluvní lékařkou.

Sociální práce a sociální poradenství: je zajišťována sociálními pracovníky, které zajišťují především komunikaci s uživateli, jak před přijetím, při přijetí, tak při pobytu. Vedou sociální dokumentaci o uživateli. Zajišťují komunikaci s rodinami uživatelů, pomáhají při řešení sociálně právních problémů, při jednání s úřady a správními orgány.

Aktivizační činnosti (= volnočasové aktivity): aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti zajišťuje v Domově důchodců Horní Planá instruktorka sociální péče, která vykonává výchovnou nepedagogickou činnost. Tato pracovnice ve spolupráci se sociálními pracovníky připravují dle zájmu uživatelů pravidelné akce např. zábavné akce, vystoupení dětí, hudebních souborů. Dle zájmů uživatelů pořádají výlety do okolí a je zajištěna možnost účasti na různých sportovních a zábavných akcích

mimo domov. Mezi další aktivizační programy patří cvičení, hraní kuželek, malování, cvičení paměti, hraní dinga, čtení na pokračování, sledování videa, společné posezení při hudbě, které jsou pořádány v objektu DD.

Fakultativní činnosti: Domov důchodců Horní Planá zajišťuje i tzv. fakultativní činnosti, se kterými jsou uživatelé seznámeni již před příchodem do domova. Tyto fakultativní činnosti si může uživatel vybrat dle svého uvážení. Mezi fakultativní činnosti patří úkony spojené s vedením depozit a vkladních knížek, používání lednice poskytovatele na pokoji uživatele, odvoz motorovým vozidlem mimo areál domova, používání televizoru poskytovatele na pokoji, televizní poplatek dle zákona č. 348/2005 Sb. a připojení k internetu (na pokoji) prostřednictvím poskytovatele.

Personální zajištění Domova důchodců Horní Planá: ředitel (zároveň statutární orgán) je nevyšším stupněm vedení a řízení v organizaci. Jsou mu přímo podřízeni vedoucí jednotlivých úseků. V úseku jsou zpravidla zahrnuty činnosti řídící, správní i obslužné. Úsek řídí jeho vedoucí. Všichni zaměstnanci se snaží zajistit uživatelům co největší pohodlí a pocit co největšího bezpečí, tak jak byli zvyklí ze svého původního domova⁸⁶.

Snahou Domova důchodců Horní Planá je, aby bylo vytvářeno důstojné, nediskriminující (v souladu s Listinou základních práv a svobod) a klidné prostředí pro uživatele, aby se cítili co možná nejlépe⁸⁷.

1.4.4 Jednání se žadatelem o službu a přijetí do Domova důchodců Horní Planá

Jednáním se žadatelem o službu se rozumí komunikace mezi žadatelem a sociální pracovníci. První kontakt se žadatelem je velmi důležitý - sociální pracovníce o žadateli dozví důležité informace (osobně pozná žadatele, jeho očekávání, potřeby a cíle) a

⁸⁶ DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Vnitřní předpis č.1 – Organizační řád*. Domov důchodců Horní Planá, 2008

⁸⁷ DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Standard č. 1 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*. Domov důchodců Horní Planá, 2009

žadatel získá informace, které potřebuje pro své rozhodnutí (zda službu využije či nikoliv - posoudí, zdali je nabízená služba pro něj to, co hledal, seznámí se s podmínkami poskytování služby). Na základě takto získaných informací může žadatel zvážit, zda péči ještě může zvládnout rodina, pečovatelská služba, osobní asistent, nebo se rozhodne o podání si žádosti do domova. Ze strany domova dochází ke kvalifikovanému rozhodnutí, zda je možné službu žadateli poskytnout, či nikoliv (v případě potřeby nabídne žadateli jiné – vhodnější zařízení). Jednání se žadatelem o službu vedou sociální pracovníci. Pokud má jednání se žadatelem více fází, vede ho stejná sociální pracovníce (pokud je to z organizačních důvodů možné). Jednání je vždy vedeno se žadatelem o službu, ve výjimečných případech může žadatele při jednání částečně zastoupit rodinný příslušník (např. hospitalizace žadatele v nemocnici). Pokud má žadatel dotčenou (omezení nebo úplné zbavení) způsobilost k právním úkonům probíhá jednání s jeho zákonným zástupcem a žadatel je v rámci možností zapojen. Každý žadatel má právo si k jednání přivést i další osobu („poradní hlas“).

Co potřebuje vědět o žadateli sociální pracovníci:

- ❖ z jakého důvodu žadatel službu kontaktoval - proč jí daný žadatel potřebuje
- ❖ jestli se žadatel nachází v nepříznivé sociální situaci - proč naši službu vyhledal
- ❖ zdali nemůže péči zajistit jeho rodina, popřípadě jiný druh sociální služby (pečovatelská služba, osobní asistence)
- ❖ jaký je jeho zdravotní stav - zda nedovoluje zajistit si péči o svou osobu (potřeba ošetřovatelské péče)
- ❖ potřeby, očekávání, cíle žadatele – co od domova a jeho služeb očekává, jak může pomoci
- ❖ přání žadatele - jak si představuje své budoucí ubytování (jedno x dvoulůžkový pokoj, pokoj se sociálním zařízením), s kým by si přál být ubytován (společenský x tichý spolubydlící) apod.

Co sociální pracovnice žadateli sděluje:

- ❖ že se jedná o sociální pobytovou službu a je-li aktuálně volná kapacita
- ❖ rozsah poskytování služby (služba je poskytována 24 hodin denně, poskytujeme ubytování, stravování, odbornou zdravotní péči, přímou ošetrovatelskou péči, fakultativní služby, volnočasové a aktivizační činnosti)
- ❖ způsob poskytování služby - jak, kdy, kde je služba poskytována
- ❖ za jakou cenu = ceník služeb
- ❖ obsah smlouvy o poskytnutí sociální pobytové služby, která je uzavírána při přijetí do domova
- ❖ za jakých podmínek sociální službu poskytujeme – domácí řád
- ❖ personální zajištění služby
- ❖ co si musí a může přinést do domova s sebou

Žadateli pak sociální pracovnice, která jednání vede, předá složku pro žadatele. Ta obsahuje Žádost o poskytnutí sociální pobytové služby v Domově důchodců Horní Planá, Komentář k žádosti, kontakty, leták, vzorovou Smlouvu o poskytnutí sociální pobytové služby (dle zákona č.108/2006 Sb. - § 49 a §91), sazebník úhrad a Domácí řád.

V rámci jednání je žadatel seznámen s prostředím domova – prohlídka. Sociální pracovnice se žadatelem projde postupně celým domovem, ukáže mu oddělení, případně i určité pokoje (po domluvě se stávajícím uživatelem), sociální zařízení (vybavení koupelen polohovacími vanami, bezbariérové WC), společenské místnosti, jídelny, recepci, ošetrovnu (a zároveň ordinaci lékaře), sesterny, místnost určenou pro rehabilitaci, volnočasové aktivity. V průběhu prohlídky je žadatel opět seznamován se způsobem, jakým je služba poskytována. Sociální pracovnice odpovídá na veškeré otázky, které žadatel (případně doprovázející rodinný příslušník) v průběhu prohlídky klade.

V průběhu jednání musí sociální pracovnice náležitě přizpůsobit i komunikaci se žadatelem. Žadatele informuje srozumitelně (ověřuje si porozumění - např.

„Potřebujete se na něco zeptat? Rozuměl jste všemu, co Vám říkám? Potřebujete něco zopakovat?“), pomalu, zřetelně, nahlas, jednoduše, používá krátké věty, neměla by používat cizí slova a ne mnoho informací najednou.

Pokud se žadatel rozhodne využívat služeb domova, musí svou žádost o poskytnutí sociální pobytové služby doručit na adresu DD (osobně nebo poštou). Žádost je po té předána sociálním pracovním a na konci každého kalendářního měsíce proběhne přijímací komise – skládá se z ředitele, sociálních pracovníků, vrchní sestry a lékařky. Úkolem komise je posoudit jednotlivé doručené žádosti žadatelů v daném měsíci a vyhodnotit potřebnost sociální služby. Rozhodnout, zdali bude žadateli služba poskytnuta. V případě, že žadatel o službu splní podmínky pro poskytnutí služby:

- ❖ komise se rozhodne žadateli poskytnout službu ihned - pokud je aktuálně volná kapacita
- ❖ pokud není volná kapacita, je žádost žadatele zařazena do „Evidence žadatelů“ a žadatel je odmítnut z důvodu naplněné kapacity

Po uvolnění volného místa jsou žádosti komisí znovu posuzovány a je vybrán nejvhodnější žadatel. Rozhodující je při tomto výběru zdravotní stav žadatele a jeho sociální situace (potřebnost, nutnost ošetrovatelské péče, jeli v případě nepřijetí někdo, kdo požadovanou péči poskytne) a také přání žadatele (jedno/více lůžkový pokoj).

Po vybrání nejvhodnějšího žadatele je tento žadatel nejprve telefonicky, a po té i písemně informován a vyzván k jednání o nástupu do DD⁸⁸.

V den přijetí uživatele do domova je uzavřena Smlouva o poskytování sociální pobytové služby. Účelem smlouvy je písemné definování podmínek, za jakých bude služba poskytována, vymezení práv i povinností uživatele a poskytovatele služby. Smlouva o poskytování sociální pobytové služby obsahuje minimálně tyto povinné náležitosti - číslo smlouvy, označení smluvních stran, účel smlouvy, rozsah poskytování

⁸⁸ DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Standard č. 3 – Jednání se žadatelem o službu*. Domov důchodců Horní Planá, 2009

sociální služby (ubytování, stravování, základní činnosti), místo a čas poskytování služeb, výše úhrady a způsob jejího placení, ostatní služby, ujednání o dodržování vnitřních pravidel, podávání stížností, výpovědní důvody a výpovědní lhůty a doba platnosti smlouvy. Smlouva se vždy uzavírá písemně ve dvou vyhotoveních, pokud smlouvu podepisuje přímo žadatel (jeden výtisk je uložen u sociálních pracovníků, druhý je předán uživateli). V případě zastupování žadatele zákonným zástupcem je tato smlouva vyhotovena ve třech výtiscích (třetí výtisk náleží zákonnému zástupci). Před vlastním podpisem výše uvedené smlouvy je sociální pracovnice povinna ověřit si, zda-li žadatel porozuměl všem jejím ustanovením. Ukončit smlouvu může uživatel sám kdykoli a bez udání důvodu. Pokud bude rušit smlouvu domov, je nutná dvouměsíční výpovědní lhůta. Ta počíná prvním dnem měsíce následujícího po měsíci, kdy byla výpověď uživateli doručena. Domov může vypovědět smlouvu v případě, že:

- ❖ uživatel neplatí po dobu delší 2 měsíců úhradu za poskytované služby
- ❖ uživatel i po písemném upozornění opakovaně porušuje vnitřní pravidla zařízení, dobré mravy nebo narušuje soužití s ostatními uživateli
- ❖ zatají-li jiný příjem mající vliv na výši úhrady (pokud má uživatel z důvodu nedostatečného příjmu sníženou úhradu)⁸⁹

⁸⁹ DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Standard č. 4 – Smlouva o poskytování sociální služby*. Domov důchodců Horní Planá, 2009

2. Cíl práce a hypotézy

Hlavním cílem mé práce je odkrýt problematiku stárnutí a stáří, fyzické, psychické a sociální změny u seniorů, problematiku jejich potřeb a změny v komunikaci. Dále se práce věnuje adaptaci na stáří a zátěži na seniora při vstupu do domova pro seniory. Cílem je též zjištění, zda nabízené služby domovů pro seniory jsou dostačující. Zda se seniorům dostává takových služeb, jaké očekávali před příchodem do domova.

Na základě poznaných skutečností a dosavadní praxe byly stanoveny následující hypotézy:

- ❖ **Hypotéza 1:** Uživatel s vyšším příspěvkem na péči bude spokojenější s nabídkou sociálních služeb než uživatel s nižším příspěvkem na péči
- ❖ **Hypotéza 2:** Informace, které domov pro seniory poskytuje zájemci o službu, jsou dostačující

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

Ve své práci jsem pro svůj výzkum použila metodu kvantitativního výzkumu – standardizovaný (řízený) rozhovor.

Rozhovor je dlouhodobě používanou metodou terénního sběru dat. Informace jsou získávány od zkoumaných osob (respondentů) pomocí kladení záměrně cílených otázek, a to tzv. „tváří v tvář“ (= face to face). Řízený rozhovor pak vychází z pevně stanovených otázek, které mají různé varianty odpovědí.⁹⁰

⁹⁰ KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti*. eAMOS [online]. [cit. 2010-04-05]. Dostupné z: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>.

Ve své práci jsem použila řízený rozhovor, který se rozvíjel na základě pevně stanovených otázek v závazném pořadí, odpovědi na ně jsem zaznamenávala do záznamového archu. Celkem jsem použila 15 otázek – 5 otázek bylo zcela uzavřených a 10 otázek bylo polootevřených (jednou z možností bylo svou odpověď vepsat). Otázka č. 1 – 4 byly identifikační, otázka č. 5 – 9 se týkala období před vstupem do domova pro seniory a otázka č. 10 – 15 období po přijetí do domova.

Před započetím každého rozhovoru jsem respondentu seznámila s účelem rozhovoru a ujistila o absolutní anonymitě. Rozhovory probíhaly tak, aby se respondenti cítili co možná nejlépe a čas strávený rozhovorem pro ně nebyl nepříjemný. Jednotlivé otázky byly vedeny srozumitelně, jednoznačně a byly sestaveny tak, aby odpovídaly cílové skupině respondentů. Po celou dobu trvání rozhovoru byl brán ohled na momentální zdravotní i psychický stav dotazovaných.

Jednotlivé rozhovory probíhaly v měsíci lednu 2010 až únoru 2010 a délka trvání jednotlivých rozhovorů nepřesahovala 30 minut.

Výsledky záznamových archů jednotlivých rozhovorů byly zpracovány do grafů a tabulek pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili uživatelé sociální pobytové služby Domova důchodců Horní Planá. V době výzkumu byla kapacita domova zcela zaplněna – tj. 110 uživatelů. Rozhovor byl veden s každým druhým uživatelem sociální služby a byl podmíněn dvěma kritérii:

- ❖ zachování kognitivních funkcí
- ❖ ochota odpovídat a zúčastnit se výzkumu

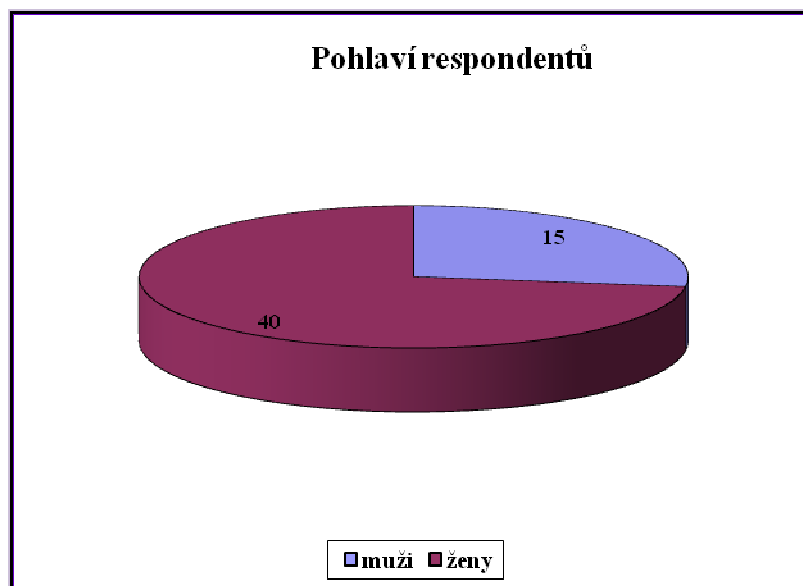
Všichni oslovení uživatelé byli ochotni zúčastnit se výzkumu a všechny otázky, které jsem položila v průběhu rozhovoru, zodpověděli.

4. Výsledky

Otázka č. 1:

Pohlaví:

Graf 1: Pohlaví respondentů



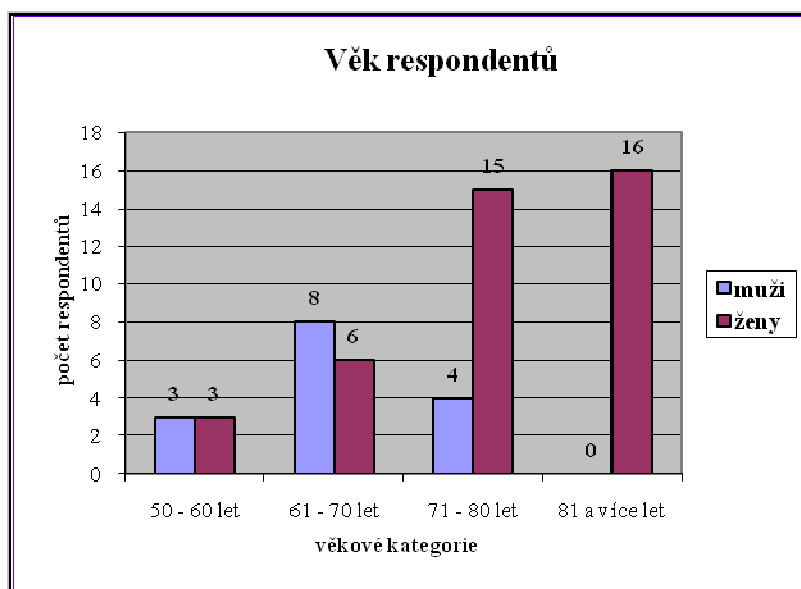
Zdroj: vlastní výzkum

V Domově důchodců Horní Planá byla v době výzkumu zcela naplněna kapacita – tj. 110 uživatelů sociální pobytové služby. Z toho bylo 73 žen (66%) a 37 mužů (34%). Je tedy patrné větší zastoupení žen. I ve výzkumném souboru bylo z celkového počtu 55 dotazovaných (100%) 40 žen (73%) a 15 mužů (27%).

Otázka č.2:

Kolik Vám je let?

Graf 2: Věk respondentů



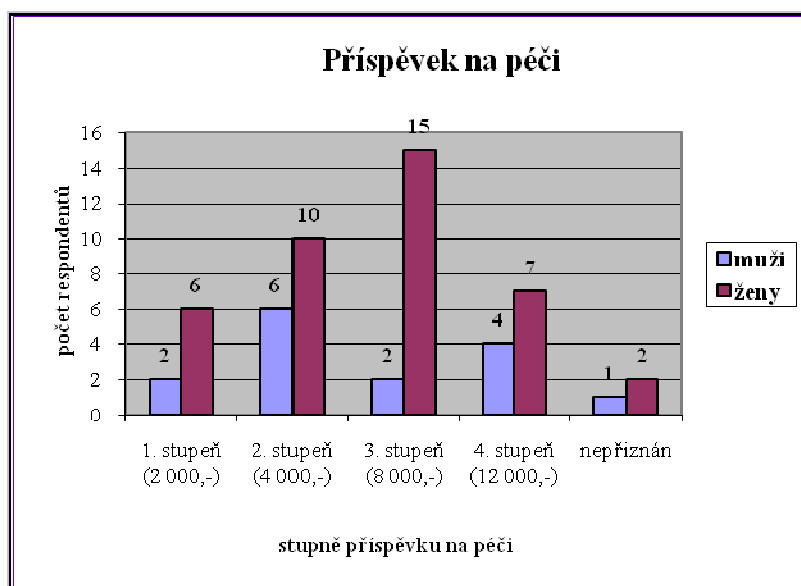
Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum týkající se věku respondentů ukázal, že z celkového počtu 55 dotazovaných byli 3 muži a 3 ženy ve věkovém rozmezí 50-60 let, 8 mužů a 6 žen v rozmezí 61-70 let, 4 muži a 15 žen mezi 71-80 let a žádnému muži a 16 ženám bylo 81 a více let.

Otázka č.3:

Máte přiznaný příspěvek na péči?

Graf 3: Příspěvek na péči



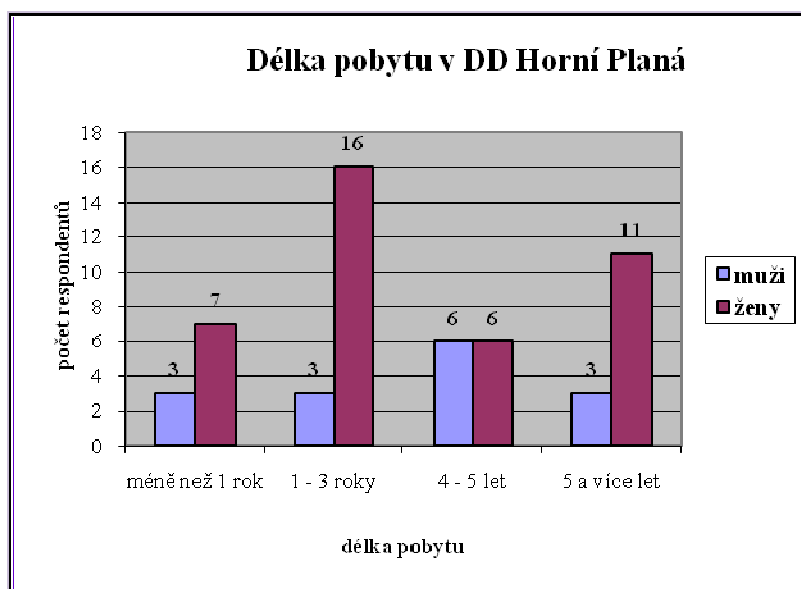
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka týkající se příspěvku na péči ukázala, že z celkového počtu 55 dotazovaných pobírají 2 muži a 6 žen příspěvek na péči v 1. stupni (2 000,- Kč), 6 mužů a 10 žen příspěvek na péči ve 2. stupni (4 000,- Kč), 2 muži a 15 žen příspěvek na péči ve 3. stupni (8 000,- Kč), 4 muži a 7 žen pobírá příspěvek na péči ve 4. stupni (12 000,- Kč) a 1 muž a 2 ženy příspěvek na péči nepobírají.

Otázka č.4:

Jak dlouho jste v Domově důchodců Horní Planá?

Graf 4: Délka pobytu v DD Horní Planá



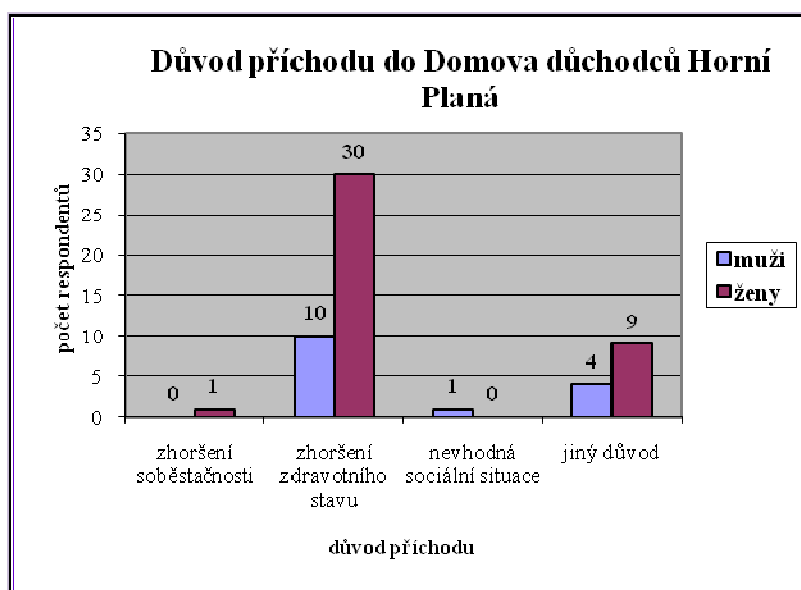
Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 55 dotazovaných jsou 3 muži a 7 žen v Domově důchodců Horní Planá méně než 1 rok, 3 muži a 16 žen 1 – 3 roky, 6 muži a 6 žen 4 – 5 let a 5 a více let jsou v domově 3 muži a 11 žen.

Otázka č.5:

Co bylo důvodem Vašeho příchodu do Domova důchodců Horní Planá?

Graf 5: Důvod příchodu do DD Horní Planá

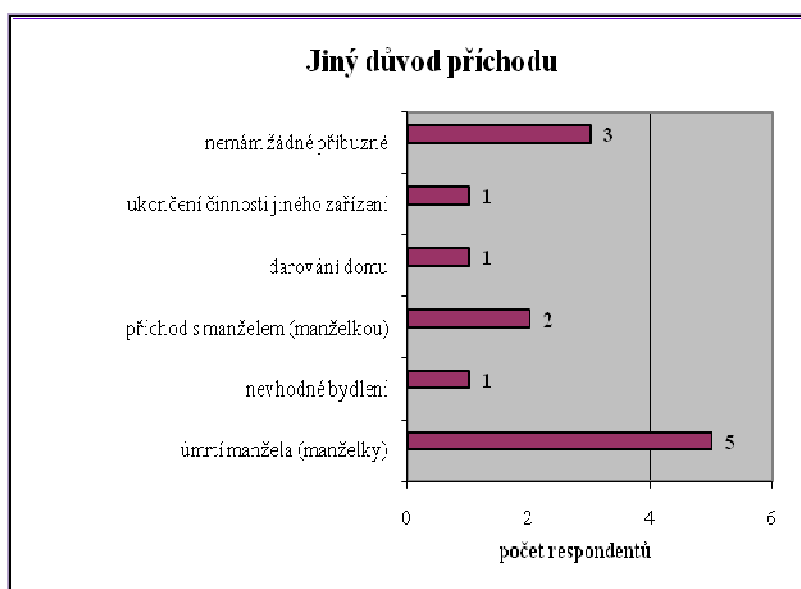


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku týkající se důvodu příchodu do Domova důchodců Horní Planá měli respondenti možnost volby mezi třemi nabízenými možnostmi (zhoršení soběstačnosti, zhoršení zdravotního stavu, nevhodná sociální situace), nebo měli možnost zvolit jiný důvod a svou odpověď o tento důvod doplnit.

Z celkového počtu 55 dotazovaných odešla 1 žena do Domova důchodců Horní Planá z důvodu zhoršení soběstačnosti, zhoršení zdravotního stavu do domova přivedlo 10 mužů a 30 žen, z důvodu nevhodné sociální situace přišel 1 muž, 4 muži a 9 žen přišlo do domova z jiného důvodu. Specifikace jiných důvodů je uvedena v grafu 6.

Graf 6: Jiný důvod příchodu



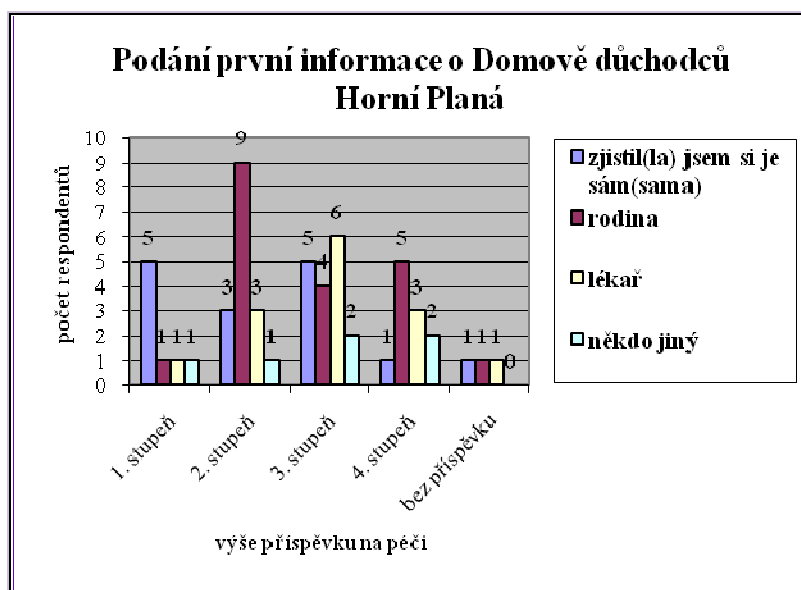
Zdroj: vlastní výzkum

Možnosti zvolit a doplnit jiný důvod příchodu do Domova důchodců Horní Planá využilo celkem 13 respondentů. Z důvodu absence jakéhokoli příbuzenstva odešli do domova celkem 3 respondenti, z důvodu ukončení činnosti jiného zařízení 1 respondent, darování domu bylo důvodem příchodu pro 1 respondenta, spolu s manželem (manželkou) přišli 2 respondenti, nevhodné bydlení domovem vyřešil 1 respondent a z důvodu úmrtí manžela (manželky) přišlo do domova 5 respondentů.

Otázka č.6:

Kdo Vám podal první informace o Domově důchodců Horní Planá?

Graf 7 Podání první informace o Domově důchodců Horní Planá



Zdroj: vlastní výzkum

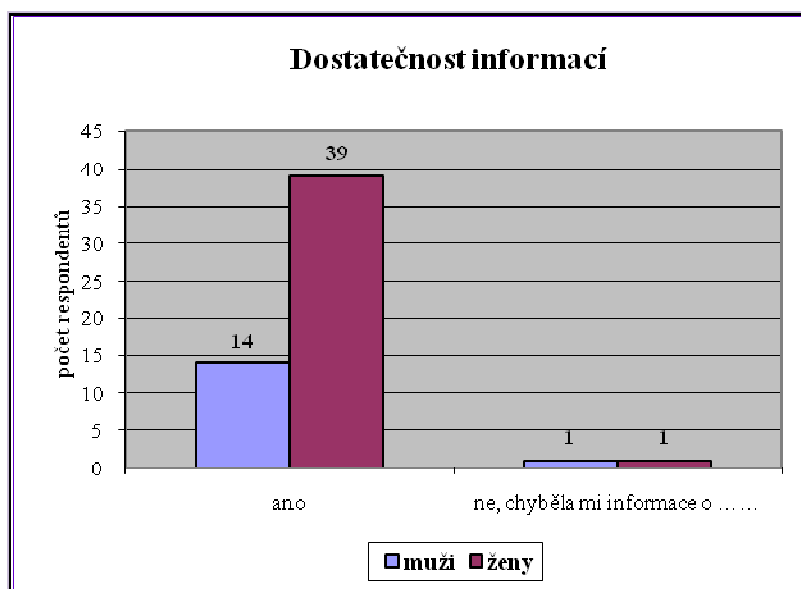
Z celkového počtu 55 dotazovaných získalo první informaci o domově celkem 8 uživatelů pobírající 1. stupeň příspěvku na péči (5 uživatelů si informaci získalo samo, 1 od rodiny, 1 od lékaře a 1 získal informace od někoho jiného), 16 uživatelů pobírající příspěvek na péči ve 2. stupni (3 si informace zjistili sami, 9 rodina, 3 lékař a 1 získal informace od někoho jiného), 17 uživatelů pobírající příspěvek na péči ve 3. stupni (5 si informace zjistili sami, 4 od rodiny, 6 od lékaře a 2 získali informace od někoho jiného), 11 uživatelů pobírající příspěvek na péči ve 4. stupni (1 si informace zjistil sám, 5 od rodiny, 3 od lékaře a 2 získali informace od někoho jiného) a 3 uživatelé bez příspěvku na péči (1 uživatel si získal informace sám, 1 od rodiny a 1 od lékaře).

Mezi jinými osobami respondenti nejčastěji uvedli sociální pracovníce LDN a sociální pracovníce úřadů.

Otázka č.7:

Byly tyto informace dostačující?

Graf 8: Dostatečnost informací:



Zdroj: vlastní výzkum

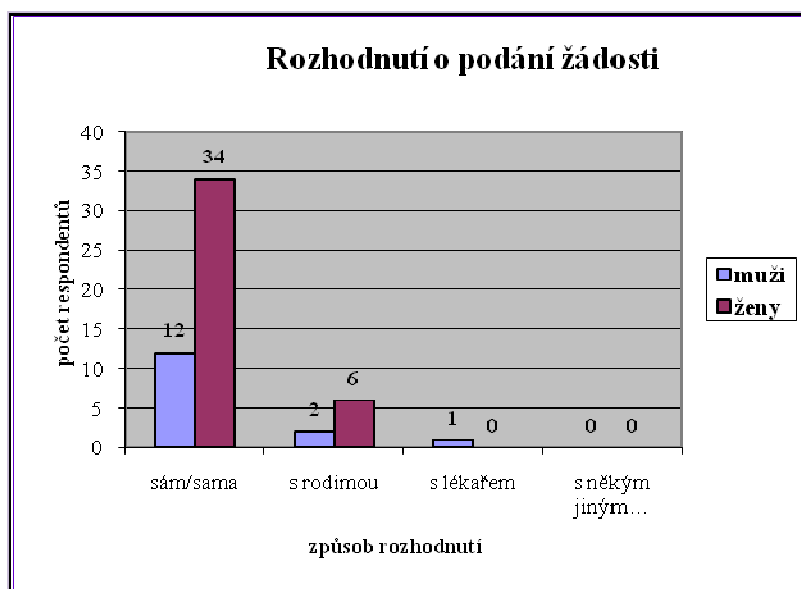
Zda byly poskytované informace dostačující a úplné zjišťovala otázka č.7. Respondent si mohl vybrat mezi odpověďmi ano, což znamenalo zcela dostačující a úplné, nebo mu nějaká informace chyběla a specifikoval ji.

Z celkového počtu 55 dotazovaných byly informace dostačující a úplné pro 39 žen a 14 mužů. Naopak 1 muž a 1 ženě nějaká informace chyběla. Muž uvedl, že mu chyběla informace finanční stránce, ženě pak informace o rehabilitaci a kolik lidí je na pokoji.

Otázka č.8:

O podání žádosti jste se rozhodl/rozhodla:

Graf 9: Rozhodnutí o podání žádosti:



Zdroj: vlastní výzkum

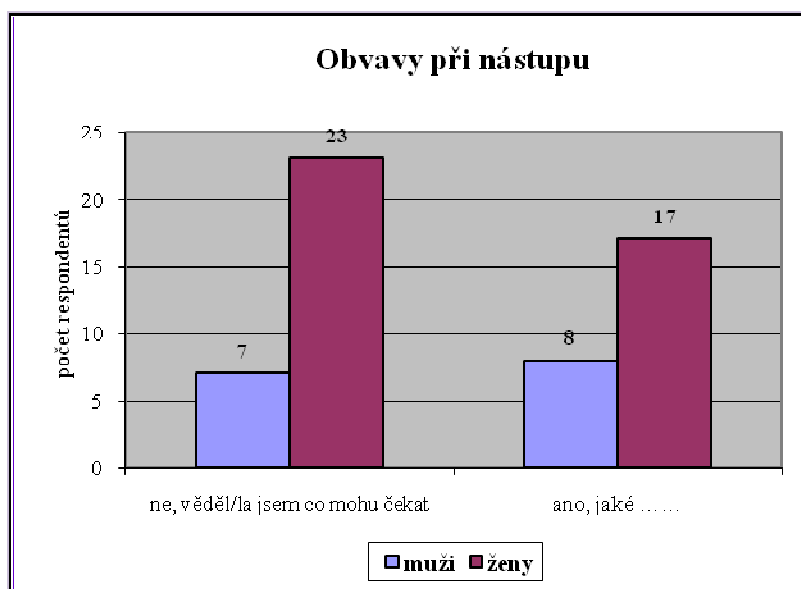
Tato otázka se pak zaměřila na skutečnost, zda se zájemce o službu rozhoduje sám, po poradě s rodinou, lékařem či zcela jinou osobou.

Z celkového počtu 55 dotazovaných se o podání žádosti samo rozhodlo 12 mužů a 34 žen, s pomocí rodiny 2 muži a 6 žen, s lékařem rozhodoval 1 muž a nikdo z dotazovaných ne zvolil možnost rady s někým jiným.

Otázka č.9:

Měl/měla jste při nástupu do Domova důchodců Horní Planá nějaké obavy?

Graf 10: Obavy při nástupu:

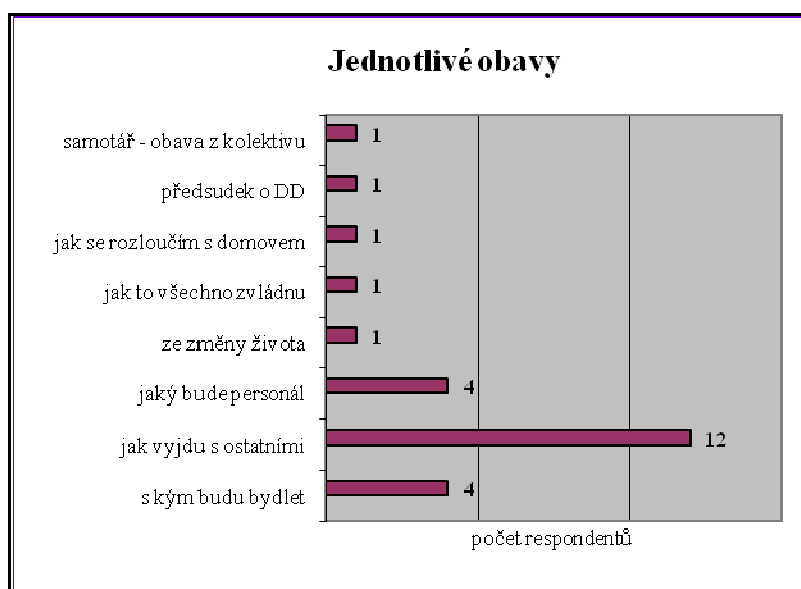


Zdroj: vlastní výzkum

I při této otázce měli respondenti možnost volby. Buď zvolili odpověď ne, což znamenalo, že respondent neměl žádné obavy a věděl, co může příchodem do domova očekávat, nebo nějakou obavu před nástupem do domova měl a specifikoval ji.

Z celkového počtu 55 dotazovaných nemělo obavy (vědělo, co může čekat) 7 mužů a 23 žen, obavu naopak mělo 8 mužů a 17 žen. Jednotlivé obavy jsou znázorněny v grafu 11.

Graf 11: Jednotlivé obavy:



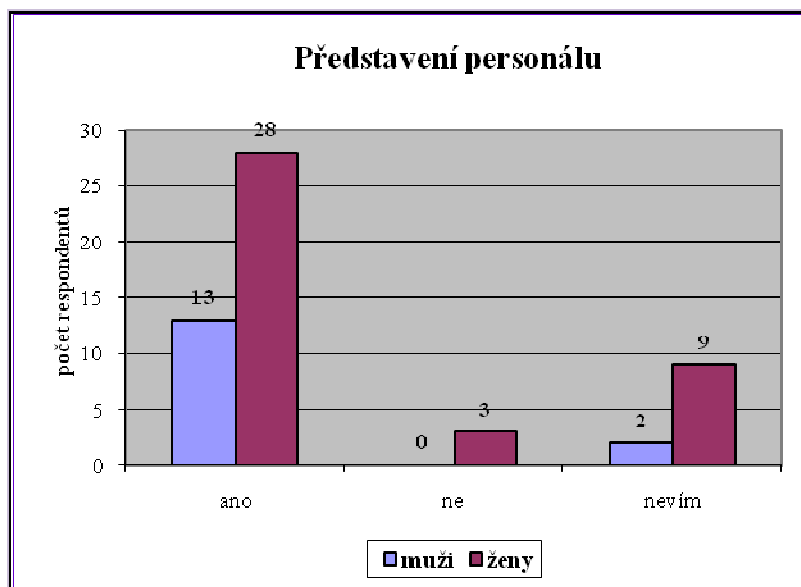
Zdroj: vlastní výzkum

Mezi nejčastěji objevující se byla u 12 respondentů obava, jak vyjde s ostatními, s kým bude bydlet se obávali 4 respondenti a 4 respondenti měli obavu s personálem, která byla vyvolána špatnou zkušeností z nemocnice. Dále se 1 respondent obával ze změny života, 1 jak to všechno zvládne a 1 si nedokázal představit, jak se rozloučí s domovem. Obavu z kolektivu měl 1 respondent, který se sám označil jako velký samotář. Příchod do domova ztěžoval 1 respondentovi fakt, že si domov pamatoval jako dítě a stále to v něm zůstávalo jako předsudek.

Otázka č.10:

Představil se Vám personál při nástupu do Domova důchodců Horní Planá?

Graf 12: Představení personálu:



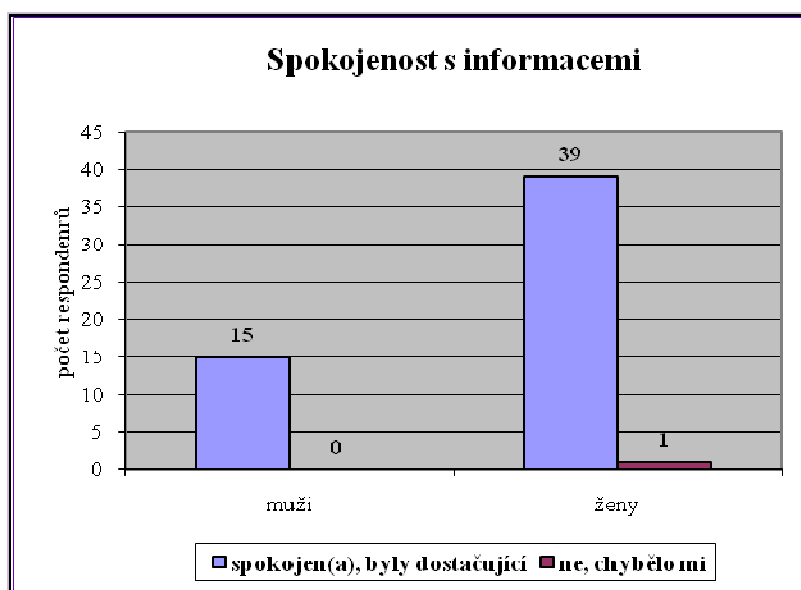
Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka byla zaměřena na den příchodu do domova a na fakt, zda se personál uživateli představil či nikoli. Z celkového počtu 55 dotazovaných se 13 mužům a 28 ženám personál představil, žádnému muži a 3 ženám se personál nepředstavil a 2 muži a 9 žen neví, zda k představení personálu došlo, protože si to nepamatuje.

Otázka č.11:

S informacemi, které mi personál při přijetí podal jsem byl/byla:

Graf 13: Spokojenost s informacemi:



Zdroj: vlastní výzkum

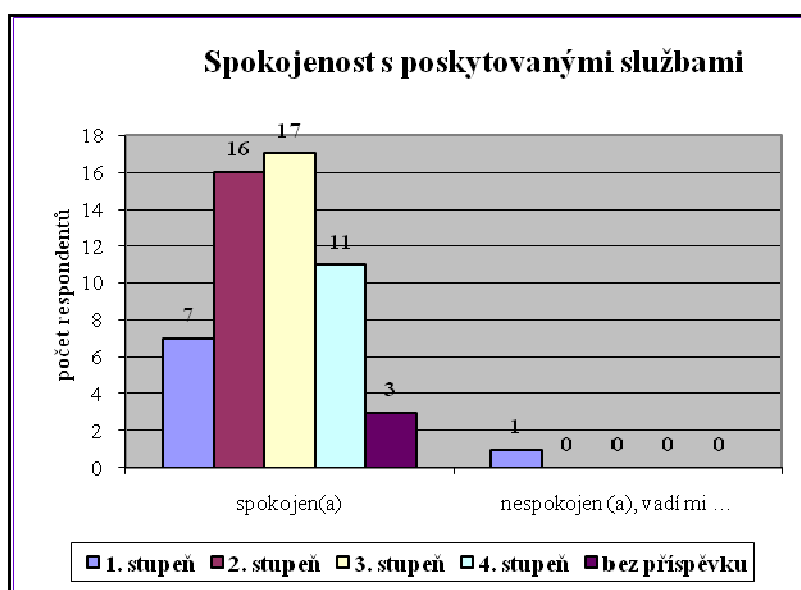
Tato otázka byla rovněž zacílena na den, kdy uživatel do domova přišel. Zjišťovala dostatečnost informací o domově a jeho chodu. Respondent měl opět možnost výběru mezi odpovědí úplné spokojenosti a dostatečnosti informací, nebo mu nějaká informace chyběla a uvedl jaká.

Z celkového počtu 55 dotazovaných bylo z informacemi zcela spokojeno 15 mužů a 39 žen. Žádnému muži nechyběla informace a 1 ženě chyběla informace o zdravotním stavu spolubydlící – že projevy chování nebyly vyvolávány zlobou, ale mohl za to zdravotní stav.

Otázka č.12:

Se službami, které domov poskytuje jsem:

Graf 14: Spokojenost s poskytovanými službami:



Zdroj: vlastní výzkum

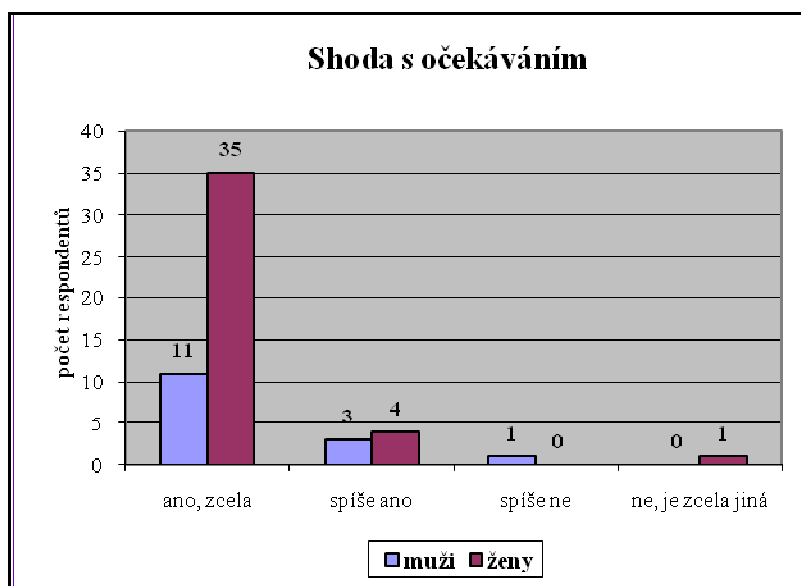
Na otázku spokojenosti s poskytovanými službami mohl respondent zvolit mezi odpověďmi ano, jsem spokojen, nebo spokojen není a uvedl důvod své nespokojenosti.

Z celkového počtu 55 dotazovaných je se službami, které domov poskytuje spokojeno 54 respondentů (7 pobírající příspěvek na péči v 1. stupni, 16 ve 2. stupni, 17 ve 3. stupni, 11 ve 4. stupni a 3 respondenti bez přiznaného příspěvku na péči). Nespokojem s poskytovanými službami byl 1 respondent pobírající příspěvek na péči v 1. stupni. Nespokojený je z důvodu občasného strohého přístupu personálu a chybějícímu přátelství s ostatními.

Otázka č.13:

Shoduje se poskytovaná služba s tím, co jste očekával/očekávala?:

Graf 15: Shoda s očekáváním:



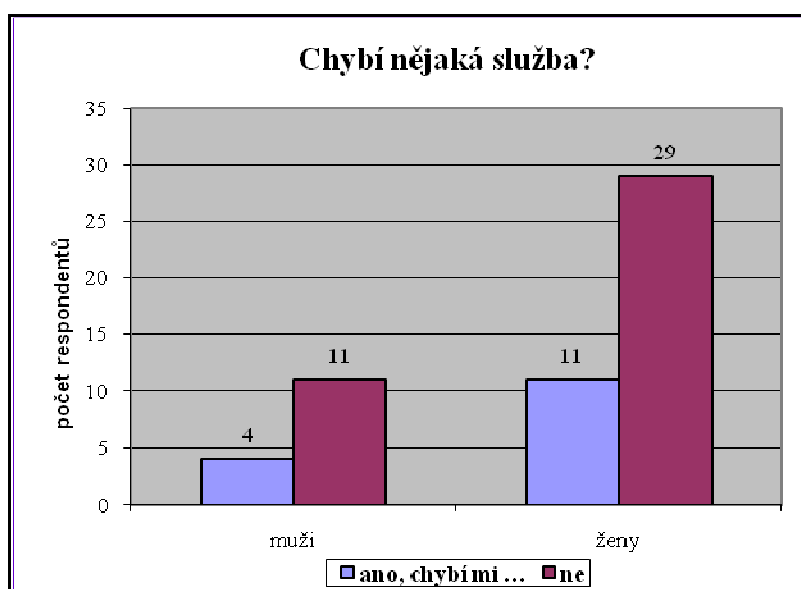
Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 55 dotazovaných se poskytovaná služba zcela shoduje s očekáváním u 11 mužů a 35 žen, pro 3 muže a 4 ženy se představa spíše shoduje, pro 1 muže se spíše neshoduje s očekáváním a pro 1 ženu je služba zcela jiná než očekávala. Pro upřesnění pak uvedla, že i když měla všechny informace o domově a byla se tady před nástupem i podívat, stále si nedovedla život v domově představit.

Otázka č.14:

Chybí Vám nějaká služba, kterou Domov důchodců neposkytuje?:

Graf 16: Chybí nějaká služba

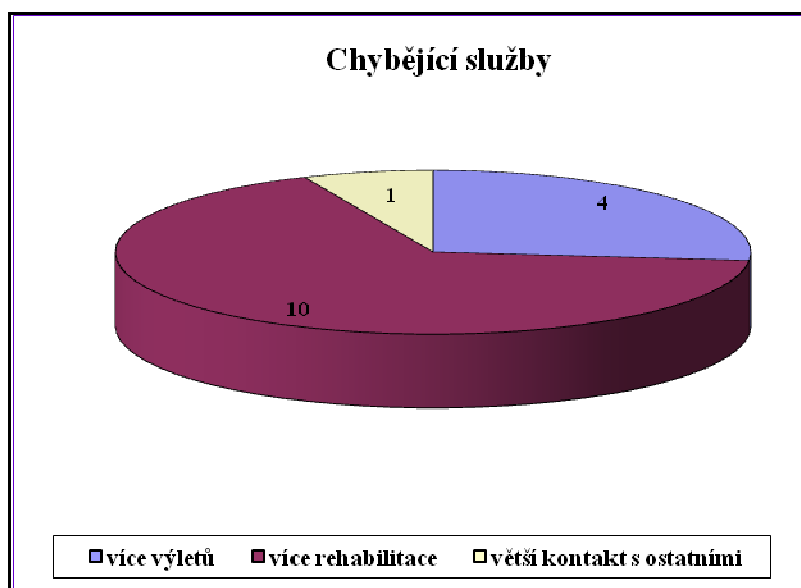


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka byla zaměřena na dostatečnost poskytovaných služeb. Každý respondent, který odpověděl kladně, tj. že mu nějaká služba chybí, specifikoval jaká.

Z celkového počtu 55 dotazovaných 11 mužům a 29 ženám zcela vyhovuje nabídka poskytovaných služeb a žádná jiná nechybí. Naopak 4 mužům a 11 ženám nějaká služba chybí. Jednotlivé chybějící služby, tak jak je uváděli respondenti jsou znázorněny v grafu 17.

Graf 17: Chybějící služby



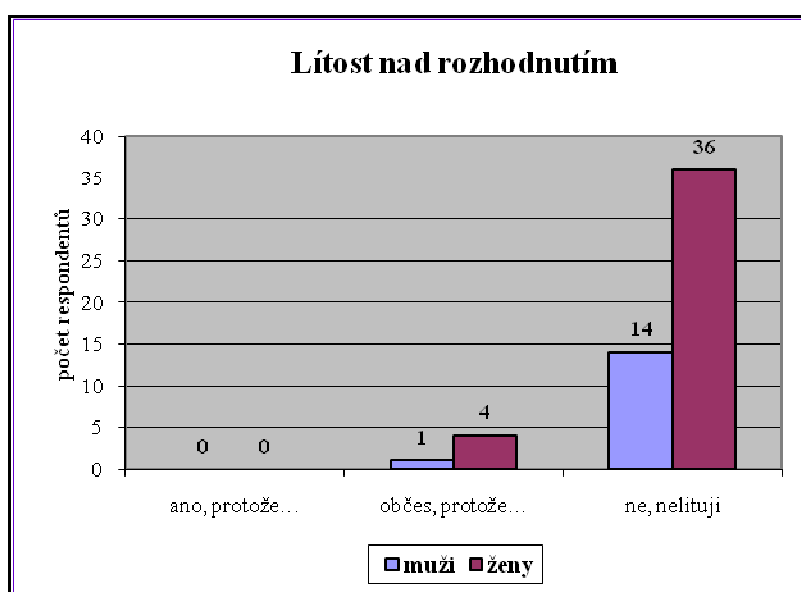
Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 15 respondentů odpovědělo, že v jim v domově nějaká služba chybí. Při specifikaci chybějící služby by 10 respondentů uvítalo více rehabilitace, 4 respondenti postrádají více výletů a 1 respondent by uvítal větší kontakt s ostatními.

Otázka č.15:

***Litujete svého rozhodnutí, kdy jste se rozhodl/rozhodla jít do Domova důchodců
Horní Planá?:***

Graf 18: Lítost nad rozhodnutím



Zdroj: vlastní výzkum

Poslední otázka celého rozhovoru byla směřována na fakt, zda uživatel lituje svého rozhodnutí do domova odejít. Odpovědět bylo možno třemi způsoby. Buď respondent nelituje svého rozhodnutí, lituje občas nebo lituje stále. Při posledních dvou možnostech opět specifikoval proč.

Z 55 dotazovaných nikdy nelituje svého rozhodnutí 14 mužů a 36 žen. Občas zalituje 1 muž a 4 ženy a nikdo nelituje stále. Důvodem pro občasnou lítost je pak pro 3 respondenty stesk po rodině a domově, 2 respondenti doslova řekli: „Doma je doma, ale vím, že to ze zdravotních důvodů není možné“.

5. Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo odkrytí problematiky stárnutí a stáří, fyzické, psychické a sociální změny u seniorů, jejich potřeby a změny v komunikaci. Dále se práce věnovala adaptaci na stáří a zátěži na seniora při vstupu do domova pro seniory. Zjišťován byl důvod pobytu v domově, průběh adaptace, celková spokojenost s poskytovanými službami, zda se seniorům dostává takových služeb, jaké očekávali před příchodem do domova.

Ve své práci jsem použila kvantitativní výzkumnou metodu - řízený rozhovor. Jednotlivé rozhovory probíhaly s uživateli sociální pobytové služby Domova důchodců Horní Planá, a to v měsíci lednu 2010 až únoru 2010. V době výzkumu byla kapacita domova zcela zaplněna – tj. 110 uživatelů. Rozhovor byl veden s každým druhým uživatelem sociální služby a byl podmíněn dvěma kritérii - zachování kognitivních funkcí, ochota odpovídat a zúčastnit se výzkumu. Délka trvání jednotlivých rozhovorů nepřesahovala 30 minut. Před započítím každého rozhovoru jsem respondenta seznámila s účelem rozhovoru a ujistila o absolutní anonymitě. Rozhovory probíhaly tak, aby se respondenti cítili co možná nejlépe a čas strávený rozhovorem pro ně nebyl nepříjemný. Jednotlivé otázky byly vedeny srozumitelně, jednoznačně a byly sestaveny tak, aby odpovídaly cílové skupině respondentů. Po celou dobu trvání rozhovoru byl brán ohled na momentální zdravotní i psychický stav dotazovaných.

Rozhovor se rozvíjel na základě pevně stanovených otázek v závazném pořadí. Celkem jsem použila 15 otázek – 5 otázek bylo zcela uzavřených a 10 otázek bylo polootevřených (jednou z možností bylo svou odpověď vepsat).

Otázka č. 1 – 4 byly identifikační. Z celkového počtu 55 dotazovaných bylo 40 žen (73%) a 15 mužů (27%) a to v následujícím věkovém rozmezí - 50-60 let 3 muži a 3 ženy, 61-70 let 8 mužů a 6 žen, 71-80 let 4 muži a 15 žen a 81 a více let nebylo ani jednomu z dotazovaných mužů a 16 ženám. Otázka č. 3 směřovala k příspěvku na péči. Zde bylo zjištěno, že příspěvek na péči v 1.stupni pobíralo celkem 8 dotazovaných (2 muži a 6 žen), ve 2.stupni 16 dotazovaných (6 mužů a 10 žen), ve 3.stupni 17

dotazovaných (2 muži a 15 žen), ve 4.stupni 11 dotazovaných (4 muži a 7 žen), 1 muž a 2 ženy v době rozhovoru nemělo přiznaný příspěvek na péči. Podíváme-li se na složení dotazovaných z pohledu délky pobytu v domově, pak bylo zjištěno, že celkem 10 dotazovaných (3 muži a 7 žen) bylo v domově méně než 1 rok, 1-3 roky celkem 19 dotazovaných (3 muži a 16 žen), 4-5 let celkem 12 dotazovaných (6 mužů a 6 žen) a 5 a více let strávilo v domově 14 dotazovaných (3 muži a 11 žen). Z výše uvedeného je patrné, že v domově je větší zastoupení žen a uživatelé sociální pobytové služby zastupují různé věkové hranice. Rozložení počtu dotazovaných s přihlédnutím na výši příspěvku na péči svědčí o naplnění cíle a poslání domova tj. – poskytnout sociální služby seniorům, kteří mají z důvodu věku a zhoršeného zdravotního stavu sníženou soběstačnost, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (zejména při zajištění stravování, osobní hygieny i dalších činnostech⁹¹.

Otázka č. 5 – 9 se týkala období před vstupem do domova pro seniory. Zde výzkum ukázal, že důvodem příchodu do domova bylo především zhoršení zdravotního stavu, to do domova přivedlo celkem 40 dotazovaných (10 mužů a 30 žen), 1 žena přišla z důvodu zhoršené soběstačnosti a 1 muž vyřešil domovem svou sociální situaci. Jinou možnost pak zvolilo 13 dotazovaných – 3 respondenti do domova odešli z důvodu absence příbuzenstva, 1 respondent z důvodu ukončení činnosti jiného zařízení, svůj dům daroval 1 respondent, 2 přišli spolu s partnerem, 1 vyřešil nevhodné bydlení a 5 dotazovaných volilo domov po úmrtí partnera. Velmi zajímavé zjištění bylo v otázce podání první informace o domově a její dostatečnosti. Zde z celkového počtu 55 dotazovaných dostalo první informaci od rodiny 20 respondentů, od lékaře 14 respondentů, 15 respondentů si první informaci zjistilo samo a 6 dotazovaných dostalo tuto informaci od někoho jiného. Mezi jinými osobami pak respondenti nejčastěji uváděli sociální pracovníce nemocnic – LDN a sociální pracovníce úřadů. Za dostačující pak první informaci považovalo 53 dotazovaných a pouze 2 nějaká informace chyběla. Z výzkumu tedy vyplývá dobrá informovanost jak na straně rodiny, lékaře či sociálních pracovníků a také schopnost předat tyto informace seniorovi

⁹¹ DOMOV DUCHODCU HORNÍ PLANÁ. *Standard č. 1 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*. Domov důchodců Horní Planá, 2009

důkladně a včas. On se pak může rozhodnout, jak svou tíživou situaci řešit. Výzkum tedy potvrdil teorii Janečkové, která vidí jako velkou výhodu pro seniora přicházejícího do domova fakt, že se jedná o změnu plánovanou, ke které dospěl na základě dobrovolného rozhodnutí. K tomuto rozhodnutí pak přispívá znalost prostředí, maximální informace, zachování dosavadních vazeb a celková připravenost na přechod⁹². O tom, s kým se senior radí, vypovídala otázka č. 8 – 46 dotazovaných se rozhodlo k podání žádosti samo, 8 se poradilo s rodinou a 1 s lékařem. Výsledky otázky č. 9 již jen potvrdily výše zmiňovanou dobrou a dostatečnou informovanost. Z celkového počtu 55 dotazovaných nemělo obavu s přijetím do domova 30 dotazovaných a 25 nějakou obavu mělo. Mezi nejčastější patřila obava z toho, jak vyjdu s ostatními, s kým budu bydlet na pokoji a byla zastoupena i obava z personálu (po špatné zkušenosti z nemocnice).

Otázka č. 10 – 15 se týkala období po přijetí do domova. První otázka tohoto bloku se věnovala představení se personálu při prvním kontaktu. Z celkového množství dotazovaných se personál 41 respondentům představil, 3 nikoli a 11 respondentů neví, zda k představení došlo, protože si to nepamatuje. Další otázka byla věnována spokojenosti s informacemi, které jsou uživatelům služby podávány bezprostředně po příchodu do domova. Zde výzkum ukázal spokojenost u 54 dotazovaných, 1 ženě pak chyběla informace o zdravotním stavu spolubydlící (projev jejího chování nebyl vyvolán zlobou, ale zdravotním stavem). Na otázku spokojenosti s poskytovanými službami odpovědělo 54 dotazovaných kladně, tj. že je spokojeno s poskytovanými službami a 1 respondent je nespokojen z důvodu občasného strohého přístupu personálu a chybějícímu přátelství s ostatními. Další otázkou rozhovoru byla shoda s očekáváním. Domov zcela naplnil představu a očekávání u 46 dotazovaných, pro 7 dotazovaných se představa spíše shoduje, pro 1 se spíše neshoduje a pro 1 je služba zcela jiná. S nabízenými službami je zcela spokojeno 40 dotazovaných a 15 nějaká služba chybí. Mezi chybějícími službami respondenti nejčastěji uváděli více rehabilitace, více výletů

⁹² JANEČKOVÁ In MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 352s. ISBN 80-7367-002-X

či větší kontakt s ostatními. Poslední otázka celého rozhovoru byla zaměřena na lítost nad rozhodnutím odejít do domova. Z celkového množství 55 dotazovaných svého rozhodnutí nikdy nelituje 50 dotazovaných a 5 zalituje občas. Důvodem občasné lítosti je stesk po rodině a domově.

Hypotéza 1, která zněla: “Uživatel s vyšším příspěvkem na péči bude spokojenější s nabídkou sociálních služeb než uživatel s nižším příspěvkem na péči“ byla ověřována otázkou č. 3 (informace o složení dotazovaných dle příspěvku na péči) a zejména otázkou č. 12 (celková spokojenost s poskytovanými službami). Otázka týkající se složení dotazovaných dle příspěvku na péči ukázala, že z celkového počtu 55 respondentů pobírá 8 z nich příspěvek na péči v 1. stupni (2 000,- Kč), 16 příspěvek na péči ve 2. stupni (4 000,- Kč), 17 příspěvek na péči ve 3. stupni (8 000,- Kč), 11 pobírá příspěvek na péči ve 4. stupni (12 000,- Kč) a 3 respondenti příspěvek na péči v době rozhovoru nepobírají. Na otázku spokojenosti s poskytovanými službami si mohl respondent zvolit mezi odpověďmi ano, jsem spokojen, nebo spokojen není a uvedl důvod své nespokojenosti. Z celkového počtu 55 dotazovaných je se službami, které domov poskytuje spokojeno 54 respondentů (7 pobírající příspěvek na péči v 1. stupni, 16 ve 2. stupni, 17 ve 3. stupni, 11 ve 4. stupni a 3 respondenti bez přiznaného příspěvku na péči). Nespokojem s poskytovanými službami byl 1 respondent pobírající příspěvek na péči v 1. stupni. Nespokojený je z důvodu občasného strohého přístupu personálu a chybějícímu přátelství s ostatními. Výzkum tedy hypotézu 1 nepotvrdil, neboť se ukázalo, že dotazovaní jsou se službou spokojeni, a to bez ohledu na výši příspěvku na péči.

Hypotéza 2, která zněla: “Informace, které domov pro seniory poskytuje zájemci o službu, jsou dostačující“ byla ověřována otázkou č. 6, 7 a 11. Výzkum ukázal, že z celkového počtu 55 dotazovaných 53 považovalo informace před nástupem do domova za dostačující a 54 z nich považovalo za dostačující i informace bezprostředně po přijetí do domova. Hypotéza byla tedy potvrzena.

6. Závěr

Mezi základní rysy demografického vývoje lze zařadit stárnutí populace. Starých a stárnoucích lidí bude tedy neustále přibývat a věková struktura obyvatelstva se bude měnit. Vzhledem k faktu, že stáří s sebou přináší spoustu změn jak v oblasti zdravotní, sociální i psychické, musí těmto změnám senior čelit. Očekává naši pomoc, toleranci i trpělivost. Tato pomoc se však neobejde bez vhodných podmínek. Pokud již senior není schopen zůstat v domácím prostředí a rodina není schopna péči zvládnout, nabízí se zde možnost výběru ze širokého spektra sociálních služeb. Hlavním úkolem sociálních služeb je pomoc těmto seniorům, řešit jejich nepříznivou sociální situaci a umožnit jim prožít stáří důstojně a co možná nejklidněji.

Cílem práce mé práce bylo poodhalení problematiky stárnutí a stáří, fyzické, psychické a sociální změny u seniorů, problematiku jejich potřeb a změny v komunikaci. Dále se práce věnovala adaptaci na stáří a zátěži na seniora při vstupu do domova pro seniory. Jedna z kapitol je pak věnována přímo Domovu důchodců Horní Planá – posláním, cílům a způsobu poskytování sociální služby, průběhu jednání se žadatelem o službu a přijetí do domova.

Další část práce byla věnována výzkumné části. Výzkum pro praktickou část bakalářské práce pak probíhal rovněž v Domově důchodců Horní Planá. Zde byl s každým druhým uživatelem této pobytové služby veden rozhovor. Zjišťován byl důvod pobytu v domově, průběh adaptace, celková spokojenost s poskytovanými službami, zda se seniorům dostává takových služeb, jaké očekávali před příchodem do domova. V rámci výzkumu byly stanoveny dvě základní hypotézy.

Hypotéza 1: Uživatel s vyšším příspěvkem na péči bude spokojenější s nabídkou sociálních služeb než uživatel s nižším příspěvkem na péči. Tato hypotéza však nebyla potvrzena, protože výzkum ukázal, že dotazovaní jsou se službou spokojeni, a to bez ohledu na výši příspěvku na péči.

Hypotéza 2: Informace, které domov pro seniory poskytuje zájemci o službu, jsou dostačující. Zde výzkum ukázal, že většina dotazovaných považovalo informace před

nástupem do domova i informace bezprostředně po přijetí do domova za dostačující. Hypotéza byla tedy potvrzena.

Domnívám se, že svým obsahem byl splněn předem stanovený cíl práce a výsledky práce mohou sloužit pro potřeby Domova důchodců Horní Planá, zejména pak ke zlepšení kvality poskytovaných služeb.

7. Seznam použitých zdrojů

1. DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Standard č. 1 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*. Domov důchodců Horní Planá, 2009
2. DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Standard č. 3 – Jednání se žadatelem o službu*. Domov důchodců Horní Planá, 2009
3. DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Standard č. 4 – Smlouva o poskytování sociální služby*. Domov důchodců Horní Planá, 2009
4. DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Vnitřní předpis č.1 – Organizační řád*. Domov důchodců Horní Planá, 2008
5. DOMOV DŮCHODCŮ HORNÍ PLANÁ. *Vnitřní předpis č.2 – Domácí řád*. Domov důchodců Horní Planá, 2008
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 72s. ISBN 80-7013-363-5
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. 409s. ISBN 80-7038-158-2
8. HROZENSKÁ, Martina. a kol. *Sociální práca so staršími ľuďmi*. Martin: Osveta, 2008. 181s. ISBN 978-80-8063-282-3
9. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110s. ISBN 80-7368-110-2
10. KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galen, 2006. 44s. ISBN 80-7262-455-5

11. KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6
12. KALVACH, Zdeněk. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 336s. ISBN 978-80-247-2490-4
13. KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 80s. ISBN 80-7254-662-7
14. KOZLOVÁ, Lucie, KUBELOVÁ, Veronika. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 2008. 56s. ISBN 978-80-7394-112-3
15. KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3.vyd. Olomouc: Anag, 2009. 423s. ISBN 978-80-7263-559-7
16. KRAMÁŘOVÁ, Naděžda, TUČEK, Jan. *Gerontopsychiatrie*. 2.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2005. 55s. ISBN 80-7040-829-4
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0
18. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2.akt.vyd. Praha: Grada, 2006. 368s. ISBN 80-247-1284-9
19. MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 184s. ISBN 978-80-7367-310-9
20. MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 352s. ISBN 80-7367-002-X
21. MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67s. ISBN 80-7013-436-4

22. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 1.vyd. Praha: Academia, 1999. 287s. ISBN 80-200-0690
23. PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1.vyd. Praha: Scientia medica, 1994. 152s. ISBN 80-85526-32-8
24. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136s. ISBN 80-201-8076-8
25. PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1996. 160s. ISBN 80-7178-184-3
26. RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 86s. ISBN 80-7169-828-8
27. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galen, 2005. 270s. ISBN 80-7262-365-6
28. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5
29. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5
30. Vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
31. ZAVÁZALOVÁ, Helena. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 55s. ISBN 80-246-0326-8
32. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 *O sociálních službách*, v platném znění

8. Klíčová slova

Stáří

Stárnutí

Senior

Sociální služby

Adaptační proces

Domov pro seniory

9. Přílohy

příloha 1: záznamový arch řízeného rozhovoru

příloha 2: fotodokumentace z Domova důchodců Horní Planá

Vážená paní, vážený pane

Jmenuji se Martina Dvořáková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty – obor Sociální práce ve veřejné správě. Součástí mého studia je i vypracování bakalářské práce na téma: “Očekávání seniorů před a po příchodu do domova pro seniory.”

Ráda bych Vás tímto požádala o spolupráci a byla bych velmi ráda za Vaši odpověď na několik otázek. Rozhovor je zcela anonymní a získaná data budou použita výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Martina Dvořáková

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Kolik Vám je let?

- a) 50 – 60 let
- b) 61 – 70 let
- c) 71 – 80 let
- d) 81 a více let

3. Máte přiznaný příspěvek na péči?

- a) ano - 1.stupeň (2.000,- Kč)
- b) ano - 2.stupeň (4.000,- Kč)
- c) ano - 3.stupeň (8.000,- Kč)
- d) ano - 4.stupeň (12.000,- Kč)
- e) ne, nemám přiznán příspěvek na péči

4. Jak dlouho jste v Domově důchodců Horní Planá?

- a) méně než 1 rok
- b) 1 – 3 roky
- c) 4 – 5 let
- d) 5 a více let

5. Co bylo důvodem Vašeho příchodu do Domova důchodců Horní Planá?

- a) zhoršení soběstačnosti
- b) zhoršení zdravotního stavu
- c) nevhodná sociální situace
- d) jiný důvod :
-

6. Kdo Vám podal první informaci o Domově důchodců Horní Planá?

- a) zjistil/zjistila jsem si je sám/sama
- b) rodina
- c) lékař
- d) někdo jiný :

7. Byly tyto informace dostačující?

- a) ano
- b) ne, chyběla mi informace o
-

8. O podání žádosti jste se rozhodl/rozhodla:

- a) sám/sama
- b) s rodinou
- c) s lékařem
- d) s někým jiným :

9. Měla/měla jste při nástupu do Domova důchodců Horní Planá nějaké obavy?

- a) ne, věděl/věděla jsem co mohu čekat
- b) ano, jaké :
.....

10. Představil se Vám personál při nástupu do Domova důchodců Horní Planá?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. S informacemi, které mi personál při přijetí podal jsem byl/byla:

- a) spokojen/spokojena, byly dostačující
- b) ne, chybělo mi :
.....

12. Se službami, které domov poskytuje jsem:

- a) spokojen/spokojena
- b) nespokojen/nespokojena, vadí mi :
.....

13. Shoduje se poskytovaná služba s tím, co jste očekával/očekávala?

- a) ano, zcela
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne, služba je zcela jiná než jsem očekával/očekávala
v čem :
.....

14. Chybí Vám nějaká služba, kterou Domov důchodců Horní Planá neposkytuje?

a) ano, chybí mi :

.....

b) ne

15. Litujete svého rozhodnutí, kdy jste se rozhodl/rozhodla jít do Domova důchodců Horní Planá?

a) ano, protože

:.....

b) občas, protože :

.....

c) ne, nelituji

Domov důchodců Horní Planá – hlavní vchod



Pokoje uživatelů



Společné prostory (pro společná posezení)

