

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Proces přijímání a adaptace nových klientů v domově pro seniory

*The Process of Admission and Adaptation of New Clients to a
Retirement Home*

Lucie Alterová

Praha 2020

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za vstřícné vedení mé práce, kterým mi pomohla posunout se zase o kousek dál. Velmi vděčná jsem i respondentům za jejich ochotu participovat ve výzkumu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 6. 8. 2020

.....

Lucie Alterová

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje příchodu nového klienta do domova pro seniory a obtížnosti adaptace na tento životní krok. Cílem práce je zjistit, jak postupují domovy pro seniory v okrese Kladno při přijímání nových klientů. Teoretická část práce popisuje práci s uchazečem o službu a následný proces adaptace i s jeho poruchami. S adaptací je spojena také stresová zátěž, které se práce spolu s dalšími souvisejícími tématy věnuje. Praktická část je tvořena výzkumem s cílem zjistit, jak se odlišuje přijímací proces nových klientů v domovech pro seniory kladenského okresu. Druhotnou výzkumnou otázkou je, zda je tento proces popsán v jejich interních dokumentech. K naplnění těchto cílů byly provedeny polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky. Výsledek tvoří popsané procesy přijímání nových klientů a shrnutí zkušeností oslovených pracovníků.

Klíčová slova: senior, domov pro seniory, adaptace, poruchy adaptace, stres

Abstract

The bachelor thesis is focused on admission of new clients to a retirement home and the difficulty of adjustment to this kind of major life change. The main aim of the thesis is to find out how retirement homes in the district of Kladno proceed in the admission of new clients. The theoretical part describes working with an applicant for the services, as well as the following process of adjustment, including its faults. The adjustment is also connected with the experience of stress, which is discussed among other related topics in this part of the thesis. The practical part consists of a research. Its goal is to find out how the admission process differs in different retirement homes in the district of Kladno. The secondary research question is finding out whether this process is described in their internal documents. To fulfil these goals, semi-structured interviews with social workers were conducted. The results of the research take form in the descriptions of processes of the admission of new clients and a summary of the workers' experiences.

Keywords: senior, retirement home, adjustment, adjustment disorder, stress

Obsah

Úvod	6
1. Úvod do problematiky stáří	8
❖ Vývojové změny ve stáří	8
❖ Potřeby seniorů	9
2. Stres	13
❖ Copingové strategie	15
3. Adaptace	19
❖ Adaptace na stáří	20
❖ Proces adaptace u seniorů	23
❖ Pět „pé“	24
4. Poruchy adaptace	27
5. Domov pro seniory	31
❖ Práce s uchazečem o službu	34
6. Příchod do domova pro seniory a adaptace na nové prostředí	36
❖ Průběh adaptace	39
7. Předchozí výzkumy	42
8. Praktická část	45
❖ Metodologie	45
❖ Výsledky výzkumu	47
❖ Diskuze	52
Závěr	56
Zdroje	58
❖ Elektronické zdroje	60
Příloha	63

Úvod

Ačkoli je současnou snahou udržet seniory co možná nejdéle v domácím prostředí s pomocí terénních či následně ambulantních služeb, přesto funguje velké množství domovů pro seniory. Tyto domovy navíc svou kapacitou poptávce nedostačují. Proto je téma příchodu do domova pro seniory a zdařilá adaptace v něm velmi důležité a aktuální. Je potřeba ho neustále rozvíjet, aby se toto životní období klientům co nejvíce usnadnilo. Cílem mé práce je zjistit, jak postupují domovy pro seniory v okrese Kladno při přijímání nových klientů do služby. Přínosem mohou být zjištěné postupy domovů sloužící jako příklady dobré praxe pro inspiraci dalším organizacím.

Teoretická část se skládá ze sedmi kapitol. Práce začíná stručným vymezením pojmu stáří a shrnuje vývojové změny, které stáří přináší. Je věnována také specifickým potřebám seniorské skupiny. Následuje druhá kapitola, která pojednává o termínu stres, jeho děleních, fyziologických i psychických projevech. Důležitou součástí této kapitoly jsou copingové strategie. Zmiňuje se i o obranných mechanismech a uvádí některé z faktorů pomáhajících zvládat stresové situace, jimž je člověk vystaven. Třetí kapitola definuje pojem adaptace a přidává některé základní informace k tomuto tématu, jako jsou způsoby, jimiž k adaptaci dochází. Do této kapitoly je zařazena také adaptace na stáří, od přípravy na toto životní období až k jednotlivým strategiím, jak se této změně přizpůsobit. Závěrem třetí kapitoly jsou odlišnosti v procesu adaptace u seniorů. Zdůrazněny jsou charakteristiky, které Kalvach považuje za základní zásady pro zdařilou adaptaci neboli „pět pé“. Následující kapitola přináší výčet možných poruch adaptačního procesu, pro problematiku bakalářské práce je nejzásadnější geriatrický maladaptivní syndrom či translokační syndrom. Pátá kapitola se věnuje popisu domova pro seniory jako instituce a dále stručně představuje všechny domovy v kladenském okrese. Kapitulu uzavírá problematika přípravy na odchod do domova pro seniory a práce s uchazečem o službu. Šestá kapitola na toto téma navazuje s informacemi o samotném příchodu do domova. Popisuje hlavní faktory pomáhající k úspěšnější adaptaci na tuto změnu, zdůrazňuje roli pracovníka v tomto procesu i roli individuálního plánu. Zakoňuje ji popis jednotlivých fází adaptačního procesu. Sedmá kapitola je složena ze záznamů předchozích výzkumů souvisejících s tématem práce.

Praktická část je tvořena výzkumem na téma procesy přijímání nových klientů v domovech pro seniory okresu Kladno. Jedná se o kvalitativní výzkum tvořený pomocí

polostrukturovaného rozhovoru. Za respondenty výzkumu byli účelně zvoleni sociální pracovníci/ pracovníce domovů pro seniory v okrese Kladno.

1. Úvod do problematiky stáří

Jedná se o poslední etapu lidského vývoje. Bartko mluví o stáří jako o zákonitým a dovršujícím procesu vývoje člověka (Bartko, 1984, in Malíková, 2011, str. 15). V tomto období jsou lidé konfrontováni se změnou dosavadního životního stylu počínaje ukončením vykonávání své profese, načež navazuje ztráta sociálního kontaktu nebo ztráta denního rozvrhu. Postupem času přichází také ztráta soběstačnosti a nutnost spolehnout se na péči okolí.

Podle Ericksona čelí lidé ve stáří dvěma protichůdným tendencím: integritě a stagnaci. Jde tedy o boj mezi akceptováním sebe a svého života, jelikož integrita je v tomto životním stádium ohrožena, a znechucením ze života a zoufalstvím – objevují se nevyřešené problémy, chybí jim jejich naprostá autonomie a život mohou vnímat jako promarněný. Během stáří si člověk osvojuje moudrost, kterou Erickson vnímá jako schopnost informovaného nezaujatého přemýšlení o životě. Nicméně, aby stav zoufalství senior překonal, potřebuje i zbylé schopnosti nabyté v předchozích vývojových stádiích, například již v kojeneckém období získaná víra má důležitou funkci (Erickson, 2015).

Období stáří můžeme rozdělit na dílčí období mnoha způsoby. Marie Vágnerová toto období dělí na stáří rané, tedy věk mezi 60–75 lety, a stáří pravé, za které považuje období od 75 let (Vágnerová, 2007). Jiné dělení používá Světová zdravotnická organizace, 60–74 let označuje za vyšší věk neboli rané stáří, 75–89 let je stařeckým věkem a 90 a více let dlouhověkostí (Dvořáčková, 2012).

Vývojové změny ve stáří

V průběhu celého stáří dochází individuálně k zhoršování tělesných funkcí, přidávají se další, často chronické, nemoci. Ubývá svalové hmoty, snižuje se hybnost kloubů, dochází ke změnám v trávicí i vylučovací soustavě. Klesá funkčnost zrakové a sluchové percepce. Proměňuje se vzhled jedince – řídnou a šediví vlasy, vznikají pigmentové skvrny, přichází částečná nebo úplná ztráta chrupu, zmenší se výška člověka a dojde k nahrbení se. Přichází o možnost reprodukce, dochází k poruchám spánku...

Psychické funkce se zpomalují a narušuje se jejich integrita, dochází k zhoršení krátkodobé paměti, všítivosti a koncentrace pozornosti. Paměť bývá většinou méně přesná, míra jejího fungování je prokazatelně závislá i na dosaženém vzdělání a četnosti jejího využívání. Již po padesátce se u lidí začínají objevovat reminiscence, tedy vzpomínky z minulosti člověka – často

z první či druhé čtvrtiny života, které vyplouvají na povrch mimovolně, a v seniorském věku jejich četnost ještě stoupá (Vágnerová, 2007). Nastávají potíže s vnímáním, které se také zpomaluje. Senior hůře zpracovává přicházející podněty a již není schopný uvažovat o více věcech současně, tím se také zpomaluje a ochuzuje myšlení. To u staršího člověka spoléhá především na prožitě a nasbírané zkušenosti, využívá již ověřených přístupů, a to i v nových situacích, ve kterých jejich využití nemusí být vhodné, protože starší člověk již většinou nerad experimentuje s novými věcmi a tíhne k zavedeným stereotypům, nové podněty pro něho mohou být přítěží. Pozitivem této tendence k rigiditě v myšlení jsou stabilní názory a postoje. Mozek starších lidí funguje při řešení problémů komplexněji, na rozdíl od mozku mladších lidí, kterým se zaktivizují specializovaná centra mozku. Také se zvyšuje citlivost ke stresu a je zvýšená unavitelnost. Do popředí přichází některé typické vlastnosti člověka a prohlubují se, například ze šetrného člověka může být až člověk lakomý. Častěji se projevuje emoční labilita, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra.

Typickými změnami v sociální oblasti bývá ubývání kontaktů z důvodu úmrtí ve vrstevnické skupině, důsledkem toho se senioři mohou dostávat do větší izolace. Také se snižuje počet sociálních rolí, které jedinec zastává, například po vážné operaci již nemůže jezdit na kole, proto ztrácí roli cyklisty. Mimo jiné se mění i jejich životní styl například snížením finančních příjmů nebo vyšší závislostí na pomoci od druhých.

Nicméně celý proces stárnutí probíhá velice individuálně a při práci s klientem je třeba pracovat s jeho individuálními možnostmi a schopnostmi.

Potřeby seniorů

Potřebu lze charakterizovat jako projev nedostatku a její pocíťování ovlivňuje psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení atd., vyvolává tedy tzv. psychickou odezvu, a proto jsou také důležitým činitelem v následném chování člověka. Účelem potřeb je kromě udržování rovnováhy v organismu také zachování rovnováhy mezi člověkem a prostředím, jelikož jsou i odrazem nároků prostředí na člověka (Příbyl, 2015).

Potřeby dělíme podle různých kritérií, jedno z dělení je na potřeby nižší, nutné pro přežití, a potřeby vyšší, jež jsou potřebami naučenými, naplňovanými v kontaktu s druhými. Saturace vyšších potřeb obvykle vyžaduje více času než saturace potřeb nižších, ale jsou to vyšší potřeby, které se podílí na tvorbě osobnosti a individuality každého člověka (Příbyl, 2015).

Jiné dělení se zakládá na holistickém přístupu k člověku, tento typ dělení obsahuje potřeby biologické, psychologické (bezpečí, jistota, touha po důvěře, respektování lidské důstojnosti...), sociální (touha komunikovat s druhými, potřeba milovat a být milován...) a potřeby duchovní (potřeba smyslu života, potřeba odpuštění...) (tamtéž).

Ačkoli jsou senioři vysoce heterogenní skupinou, pokoušíme se nějakým způsobem charakterizovat jejich potřeby, například abychom jim v případě ztráty soběstačnosti byli schopní poskytnout potřebnou podporu, jež by pomohla udržet jejich kvalitu života, na kterou byli zvyklí. Dále je důležité si uvědomit, že ačkoli se může jednat o člověka odkázaného na pomoc druhých, nemá pouze biologické potřeby, ale také potřeby psychické a spirituální (Čevela, 2012).

Stejně jako v průběhu celého života se i ve stáří potřeby rozlišují na biologické, tedy ty, jež všichni sdílíme, a na potřeby individuální. Například všichni lidé cítí potřebu být prospěšní, užiteční. Tato potřeba se většinou naplňuje kromě rodiny především v rámci pracovního uplatnění. Odlišností u seniorů není samotná potřeba, ale proces jejího naplňování (Čevela, 2012).

V průběhu stárnutí dochází k proměnám priorit, osobního významu jednotlivých potřeb a způsobu jejich uspokojování. Charakteristický je ve stáří pokles potřeby nových podnětů, spolu s tím může klesat i ochota akceptovat nevyhnutelné změny a přizpůsobovat se jim, a naopak sílí potřeba jistoty a stability. Díky postupnému úbytku některých fyzických a psychických kompetencí, je starší člověk více koncentrován na uspokojování svých potřeb. Vágnerová (2007) píše o pěti potřebách a jejich proměnách s přicházejícím stářím, jsou jimi:

1. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem

U této potřeby dochází k poklesu, ať v intenzitě působení podnětu, tak v potřebě proměnlivosti podnětů. Naopak se zvyšuje vnímavost vůči i méně nápadným stimulům. Senioři vyšší počet podnětů obvykle dráždí a unavuje, změny mohou způsobovat jejich dezorientaci a pocit nejistoty. Upřednostňují zažitý řád a preferují alespoň symbolicky setrvávání v minulém světě, s nímž se identifikovali. Avšak i přes tento obecný pokles, je stále potřebná subjektivní míra přísunu nových podnětů, jelikož by se jinak lidé dostávali do psychické stagnace (Vágnerová, 2007).

2. Potřeba sociálního kontaktu

Potřebu sociálního kontaktu má člověk v jakémkoli věku, specifikem u starších osob je potřeba vyrovnávat sociální kontakt a čas strávený v soukromí kvůli zátěži z nadměrné stimulace. Preferují kontakt se známými lidmi, od kterých vědí, co očekávat, posiluje to jejich pocit jistoty. Do kontaktů s druhými vysoce zasahují komunikační potíže, jako je zhoršení sluchové nebo zrakové percepce, a mohou zapříčinit jejich stranění se. Komunikují raději se svými vrstevníky, jelikož pociťují, že mladším ne vždy rozumějí a někdy nedokáží udržet ani jejich tempo. Posiluje se vazba na vlastní generaci s obdobnými zkušenostmi, postoji a názory, během této komunikace získávají pocit vzájemného porozumění. Tato preference generační skupiny je dána i eventuálními pocity nedostačivosti a závislosti na druhých, které vedou k hledání sebejistoty a opory ve skupině s podobnými potížemi (Vágnerová, 2007).

3. Potřeba citové jistoty a bezpečí

Oproti předchozímu období stoupá význam této potřeby, jelikož si starší lidé připadají více ohroženi, může jít i o rizika reálná jako ovdovění či onemocnění. Bývají opatrnější a snaží se vyhybat reálným i hypotetickým nebezpečím. Spolu s úbytkem schopností klesá také sebedůvěra, smiřují se s určitou mírou závislosti, proto jistota a bezpečí narůstají na hodnotě. Pocit jistoty posiluje vědomí blízkých, kteří jsou ochotni poskytnout pomoc. Zvyšuje se také potřeba emoční jistoty, ta se projevuje i ve větší fixaci na rodinu. Častěji od ní vyžadují potvrzení svého významu a své pozice v ní. Senioři potřebují cítit, že jsou součástí určité sociální skupiny.

Dochází také k proměně potřeby intimity, přejí si nejen psychickou blízkost druhé osoby, ale i fyzický kontakt, který nemusí být erotického typu (tamtéž).

4. Potřeba seberealizace

Tato potřeba se ve stáří hůře naplňuje a zpravidla dochází ke změně její saturace podle aktuálních možností člověka. Role důchodce může být spojena s pocitem méněcennosti, bezvýznamnosti a může dojít k rezignaci. Někteří senioři se snaží pokles vlastní hodnoty kompenzovat jinými aktivitami nebo zdůrazňováním svých dřívějších úspěchů a tím potřebu alespoň symbolicky uspokojit. Možnosti seberealizace souvisí s mírou autonomie seniora. K zachování přijatelné sebeúcty pomáhá uznání a ocenění od ostatních, jelikož si senior přeje být milován, uznáván a ceněn.

Obtížněji se získává také pocit užitečnosti, který dodává životu starého člověka smysl. Častěji se tyto potřeby ve stáří naplňují skrze identifikaci s blízkým člověkem (nejčastěji s dítětem nebo vnoučetem) a jejich úspěchy jsou potom prožívány jako vlastní. Pro některé jedince může tato potřeba úplně ztratit na důležitosti, jelikož z důvodů rezignace, již nemají potřebu si něco dokazovat (tamtéž).

5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje

Přijatelná představa vlastní budoucnosti je obvykle založena na zachování určité míry soběstačnosti. I u této potřeby může její saturace zčásti přecházet na další generaci. Možností může být i dosáhnutí přesahu v rámci duchovní transcendence. Každopádně vyrovnání se se změnou a nalezení smyslu života patří mezi důležité a také náročné úkoly stáří (tamtéž).

2. Stres

Existuje mnoho různých definic tohoto stavu, v Psychologickém slovníku od Hartla (2015, str. 568) je mimo další také tato: „*nadměrná zátěž neúnikového druhu, která vede k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k vysoké aktivaci adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám*“, kromě pohledu psychologického poskytuje slovník také vnímání pojmu v hovorové řeči: „*choroba století jako termín všeobecně nadužívaný pro konflikt, úzkost, frustraci, vyšší aktivizaci a situace nepříjemně pocíťované vůbec*“. Další možnou definici můžeme nalézt u Křivohlavého (1994, str. 10): „*Stres je takový stav organismu, kdy nadměrné množství energie je využíváno na řešení problémů. Tolik energie by nemuselo být použito, kdyby se tyto problémy daly řešit normálně.*“. Obecně lze říci, že jde o vnitřní stav člověka, který je něčím ohrožován nebo ohrožení očekává, a domnívá se, že se nedokáže dostatečně bránit (Křivohlavý, 1994).

Vznik stresové reakce a její intenzita jsou velmi individuální a ovlivňuje je mnoho faktorů, například jedincovy způsoby zvládání stresu, jeho motivace nebo životní situace, v níž se stresor objeví. Podle intenzity stresové reakce, je možné hovořit o hyperstresu, kdy intenzita stresu přesahuje schopnost vyrovnat se s ní, nebo o hypostresu, tedy o stresu s nižší intenzitou, který lze nazývat zátěží. Další možností dělení stresu je na eustres, stres s pozitivním působením na člověka pomáhající k zvýšení výkonu, například pocíťování rozechvění při očekávání kladné události. Naopak stresem negativním je distres. V běžné komunikaci má slovo stres zpravidla význam právě distresu, stejně je jeho význam používán i v této práci. Na člověka negativně působící vlivy se označují jako stresory a Hans Selye je dále dělí na stresory fyzikální (nízký obsah kyslíku ve vzduchu, změny ročních období, nehody atd.) a emociální (obavy, zármutek, únava atd.) (Křivohlavý, 1994).

Stresorem mohou nezdědka být tzv. životní události, ať již s pozitivním či negativním dopadem. Jsou to změny v jedincově životě, které se mohou objevit náhle nebo mohou být naopak dlouhodobě očekávané. Tyto události vyžadují přizpůsobení se a dlouhodobě mění jedincův styl života. Loneková (2013) uvádí, že pokud se během jednoho roku objeví v jedincově životě tři a více životních událostí přinášejících zátěž, zvyšuje se míra rizika rozvoje psychosomatických poruch. Zátěžovými jsou především neočekávané, negativně prožívané a neovlivnitelné životní události, avšak i pozitivně laděné životní události obsahují zátěž, ačkoli člověku přináší radost. Je tomu tak v případě, pokud vyvolávají očekávání a také určitou míru napětí, příkladem je narození dítěte nebo svatba.

Pokud intenzita stresoru přesáhne hranice zvládnutelnosti, můžeme takovou situaci označit za krizovou a v případě že by se zátěž měla i nadále zvyšovat, hrozí selhání organismu. Existuje několik možných dělení krizí například podle počtu zasažených jedinců na krizi individuální, krizi páru či krizi skupinovou. Další možností je dělit krize na situační, tedy vycházející z aktuální situace a konstelace mnoha faktorů, které vznikají nečekaně, na krize v partnerských vztazích, krize vývojové a krize tranzitorní. Vývojová krize je spojena se stresující událostí v životě jedince, jež souvisí s jeho vývojem, takové krize lze dopředu očekávat, příkladem může být porod. Posledním typem krizí v tomto dělení, krize tranzitorní, je také krizi vývojovou souvisící se zátěžovými událostmi označujícími přechod do další životní etapy, příkladem je začátek školní docházky (Paulík, 2017).

Při vystavení stresoru reaguje každý jedinec odlišně, jelikož má různou míru únosnosti zátěže. Rozdíly nastávají například: ve vnímání intenzity ohrožení, v emočních reakcích, zda člověk zvládne udržet kontrolu nad situací a vnímá ji jako výzvu, zda ho situace podněcuje k hledání efektivních způsobů řešení nebo zda je schopný o potížích komunikovat a přijmout pomoc od okolí atd (Hauke, 2014).

Ačkoli je ohrožení stresorem individuální záležitostí, účinky stresu se projevují u lidí obdobně, například lze říci, že se při stresu zúží pozornost a zvýší se postřeh, ale tím se současně zhoršuje schopnost vnímat situaci komplexně. Reakcemi organismu na stresor se zabýval mimo jiné již zmíněný Hans Selye, který prokázal zvýšenou funkci nadledvin při vystavení organismu stresové situaci. Pomocí pokusů na zvířatech přišel na ustálenou sérii změn v organismu při kontaktu se stresory. Reakci nazval **obecným adaptačním syndromem** a rozdělil jej na 3 stádia. První stádium je označeno jako poplachové, okamžitě po střetu se stresorem dochází k mobilizaci všech obranných možností organismu (zrychlené dýchání, přesun krve do svalů končetin, stoupá adrenalin...), ten je připraven využít reakce „boj nebo utěk“. Druhým stádiem je rezistence, jde o vlastní boj organismu se stresorem. Pokud jsou síly vyrovnány, může tato fáze trvat delší časové období. V takovém případě se zhoršuje stav organismu a mohou se objevit tzv. „nemoci adaptace“, může jít například o žaludeční vředy či nějaké z kardiovaskulárních onemocnění. Při vyšší zátěži, než je organismus schopen zvládnout, nastane třetí stádium – vyčerpání. Organismus podléhá stresoru, tato fáze se může projevit depresí. Nicméně Selyeovo pojetí je platné především pro zvířata, protože vynechává vliv psychické činnosti (Křivohlavý, 2009).

Dalším, kdo se pokoušel o pochopení zvládnání stresu, byl Richard Lazarus. Soustředil se na specifickou lidského zvládnání stresu a sledoval, co se děje s psychikou člověka vystaveného

stresoru. Výsledkem jeho pozorování byl vznik modelu dvojího hodnocení ohrožení ve stresové situaci. Primární zhodnocení situace se zaměřuje na posouzení míry ohrožení (zdraví, vlastní pověsti, sebehodnocení...) a to nejen ohrožení bezprostřední, ale také možné důsledky takové situace. Sekundární zhodnocení vyhodnocuje možnosti daného člověka ohrožení zvládnout. U obou typů zhodnocení se projevuje také subjektivní vnímání světa člověkem (tamtéž).

Světová zdravotnická organizace sestavila dotazník pro zjednodušení diagnostiky stresu, který se skládá z jeho fyziologických, emocionálních a behaviorálních projevů. Za fyziologické příznaky stresu považuje tento dotazník: nepravidelnost menstruačního cyklu, vyrážku v obličeji, pocit „jako by měl knedlík v krku“, častější migrénu atd. Mezi emocionální se řadí výrazné změny nálad, nadměrná obava o nedůležité věci, přílišná starost o své zdraví a vzhled, zvýšený pocit únavy, podrážděnost, neschopnost empatie, izolování se od sociálního kontaktu, denní snění a další. Projevem v behaviorální oblasti je například nerozhodnost, častější pracovní absence, zvýšení počtu cigaret u kuřáků a celkově vyšší náchylnost k závislosti, vyhýbání se odpovědnosti a používání výmluv, nechutenství či naopak přejídání atd. (tamtéž).

Pokud působí distres na člověka delší dobu, může se u něho rozvinout **naučená bezmocnost**, termín vymyšlený Martinem Seligmanem. Tento pojem označuje stav, ve kterém se člověk přestává snažit situaci řešit. Nastává po mnoha neúspěšných pokusech o zlepšení stavu. Člověk získá přesvědčení, že mu již nic nemůže pomoci a selhává i v případech, kdy by jinak mohl uspět (Křivohlavý, 2009).

Copingové strategie

Každý jedinec uplatňuje určité postupy pro vyrovnávání se se zátěží, samotný pojem coping – zvládání se užívá v souvislosti se snahou o adaptaci na stresor. Tento styl vyrovnávání se stresorem se vyznačuje aktivním přístupem a probíhá na vědomé úrovni. Copingové strategie se objevují v případech, kdy je nezbytné vyvinout zvýšenou snahu pro zvládnutí zátěže (Paulík, 2017).

Lazarus copingové strategie rozdělil na 4 kategorie, jde o útok, posilování vlastní obranyschopnosti, vyhýbání se stresorům a apatie neboli pocit bezmoci vůči stresoru. Později doplnil Lazarus dělení copingu o coping zaměřený na problém, jehož cílem je aktivně řešit situaci změnou okolností či úpravou vlastního chování, a o coping zaměřený na emoce, v jehož rámci se jedinec snaží ovládnout své emoce, aby nenarušovali jeho integritu ani jeho vztahy s druhými, takový přístup umožňuje celkové zklidnění a získání nadhledu. Jedinec na základě

vlastního hodnocení situace volí mezi těmito dvěma strategiemi, coping zaměřený na problém využívá v případě, kdy situaci nevnímá jako neřešitelnou. V opačném případě se využívá copingu zaměřeného na emoce (Paulík, 2017). Coping zaměřený na emoce Nolen-Hoeksema (2012) dále dělí na strategie behaviorální a kognitivní. Behaviorálními strategiemi jsou například užívání návykových látek, tělesné aktivity, hledání podpory u přátel. Naopak mezi kognitivní strategie se řadí dočasné odložení řešení problému nebo pomyslné snížení jeho významu. Některé z těchto ať kognitivních či behaviorálních strategií mají pozitivní vliv na adaptaci, jiné však způsobují jedinci pouze další stres.

Loneková (2013) na základě již proběhlých výzkumů považuje za nejefektivnější copingové strategie zaměřené na řešení problému, které umožňují aktivní řešení situace, snahu odstranit stresor, vyhledávat informace nebo požádat o pomoc. Naopak za málo efektivní považuje strategie, které se snaží stresor akceptovat jako realitu, ale nesnaží se ho aktivně řešit, příkladem je popření, očekávání emocionální podpory či hledání pomoci v náboženství.

Další variantou vyrovnávání se se zátěžovou situací, kterou jedinec využívá, jsou **obranné mechanismy**. Paulík je definuje takto: „*Obranné mechanismy jsou více či méně neuvědomované způsoby omezování úzkosti pramenící z ohrožení sebepojetí.*“ (Paulík, 2017, str. 115). Při jejich využití dochází k úpravě vnímání reality nebo jejího hodnocení. Obranným mechanismem je například vytěsnění. Tato forma obrany funguje na nevědomé úrovni a odstraňuje nepříjemné a těžce přijatelné pocity z vědomí. Dalším příkladem je regrese, tedy návrat k chování odpovídajícímu mladšímu vývojovému období, nebo projekce, při níž dochází k promítání vlastní motivace a pocitů do druhých osob. Možné je také využití racionalizace, neboli hledání pro situaci rozumového vysvětlení a pochopitelných důvodů, nebo třeba prezentování sebe sama v altruistickém světle. V některých případech jsou obranné mechanismy pro jedince prospěšné, v jiných případech je však lze považovat za náhradní a neúplnou formu adaptace, která je pro jedince spíše přítěží, jelikož deformuje realitu, znemožňuje působení zpětné vazby nebo utvoření reálného sebehodnocení a zabraňuje seberozvoji. S copingovými strategiemi mají společné zmírňování stresu a ovlivňování emocí. Liší se například tím, že copingové strategie jsou aktivovány vnějším děním, zatímco obranné mechanismy vychází z vnitřního prožívání. Rozdílem je také to, že copingovým strategiím na rozdíl od obranných mechanismů předchází zhodnocení situace a možností jedince (Paulík, 2017).

Velkou pomocí při zvládnutí stresových situací je **sociální opora** (coping assistance), základním zdroje takové opory bývá rodina, ale může jít i o projev uznání od respektované

osoby. Paulík (2017) uvádí, že pozitivní vztahy v rodině a dalších sociálních skupinách významně pomáhají jedinci při adaptaci na nepříznivé situace a mají pozitivní dopad i na jeho zdravotní stav. Sociální opora je tvořena přesvědčením o možnosti se na okolí obrátit s žádostí o pomoc a cítit jejich porozumění, stejně tak i reálnou existencí této pomoci.

Schopnost adaptace a vyrovnání se se zátěží vychází také z jedincovi **inteligence**, neboli kvality zpracování a poznávání informací. Inteligence představuje schopnost poučit se ze svých zkušeností, schopnost řešit problémy a chápat okolní dění, schopnost abstraktního myšlení a další. Tyto dovednosti při styku se zátěží pomáhají identifikovat zátěž a odhalit její zdroje, vybrat vhodnou copingovou strategii a lépe vyhodnocovat průběh vyrovnávání se se zátěží. Ve výsledku pak však záleží, jak je schopen člověk tyto schopnosti efektivně využít v zátěžové situaci. S inteligencí úzce souvisí **sociální kompetence**, která představuje dovednosti využívané při adaptaci v rámci společenského prostředí a k vybudování a udržení dobrých mezilidských vztahů. Mezi takové dovednosti patří schopnost empatie, spolupráce, komunikace nebo ochota pomoci. Dalším faktorem pomáhajícím při zvládnutí zátěže je **pozitivní myšlení**, to usnadňuje nacházet na situaci pozitiva a umožňuje zkusit situaci využít ve svůj prospěch. **Kognitivní variabilita** je charakteristická komplexním chápáním situace, pomáhá jedinci v hledání co nejvíce informací a zabraňuje podlehnutí přesvědčení o černobílém charakteru situace. Vyšší míra **regulační variability** napomáhá v sebekontrolě a promyšleném jednání. Tyto dva poslední pojmy pochází od Mikšíka a patří mezi 4 vlastnosti psychické variability osobnosti spolu s variabilitou adjustační a emocionální (Paulík, 2017).

Úspěšné vyrovnání se se zátěží je podporováno také jedincovou **sebedůvěrou**, která je založena na dobrém sebepřijetí. Dodává jedinci sebevědomí, ten poté věří ve vlastní schopnost situaci zvládnout, předem se neobává nezdaru a k vyrovnávání se se zátěží přistupuje aktivně (Paulík, 2017).

Spíše podpůrným, nežli hlavním faktorem úspěšného zvládnutí zátěže, je například **asertivní chování**, to pomáhá jedinci dosahovat zvolených cílů za respektování mezilidské slušnosti, může pomoci s přijetím kompromisu nebo v aktivním prosazování vlastních hodnot a cílů (Paulík, 2017).

Naopak faktorem působícím proti vyrovnání se se zátěží je **vulnerabilita**. Synonymy tohoto pojmu jsou zranitelnost, zvýšená citlivost nebo křehkost a snížená tolerance vůči zátěži. Tato vlastnost je vysoce individuální. Mezi faktory, které činí člověka zranitelnějším, patří nedostatek zkušeností, nízký nebo vysoký věk nebo míra psychické odolnosti. Vulnerabilita

může být příčinou selhání adaptačního procesu, ale také důsledkem nezdařené adaptace a působení stresoru. Je možné ji dělit na primární a sekundární, lze mluvit i o vulnerabilitě genetické, kterou tvoří tělesná konstituce, sklony k určitému onemocnění a další vrozené faktory. Primární vulnerabilita se utváří v průběhu prvního půl roku života, sekundární na ní posléze navazuje a vychází z procesu učení, zkušeností se stresory a přenesené zkušenosti osob z okolí (Paulík, 2017).

Dalším faktorem, který neprospívá úspěšnému vyrovnání se se zátěží je **ruminace**, označuje neustálé přemýšlení o stresoru, jedinec se uzavře do sebe, vnímá pouze své negativní pocity vyvolané stresovou událostí a nesnaží se o zlepšení situace (Nolen-Hoeksema, 2012).

3. Adaptace

Existuje všeobecná shoda o tom, že úspěšný je ten, kdo se dokáže přizpůsobit změnám neboli se adaptovat. Hartl (2015) charakterizuje adaptaci jako vlastnost, která se nachází u všech organismů a umožňuje přizpůsobovat se podmínkám prostředí, v němž se nachází. Pro proces adaptace¹ je velmi zásadní adaptibilita, tedy schopnost vyrovnávat se se zátěží, nároky a změnami jak prostředí vnějšího, tak i vnitřního. Cílem je zachování rovnovážného stabilního stavu – homeostáze – na úrovni tělesné i sociální (Moos, Shaefer, 1984 in Křivohlavý, 2002). Adaptace může probíhat v mnoha oblastech života, příkladem je adaptace pracovní či adaptace na odlišnou kulturu. Jako další příklad může sloužit krátkodobá adaptace probíhající především na tělesné úrovni, při níž dochází k přivyknutí si změněným podmínkám prostředí (nadmořská výška, teplota...). O tomto druhu adaptace se mluví také jako o aklimatizaci, ta může být i dlouhodobá, například při nárůstu hmotnosti se jedinec na tuto novou skutečnost adaptuje (Paulík, 2017). Při úspěšném procesu adaptace člověk získá vnitřní klid, smíření se, nadhled. Nezvládnutí situace je označováno za maladaptaci, která je typická pocíťováním beznaděje a bezmocnosti (Moos, Shaefer, 1984 in Křivohlavý, 2002). Ukazatelem úspěšné adaptace je spokojenost jedince se vším, co se ho týká, jde o tzv. stav well-beingu. Při dobré adaptaci je schopen jedinec dosahovat vyšších výkonů. Naopak důsledkem maladaptace mohou vznikat vnitřní rozpory i konflikty s okolím, snížení sebehodnocení a takový jedinec jen obtížně zvládá nároky svého života (Paulík, 2017).

Adaptace probíhá dvěma možnými způsoby, ty na sebe navazují a doplňují se. **Akomodace** označuje přizpůsobování se zvláštnostem situace, problému nebo úkolu. Druhou možností adaptace je **asimilace**, kdy člověk přizpůsobuje věci sobě. Na základě svého hodnocení se člověk v každém okamžiku svého života rozhoduje, kterou z variant adaptace zvolí jako pro něho přijatelnou (Kalvach, 2004). K těmto dvěma strategiím připojuje Paulík (2017) **imunizaci**. Využívá se především u událostí, které souvisí se sebepojetím daného jedince, a dochází k interpretaci situací podle současného sebehodnocení. V seniorském věku se tato strategie používá například tam, kde se senior není schopen s nastalou situací vyrovnat, proto ji interpretuje tak, aby nebylo patrné selhání jeho schopností.

Adaptační proces lze pozorovat ve třech rovinách, první je instinktivní, taková reakce funguje na základě vrozených reflexů a spouští se automaticky bez účasti vědomí. Rovina

¹ Termín adaptace pochází z latinského aptus – schopný (Křivohlavý, 2011).

zvyková umožňuje automatické využití navyklých naučených způsobů chování. Stejně jako u roviny instinktivní ani zvykové reakce nejsou plně vědomé, o tomto typu chování se mluví jakožto o chování „ze zvyku“. Poslední je rovina volní, jde o záměrný způsob chování (Paulík, 2017).

Proces adaptace zkoumali Taylor, Lichtman a Wood, na základě provedených studií s lidmi, kteří prožili nějakou obtížnou životní situaci, vymysleli **teorii kognitivní adaptace**. Zkoumali, jakým způsobem se tyto lidé vyrovnávali s těžkou životní situací. Příkladem krizových životních situací může být zjištění HIV pozitivní, amputování končetiny, znásilnění či ekonomická krize. Na základě rozhovorů stanovili 3 fáze adaptace (Taylor, Lichtman, Wood, 1984 in Křivohlavý, 2002).

1. Hledání smyslu

V této fázi si lidé potřebují ujasnit příčiny krize a pohled do budoucnosti. Přemýšlí nad smysluplností života. Pro zdravou adaptaci je tato fáze velmi důležitá, může během ní dojít k prohloubení sebepojetí a dosáhnout vyšší osobnostní zralosti (tamtéž).

2. Sebeovládání

Po nalezení smyslu přichází hledání určité kontroly nad situací a možnosti směřovat ji žádoucím směrem. Důležité je dojít k závěru, že člověk může osobně ovlivňovat něco z toho, co se s ním děje. V této fázi pomáhá účast na psychoterapii (tamtéž).

3. Posilování pozitivního sebehodnocení

Prožití životní krize člověka ve většině případů devalvuje, a to především v jeho očích. Je třeba tento deficit napravit a posilovat pozitivní sebehodnocení. K získání pozitivního náhledu pomáhá teorie kognitivní disonance. Ta říká, že u lidí dochází ke dvěma formám srovnávání se s okolím. Srovnávání s těmi, kdo jsou na tom hůře nebo těmi, kdo jsou na tom lépe. Při srovnávání s těmi lépe situovanými si lidé ve studii cenili, že našli díky krizi hlubší smysl života než okolní lidé (tamtéž).

Adaptace na stáří

Stáří je nevyhnutelnou součástí našeho života a přináší sebou mnoho změn, většina z nich je spíše negativních, a proto je potřeba se s novou životní situací smířit a adaptovat se na ni. Je nezbytné naučit se žít s novými omezeními, která s věkem zákonitě přichází. Podle Gruberové

by příprava na stáří měla být celoživotní a každý člověk by si měl uvědomit, že si za podobu svého stáří sám zodpovídá (Gruberová, 1999, in Dvořáčková, 2012, str. 26).

Už ve středním věku se pokládají základy budoucí spokojenosti ve stáří, přispívají k tomu osobní či pracovní úspěchy, životní styl nebo dobrý zdravotní stav. Přípravu je možné rozdělit na celoživotní neboli dlouhodobou, střednědobou, která začíná zhruba ve 45 letech a krátkodobou, ta nastává 2-3 roky před odchodem do důchodu. Hlavním bodem přípravy je pohlížet na stáří jako na součást života a akceptovat změny s ním spojené. Aktivně se může člověk na přípravě na stáří podílet například: zřízením penzijního připojištění, udržováním i mimopracovních přátelství nebo hledáním si zálib, které by mu pomohly vyplnit nově nabytý volný čas ve stáří, protože aktivita působí jako prevence nesoběstačnosti (Dvořáčková, 2012).

Při adaptaci na stáří hraje roli více faktorů, primárně je důležitý průběh celého života. Lidé s vyšší schopností adaptace jsou schopni využít svých předchozích zkušeností co nejúčinněji při zvládání současných obtíží. Naopak lidé s celoživotní nedostatečnou mírou adaptability budou i vůči vlastnímu stáří stále narážet na neschopnost se přizpůsobit. Nejzávažnějším úskalím dobré adaptace na stáří je hledání individuální rovnováhy mezi tím, že by člověk měl zůstat stále aktivní a tím, že je nucen se postupem času některých aktivit vzdávat. Jakékoli upuštění od původního aktivního života by se ale mělo dít jen na základě vlastního rozhodnutí seniora, například odchod do důchodu by měl být důsledkem pouze vlastního rozhodnutí na základě reálného sebehodnocení, nikoli důsledkem společenského tlaku. Šanci pro lepší adaptaci zvyšuje i uznávání stáří ve společnosti jako přirozené reality a přijímání seniorů jako neoddelitelné součásti společenství (Pacovský, 1994).

Klevetová (2017) popisuje 5 odlišných přístupů lidí k vlastnímu stárnutí:

První je **konstruktivní strategie**, v rámci níž je člověk aktivní, buduje nové vztahy, vůči druhým se chová tolerantně, volí si zvládnutelné cíle, má smysl pro humor a zůstává optimistický. Svoje omezení dokáže akceptovat a snaží se přizpůsobit změnám. Podle autorky základem pro konstruktivní strategii je prožití spokojeného dětství a tvořivé dospělosti. Konstruktivní strategii lze vnímat jako zdařilou adaptaci na stáří (Klevetová, 2017).

Senior využívající **strategie závislosti** se spoléhá na pomoc druhých lidí, chová se pasivně, není ochotný činit samostatná rozhodnutí. Váží si svého klidu a soukromí, rád je v pohodlí a bezpečí. Tento typ lidí je snadno ovlivnitelný, jelikož sám neví, co je pro něho nejlepší, a nerad se spoléhá pouze na sebe. Tato situace může být problematická, například pokud jeho děti,

kterým dá pravomoc činit rozhodnutí, mají odlišnou představu, než je v souladu se seniorovými potřebami (Klevetová, 2017).

Dalším přístupem k vlastnímu stárnutí je **obranná strategie**. Senior se snaží prokázat svou soběstačnost až přehnanou aktivitou, odmítá pomoc a zdráhá se přijmout změny, které se u něj se stářím projevují. Jde o typ člověka, který byl většinou ve společnosti velmi úspěšný a pro něhož je obtížné přijmout myšlenku na odchod do důchodu. Má rád moc nad svým okolím, odmítá změny, lpí na svých zvyklostech, bývá konfliktní a velmi se snaží o kontrolu svých emocí (tamtéž).

Jako další možný přístup ke stáří vidí Klevetová (2017) **strategii hostility**. Pro člověka s touto strategií není nikdy nic dostatečně dobré, k okolí se chová nepřátelsky a odmítavě, považuje se za oběť svého života a přeje si být litován. Často se u něho projevuje agrese, podezřívavost a snaha najít viníky svých životních proher, proto mnohokrát obviňuje lidi kolem sebe. Hostilní senior si velmi často stěžuje a vyhledává konflikt. S mladými lidmi si příliš nerozumí, autorka se domnívá, že tomu tak může být z důvodu závisti jejich mládí.

Posledním přístupem je **strategie sebenávisti**. Tento typ člověka je velmi sebekritický a prožívá zlobu a nenávist namířenou vůči vlastní osobě. Často při komunikaci spojuje smrt s vysvobozením. Cítí se osamělý, svým dosavadním životem pohrdá a hodnotí ho kriticky, mívá zkušenosti s nedostatečnými vztahy ať už s rodiči, manželem nebo v práci. Ve svém životě si již nic nepřeje a o nic se nechce snažit (Klevetová, 2017). Pacovský k tomu doplňuje prožívaný pocit zbytečnosti, senior nevěří v možnost vlastními silami měnit svůj život, je nepraktický a často přehání svou nesoběstačnost. Se svým stárnutím se smíruje, ale nepřistupuje k němu konstruktivně (Pacovský, 1994).

Vágnerová postoje ke změnám ve stáří dělí na realistické a nepřiměřené, volba postoje k vlastní osobě vypovídá o zachovalých psychických kompetencích i o celkové vyrovnanosti osobnosti. Senior s realistickým postojem si změny nejen v kognitivních schopnostech uvědomuje, dokáže je akceptovat a zároveň pracuje na jejich možném kompenzování. Pokud u něho převažuje postoj nepřiměřený, senior může popírat postupující ztrátu soběstačnosti, ale také se tento postoj může projevit jako přílišná sebekritičnost, pesimismus a rezignace (Vágnerová, 2007).

Existuje několik teorií, jak by se člověk měl správně adaptovat na změny spojené se stářím. **Teorie aktivního stáří** předpokládá pro úspěšnou adaptaci dostatek činností a sociálních kontaktů. Jinou z teorií je **teorie uvolňování z aktivit**, která považuje za důležité pro adaptaci

naopak z řady funkcí a činností odstoupit. Třetím přístupem k adaptaci na stáří je **teorie substituční**. Ta klade důraz na nahrazování činností a povinností, které jsou pro seniora již zátěží, vhodnějšími. Nicméně ať už preferujeme kteroukoli z uvedených teorií, musíme přesto respektovat individuální volbu každého seniora, který si zvolí takovým způsobem, jímž mu to bude nejvíce vyhovovat (Kalvach a kol., 2004).

Významnou vlastností pro vyrovnávání se se stářím je **kognitivní resilience**, tedy schopnost odolávat a zvládat změny. Velikost kognitivní resilience ovlivňují především osobnostní vlastnosti – houževnatost, flexibilita, svědomitost, přístupnost novému, kooperativnost, ale spolu s tím i zdravotní stav, postoj a očekávání okolí. Naopak utlumuje ji pasivita, uzavřenost, rigidnost a odmítání podnětů z okolí. Ztráta schopností rozvíjí adaptační strategie, kterými je možná jejich alespoň částečná kompenzace. Kompenzace se projevuje ve všech úrovních života jedince a probíhá zpravidla na nevědomé úrovni (Vágnerová, 2007).

Adaptace na stáří probíhá pomocí 3 základních dovedností: **selekce**, **optimalizace** a **kompenzace**. Senioři jsou nuceni selekcí vybírat vhodné cíle a aktivity, zároveň se musí vzdát některých ze svých původních cílů. Děje se tak díky zúžení využitelných zdrojů. Selekcí je metodou, kterou se senior přizpůsobuje současné situaci a během které si potřebuje vytvořit nové cíle, standardy a očekávání, na něž stačí. Dochází tedy ke snížení nároků na sebe, ovšem v přiměřené míře, nemělo by dojít k rezignaci seniora. Metodu kompenzace senior využívá pro nahrazení ztracených dovedností a řešení vzniklých obtíží. Snaží se o tvorbu nebo nácvik nových vhodných metod pro dosažení zvoleného cíle. Hledají se nové zdroje a pomocné prostředky. Mimo samotných kompenzačních pomůcek může jít i o větší opatrnost, snahu o vyšší kontrolu nebo větší úsilí. Optimalizací se rozumí snaha posilovat a využívat již existujících zdrojů a schopností, například může jít o rozdělení si práce do kratších časových úseků. K optimalizaci je zapotřebí podpůrného prostředí a poskytnutí možností. Stárnutí jakožto proces vyčerpávání zdrojů vyžaduje od seniora stále zlepšující se souhrn těchto 3 dovedností (Hautzinger a kol., 2017).

Proces adaptace u seniorů

V této části textu bych se chtěla věnovat adaptaci na změny se specifiky, která se objevují u seniorské skupiny obyvatel. Kalvach o této problematice píše, že stáří samo o sobě není důvodem k poruchám adaptace, ale změny organismu způsobené věkem mohou adaptaci ztížit (Kalvach, 2004).

Pro seniory je proces adaptace často náročný, proto obvykle potřebují více času, aby se mohli přizpůsobit a nová změna na ně nepůsobila jako nátlak (Kalvach, 2004). Jelikož při narušení homeostázy, trvá opětovné vyrovnaní sil čím dál více času, prodlužuje se nejen období nevyrovnaného stavu ale i fáze rekonvalescence (Kalvach, 2008).

Staří lidé nejsou příliš nakloněni změnám, jelikož zpracovávání informací a porozumění kontextu se během stáří znesnadňuje. Senior se v nové situaci hůře orientuje, a proto se mu i hůře na situaci adaptuje. Zátěží pro ně může být změna jakéhokoli druhu i změna považovaná za pozitivní. Často na změny předem rezignují, nezajímají je nebo se jich obávají. Zažitý stereotyp upřednostňují, protože jim poskytuje pocit jistoty a pohodlí (Vágnerová, 2007).

Pět „pé“

Jedná se o 5 charakteristik, které Kalvach (2004) považuje za 5 zásad pro optimální adaptaci u seniorů. Mohou být považovány také za vývojové úkoly vyššího věku a podněty pro sebevýchovu, jelikož vše je možné v průběhu života zdokonalovat.

Životní perspektiva je zásadním činitelem úspěšné adaptace, Kalvach se zabývá časovou i věkovou perspektivou, ve smyslu výhledu do budoucnosti i pohledu do minulosti. Mladší věkové skupiny často vnímají seniory jako „obdivovatele starých časů“. Někteří senioři mohou žít převážně vzpomínkami, jelikož ty mohou být příjemnější než nejistota budoucnosti. Zároveň se každý člověk vyrovnává se svou minulostí, kterou je třeba akceptovat pro soulad se sebou samým i se světem. Ale ani ve vyšším věku by nikdo neměl žít pouze minulostí, důležité je mít i očekávání do budoucnosti. Do životní perspektivy zasahuje i způsob chápání smyslu života a hierarchie hodnot, pravé hodnoty jsou nadosobní a nadčasové, proto potom takoví lidé při výhledu do budoucnosti spatřují hodnotné, vzdálenější cíle. Díky tomu ustupují do pozadí krátkodobé každodenní potíže. Oporným prvkem perspektivního přístupu může být tvořivost (tamtéž).

Pro úspěšnou adaptaci je potřebná i určitá **pružnost**, flexibilita. O této vlastnosti panuje přesvědčení, že se stářím ubývá, ale jako u všeho i zde je třeba dbát na vysokou individuální rozdílnost. Někteří senioři jsou schopni pružného reagování mnohem lépe než lidé mladší, zvláště pokud tuto schopnost celý život trénovali. Pružnost pomáhá při adaptaci v rámci přizpůsobování prožívání, myšlení a jednání na základě měnících se situací, spolu s tím pomáhá i k větší otevřenosti vůči novým podnětům. Součástí pružnosti je jednak schopnost měnit se, ale i schopnost kritického vnímání sebe sama. Opuštění vlastního stanoviska, pokud uznám, že

není správné, patří mezi další schopnosti spojené s pružností. S tímto mohou mít senioři větší obtíže než lidé mladšího věku a pokud jsou toho schopni, vede to k jisté „duševní svěžesti“. K adaptační pružnosti nesporně přispívá tělesný pohyb, který pomáhá zrychlovat vnímání, myšlení i rozhodování, protože existuje vysoké spojení mezi tělesným pohybem a duševní činností. Lidé s omezenou mobilitou tím více potřebují alespoň pohyb pasivní, což znamená například přemísťování se, tím získávají více podnětů a lépe si udrží duševní pohyblivost. Zvyšovat svou pružnost lze i za pomoci změn ve svém životním stylu (tamtéž).

Prozíravost lze charakterizovat jako schopnost pohotového obezřetného jednání s časovým nadhledem. Při jednání člověk vnímá následky jednání a uvažuje za hranice aktuální situace. Tato vlastnost je často společností spojována se stářím. Jedná se o důsledek integrování vlastních životních zkušeností do dalšího jednání, protože se prozíravost vyvíjí v průběhu života pomocí sbírání zkušeností a poučením se z dřívějších omylů a selhání. Vychází z prolnutí moudrosti a inteligence. Pro adaptaci je prozíravost užitečná, jelikož přináší řadu výhod: umění organizace vlastního života, připravenost na změny, nedělání zbytečného, neopakování vlastních chyb, úspornější práce, přímější cesta k cíli a promyšlenější formy kompenzace. Celkově přidává člověku na opatrnosti, cílevědomosti a úspornosti postupu (tamtéž).

Za čtvrtou vlastnost umožňující zdařilou adaptaci považuje Kalvach **porozumění, pochopení pro druhé**. Schopnost empatie a vnímání druhých lidí je zásadní pro začleňování se do rodinného, pracovního nebo jiného kolektivu nezávisle na věku člověka. Pro osoby seniorského věku není příliš lehké navázat nové kontakty, na rozdíl od mladších osob, které navazují vztahy bezprostředně, někdy i povrchně, důvěřivě nebo je snadno mění. Vztahy vznikající ve stáří musí obvykle déle zrát, na počátku je vztah k neznámým lidem spíše rezervovaný. Na seniory se klade požadavek tolerance, čeká se ochota tolerovat i to, s čím nesouhlasí, také tolerovat, že si mladí lidé přejí samostatně dělat i některé chyby, a potlačit sklon chyby opravovat, ač s dobrým úmyslem. Obvykle se kladou na starší lidi větší nároky ohledně tolerance mladších. Je tomu tak z důvodu předpokládané vyšší zdrženlivosti, shovívavosti a uvážlivosti. Zároveň se u seniorů očekává i větší předporozumění, s kterým by mohli do vztahů vstupovat, místo toho, aby se o druhých přáli něco dozvědět. Potíže při kontaktu se seniory mohou vznikat také na základě odlišného hodnocení věcí. Všeobecně se dá říci, že k porozumění a úspěšné adaptaci dochází spíše tam, kde je dobrá nálada. Ale ani ta sama o sobě nestačí, pouze vytváří příjemnou atmosféru pro lepší porozumění druhým. Ve výsledku záleží na ochotě porozumět a tolerovat jak na straně seniorů, tak i mladších generací (tamtéž).

Posledním z pěti „pé“ je **potěšení** neboli prožívání radosti. K předsudku, že by se ve stáří ztratily všechny formy potěšení, se negativně vyjadřoval již římský filozof Cicero. I v tomto věku lze zažívat různé druhy potěšení a některá chybějící nahradit jinou radostí. Pro optimální adaptaci jsou zdroje radosti nesmírně důležité, bez nich by došlo k citové deprivaci a uvadnutí duchovního života. Senioři by se dobrovolně neměli vzdávat svých zdrojů radosti, ačkoli někteří tak činí například z obavy, aby neobtěžovali nebo kvůli přílišné skromnosti (tamtéž).

4. Poruchy adaptace

„Některé jedince však požadavek jakékoli změny vyvádí z míry. Svědčí to o nedostatku adaptačních schopností, nezřídka jde o neurózu. Obecně vzato, neuróza je poruchou adaptace, zejména sociální.“ (Kalvach, 2004, str. 112).

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) mluví o Reakci na těžký stres a poruchách přizpůsobení, tato kategorie spadá pod 5. kapitolu Poruchy duševní a poruchy chování, konkrétně pod oblast Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (WHO, ÚZIS, 2018).

Příčinnou těchto poruch bývají buď velmi zatěžující životní situace, které způsobují akutní reakci na stres, nebo se může jednat o životní změny, jež způsobují trvalé nepříznivé okolnosti, a tím dochází k poruchám přizpůsobení se. K těmto faktorům často přispívá i individuální citlivost a zranitelnost, avšak bez náhlé zatěžující situace nebo změny by k poruchám nemělo dojít. Poruchy v této oblasti jsou proto chápány jako maladaptivní reakce na prožívaný stres a nastávají po selhání mechanismů úspěšné adaptace na situaci. Při těchto poruchách je narušeno i běžné sociální fungování člověka (WHO, ÚZIS, 2018). Nicméně je možné tento problém sledovat i z obrácené perspektivy, tedy vnímat stres jako následek maladaptace a selhání copingových strategií. Tato práce využívá pohledu MKN-10, která stres považuje za příčinu následných adaptačních poruch. Následující tři diagnózy vychází z MKN-10 a mohou postihnout kohokoli nezávisle na věku, zatímco zbylé dva syndromy jsou typické pro osoby v seniorském věku, avšak ve všech pěti dochází k narušení procesu adaptace.

1. Akutní stresová reakce

Patří v MKN-10 do skupiny Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Akutní stresová reakce vzniká bez dalších příznaků duševní poruchy. Nastupuje během několika minut jako bezprostřední reakce na výjimečný duševní a fyzický stres. V obvyklém průběhu odezní během několika hodin či dní. Intenzita a četnost této reakce závisí na individuální zranitelnosti a schopnosti vyrovnávat se se stresem.

Počáteční fáze se projevuje „zármutkem“, spolu s tím se zužuje pole vědomí, snižuje se pozornost. Člověk nechápe přicházející podněty a je dezorientovaný. Tato fáze se může dále prohlubovat a izolovat člověka od okolí, v nejhorším případě se může projevovat až jako

disociativní stupor². V odlišném případě se může počáteční fáze vyvinout v neklid, nadměrnou aktivitu, roztěkané reakce. Dalším průvodním jevem akutní stresové reakce jsou somatické projevy panické úzkosti: zrudnutí, pocení se, zvýšení tepové frekvence... Na tento stav může mít člověk částečnou nebo až úplnou amnézii (WHO, ÚZIS, 2018).

2. Posttraumatická stresová porucha

Opět se jedná o poruchu řazenou do skupiny Reakcí na těžký stres a poruch přizpůsobení v rámci MKN-10. Vzniká jako opožděný následek či protahovaná reakce na stresovou událost, může se objevit po prožití události s latencí od několika týdnů až po dobu několika měsíců. Na člověka tato stresová situace působila mimořádně ohrožujícím dojmem a měla potenciál vyvolat silné rozrušení. Některé osobnostní faktory mohou zintenzivňovat průběh poruchy nebo snižovat práh vzniku, ale na vznik samotné posttraumatické stresové poruchy by bez vnějšího přičinění nestačily. Typickými pro tuto poruchu jsou flashbacky, neodbytné vzpomínky znovuoživující prožitá trauma, nebo se mohou objevit noční můry spojené s tímto traumatem. Celkově u člověka přetrvává pocit emoční oploštělosti, tuposti. Člověk se straní okolí a chová se vůči němu netečně, je anhedonický (není schopný těšit se z příjemných věcí), snaží se vyhybat věcem a činnostem, které by mu připomněly traumatický prožitek. Obvyklými somatickými projevy jsou nespavost, hyperaktivita, zvýšená bdělost, zesílení úlekové reakce. S poruchou bývá spojena i deprese, úzkost a výjimkou nejsou ani suicidální myšlenky. Posttraumatická stresová porucha probíhá kolísavě a ve většině případů dojde k překonání tohoto stavu, nicméně existují i chronické případy trvající léta, při nichž dochází i ke změně osobnosti (WHO, ÚZIS, 2018).

3. Poruchy přizpůsobení

Další poruchou nacházející se v Reakcích na těžký stres a poruchách přizpůsobení MKN-10 jsou poruchy přizpůsobení. Lze je charakterizovat jakožto stavy subjektivně pocíťovaných obtíží a emočních poruch. Zpravidla se promítají do fungování v sociální oblasti. Objevují se v adaptačním období na významnou životní změnu nebo stresovou událost. Stresorem může dojít k narušení sociální sítě člověka, například ztrátou blízké osoby, nebo sociálních opor a hodnot, příkladem je stěhování se, emigrace. Stresory mohou také představovat velké vývojové

² Jde o disociativní poruchu, pro níž je typické výrazné snížení nebo úplná absence volných pohybů a reakcí na vnější podněty jako dotyk, světlo atd. bez jakýchkoli somatických příčin. Dále je u tohoto stavu nepopiratelná psychogenní příčina, projevuje se po nedávno prožití stresující události či problému (WHO, ÚZIS, 2018).

přechody nebo krize: počátek školní docházky, získání rodičovské role, odchod do penze. Opět ačkoli individuální predispozice mohou v rozvoji poruchy velmi napomoci a ovlivňují projevy poruchy, není možné, aby porucha přizpůsobení vznikla bez působícího stresoru. Mezi příznaky této poruchy, které jsou velmi různorodé, se vyskytuje depresivní nálada, úzkost, strach nebo nějaká z kombinací těchto emocí, pocit neschopnosti řešit situaci, plánovat dopředu či dále současnou situaci zvládat. Také se vyskytuje určitý stupeň poruchy v provádění běžných denních zvyklostí. S poruchami přizpůsobení se mohou objevovat i poruchy chování, a to hlavně v průběhu dospívání (WHO, ÚZIS, 2018).

4. Geriatrický maladaptivní syndrom

Jedná se o klinický projev selhávání adaptace, který je pro stáří typický. Vzniká na základě prožívání chronického stresu, který má obvykle psychosociální původ (Smelik, 1984, in Kalvach, 2004). Rozvinutí maladaptivního syndromu závisí ve velké míře na poměru mezi intenzitou stresoru, která se musí posuzovat z pohledu člověka, a psychickou odolností a adaptabilitou jedince (Kalvach, 2008).

Syndrom se projevuje nejvíce na imunitním systému nebo na systému kardiovaskulárním, může způsobit onemocnění jako cévní mozkovou příhodu, akutní infarkt myokardu nebo infekci. Rizikové faktory pro vznik geriatrického maladaptivního syndromu jsou: zmatenost, duševní onemocnění, pasivita, submisivita, ztráta soběstačnosti, osamělost a izolace, ztráta partnera, špatná finanční situace, hrozba institucionalizace, změna bydliště, ztráta programu, vysoký věk, imobilita, těžké onemocnění a další (Smelik, 1984, in Kalvach, 2004). Jako další příklady rizikových faktorů uvádí Kalvach třeba úzkost, depresi, pocit beznaděje, smyslový deficit nebo již proběhlou maladaptivní reakci v minulosti jedince (Kalvach, 2008).

Geriatrický maladaptivní syndrom se obvykle projevuje úzkostnými a depresivními reakcemi, zveličováním somatických obtíží, hostilitou, agresí nebo suicidálními tendencemi. Po tomto průběhu nastává fáze adaptace, kdy při pozitivním průběhu doznívá stres a postupně se řeší těžkosti. Při nepříznivém průběhu se prodlužuje selhávání adaptace, dochází k rezignaci, sociální dezintegraci osobnosti a stále jsou přítomny suicidální myšlenky. Prevence tohoto syndromu stojí na odstraňování rizikových faktorů a včasném diagnostikování, léčbě deprese a dalších přítomných chorob (Smelik, 1984, in Kalvach, 2004).

Kalvach popisuje v dalším ze svých děl maladaptivní syndrom, jako poruchu adaptace především ve spojení s přijetím do ústavní péče, ale může být spojen i s jinými závažnými změnami v životě člověka. Pracovníci zařízení syndrom často zaměňují za projevy syndromu

demence. Mezi projevy, které jsou vždy individuální, se může objevit apatie, bezcílné přecházení, pohybové stereotypy (opakované uhlazování oblečení nebo jeho žmoulání atd.), nadměrný spánek, stížnosti na stravu, dožadování se projímadel, soustředěnost především na základní biologické potřeby, vyhýbání se očnímu kontaktu a další (Kalvach a Onderková, 2006).

5. Translokační syndrom

Matoušek (2016) uvádí další pohled na možnou poruchu adaptačního procesu u seniorů, kterou nazývá translokační syndrom. Ten se vyskytuje při přechodu seniora do pobytové péče z domácího prostředí nebo během přemístování z jednoho zařízení do jiného. Projevem translokačního syndromu mohou obvykle být apatie, neklidnost, zmatenost, v některých případech se mohou objevit i suicidální myšlenky a pokusy o jejich naplnění.

Tomuto syndromu lze předejít poskytnutím seniorovi dostatečného množství informací, zapojením do procesu přechodu do zařízení i seniorovu rodinu a blízké okolí či dobrou komunikací personálu se seniorem. Avšak jelikož senioři patří mezi ohroženou skupinu translokačním syndromem, měly by se takto závažné změny odehrávat jen v největší nutnosti (Matoušek, 2016).

5. Domov pro seniory

Domov pro seniory je jedním z několika typů pobytového zařízení, ve kterých se seniorům v České republice poskytuje dlouhodobá péče. Pobytové služby spočívají v tom, že jsou poskytovány v samotném zařízení sociálních služeb a během této doby je klient v zařízení ubytovaný. Speciálně pro cílovou skupinu seniorů je podle Ondrušové a kolektivu (2019) určený již o zmíněný domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, týdenní a denní stacionář, chráněné bydlení a odlehčovací služba. Mimo tyto možnosti mohou seniori využít také zdravotnickou pobytovou službu: léčebna pro dlouhodobě nemocné, této služby však smí klient využívat pouze maximálně 3 měsíce a poskytuje intenzivní doléčovací a rehabilitační péči. Možností pobytové služby pro seniory jsou také penziony pro seniory. V penzionu si senior pronajme svůj vlastní byt, spolu s tím si může zaplatit za některé služby jako je uklízení či stravování. Tato služba je vhodná pro stále zdravé a soběstačné klienty. Dalším typem rezidenční služby jsou v České republice domy s pečovatelskou službou, i u této služby si klienti pronajmou vlastní byt, ovšem na rozdíl od penzionů pro seniory jsou s touto službou spojeny i další sociální služby, například pečovatelská služba, která zajišťuje pomoc s péčí o domácnost, doprovod k lékaři atd. (Matoušek a kol., 2010). Dalšími typy služeb, jejichž hlavní cílovou skupinu tvoří seniori (zákon uvádí jako cílovou skupinu osoby se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku), jsou podle Ondrušové a kol. (2019) centra denních služeb, denní stacionáře, sociálně aktivizační služby pro seniory, odborné sociální poradenství – poradny pro seniory. Tyto zmíněné služby se poskytují především ambulantním způsobem, člověk sám či s doprovodem dochází do zařízení. Posledním typem jsou služby terénní, jimiž pro seniory mohou být osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby či již zmíněné služby poskytované v domácím prostředí seniora.

Domov pro seniory patří mezi sociální služby vymezené Zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb - §49. Podle zákona tuto službu mohou využívat osoby se sníženou soběstačností, a to zejména z důvodu vyššího věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé fyzické osoby. Zákon o sociálních službách také stanovuje poskytované služby a to: zajištění ubytování, poskytování stravy, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro její provádění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při naplňování práv, oprávněných zájmů a při vyřizování osobních záležitostí.

V současné chvíli, tedy rok 2020, je v České republice registrováno v Registru poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, 2020) 534 domovů. Jejich celková kapacita byla k 31.12. 2018: 37 048 lůžek, nicméně počet neuspokojených žádostí v tom období čítal dalších 57 979. U tohoto čísla je nutné počítat s podáním více žádostí jedním žadatelem. (MPSV, 2018 in Adam, 2019). Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, 2020) se ve Středočeském kraji nachází 80 domovů pro seniory, data Českého statistického úřadu (2019) pro Středočeský kraj za rok 2018 uvádí, že se ve Středočeském kraji v roce 2018 nacházelo 249 259 osob starších 65 let, v rámci toho 214 747 osob přijímajících starobní důchod. Tyto data ukazují, že je ve Středočeském kraji nejvyšší počet osob starších 65 let – a to 11,9 % z celkových 2 086 617 osob. Hlavní město Praha je další v pořadí s 11,8 %. Nejnižší procento má v této statistice Karlovarský kraj – 2,8 %. Podle téhož zdroje měly domovy pro seniory ve Středočeském kraji v roce 2018 kapacitu 5 315 lůžek, což odpovídalo 14,3 % celkové kapacity v České republice. Toto procento je nejvyšší ze všech krajů, dalším v pořadí je kraj Moravskoslezský se 13,1 % z celkové kapacity.

Okres Kladno, do něhož je situována výzkumná část této práce, je podle velikosti až 9. okresem ze 12 ve Středočeském kraji s rozlohou 720 km². Avšak svým počtem obyvatel, který byl v roce 2018: 165 271 z toho 19 % osob starších 65 let a počet příjemců starobního důchodu 26 570, je 2. nejpočetnějším v kraji. Díky těmto dvěma příčkám má 3. nejvyšší hustotu osídlení (ČSÚ, 2019). Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, 2020) se v okrese Kladno nachází 6 domovů pro seniory.

Těmito domovy jsou:

➤ **Domov Kladno – Švermov, poskytovatel sociálních služeb**

Zřizovatel: Středočeský kraj

Nachází se na okraji statutárního města Kladna (necelých 69 000 obyvatel) s přístupem do lesa. Domov pro seniory tvoří 11 budov s kapacitou 254 klientů. Z těchto 11 budov je pouze 5 bezbariérových. V domově jsou k dispozici jednolůžkové, dvoulůžkové, třílůžkové pokoje a garsoniéry (Domov Kladno – Švermov, poskytovatel sociálních služeb, 2020).

➤ **Domov Pod Lipami Smečno, poskytovatel sociálních služeb**

Zřizovatel: Středočeský kraj

Domov pro seniory se nachází ve 2 oddělených pavilonech v zámeckém parku města Smečno (zhruba 1 900 obyvatel). Služba má kapacitu 133 klientů, obě budovy mají dohromady 75 pokojů od jednolůžkových až po čtyřlůžkové. Kromě domova

pro seniory poskytují také denní stacionář pro seniory, týdenní stacionář pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení (Domov Pod Lipami Smečno, poskytovatel sociálních služeb, 2020).

➤ **Domov pro seniory Kladno**

Zřizovatel: statutární město Kladno

Nachází se ve statutárním městě Kladně (necelých 69 000 obyvatel) poblíž sportovního areálu Sletišť a nedaleko od lesa. Podle Výroční zprávy z roku 2018, kterou má tento domov nejvíce informačně obsáhlou, službu v roce 2018 využívalo průměrně 125 klientů, z toho bylo 100 žen. Domov pro seniory měl k dispozici 65 jednolůžkových pokojů a 34 dvoulůžkových. Ve výroční zprávě se mimo jiné uvádí také počet klíčových pracovníků, kterých má zařízení 31, na každého z nich připadá 4-5 klientů. Domov pro seniory Kladno nabízí také 2 lůžka pro klienty odlehčovací služby (Syblíková, 2019).

➤ **Domov Slaný, poskytovatel sociálních služeb – Domov pro seniory Žižice**

Zřizovatel: Středočeský kraj

Nachází se v obci Žižice, která má zhruba 670 obyvatel. Zařízení funguje od listopadu 2019, podle původního plánu má mít k dispozici 57 lůžek (Franzkiová, 2018) a je součástí Domova Slaný, který poskytuje službu domov se zvláštním režimem.

➤ **Domov Unhošť, poskytovatel sociálních služeb**

Zřizovatel: Středočeský kraj

Jedná se o jednopatrovou budovu s podzemním podlažím, která se nachází ve městě Unhošť (zhruba 4 800 obyvatel). Podle výroční zprávy z roku 2018 byla služba poskytována 130 klientům, nejčastější variantou jsou dvoulůžkové pokoje – 46, jednolůžkových je 11, třílůžkové 4 a 3 pětílůžkové (Domov Unhošť, poskytovatel sociálních služeb, 2019).

➤ **Domov Velvary, poskytovatel sociálních služeb**

Zřizovatel: Středočeský kraj

Nachází se ve městě Velvary (přibližně 3 000 obyvatel) v blízkosti parku. Domov má kapacitu 95 lůžek a poskytuje ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Mezi dalšími informacemi uvádí také čekací dobu na přijetí do péče, která činí zhruba 6-9 měsíců (Domov Velvary, poskytovatel sociálních služeb, 2020).

Práce s uchazečem o službu

Dlouho před samotným nástupem do domova pro seniory je potřeba, aby se senior pro tento životní krok rozhodl. Esther Goldstein (2020) ve svém článku zmiňuje důležitost komunikace mezi seniorem a jeho blízkými při plánování budoucí péče o seniora. Doporučuje, aby se toto téma otevřelo dříve, než k tomu budou okolnostmi sami donuceni. Přiznává ovšem, že se často objevují bariéry v komunikaci na toto téma, ať už na straně seniorů nebo jejich blízkých. Vhodným začátkem takové konverzace může být rozmluva o situaci někoho z okolí, kdo již musí takové rozhodnutí učinit. Během celého zvažování seniorovi situace by se jeho okolí mělo soustředit především na jeho potřeby, nikoli na to, co je výhodné pro rodinu. Prioritou zůstává zvládnutí péče v domácím prostředí. Autorka k tomu dodává, že pokud nejdříve vyzkouší možnosti domácí péče, senior se snadněji vyrovnává s možným přechodem do institucionálního prostředí.

Po zaslání přihlášky do domova pro seniory přichází klient do styku nejdříve se sociálním pracovníkem, ten by měl být schopný podat klientovi dostatek informací, a to i o jiných možných sociálních službách. Sociální pracovník je klíčový při přípravě seniora na nadcházející zásadní změnu v jeho životě. Je třeba seniorovi poskytnout podporu, dostatečně ho vybavit informacemi i probrat argumenty pro a proti. Rizika u adaptačního procesu na institucionální prostředí by neměla být přehlížena a této fázi by se měla věnovat zvýšená pozornost. Vhodné je navázat kontakt s klientem ještě před samotným nástupem, propojit sociální práci mezi domovem pro seniory a například nemocnicí. Dále se již při nástupu klienta vytváří jeho individuální plán péče, který by měl obsahovat i adaptační plán. Nejdůležitější ale stále je upřednostňovat zájem klienta před zájmy instituce. V ideálním průběhu přijímání nového klienta sociální pracovník provádí před samotným nástupem sociální šetření v místě bydliště klienta, klientovi se nabízí návštěva domova, v některých zařízeních je možné využít i zkušebního pobytu. Sociální pracovník zjišťuje od rodiny zvyky, oblíbené činnosti a životní styl seniora, zapíše si jeho životní příběh. Spolupráce mezi pracovníky a seniorem se velmi zlepšuje, pokud se navzájem znají, senior zná nové prostředí a společně naplánují poskytování služby, tak aby odpovídala potřebám klienta. Průběh přijímání nového klienta bývá určován interními standardy zařízení (Matoušek a kol., 2010). Chloupková (2013) doporučuje, aby se klíčový pracovník účastnil i sociálního šetření před samotným nástupem klienta a aby také ostatní pracovníci přímé péče obdrželi kopii zprávy z tohoto šetření.

Kanadská organizace Erie St. Clair Community Care Acces Centre (2014) radí seniorům navštívit více zařízení v jejich okolí, než se pro nějaké definitivně rozhodnou. Také mimo jiné tato organizace pomáhá seniorům a jejich blízkým sepsáním důležitých kritérií, jež jim pomohou během prohlídky zařízení získat důležité informace, podle kterých by se mohli následně lépe rozhodnout. Mezi těmito kritérii je zařazeno například, aby si lidé zjistili, zda má domov pro seniory kapli, zkrášlovací salon nebo knihovnu, jaký má resident úschovný prostor pro svůj majetek či jestli si může samostatně manipulovat s topením.

Při přesunu do služby je důležité zachovat co nejvíce toho, na co byl člověk zvyklý, přesunout i jeho věci, aby prostředí nebylo tolik neznámé, a hlavně se snažit navázat spojení s jeho blízkými a vysvětlit jim, že jejich přítomnost bude pro dobrou adaptaci nezbytná (Vojtová, 2018). Při stěhování se do nového prostředí je dobré, pokud to prostory dovolují, se snažit udržet stejné rozmístění pokoje a věcí v něm, na které je senior zvyklý pro snadné zapamatování si, co kde najde (Comfort Life Media, 2019).

6. Příklad do domova pro seniory a adaptace na nové prostředí

Přechod z dosavadního domácího prostředí do domova pro seniory je pro seniory mimořádnou zátěží hlavně v počáteční fázi. Dochází ke změně prostředí s neznalostí jak prostoru, tak i lidí. Přerušuje se současné sociální vazby, participace na dění a zavedený způsob seberealizace. Hrozí ztráta nebo snížení autonomie a vlastního soukromí. V průběhu přechodu do zařízení dlouhodobé ústavní péče se mění sebehodnocení seniora i jeho životní perspektivy. Nově se musí přizpůsobit provoznímu řádu zařízení a jeho zvyklostem. Omezuje se kontakt s vnějším světem. Život klientů probíhá pouze v selektivním kolektivu lidí obdobného věku, kteří nejsou sblížováni podobnými zájmy, jejich kontakt je nahodilý, spíše vynucený společnými prostory nežli ze vzájemné sympatie nebo ze svobodné volby. Většina nově utvořených vztahů je spíše povrchních, neutužených předchozím soužitím. „*V takovém prostředí se osobitý jedinec bojující o zachování identity a sociálních rolí často mění v anonymního řadového chovance, pacienta, obyvatele.*“ (Příhoda, 1974 in Kalvach, 2008 str. 296-297). „*Omezení pohybu a soukromí, vstupování cizích osob do soukromí, nerespektování území, sdílení prostor apod. „jsou v povaze každého organizovaného kolektivu a žádná materiální, kulturní ani zdravotní výhodnost domova důchodců nemůže tyto ztráty nahradit“ (Příhoda, 1974).*“ (Kalvach, 2008, str. 296).

Vágnerová (2007) za hlavní potíže při příchodu do zařízení považuje ztrátu osobního zázemí a s tím spojené identity, která je vyměněna za identitu anonymního obyvatele zařízení. Senior tím přichází o jistotu orientace a pocit bezpečí, které čerpal ze známého okolí. Tento přechod je symbolicky chápán jako potvrzení ztráty vlastní autonomie. Přicházející senioři si uvědomují, že život v domově pro seniory je posledním stádiem před smrtí³, budoucnost se jim jeví negativně. Může pro ně být obtížné se v novém prostředí orientovat, jelikož se jejich teritorium zvětšilo, je v něm mnohem více lidí a život zde podléhá pravidlům. Matoušek (1999) uvádí, že po přechodu do domova pro seniory se u lidí projevují úzkostné reakce, útlum činnosti, nechutenství, spavost, mohou se zhoršit jejich zdravotní potíže, což svědčí o náročnosti adaptace na nové prostředí. Carroll a Qualls (2014) však upozorňují, že pokud klienti upřednostňují čas o samotě, neznamená to automaticky, že jde o projev špatné adaptace. Naopak pro introvertně založené klienty může jít o způsob adaptace na nové prostředí, proto

³ Ondrušová (2017) tento stav nazývá syndromem poslední štače.

mluví o tom, že by se mělo ke každému klientovi přistupovat individuálně a snažit se rozpoznat sociální izolaci od vědomě zvoleného trávení času.

Při příchodu nového klienta nejde o pouhé přestěhování se do nového prostředí, ale o to, jak se na nové prostředí adaptovat a jak si z něho vytvořit svůj nový domov. Celý proces přesunu a následné adaptace velmi záleží na dobrovolnosti takového rozhodnutí. Pokud se k tomuto kroku lidé sami rozhodnou a mají možnost se na něj déle připravovat, zvyšuje se šance, že si na nový styl života rychle navyknou (Pichaud, Thareauová, 1998). Dalším faktorem pozitivně ovlivňujícím průběh adaptačního procesu je možnost vybrat si zařízení z širšího spektra možností. Kromě tohoto faktoru velmi napomáhá, pokud klient již zná nové prostředí, do něhož se stěhuje. Samozřejmě také významně přispívá aktivní spoluúčast klienta na přípravě k přechodu (Matoušek a kol., 2010). Goldsteinová (2020) zdůrazňuje, aby byl senior zapojen do rozhodování ohledně přechodu do domova pro seniory v co možná nejvyšší míře, pomůže mu to zachovat pocit, že má stále nad životem kontrolu. Výhodou může být také, pokud do domova nastupuje společně manželský pár či jiné navzájem příbuzné osoby, u klientů se tím posiluje pocit bezpečí a stoupá jejich spokojenost (Malíková, 2011).

Po příchodu nového klienta je potřeba mu věnovat zvýšenou pozornost, úspěšný proces adaptace je cílem celého týmu, který s klientem pracuje, sociální pracovník je vhodný pro roli koordinátora celého procesu. Ihned po příchodu by měl být klientovi přidělen jeho klíčový pracovník, tato osoba by klientovi měla být nejbližší. Ve fázi příchodu je vypracován individuální plán spolu s plánem adaptace, tyto dokumenty by měly sloužit celému týmu a zjednodušovat proces adaptace. Dále je třeba klientovi poskytnout dostatek informací o novém prostředí a podpořit ho v navazování nových přátelských a sousedských vztahů. Klient si potřebuje nové prostředí přisvojit tak, aby mohl vykonávat aktivity, jež mu připadají smysluplné (Matoušek a kol., 2010). Podle Kratochvílové Křemenové (2018a) probíhá proces adaptace přibližně 3 měsíce, během této doby by měl být klient v užším kontaktu se svým klíčovým pracovníkem, jehož posláním je získat o klientovi co nejvíce informací, věnovat klientovi čas k vzájemnému poznání se, být novému klientovi oporou při seznamování se s prostředím. I v novém prostředí by se nicméně měly podporovat klientovy zažití stereotypy, individualita a životní styl, ačkoli dojde pravděpodobně ke změnám a nutnému přizpůsobení se chodu zařízení (Kratochvílová Křemenová 2018b). V některých zařízeních by měl klíčový pracovník následně vypracovat kazuistiku o průběhu adaptačního procesu.

Adaptační proces může být narušen různými bariérami ať už na straně klienta – nedůvěra, obavy – tak na straně pracovníka – strach ze závažných témat atd. Kratochvílová Křemenová (2018a) považuje za nejčastější bariéry na straně pracovníka a zařízení: nedostatek času, nevhodnou volbu pracovníka pro práci s klientem nebo nálepkování klienta.

Stejná autorka (2018a) využila dělení životních potřeb Alberta Pessa a upravila tyto potřeby s ohledem na podmínky pobytového zařízení. Potřebu místa můžeme naplňovat pomocí trpělivé podpory klienta při seznamování se s novým prostředím a poskytnutím pocitu, že je zde vítán. Potřeba podpory se projevuje ve verbální i neverbální komunikaci s klientem, při které mu pracovník dává najevo, že je tu pro něho, může se na pracovníka spolehnout, spolu s tím by měla být podporována také klientova autonomie a sebevědomí. Potřeba bezpečí se naplňuje důvěryhodným vztahem s klientem. Od začátku adaptačního procesu pracovník usiluje o klientovu důvěru. Čtvrtou potřebou je péče, která se uspokojuje zájmem pracovníka, poskytnutím dostatku informací, pozorností a vstřícným přístupem. Ovšem nesmí docházet ani k přílišné péči o klienta, který by v důsledku takového jednání mohl ztrácet vlastní autonomii. Poslední potřebou podle Pessa je potřeba limitů (hranic), v průběhu celého života jsou z bezpečnostních důvodů hranice potřeba, i na počátku vztahu klienta a pracovníka je nutné stanovit si hranice a ty oboustranně dodržovat.

„V pomáhajících profesích je někdy velice náročné uvědomit si, že mezi klientem a pracovníkem je rovnocenný vztah a tempo a obsah pomoci určuje klient. Pracovník, který klienta opravdu chápe a jeho přístup je založený na profesionalitě, jde klientovi po jeho boku, nikoli krok před ním.“ (Kratochvílová Křemenová, 2018b, str. 21).

Individuální plán péče

Na tvorbě individuálního plánu spolupracuje s klientem zpravidla jeho klíčový pracovník, ale hlavním aktérem by vždy měl zůstat klient. Individuální plán umožňuje klientovi uvědomit si, co by chtěl a také mohl pro sebe udělat. Vychází z jeho zdravotního i duševního stavu, soběstačnosti a potřeb. V plánu se stanoví nejzávažnější problémy a následně kroky vedoucí k řešení této aktuální situace, ale slouží i ke zlepšování celkové kvality života klienta. Obsahem individuálního plánu jsou úkoly pro jednotlivé členy týmu a jejich časové ohraničení. Dochází k pravidelnému vyhodnocování plnění, proto reaguje na změny v potřebách klienta, kterým se přizpůsobuje (Matoušek a kol., 2010). Kratochvílová Křemenová (2018b) přidává,

že individuální plán také posiluje aktivní účast klientových blízkých, pracuje s riziky, pomáhá k zorientování se v prioritách klienta a k pochopení jeho pohledu na svět. Zajišťuje, že bude potřebám klienta věnována odpovídající pozornost a mimo jiné také slouží k pravidelnému hodnocení poskytované sociální služby, zda stále odpovídá klientovým potřebám. Cílem individuálního plánování je dosáhnout nezávislosti klienta na službě nebo se k tomuto stavu co nejvíce přiblížit. Pracovník by se neměl upravování individuálního plánu vyhýbat, především v adaptačním období jsou tyto změny očekávané, jelikož postupně dochází k vzájemnému poznávání.

Rodina klienta

Zařízení by se mělo snažit co nejvíce udržet kontakt s rodinou, pravidelně blízké osoby informovat o životě klienta v zařízení, ale také respektovat jejich pocity a starosti. Cílem takového postupu je pomoci rodině překonat pocit neúspěchu při vlastní domácí péči a udržet její zájem a spolupráci. Rodina by měla získat pocit, že udělala nejlepší možné rozhodnutí, nicméně že i nadále je její aktivita žádoucí. Spolupráce s rodinou klienta ideálně začíná ještě před samotným nástupem klienta do zařízení. Mohou společně uzavřít kontrakt o činnostech, které nadále bude rodina vykonávat a které za ni přebere zařízení. Výzkumy prokázaly, že s délkou pobytu seniora v zařízení klesá i četnost návštěv rodiny a její zájem o klienta. Především díky získání pocitu, že zařízení pečuje za ně a oni již nejsou potřeba. Proto je třeba, aby rodina přijala předpoklad, že i během pobytu klienta v instituci jsou za péči o něj stále zodpovědní. Je vhodné, aby rodina například pomohla s úpravou prostředí při nástupu klienta do zařízení (Matoušek a kol., 2010). Osoby klientovi blízké pomáhají k propojování minulosti s přítomností a jejich zájem a kontakt velmi pomáhá k úspěšné adaptaci klienta na nové prostředí. Doporučené jsou častější návštěvy v adaptační fázi, nikoliv však navštěvovat s klientem předchozí známé prostředí (Kratochvílová Křemenová, 2018b).

Průběh adaptace

Výše popsany přechod člověka z domácího do ústavního prostředí vytváří vysokou zátěž, ztrátu známého prostředí provází šok a různě dlouhá krize. Cílem adaptačního procesu je, nenechat nad sebou krizi a ztrátu zvítězit. Je nezbytné přijmout novou skutečnost a naučit se radovat z toho, co v životě zůstává a co nově přibývá. Ztrátu a vyrovnávání se s ní doprovází období smutku a truchlení. Pichaud a Thureauová (1998) využili fáze dozvídání se o

nevyléčitelné nemoci, které pochází od Elisabeth Kübler-Rossové, a volně je transformovali pro případ přechodu do domova pro seniory.

1. Šok, popírání

První reakcí bývá šok, ten je zpravidla umocněn, pokud situace nebyla předem předvídatelná. Pokud pro člověka byla krize očekávaná, dokáže ještě nějakou dobu zvládat naléhavé záležitosti a mít kontrolu, jelikož si prozatím neuvědomuje všechny emocionální následky ztráty. Následuje fáze popírání traumatizující události (Pichaud, Thareauová, 1998).

2. Protest, revolta a hněv

Senior nacházející se v této fázi potřebuje plně vyjádřit svou frustraci a vztek. Často své negativní emoce obrací proti celému světu, obzvláště pokud byl odchod z domova proti jeho vůli. V této fázi si senior vytváří nové vztahy s personálem, který by si měl získat jeho důvěru a měl by mu pomoci při vypořádání se s negativním prožíváním (tamtéž).

3. Smutek, truchlení, deprese

Jak již bylo zmíněno výše, ztráta sebou přináší pocit smutku. Původní nadšení a zvýšená aktivita prožívaná během prvních dní se proměňuje na nudu, omrzelost, lítost, člověk se během této fáze uzavírá do sebe a ztrácí jakoukoli motivaci. V horších případech lidé prožívají ztrátu smyslu života a mohou se u nich objevit až suicidální myšlenky. V průběhu tohoto období depresivního ladění je nezbytná citlivá podpora a porozumění (tamtéž).

4. Přijetí a adaptace

Pokud měl člověk možnost během předchozích fází otevřeně projevit své emoce, bolest mizí a může se začít se ztrátou vyrovnávat. V této fázi člověk opět nachází novou naději a chuť do života. Adaptovat se na situace je ale velmi odlišné od situace, kdy na svoji situaci pouze rezignuje (tamtéž).

Další dělení adaptace na ústavní prostředí do jednotlivých fází popisuje Kalvach.

1. **Fáze seznamovací**, popřípadě **konfrontační** – Tato fáze probíhá rozdílně, záleží také na okolnostech nástupu.
2. **Fáze vnějšího přizpůsobení** – Senior podřizuje své zvyky a chování řádu zařízení, v nemálo případech tento krok doprovází pocity lítosti, stresu, rezignace a úpornosti.

3. **Fáze vnitřního přizpůsobení** – Dochází k navázání nových vztahů, sbližování s ostatními v zařízení, počátek participace na dění a obecnému zařazení se do hierarchie skupiny, což také často způsobuje stres.
4. **Fáze slábnoucí vazby na dění mimo ústav** – Nastává především, pokud došlo k výraznému omezení styku s okolím a mizivým návštěvám rodinných příslušníků.
5. **Fáze ztotožnění s ústavním prostředím** – V této fázi si klient již ústav nepřeje opustit (Kalvach, 2008).

Vágnerová (2007) průběh adaptace dělí podle dobrovolnosti této životní změny.

Pokud se jedná o nedobrovolné umístění, vystřídají se u klienta tyto 3 fáze:

1. **Fáze odporu** – Objevuje se negativismus, agrese, hostilita, často vůči personálu či ve vztahu k dalším klientům, jakožto „náhradním viníkům“ jejich nové situace. K jednání by se mělo přistupovat jako k obranné reakci, může se projevovat třeba i obviňováním z krádeží nebo špatného zacházení (tamtéž).
2. **Fáze zoufalství a apatie** – Většinou nastává, pokud senior zjistí, že jeho odpor nevede k žádoucí změně. V této fázi dochází k únavě, apatii a celkové rezignaci. Někteří lidé mohou v této fázi setrvat až do smrti. Pokud se senioři na novou situaci neadaptují, mohou v důsledku toho i zemřít, tato smrt je označována za „smrt z maladaptace“ (tamtéž).
3. **Fáze vytvoření nové pozitivní vazby** – Tuto fázi posiluje například nově navázaný vztah, pomoci může i zvíře, které klienty aktivizuje, nebo pocit nově nabytého pohodlí a přivyknutí režimu. Ten dnům přináší jasnou strukturu, která by jinak mohla klientům činit potíže (tamtéž).

Odlíšný je proces adaptace při dobrovolném odchodu do zařízení.

1. **Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu** – Člověk se snaží v novém prostředí nejdříve zorientovat, tuto fázi obvykle doprovází určitá přecitlivělost, častější je vzpomínání na minulost, kterou srovnávají se současností. Občas mohou klienti pociťovat somatické obtíže nebo se mohou zhoršit potíže již existující. Nicméně první zkušenosti v novém prostředí by neměly být příliš nepříjemné, jelikož jsou základem postoje k novému domovu (Vágnerová, 2007).
2. **Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu** – Postupně se klientovi podaří adaptovat na nové prostředí, vytvoří si nové vztahy a zvykne si na nový životní stereotyp (Vágnerová, 2007).

7. Předchozí výzkumy

V této kapitole se věnuje již proběhlým výzkumům na témata související s adaptací seniorů v domově pro seniory.

Hájková (1998 in Vágnerová, 2007) uvádí, že celková spokojenost seniora v domově pro seniory je nepřímo úměrně závislá jeho věku – s vyšším věkem klesá spokojenost.

Bylo prokázáno, že se symptomy deprese objevují u seniorů žijících v domovech pro seniory výrazně častěji než v běžné seniorské populaci. Achterberg a další autoři (2006) se pokusili zjistit vztah mezi výskytem symptomů deprese u nově příchozích klientů domovů pro seniory a jejich předchozím umístěním. Výzkumu se zúčastnilo 562 seniorů z 65 nizozemských domovů pro seniory. Jejich průměrný věk byl 78.5 let, 64.6 % tvořily ženy. Lišili se předchozím místem pobytu - 221 z nich přišlo z vlastního domova, 153 z nemocnice a 154 z jiného domova pro seniory, rehabilitačního zařízení a dalších pobytových služeb. Senioři byli osloveni do 10 dnů po příchodu do zařízení a vyškolení pracovníci jim pomocí MDS-DRS (Minimum Data Set – Depression Rating Scale) posoudili příznaky deprese. Výsledky výzkumu ukázaly, že se častěji depresivní symptomy objevily u osob přicházejících z domácího prostředí nebo z odlišných pobytových zařízení. U 19.7 % seniorů přicházejících z nemocnice se objevily depresivní symptomy, zatímco u seniorů přicházejících z domácího prostředí to bylo 34.3 %. Celkem z 562 respondentů se symptomy deprese vyskytovaly u 26.9 % z nich.

V České republice se tématu depresivity u seniorů žijících v domovech pro seniory věnovala Iva Holmerová. Její výzkum, provedený v roce 2006, je založen na datech 122 osob (102 žen a 20 mužů) z 6 domovů pro seniory. Výsledky ukázaly, že pouze 34 % seniorů nemělo žádné známky deprese, mírná depresivita byla zjištěna u 40 % respondentů, 15 % projevovalo silnou depresivitu, zbylých 11 % aktuálně užívalo antidepresiva. Depresivita byla významně vyšší u bezdětných osob bez partnera, ale spojitost s věkem či genderem se neobjevila. (Holmerová a kol., 2006)

Další výzkum související s adaptací na domov pro seniory provedla Hanna Falk s dalšími autory (2013), jejich cílem bylo více prozkoumat proces a strategie, s jejichž pomocí začne senior považovat pobytové zařízení za svůj domov. Výzkum probíhal pomocí opakovaných rozhovorů. Se zapojením se do výzkumu souhlasilo 25 seniorů (z toho 21 žen) ze 4 různých pobytových zařízení nacházejících se v centru velkého švédského města. Jednou z podmínek pro výběr respondentů byl život v pobytové službě minimálně 6 měsíců, průměrný věk

respondentů činil 82 let a jejich průměrná délka pobytu byla 9 měsíců. Výsledkem výzkumu jsou strategie rozdělené do 3 dimenzí: spojení s místem, spojení s prostorem a spojení přesahující sociální službu. Spojení s místem spočívá v zabydlení se, přizpůsobení a vybavení si pokoje vlastním nábytkem, trávení času v něm, utírání prachu a vykonávání dalších drobných prací, snahou pokračovat v zažitých zvycích atd. Takové momenty přispívaly u respondentů k pocitu domova. Do strategií spojení s místem patří ještě možnost být za své místo zodpovědný a moci o něm rozhodovat, například moci rozhodnout, koho do pokoje pozvou. Do dimenze spojení s prostorem patří účastnění se společných aktivit s ostatními obyvateli, být sám sebou a vytváření nových přátelství. Třetí dimenzí je přesah pobytové služby, do této kategorie lze zahrnout spojení s okolním světem, výlety, časté návštěvy, účast na aktivitách v komunitě, tyto strategie pomáhají překlenout předchozí aktivní životní styl seniorů a současný stav nižší soběstačnosti. Společně s těmito dimenzemi se na vytvoření pocitu domova podle výzkumníků podílely ještě podpůrné psychologické procesy jako akceptování vlastní situace, schopnost vidět v situaci i pozitiva, úspěšná adaptace na stáří a pocit vlastní hodnoty. Naopak za ztěžující autoři označili vnímání sebe sama jako přítěž pro ostatní, neschopnost smířit se s vlastním stárnutím a ztrátou úplné soběstačnosti nebo stav celkové rezignace. V rámci výzkumného článku mne zaujalo vyjádření jednoho z respondentů v článku sloužícímu jako doklad o smíření se s vlastní situací a schopností navázat na svůj předchozí život: *„Oh no, I'm not sorry one bit that I'm in a wheelchair and can't cope on my own. I'm still the captain of this ship, and I do whatever I want... I just need a little bit of support.“* (Falk a další, 2013, str. 1004).

Ga Eon Lee (2007) vymyslel nástroj vhodný pro měření adaptace seniorů v domovech pro seniory v Korei, nazývá se NHAS – Nursing Home Adjustment Scale. Škála se skládá z 23 položek rozdělených do 5-ti skupin: Relocation distress symptom, Making friends, Acceptance of new residence, Difficulty in group life a Having self-worth. Do první skupiny patří výroky jako: Často je mi do pláče., Nudím se tady., Často se cítím naštvaný/á., Bolí mě přemýšlení o rodině., Často přemýšlím o svém předchozím domově a je mi z toho smutno. atd. V rámci skupiny Making friends se objevují výroky: Kamarádím se se svým spolubydlícím., Snažím se pomáhat ostatním obyvatelům. a další. Acceptance of new residence obsahuje: Jsem spokojený se životem tady., Tohle není můj stálý domov pouze dočasné obydlí., Nechci tu žít, ačkoli se nemůžu vrátit domů... Do skupiny Difficulty in group life patří například: Nerad/a se účastním skupinových aktivit. Skupinu Having self-worth tvoří výroky: Každodenní život pro mě nemá smysl. a Můj život má cenu.. Jelikož však byla tato škála určena pouze pro korejskou seniorskou populaci, Lee ve spolupráci s dalšími autory (2015) přetransformoval škálu pro potřeby

anglicky mluvících zemí, funkčnost nově vzniklé škály prokázali za pomoci 193 seniorů z 6 domovů pro seniory v oblasti Středozápadu USA.

Výzkumy probíhaly také se zaměřením na otázku, zda gender ovlivňuje proces adaptace seniorů v domově pro seniory. Claridge spolu s dalšími spolupracovníky (1995) tuto otázku zkoumala na 200 respondentech, úspěšnost jejich adaptace získala skrze měření životní spokojenosti a kvality poskytovaných služeb. Výsledkem výzkumu je, že u mužů délka jejich pobytu v domově pro seniory výrazně určovala jejich spokojenost s životem i s domovem pro seniory, zatímco u žen se takové spojení neprokázalo.

8. Praktická část

Metodologie

Praktická část této práce se nepouští do celého širokého tématu adaptace, ale zaměřuje se pouze na první část tohoto procesu, která je pro celkový průběh adaptace neméně důležitá, a to na průběh příchodu nového klienta do domova pro seniory. Cílem prováděného výzkumu bylo zjistit, jak takový příjem nového klienta probíhá v jednotlivých domovech v okrese Kladno a z analýzy získaných dat následně zjistit, zda se v některých ohledech proces v domovech liší.

Výzkum se snaží zodpovědět dvě výzkumné otázky:

- Jaké jsou odlišnosti v přijímacích procesech domovů pro seniory v okrese Kladno?
- Jsou tyto procesy upraveny v interních pravidlech domovů pro seniory?

K dosažení cíle byla využita kvalitativní metoda sběru dat, konkrétně se jednalo o polostrukturované rozhovory. Tento typ sběru dat byl zvolen, jelikož lépe umožňuje hlubší poznání zkoumané problematiky a vzhledem k nízkému počtu domovů v okrese ho bylo možné využít. Dalším z důvodů volby této metody byl fakt, že cílem nebylo zobecnění výsledků na širší skupinu, ale naopak tato metoda dovolila zaměřit se na detaily a hledat rozdílnosti, které jsou pro cíl výzkumu přínosné. Metoda polostrukturovaného rozhovoru umožnila pracovat s předem stanovenými tématy, jež byly vymezeny připravenými otázkami. Zároveň však byl prostor pro další prohloubení. Metoda byla tedy zvolena kvůli jasné osnově, ale současně i volnosti v získávání navazujících informací. Naopak za nevýhodu polostrukturovaného rozhovoru považují unikátnost každého rozhovoru a v důsledku toho obtížnou srovnatelnost výstupních informací. Je tedy možné, že se v domovech některé prvky praxe shodují, ale rozhovor tuto shodu neobjevil, jelikož se mohl zaměřovat na odlišné informace a vést jiným směrem.

Dále byla využita také metoda analýzy interních dokumentů s cílem zodpovězení druhé výzkumné otázky. Při osobních rozhovorech byli respondenti požádáni o možnost nahlédnutí do interních dokumentů domova, v nichž se zkoumalo, zda mají konkrétně zmíněn postup pro přijímání nových klientů a pokud ano, tak v jakém rozsahu.

Respondenty byli zvoleni účelně na základě kritéria lokality – osloveno bylo všech 6 domovů pro seniory, registrovaných v Registru poskytovatelů sociálních služeb a nacházející se v okrese Kladno. Pro získávání dat o přijímání nových klientů byli osloveni sociální

pracovníci těchto zařízení, jelikož jednání se zájemci o službu a přijímání nových klientů spadá do jejich kompetencí.

Kontaktováno bylo všech 6 sociálních pracovníků z domovů v okrese Kladno. Rozhovory byly provedeny pouze s 5 z nich, v jednom případě byla žádost o rozhovor zamítnuta z časových důvodů. Nejčastější formou provádění rozhovoru bylo osobní setkání v konkrétním domově, v jednom případě šlo o telefonický kontakt. Pracovníci byli obeznámeni s cílem práce a byli požádáni o souhlas s nahráváním rozhovoru. U dvou respondentů tento souhlas nebyl udělen, proto byl rozhovor zaznamenáván formou písemného zápisu. Pro zachování anonymity pracovníků a spolu s tím i domovů pro seniory nebudou sociální pracovníci jmenováni, navíc se v celé práci využívá pojmu sociální pracovník, aby nebyl prozrazen ani gender respondentů.

Základem polostrukturovaných rozhovorů bylo těchto 11 otázek:

1. Popíšete mi prosím, jak probíhá přijetí klienta do Vašeho domova?
2. Je něco, co se Vám u přijetí osvědčilo, co pomáhá klientům jejich nástup zjednodušit?
3. Existuje podle Vás ideální doba pro příchod? (S ohledem na klientův zdravotní stav, denní dobu nebo roční období atd.)
4. Je naopak něco, s čím nemáte dobrou zkušenost, co byste nedoporučil/a?
5. Myslíte si, že děláte něco jinak než ostatní domovy? (Dodržujete při přijetí nějaké tradice?)
6. Máte nějakou metodiku, jak při nástupu klienta postupovat? Zmiňují se o tom Vaše vnitřní předpisy?
7. Máte možnost poznat klienta před jeho nástupem?
8. Má klient možnost se seznámit s případným spolubydlícím před svým nástupem?
9. Představíte klienta po příchodu ostatním obyvatelům nebo to necháte na něm?
10. Mají klíčoví pracovníci vyhrazen zvláštní čas pro tvorbu individuálního plánu?
11. Zpracováváte adaptační plán?

Kromě otázky 6 jsou všechny zaměřeny na získání náhledu na proces přijímání nového klienta a následně se snaží vyhledávat možné odlišnosti. Avšak otázka číslo 6 je věnována druhé z výzkumných otázek, tedy tématu interních dokumentů v zařízení a byla doprovázena žádostí o jejich prezentování.

Výsledky výzkumu

Jednání se žadatelem o službu

Podle výpovědí respondentů celý proces přijímání nového klienta obvykle začíná obdržet žádost o službu společně s lékařskou zprávou. Tyto dokumenty jsou přidány do evidence žadatelů. V jednom případě se žádosti dělí na akutní či výhledové. Další dva pracovníci uvedli, že žádosti bodují, jeden z nich na základě kritérií stanovených zřizovatelem, v druhém domově je žádost bodována na základě sociálního šetření. Tato část procesu se liší v jednom z domovů, v němž se sociální pracovník se zájemcem o službu sejde ideálně v domově pro seniory ještě před podáním žádosti. Hlavním účelem tohoto setkání je vyjasnění fungování služby, očekávání a potřeby zájemce. Sociální pracovník poskytuje zájemci základní sociální poradenství a společně hodnotí, zda je již potřebný tento typ pobytové služby. Výsledkem jednání může být sepsání žádosti nebo prozatím nikoli.

Dále proces pokračuje zpravidla čekáním na uvolnění místa v domově, během toho mívá klient možnost osobní prohlídky zařízení. Po uvolnění místa je potřeba vybrat vhodného žadatele. Ve všech případech pracovníci uvádějí, že to musí činit s ohledem na typ uvolněného pokoje, tak aby potřeby žadatele odpovídaly možnostem poskytované péče na konkrétním pokoji. Jeden z pracovníků mluvil o komisi složené z vrchní sestry, jeho samotného a ředitele domova, která se měsíčně schází, aby vybírala vhodné žadatele. V tomto případě jsou vždy vybráni tři lidé, kteří jsou kontaktováni a je provedeno sociální šetření. Ve všech domovech se žadatelé volí na základě akutnosti jejich situace a stejně jako v již zmíněném případě je s nimi provedeno sociální šetření. Se sociálním pracovníkem se ho účastní také vrchní sestra. Na sociálním šetření se věnuje pozornost potřebám a očekáváním žadatele, následně se pracovník s žadatelem domlouvá na nástupu do domova. Jeden z pracovníků během sociálního šetření nechá žadatele vyplnit dotazník o sobě, se snahou žadatele více poznat, jehož součástí jsou otázky na žadatelovy návyky. Ve dvou případech sociální pracovníci zmiňují, že smlouvu a další příslušné dokumenty poskytují žadateli ještě před nástupem, aby měl společně s blízkými možnost se s nimi seznámit.

Pouze v jednom domově probíhá před samotným příjmem klienta ještě jedno setkání. Jeho termín je domluven na sociálním šetření a obvyklá délka se odhaduje na 1 – 1,5 hod.. Žadatel je seznámen s fungováním domova, jsou mu předány informační materiály, vyplní dotazník o sobě a je domluven konkrétní den nástupu. Následně dostává žadatel týden čas na rozmyšlení, zda o službu skutečně stojí, během této doby by se měl sám ozvat.

Seznámení se sociálním pracovníkem, prostředím, spolubydlícím

Ve všech domovech má žadatel možnost domov navštívit ještě před svým nástupem. Tato návštěva probíhá většinou až v období po přijetí žádosti, výjimku tvoří již výše zmíněný domov, který jedná se zájemcem ještě před podáním žádosti. Součástí jednání je i provedení zájemce po domově s případnou možností vyptat se kohokoli na chodbě. Ve dvou rozhovorech mluvili pracovníci o tom, že žadatel při návštěvě nemůže navštívit konkrétní pokoj, jelikož nemohou narušovat soukromí klientů. Ani není jisté, jaký pokoj by mohl žadatel v budoucnosti dostat. Jeden sociální pracovník říkal, že možnost domov navštívit mají žadatelé, jež jsou v pořadníku žádostí nejvýše, nebo poté již v případě volného místa vybraný žadatel. Během toho také poprvé potká svého spolubydlícího. Pokud žadatel nemůže domov navštívit, je možné, aby tak učinili jeho blízcí, kteří mohou z návštěvy žadateli pořídit alespoň fotodokumentaci.

Tři pracovníci uvedli, že žadatel má možnost se s budoucím spolubydlícím poprvé setkat ještě před dnem nástupu. V jednom z domovů tato možnost zcela chybí a poprvé se schází až v den nástupu, jelikož před ním není jisté, do kterého pokoje žadatel nastoupí.

V otázce, jestli má samotný sociální pracovník příležitost klienta poznat před jeho nástupem, se tři pracovníci domnívají, že společný čas setkávání není dostatečný k jeho poznání. Naopak dva pracovníci vypověděli, že jim čas před nástupem k poznání klienta stačí. Jeden z nich dále říká, že pokud by možnost klienta poznat neměl, ani by ho do služby nepřijal.

Ideální doba pro nástup

V několika případech pracovníci uvedli, že nelze takovou dobu stanovit, jelikož je vždy potřebné zaplnit uvolněné místo. Nicméně za negativní období dva pracovníci považují období mezi Dušičkami a začátkem nového roku, druhý pracovník zdůrazňuje pouze dobu před Vánoci. Naopak za pro nástup přívětivější dobu označují dobu s prodlužujícím se dnem, teplým a slunečným počasím. S ohledem na denní dobu považují pracovníci ve čtyřech domovech dopoledne za vhodnější čas, s ohledem na to také nástupy klientů plánují. Je tomu tak z důvodu lepší soustředěnosti klienta, možnosti již v domově obědovat nebo z důvodu většího času na vyřízení administrativy. Pouze v jednom případě je stanovení doby nástupu pouze na klientovi a jeho blízkých a domov se jejich rozhodnutí přizpůsobuje, ačkoli se pracovník domnívá, že dopoledne je pro klienta lepší variantou.

Příchod do domova pro seniory

Den nástupu začíná vždy v kanceláři sociálního pracovníka, výjimku tvoří imobilní klienti, s nimiž je administrativa vyřízena v jejich pokoji. Všichni pracovníci považují za prospěšné, pokud se přijetí klienta účastní i jeho rodina. Je jí také vysvětleno fungování domova a klientovi slouží jako opora. V jednom z domovů dokonce rodinný příslušník společně s klientem podepisuje smlouvu o poskytování služby jakožto třetí strana. Sociální pracovníci se snaží klientovi situaci co nejvíce usnadňovat, příliš klienta nezahltit. Vytváří klidnou a přívětivou atmosféru. Jeden pracovník uvedl, že se snaží s klienty vtipkovat nebo s nimi navázat hovor na společné téma. Další ze sociálních pracovníků klientům při přijímání říká: *„Nikam nechvátejte, všechno si rozmyslete, rodinu tu máte...Hned je ujistím, že si je rodina může kdykoli vzít domů. Máte jenom změnu bytu, s tím že tady máte tu péči a kdyby se cokoli stalo, máte to tu hned na dosah. Nic víc se nezměnilo. Ven můžete jít, kdy chcete, domů můžete také kdy chcete, na návštěvy sem můžete každý den. Navíc tu budete mít svoje vrstevníky, doma jste celý den sám, tady máme i zábavu, o to se vám postaráme přes den, zase je to dobrovolné, buď chcete nebo nechcete a uvidíte sám.“* Po vyřízení potřebné dokumentace jsou klienti odvedeni na pokoj. Zpravidla tam s nimi ještě zůstane rodina a postupně přichází sloužící personál, seznámí se a domluví se na praktických záležitostech ohledně péče. Jeden z pracovníků uvedl, že v den nástupu dohlédnou na klientovu důkladnou očistu a namažou ho dezinfekčním krémem kvůli zabránění šíření kožních nemocí.

Seznámení klienta s ostatními uživateli

Pouze jeden sociální pracovník uváděl, že v domově funguje hromadné představení nových klientů. V takovém případě jsou buď klienti svoláni do kulturní místnosti a nového klienta představí, ale může to probíhat i individuálně, když ho provází po domově. Další tři pracovníci se shodli na tom, že klienta hromadně nepředstavují, výjimkou by bylo například uvítání na aktivitě. Jinak klientovu seznamování nechávají volný průběh, považují to za čistě jeho volbu, s kým naváže kontakt. Seznámí ho jen s jeho spolubydlícím a ten si ho již často „vezme pod křídla“. Mírně odlišná byla odpověď v posledním domově. Představení klienta může probíhat při aktivizačních programech, ale celkově má seznamování klienta na starosti jeho klíčový pracovník.

Individuální plánování

Podle dvou sociálních pracovníků tvoří klíčoví pracovníci individuální plán podle svých časových možností a není k tomu vyhrazen speciální čas. Třetí sociální pracovník je současně

i koordinátorem klíčových pracovníků a schází se s nimi jednou měsíčně. Říká, že zvlášť vyhrazený čas na tuto činnost nemají, avšak je výmluva, pokud říkají, že to nestíhají. Zbylí dva pracovníci uváděli, že klíčoví pracovníci na to čas vyhrazen mají. V prvním z těchto domovů na to dohlíží vedoucí pracovníků v přímé péči, v druhém sociální pracovník říká, že je klientovi jakožto klíčový pracovník zvolen někdo z personálu stejného patra, kde se nachází klient. Dále zmiňuje, že si potřebné informace předávají na denním hlášení.

Součástí individuálního plánu je ve třech domovech také adaptační plán. V dalším případě během adaptačního období získávají od klienta souhlasy či nesouhlasy ohledně provozních záležitostí, například zda mohou jeho fotky zveřejňovat na sociálních sítích nebo zda souhlasí s vedením depozitního účtu. V posledním domově adaptační plán vůbec netvoří, spíše nechávají klienta v domově „rozkoukat“ a při individuálním plánování využívají spíše intuici a čekají na správné načasování.

Protektivní a rizikové faktory v procesu

Mezi protektivními faktory tři pracovníci zmiňovali vhodný přístup ke klientovi, tedy povzbuzování a uklidňování klienta. Vytvoření dobrého prvního dojmu, ujišťování, že se nemá bát přijít s jakýmkoli problémem. „*Cílem je, aby se tu cítili dobře, jako doma.*“ Další ze zmíněných faktorů je vnitřní přijetí situace, na rozdíl od pouhého souhlasu s nástupem na základě okolností. Dle jednoho z pracovníků by rodina měla s klientem o situaci mluvit a na přechod ho připravovat. Další pracovník doporučuje, aby klient nastoupil do domova spíše na začátku týdne. Během víkendu totiž domov funguje v omezeném režimu, přijde mu pro klienta snazší nastoupit na začátku týdne, aby měl možnost se seznámit s celým personálem a běžným chodem zařízení. O víkendu také nejsou provozovány aktivizační činnosti. Za kladné pro klienta je považována také možnost domov předem navštívit nebo alespoň slyšet vyprávění od rodiny či vidět fotodokumentaci. K tomu patří také možnost potkat sociálního pracovníka několikrát, která umožňuje klientovi se lépe cítit při příchodu, protože již někoho v domově zná. Protektivním faktorem je samozřejmě také přítomnost rodiny v celém procesu přijímání nového klienta. Jeden z pracovníků mluvil o své zkušenosti, z níž vyplývalo, že ne všechna zařízení jsou v dobrém kontaktu s rodinou v tomto procesu. Zmíněno bylo také předání smlouvy před nástupem, aby ji mohl klient s rodinou v klidu projít a připravit si případné dotazy. Naopak za rizikové faktory pracovníci považují negativní přístup a vnitřní odmítnutí situace. V otázce rizikových faktorů jeden z pracovníků uváděl, že ho nic nenapadá, jelikož obě strany s nástupem předem počítají. Zdůraznil také, že by klienta rozhodně nepřijali proti jeho přání.

Interní metodika k přijímání nových klientů

V rámci výzkumu bylo zjišťováno, zda mají domovy ve svých interních předpisech část věnující se přijímání nových klientů a konkrétně jejich nástupu. Všichni pracovníci uvádí že toto jejich interní předpisy obsahují. Pouze v jednom případě pracovník dále řekl, že část o nástupu v dokumentech není uvedena, jelikož není zmiňována ve standardech kvality, jimiž se interní předpisy řídí. Další z pracovníků říkal, že metodiku osobně nepovažuje za nejdůležitější při přijímání klienta a spíše se snaží o individuální přístup řízený intuicí. V tomto případě nebyla metodika nalezena. Možnost do interních dokumentů nahlédnout byla pouze ve dvou případech. Obě metodiky obsahovaly část věnující se i nástupu klienta do služby. V první se nachází část s názvem: Postup pro uzavírání Smlouvy a příjem uživatele. Metodika zavazuje sociálního pracovníka, aby jednal adekvátně k aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu uživatele. Měl by během příjmu zjistit klientova očekávání a představy od domova. Před uzavřením smlouvy se musí ujistit, že zájemce rozumí jejímu obsahu. Také je zmíněn postup při komunikaci s aktivním zájemcem, měl by dostat dostatek prostoru pro uplatnění své vůle, vyslovení přání a dotazů. Pasivního zájemce sociální pracovník přiměřeně informuje sám a snaží se ho zaktivizovat k rozhovoru a spolupráci. Zmíněna je také komunikace s neverbálně komunikujícími zájemci, v níž se postupuje za využití neverbálních technik, pozorováním a spoluprací s osobou blízkou. V druhém případě jsem našla část s názvem Den nástupu do... V metodice je v tomto případě více rozebrán samotný postup při nástupu klienta. Počínající tým, že služba na recepci je na klientův nástup předem upozorněna až po informaci, že po podepsání smlouvy sociální pracovník telefonicky kontaktuje vrchní sestru, aby se dostavila na sociální oddělení. Než dorazí sociální pracovník převezme od klienta občanský průkaz a předá ho vrchní sestře, spolu s tím jí klient předá donesené léky. Nicméně metodika zmiňuje také přístup k novému klientovi, uvádí, že recepční služba je poučena o vhodnosti vlídného přivítání klienta i jeho doprovodu. Dále je psáno, že sociální pracovník se snaží pro rozhovor s klientem a přeje-li si to klient i s jeho doprovodem, zajistit klidnou atmosféru. Klient má být srozumitelnou formou seznámen se smlouvou a s dalšími skutečnostmi, například je mu sděleno číslo pokoje. Zmíněna je také důležitost ujišťování se pomocí zpětné vazby, že klient rozumí.

Diskuze

V této části práce bych chtěla vyhodnotit získané odpovědi a zamyslet se nad získanými informacemi. Mou první výzkumnou otázkou bylo: Jaké jsou odlišnosti v přijímacích procesech domovů pro seniory v okrese Kladno? Hned v prvním rozhovoru zazněl od sociálního pracovníka názor, že tento proces probíhá všude stejně. I dále, když jsem se konkrétně ptala, zda se něčím domovy odlišují, 3 z 5 pracovníků řekli, že se ničím neliší a domovy fungují obdobně. Přesto si myslím, že se mi podařilo objevit několik odlišností v tomto procesu. Jeden z pracovníků vyjádřil názor, že se bude proces v domovech lišit na základě zřizovatele, což považuji za hypotézu, kterou by bylo zajímavé ověřit. Domnívám se, že proces, jak jsem ho popsala výše, představuje typický průběh přijímání nového klienta, avšak nemusí pokaždé probíhat v daném neměnném pořadí.

První významnou odlišností v procesu přijímání, na niž jsem narazila, je jednání se zájemcem probíhající ještě před tím, než je přijata žádost. Tuto společnou schůzku považuji za velmi praktickou. Dochází při ní k seznámení se se zájemcem, jeho potřebami, očekáváním a zájemci je během ní představen domov a poskytnuto základní sociální poradenství. Předpokládám, že základní poradenství se poskytuje ve všech zmíněných domovech, ale spíše na základě dotazů žadatele/ zájemce. Pouze v tomto případě sociální pracovník zdůrazňoval potřebu tohoto setkání se zájemcem, jehož cílem je společná dohoda, zda situace skutečně vyžaduje využití domova pro seniory či by prozatím stačila podpora terénními nebo ambulantními službami pro co nejdéší zachování života v domácím prostředí.

Zajímavá odlišnost se dále objevila u otázky, zda přijímat i prozatím výhledové žádosti. Při rozhovoru s jedním ze sociálních pracovníků bylo řečeno, že vedou v evidenci zvlášť žádosti akutní a výhledové. Rozdílný přístup má další domov, ve kterém pracovník zásadně vystupuje proti neaktuálním žádostem. Říká, že jsou pro ně nerelevantní, protože by stejně bylo potřeba v době potřeby zaktualizovat situaci žadatele a znovu získat zprávu praktického lékaře, ani by několik let podaná žádost žadatele neupřednostnila. Navíc neví, proč by ji měli mít podánu, pokud si do zařízení stejně nepřejí nastoupit. Já se v této otázce také přikláním spíše k přijímání pouze již aktuálních žádostí. Nicméně chápu, že by pocit podané žádosti do budoucna mohl člověka uklidňovat a poskytovat mu pocit zabezpečení pro nečekané zhoršení situace.

Se žádostí dále souvisí, kdo je zodpovědný za výběr žadatele, kterému je následně volné místo nabídnuto. V rozhovorech byla tato informace zmíněna pouze dvakrát. V prvním případě o výběru nejvhodnějšího žadatele rozhoduje sociální pracovník společně s vrchní sestrou.

V druhém domově existuje pro výběr žadatelů komise složená ze sociálního pracovníka, vrchní sestry a ředitele domova, která se schází každý měsíc. Překvapilo mě, že je v této komisi zařazen také ředitel domova. Myslím si, že toto téma by bylo vhodné pro další výzkum, jelikož se mi zdá, že jde o velmi těžké rozhodnutí, koho a na jakém základě upřednostnit při výběru z akutních žádostí. Téma však není předmětem této bakalářské práce.

Další z pozitivních detailů, které jsem objevila, bylo obdržení smlouvy o poskytování služby předem, aby si mohl žadatel společně s rodinou smlouvu v klidu projít. Během rozhovorů byl tento postup zmíněn dvakrát. Zároveň s tím sociální pracovník uváděl, že po jednání s žadatelem o službě, které následuje po sociálním šetření, dostává žadatel týden na rozmyšlení, zda o službu skutečně stojí. Toto gesto ze strany domova oceňuji, protože dovoluje klientovi se se situací lépe vnitřně smířit. Navíc by se měl klient ozvat domovu sám, což mu dovoluje mít kontrolu nad situací.

Víceméně ve všech rozhovorech byla zmíněna důležitost rodiny v procesu, a to především při nástupu. Jeden ze sociálních pracovníků tuto důležitost ještě zdůraznil. Chtějí, aby při nástupu byl přítomen některý z rodinných příslušníků či někdo, kdo klienta dobře zná. Při dalším zjišťování upřesnil, že to není pro příjem nezbytné. Nicméně tito lidé společně s klientem podepisují smlouvu o poskytování služby jakožto třetí strana. Překvapilo mě nakolik v tomto domově na rodinu dávají důraz.

Dalším detailem, který považuji za inspirativní, byl dotazník, pomocí něhož se sociální pracovník snaží o klientovi zjistit co nejvíce informací, aby se mu podařilo klienty dobře spárovat. Za tímto účelem se již při sociálním šetření ptá na klientovy návyky, například televizní. Zaujalo mě to, jelikož na sociálním šetření, jehož jsem se zúčastnila na odborných praxích, sociální pracovník od žadatele zjišťoval pouze informace ohledně soběstačnosti, potřebě využívání kompenzačních pomůcek atd. V dalším z rozhovorů bylo řečeno, že klientovi návyky se doladují až při individuálním plánování.

Za vysoce užitečné považuji také denní hlášení, které bylo zmíněno ve dvou domovech. V jednom z těchto domovů bylo zmíněno, že se ho účastní vrchní sestra, sestry, zástupci pečovatелů, aktivizační pracovníci, sociální pracovníci a předávají si potřebné informace o chodu domova i o klientech. Během absolvování mé odborné praxe jsem zjistila, že tento postup není ve všech zařízeních samozřejmostí.

V odpovědích se objevuje neshoda v názorech u otázky, zda mají pracovníci možnost klienta poznat před jeho nástupem. Dva pracovníci vypověděli, že ano, zatímco tři zastávají

opačný názor. Otázkou v tomto bodě nejspíše zůstává, co znamená někoho poznat a jak dlouhá doba je k tomu potřeba.

Velmi mě překvapila výpověď pracovníka, který uváděl, že u nově příchozích klientů během prvního dne trvají na tom, aby se klient umyl nebo je umyt pečovateli. Následně je namazán dezinfekčním krémem z důvodu prevence proti přenášení kožních chorob. Takovýto postup na mě nepůsobil příliš dobře vůči klientovi především při samotném příchodu do zařízení, avšak chápu, že v domově má své opodstatnění. Ptala jsem se dalších dvou respondentů, abych zjistila, zda se jedná o běžnou praxi a nejspíše ano. V jednom případě pracovník říkal, že by takto postupovali pouze u klientů, u kterých by panovalo nějaké podezření nebo by například zapáchali, nicméně plošně takto nepostupují. Z druhého rozhovoru jsem se dozvěděla, že by to mělo být běžné. Klienti obdrží i vyprané věci od domova. Dělají to, i pokud se klient vrací z nemocnice. Pracovník se na to snaží klienty připravit předem a vysvětluje jim nezbytnost takového kroku. Uvádí, že se s takovým postupem setkal i v mateřské škole.

Zajímavé byly také odpovědi na otázku, zda mají klíčoví pracovníci vyhrazen čas na individuální plánování, ani zde se odpovědi neshodovaly. Překvapilo mě, když mi pracovník domova, ve kterém jsem měla možnost na toto téma mluvit s pracovníky v přímé péči, řekl, že čas vyhrazen mají, ačkoli pečovatelé popisovali, že individuální plánování příliš nestíhají a že většinou během toho provádí další činnosti, například uklízejí oblečení. Překvapující byl také přístup sociálního pracovníka dalšího domova, jenž zastával názor, že ačkoli se jedná o těžkou práci, mají pečovatelé hodně volného času, který by místo povídání si či kouření mohli věnovat individuálnímu plánování. Předpokládám, že jeho přístup je podmíněn také tím, že zastává roli koordinátora klíčových pracovníků a má na starosti dohled nad nimi.

Dále bych ráda shrnula všechna doporučení a faktory, které zjednodušují klientův nástup a následnou adaptaci, jenž se v rozhovorech objevily. Nejčastěji zmíněná byla podpora rodiny, dalšími faktory jsou: vnitřní smíření se situací a učinění vlastního rozhodnutí nikoli s ohledem na rodinu atd., možnost domov navštívit nebo mít k dispozici alespoň fotodokumentaci, poznat předem sociálního pracovníka, dostat možnost si projít předem smlouvu a na základě toho si připravit dotazy, provádět příjem dopoledne, ideálně za pěkného počasí a během pracovního týdne, kdy je více rušno. Při jednání s klientem navodit přívětivou, uklidňující, pozitivní atmosféru a přistupovat k němu lidsky s citem nikoli jako úředník. Na klienta nespěchat a vyvrátit jeho obavy, kupříkladu zda smí přespat u rodiny.

Druhá výzkumná otázka zní: Jsou tyto procesy upraveny v interních pravidlech domovů pro seniory? Všechny domovy se řídí svými interními pravidly, která vychází ze standardů kvality, jež musí mít povinně zpracovány. Proto ve všech domovech mají upraveno minimálně uzavírání smlouvy o poskytování služeb a jednání se zájemcem o službu. Sociálních pracovníků jsem se ptala, zda se jejich vnitřní předpisy zmiňují také o samotném nástupu klienta do domova. Pouze v jednom domově se pracovník domníval, že jelikož tento konkrétní bod není standardy kvality zmiňován, v jejich předpisech ho také nemají. V ostatních rozhovorech mi bylo odpovězeno, že ano. Jen ve dvou případech jsem měla možnost se do interních předpisů podívat. V obou z nich jsem instrukce k přijímání a nástupu nového klienta našla. Hlavním rozdílem bylo, že v prvním domově se interní dokumenty více zaměřovaly i na konkrétní postup krok po kroku. Z odpovědí se lišila také reakce sociálního pracovníka, jenž metodiky nepovažuje za hlavní základ své práce, ale snaží se spíše o individuální lidský přístup ke každému klientovi.

Myslím si, že téma by si zasloužilo další rozpracování a zaměření se na detaily, které se během výzkumu objevily. Navíc, jak jsem již naznačila v nevýhodách polostrukturovaného rozhovoru, v některých rozhovorech bylo zmíněno více detailů než v jiných, což mne dostává do situace, kdy nemohu jasně říci, zda takový postup neexistoval i v jiném domově. Jisté je jen, že sociální pracovník tuto skutečnost neuvedl.

Závěr

Práce nastiňuje, jak probíhá přechod z domácího prostředí, ať dobrovolný či nedobrovolný, do prostředí domova pro seniory. Popisuje proces adaptace na tuto změnu a uvádí, jak je možné tento proces seniorům zjednodušit. Následný výzkum se snaží shrnout zkušenosti a postupy jednotlivých domovů pro seniory v okrese Kladno na téma nástupu nového klienta do služby.

Výzkumu se zúčastnilo pět ze šesti oslovených respondentů. Jeho cílem bylo zodpovězení dvou výzkumných otázek. První: jakým způsobem se proces přijímání nových klientů liší v domovech pro seniory v okrese Kladno. Tato problematika byla zkoumána metodou polostrukturovaného rozhovoru a z výsledků je patrné, že se praxe domovů skutečně v některých ohledech odlišují. Podstatným rozdílem, který považuji za příklad dobré praxe, je domluvení schůzky se zájemcem o službu ještě před přijetím žádosti a následné poskytnutí základního poradenství. Tento postup uvedl pouze jeden z pěti sociálních pracovníků, s nimiž jsem měla možnost výzkum provádět. Za přínos rozhovorů považuji také shrnutí získaných zkušeností, jak klientovi nástup zjednodušit. Výzkum neodhalil žádný příklad praxe špatné, ačkoli bylo při jednom z rozhovorů zmíněno koupání a mazání klientů dezinfekčním krémem v den nástupu z důvodů zabránění šíření kožních chorob. Působí to na mne jako nepříjemný prožitek zvláště pro nově příchozího člověka, který se mi spojuje s pojmem „ústav“. Na druhou stranu chápu, že má tento postup svoje opodstatnění a při dalším zjišťování se ukázalo, že se nejedná o ojedinělou praxi pouze tohoto domova pro seniory.

Druhá výzkumná otázka se zabývá interními dokumenty určených domovů pro seniory. Kombinací polostrukturovaného rozhovoru a analýzy dokumentů jsem se snažila zjistit, zda se interní dokumenty věnují také samotnému dni nástupu nového klienta. Z odpovědí vyplývá, že čtyři z pěti domovů tuto pasáž v interních dokumentech mají. Bohužel mi bylo umožněno se do interních dokumentů podívat pouze ve dvou domovech. V obou dokumentech jsem část věnovanou nástupu nového klienta našla. Části byly srovnány. Obě zmiňovaly správný přístup sociálního pracovníka a v jednom případě i ostatních pracovníků domova ke klientovi. Rozdílné u nich je, že jedna uvádí také přesné kroky, jak by pracovník při přijímání klienta měl postupovat. Ve druhé se nachází navíc způsob komunikace sociálního pracovníka s aktivním či pasivně komunikujícím klientem. Pro další výsledky by bylo potřeba získat přístup ke všem interním dokumentům.

Práce určitě nabízí prostor pro další rozpracování. Zajímavé by mohlo být porovnání procesu v domovech na základě jejich zřizovatele, jak o tom mluvil jeden ze sociálních pracovníků. Tématiku je určitě potřeba dále rozvíjet, jelikož by tím mohlo docházet k usnadňování přijímání klientů a učinění jejich přechodu do nového prostředí snazším a příjemnějším procesem.

Zdroje

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4138-3.

ERIKSON, Erik H. 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0786-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0873-0.

HAUKE, Marcela. 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5216-7.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4678-4.

KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, Care. ISBN 80-726-2455-5.

KLEVETOVÁ, Dana. 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.

KRATOCHVÍLOVÁ KŘEMENOVÁ, Renata. 2018 a, *Adaptační proces klienta seniora v zařízení sociálních služeb – 2. díl*. Sociální služby. roč. 20, č. 5, s. 14-15. ISSN 1803-7348.

KRATOCHVÍLOVÁ KŘEMENOVÁ, Renata. 2018 b, *Adaptační proces klienta seniora v zařízení sociálních služeb – 3. díl*. Sociální služby. roč. 20, č. 6-7, s. 20-21. ISSN 1803-7348.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, Pro vaše zdraví. ISBN 80-716-9121-6.

LONEKOVÁ, Katarína. 2013. *Závažné životní události*. In GILLERNOVÁ Ilona a ŠÍPEK Jiří a kol. *Vybrané kapitoly z psychologie pro každého*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, s. 126-131. ISBN 978-80-7308-439-4

MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1154-9.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich. 1999. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-858-5076-1.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan. 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0083-3.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta a kol. 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-4383-0

PACOVSKÝ, Vladimír. 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, Medicína a praxe. ISBN 80-855-2632-8.

PAULÍK, Karel. 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, Sociální práce. ISBN 80-717-8184-3.

PŘIBYL, Hugo. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

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

VOJTOVÁ, Hana. 2018. *Jak (ne)přesadit starý strom: koncept Smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí*. Frýdek-Místek: JOKL, ISBN 978-80-905419-9-3.

Elektronické zdroje

ADAM, Karel, 4.12. 2019. *Zařízení sociálních služeb v roce 2018*, Český statistický úřad, [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xb/zarizeni-socialnich-sluzeb-v-roce-2018>

ACHTERBERG, Wilco, POT, Anne Margriet, KERKSTRA, Adda. A RIBBE, Miel, 2006. *Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents*. International Journal Geriatric Psychiatry [online]. roč. 21, č. 12, s. 1156-1162. [cit. 2020-04-09]. DOI: 10.1002/gps.1623, Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/epdf/10.1002/gps.1623>

CARROLL, Jocelyn, a Sara HONN QUALLS. 2014. *Moving into Senior Housing: Adapting the Old, Embracing the New*. Generations: Journal of the American Society on Aging [online]. roč. 38, č. 1, s. 42-47. [cit. 2020-04-01]. DOI:10.2307/26556026. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/26556026>

CLARIDGE, Karen, ROWELL, Kevin, DUFFY, JoAnn a DUFFY, Michael, 1995. *Gender differences in adjustment to nursing home care*. Journal of Gerontological Social Work [online]. roč.24, č.1-2, s. 155-168, [cit. 2020-04-14]. DOI: 10.1300/J083V24N01_11 Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J083V24N01_11

Comfort Life Media, ©2019. *Moving Into a Retirement Home*, [online]. Comfort Life Media, [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.comfortlife.ca/retirement-community-resources/moving-into-a-retirement-home>

Česká republika, 2019. *Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách*, [online]. [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

Český statistický úřad, 19. 12. 2019. *Statistická ročenka Středočeského kraje – 2019*, [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/1-zakladni-charakteristika-okresy-nzjwdq76rp>

Domov Kladno – Švermov, poskytovatel sociálních služeb, © 2020. *Domov Kladno – Švermov, poskytovatel sociálních služeb: Ubytování*, [online]. [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <https://www.domovkladno-svermov.cz/index.php?nid=3899&lid=cs&oid=506948>

Domov Pod Lipami Smečno, poskytovatel sociálních služeb, 30.04.2020. *Domov Pod Lipami Smečno, poskytovatel sociálních služeb: Domov pro seniory*, [online]. [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <https://www.dpodlipami.cz/poskytovane-sluzby/domov-pro-seniory/>

Domov Unhošť, poskytovatel sociálních služeb, 2019. *Výroční zpráva 2018*, [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://www.ddunhost.cz/file.php?nid=3735&oid=7109971>

Domov Velvary, poskytovatel sociálních služeb, 2020. *Současnost*, [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <http://www.ddvelvary.er.cz/>

Erie St. Clair Community Care Acces Centre, 2014. *Making the Move to a Retirement Home*, [online]. [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: <http://healthcareathome.ca/eriestclair/en/care/Documents/Retirement%20Home%20Information%20Booklet%20-%2026-01-15.pdf>

FALK, Hanna, WIJK, Helle, PERSSON, Lars-Olof, FALK, Kristin, 2013. *A sense of home in residential care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences [online]. roč. 27, č. 4, s. 999-1009, [cit. 2020-04-09]. DOI: 10.1111/scs.12011, Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=c10bb976-5b98-4717-a07b-cbb08e0d7ee7%40pdc-v-sessmgr06>

FRANZKIOVÁ, Pavla, 27.1.2018. *Zázemí pro seniory*, Mladá fronta DNES [online]. roč. 29, [cit. 2020-05-05]. ISSN: 1210-1168, Dostupné z: <https://www.zizice.cz/file.php?nid=961&oid=6095299>

Goldstein Esther, ©2020. *How to Make the Transition to Retirement Living Easier*, [online]. Senioropolis Inc. [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.senioropolis.com/article-general.asp?ID=3>

HAUTZINGER, Martin, DYKIEREK, Petra, FELLGIEBEL, Andreas a Hüll, Michael. 2017. *Psychotherapeutische Ansätze bei der Behandlung älterer Menschen*. Der Nervenarzt: Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde Organ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie [online]. roč. 88, č. 11, s. 1213-1220, [cit. 2020-04-23]. DOI: 10.1007/s00115-017-0404-1. ISSN 00282804. Dostupné z: <https://link-springer-com.ezproxy.is.cuni.cz/article/10.1007/s00115-017-0404-1>

HOLMEROVÁ, Iva, VAŇKOVÁ, Hana, DRAGOMIRECKÁ, Eva, JANEČKOVÁ, Hana a VELETA, Petr, 2006. *Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém*. Psychiatrie pro praxi [online]. č. 4, s. 182-184, [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200604-0001_Depresivni_syndrom_u_senioru_vyznamny_a_dosud_nedoceneny_problem.php

LEE, Ga Eon, YOON, Ju Young, BOWERS, Barbara, 2015. *Nursing home adjustment scale: a psychometric study of an English version*. Quality of Life Research [online]. roč. 24, č. 4, s. 993-998, [cit. 2020-04-12]. DOI: 10.1007/s11136-014-0836-z, Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=25b2394a-01b0-4745-9a4d-15f51f882a52%40pdc-v-sessmgr06>

LEE, Ga Eon, 2007. *Scale Development of Free Nursing Home-Adjustment for the Elderly*. Journal of Korean Academy of Nursing [online]. roč. 37, č. 5, s. 736-743, [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/1006JKAN/jkan-37-736.pdf>

MPSV, 2020. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1588703374020_1

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2017. *Sociální gerontologie a geriatric*, [online]. [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: <https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-gerontologie7.pdf>

SYBLÍKOVÁ, Andrea, 2019. *Výroční zpráva o činnosti DSK*, [online]. Kladno, Domov pro seniory Kladno. [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <http://www.domov-kladno.cz/file.php?nid=3164&oid=6761085>

WHO, 2018. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: V. kapitola Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)* [online]. [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>

Příloha

V příloze bych ráda uvedla zpracované jednotlivé rozhovory.

Popíšete mi prosím, jak probíhá přijetí klienta do Vašeho domova?

1. Domov:

Celý proces začíná podáním žádosti, domov je otevřený i návštěvě žadatele, ačkoli nezaručují, jak by vypadal konkrétní pokoj. Tyto návštěvy většinou probíhají za doprovodu rodiny, mají možnost se na cokoli zeptat a sociální pracovník se snaží situaci odlehčovat a pomáhá na celou situaci nahlížet co nejpozitivněji. Při uvolnění místa vybírá vhodného žadatele ze žádostí sociální pracovník společně se sestrou, následně společně provádí sociální šetření. Žadatele mohou vybírat pro konkrétní pokoj, tak aby odpovídal jeho soběstačnosti a potřebě péče, či se mohou vydávat na sociální šetření za žadatelem bez návaznosti na konkrétní pokoj. Během šetření vyplňuje žadatel dotazník o sobě, sociální pracovník se snaží zjistit mimo jiné i to jaké má žadatel televizní návyky, aby ho mohli lépe přiřadit k vhodnému spolubydlíci. Po proběhlém sociálním šetření je místo nabídnuto nejvhodnějšímu žadateli. Například některé pokoje nejsou vhodné pro imobilní klienty. Průběh samotného nástupu záleží na klientových možnostech, imobilní klient podepisuje veškerou administrativu již na pokoji, zatímco mobilní klient v kanceláři sociálního pracovníka. Pokud klienta doprovází rodina jsou jí taktéž podány informace o chodu domova atd. I v tomto případě se snaží sociální pracovník situaci klientovi co nejvíce usnadnit, s klientem vtipkovat nebo mluvit o společných zájmech. Pracovník rád zmiňuje také možnost využití nedaleké „hospůdky“.

2. Domov:

Proces opět začíná podáním žádosti společně s doloženou lékařskou zprávou, žádost je přijata a konzultována s lékařem v zařízení. Poté je provedeno sociální šetření, na jehož základě je žádost obodována a přidána do pořadníku. Žadatel má možnost se do domova podívat, pokud jde již o akutní žádost nebo v případě uvolnění konkrétního pokoje – v takovém případě se již může setkat i se svým budoucím spolubydlíci. Ve chvíli, kdy se uvolní místo, je žadatel kontaktován a znovu probíhá sociální šetření, během něho se domluví podmínky přijetí a žadatel je vyzván k nástupu. Příjmovou dokumentaci obdrží předem, aby se s ní mohl včas seznámit a během nástupu věděl, co přesně podepisuje. Je to i z důvodu ulehčení psychicky vyčerpávající situace během nástupu.

3. Domov:

Žádost je přijata a založena do pořadníku. Žadatel má možnost se do domova předem podívat, ačkoli neumožňují nahlédnutí do pokojů klientů, tudíž nevidí konkrétní pokoj, na ten se může podívat ještě před nástupem. Pokud se žadatel nemůže dostavit je možné, aby mu blízcí pořídili fotodokumentaci prostředí domova. Před nástupem žadatele je možné jeho budoucí pokoj vybavit drobnějším nábytkem. (Například křesla byla zakázána, jelikož došlo v jednom případě k rozšíření štěnic v domově.) V okamžiku uvolnění místa je podle vhodnosti ke konkrétnímu pokoji vybrán žadatel. Provádí se sociální šetření, při kterém se zjistí, zda potřeby žadatele odpovídají možnostem domova, domluví se potřebné informace, znovu se od žadatele získá lékařská dokumentace, poprvé byla přiložena k podané přihlášce, a sjedná se den nástupu. S imobilním klientem jsou všechny dokumenty vyřízeny na pokoji, jinak příjem začíná na sociálním oddělení. Obvyklé je provádění příjmu za přítomnosti rodiny. Po příchodu klienta do zařízení je provedena jeho důkladná očista za účelem zamezení šíření kožních nemocí (umytí a namazání dezinfekčním krémem).

4. Domov:

Podaná žádost je zařazena do evidence s informací, zda jde o žádost pouze výhledovou nebo již akutní. Po uvolnění místa jsou žadatelé vybíráni na základě akutnosti – přednost mají lidé bez zabezpečení sociálními službami žijící v domácím prostředí, až poslední se volí žadatelé, kteří jsou aktuálně ve zdravotnickém zařízení. Následně probíhá sociální šetření vedené sociálním pracovníkem za přítomnosti vrchní sestry. Může probíhat i v domově společně s ukázkou pokoje žadateli nebo v domácím prostředí žadatele, tato volba záleží na zdravotním stavu žadatele. V průběhu šetření žadatel vysloví souhlas s poskytováním služby a přání nastoupit. Také se domluví jednání o službě, které trvá zhruba 1-1,5 hod., během toho se žadatel seznámí s fungováním služby, vyjasní se jeho očekávání od služby a reálné možnosti služby, navíc jsou mu předány informační materiály o službě, dostává na vyplnění dotazník o sobě a na závěr se domlouvá konkrétní den nástupu. Kromě informačních materiálů dostává žadatel při jednání také smlouvu, aby si ji mohl v klidu prostudovat. Jednání opět probíhá buď v domově či v domácím prostředí. Po jednání je žadateli věnován týden na rozmyšlenou, zda o službu skutečně stojí, během něhož by se měl sám domovu ozvat. Při nástupu sociální pracovník podepíše s klientem potřebné dokumenty, následuje přesun na pokoj a seznamování se s personálem, který je ten den přítomen. Během toho s novým

klientem také mluví o potřebě využívání pečovatelské a lékařské péče, přičemž vychází z jeho lékařské zprávy.

5. Domov:

Proces začíná ve chvíli, kdy zájemce či jeho blízcí osloví domov, k informacím o domově se zájemce dostane nejčastěji z webových stránek, na doporučení svého praktického lékaře či na doporučení známých atd.. Na tento krok navazuje domluvení si schůzky se zájemcem, v ideálním případě v domově, pokud to není možné, sociální pracovník se vydává za ním. Hlavním cílem schůzky je seznámení se, získání očekávání od služby a potřeby zájemce a vyjasnění fungování služby. Zájemci je poskytnuto základní sociální poradenství a společně se sociálním pracovníkem zkoumají, zda je již potřebné využívat služby domova pro seniory. Pracovník pomáhá klientovi se zorientovat v systému sociální ochrany a případně mu doporučí využívání pro něho vhodnější služby, která se v okolí nachází. Prioritou pro pracovníka je udržení zájemce co nejdéle v domácím prostředí s pomocí terénních služeb. Zároveň se snaží zájemce příliš informačně nezahltit, provedou zájemce a jeho blízké po objektu, aby si o domově mohli utvořit představu. Během této ukázky je možné promluvit si s míjenými klienty. Cílem pracovníka je vyvracet stereotypy o „ústavu“. Pokud se během této schůzky se zájemcem pracovník domluví, že by prozatím stačilo využití některé z terénních či ambulantních služeb, ani žádost neseptí, ale vezmou si pouze základní kontakt – jméno, kontaktní osoba a doporučují jim, aby se ozvali, pokud se cokoli změní. V takovém případě by následovalo sociální šetření pro zaktualizování informací a byla by již sepsána oficiální žádost. V případě, kdy zájemce během schůzky projeví zájem o využívání služby, je s ním žádost sepsána okamžitě, pouze je potřeba ji doplnit o zprávu praktického lékaře. Žádosti se zakládají do pořádku na základě bodového ohodnocení, které vychází z kritérií zřizovatele, nicméně domov nepřijímá žádosti výhledové a žadatelům neříkají obvyklou čekací lhůtu, jelikož je tato informace vysoce nevyzpytatelná.

Po uvolnění místa jsou vybráni 3 žadatelé podle pořadí, aktuálnosti a podle oddělení, na kterém se místo uvolnilo – odpovídají rozdílné potřebě péče. V domově funguje komise složená ze sociálního pracovníka, ředitele a vrchní sestry, která se schází minimálně jednou měsíčně a vybírá ze žádostí vhodné žadatele. Vybraní žadatelé jsou kontaktováni, sociální pracovník s vrchní sestrou provádí sociální šetření – zjistí se jejich situace, může dojít k úpravě žádosti. Žadatel je informován, že je jedním z několika kandidátů na určité místo. Z těchto 3 žadatelů je vybrán nejvhodnější

kandidát, snaží se zohlednit také o jaký typ člověka se jedná, aby byla vyšší šance, že si bude rozumět se svým spolubydlícím. Následně osloví rodinu zvoleného žadatele a domluví se na vhodném termínu k nástupu. Přejí si, aby byl při u přijetí přítomen rodinný příslušník. Ten je novému klientovi v den nástupu oporou, měl by se účastnit sepisování smlouvy, se kterou by měl být také srozuměn. Smlouva je klientovi přečtena a ptají se, zda se vším souhlasí nebo by si něco přál nastavit jinak – například jiná forma zasílání plateb. Přejí si, aby rodinní příslušníci smlouvu také podepsali jakožto potvrzení, že se jednání účastnila i třetí strana. *„Máme zkušenosti, že když je u toho někdo z rodiny, tak nejsou pak problémy nikde.“* Během nástupu jsou opět připomenuty základní informace o domově, ale celkově se snaží během této náročné chvíle klienty příliš „netrápit“. Klient je odveden na pokoj, kde je seznámen se svým spolubydlícím, většinou u něho chvíli zůstává rodina a během toho dne se u něj vystřídá sloužící personál.

Je něco, co se Vám u přijetí osvědčilo, co pomáhá klientům jejich nástup zjednodušit?

1. Domov:

Sociální pracovník uvádí, že se během příjmu snaží situaci odlehčovat, připomíná pozitivní, probírá společné zájmy nebo společně s klienty vtipkuje například na téma podepisování velkého množství dokumentů. Celkově si přeje využívat „usměvavého lidského přístupu“.

2. Domov:

V tomto případě sociální pracovník zdůrazňoval vnitřní přesvědčení žadatele o nástupu do služby. Doporučuje rodině, aby s tímto dopředu pracovala, jelikož je vnitřní smíření klíčové pro dobré zvládnutí situace. Upozorňuje, že v případě vnitřního nepřijetí situace, může mít tento fakt vliv i na klientovu zdravotní stránku a uvádí i možnost úmrtí ze stesku. *„Je potřeba s tím pracovat, připravovat toho člověka na to, že není jiná možnost a měla by o tom prostě mluvit, neměl by být překvapen nebo to dělat z toho důvodu, že třeba rodina potřebuje byt.“*

3. Domov:

Sociální pracovník pojímal téma obdobně jako v domovu prvním, tedy dbá na řádné uvítání klienta, snaží se ho povzbuzovat a uklidňovat, jednat s ním vldně. Ujišťuje klienta, že se nemá bát, cokoli, co bude mít na srdci, říct. *„Cílem je, aby se tu cítili dobře, jako doma.“* Na závěr dodává, že by sociální pracovník neměl zastávat jenom roli úředníka.

4. Domov:

Pracovník nedoporučuje klientům nástup na konci týdne. Lepší variantou mu připadá začátek týdne, jelikož má klient možnost poznat celý personál, jenž funguje během víkendu v omezenějším režimu. Také má klient možnost se během týdne zapojovat do aktivit. O víkendu tyto aktivity nejsou provozovány, nefunguje ani sociální a účetní oddělení. Proto klient nastupující na začátku týdne lépe pozná chod celého domovu. Zároveň je v domově živěji, což vše podporuje klientovu adaptaci.

5. Domov:

Pracovník popisuje jednání s klientem v den nástupu. Klienta se jako v již dříve zmíněných výpovědích snaží uklidňovat a příliš ho při příjmu netrápit. „*Nikam nechvátejte, všechno si rozmyslete, rodinu tu máte...Hned je ujistím, že si je rodina může kdykoli vzít domů. Máte jenom změnu bytu, s tím že tady máte tu péči a kdyby se cokoli stalo, máte to tu hned na dosah. Nic víc se nezměnilo. Ven můžete jít, kdy chcete, domu můžete také kdy chcete, na návštěvy sem můžou každý den. Navíc tu budete mít svoje vrstevníky, doma jste celý den sama, tady máme i zábavu, o to se vám postaráme přes den, zase je to dobrovolné, buď chcete nebo nechcete a uvidíte sám.*“ Zmiňuje skutečnost, že klienti již přichází o nástupu přesvědčení. Pomáhá jim také to, že již domov před tím navštívili, či jim kontakt zprostředkovali alespoň blízcí. Následně klientovi dopřávají chvíli samoty na pokoji s rodinou, než přichází další personál a již domlouvá praktické záležitosti.

Existuje podle Vás ideální doba pro příchod? (S ohledem na klientův zdravotní stav, denní dobu nebo roční období atd.)

1. Domov:

Pracovník uvádí, že období před Vánoci je pro nové klienty náročnější. Naopak za snadnější nástup považuje dobu, kdy se prodlužuje den a je už teplo, protože klienti mohou více využívat zahrady i zajít posedět do „hospůdky.“

2. Domov:

Sociální pracovník říká, že ideální dobu nelze stanovit, jelikož není možné nechat místa neobsazená, avšak období mezi Dušičkami až do nového roku je podle něho v každém domově nejobtížnější. Klienti jsou často konfrontováni se ztrátou svých blízkých a v tuto dobu se nejvíce vzpomíná. Nástupy probíhají ve všední dny v dopoledních hodinách, aby se stihly vyřídit všechny formality.

3. Domov:

Pracovník se domnívá, že při nástupu na ročním období nezáleží a o nástupu do domova mluví také jako o vítané změně prostředí. Například při ztrátě manžela či dítěte podle něj klienti raději změní prostředí, aby jim jejich bydliště zesnulé příliš nepřipomínalo. Příjmy v domově probíhají od 9 hod., tak aby klienti již v domově obědvali.

4. Domov:

Nástupy jsou plánovány na 9:30 hod. s ohledem na to, aby noví klienti „byli ještě v kondici.“ Je to velmi náročný den nejen po psychické ale i administrativní stránce a v odpoledních hodinách se informace hůře zpracovávají. Zároveň je pracovník přesvědčen, že i roční období má na průběh adaptace vliv – snáze probíhá za teplého počasí, kdy je možné využívat zahrady domova a setkávat se tam s dalšími klienty. Domov je podle pracovníka během jara, léta a podzimu živější. Počasí hraje důležitou úlohu v pozitivním naladění klientů.

5. Domov:

Sociální pracovník říká, že žádnou ideální dobu nezohledňují. Domov se v této věci přizpůsobuje klientovi a rodině, kteří určí dobu nástupu. Jedinou podmínkou je, aby nástup probíhal v pracovní době sociálního pracovníka, tedy ve všední dny kdykoli od 7 do 15 hod. Avšak osvědčilo se přijímání v dopoledních hodinách. Klient může v domově již obědvat a sociální pracovník se domnívá, že to uklidňuje a situace se lépe přijímá. *„S obědem vejde klid do těla.“*

Je naopak něco, s čím nemáte dobrou zkušenost, co byste nedoporučil/a?

1. Domov:

Podle sociálního pracovníka by se klient neměl zaměřovat na negativa, ale naopak se snažit držet nějaké pozitivní myšlenky.

2. Domov:

„Určitě je fajn, když je doprovází rodinný příslušník.“ Také dopředu žadateli poskytnou příjmovou dokumentaci, aby ji mohli společně s rodinou projít a mohli si připravit případné dotazy. Za negativní považuje pracovník: *„Pokud člověk přijde nepřipraven, nám řekne, že chce nastoupit, ale vnitřně to tak není, a to samozřejmě nepoznáte.“*

3. Domov:

Sociální pracovník situaci vnímá tak, že obě strany s příjmem předem počítají a jsou domluvené, proto nevidí žádné možné potíže. Zdůrazňuje dobrovolnost klientova rozhodnutí, rozhodně nepřijímají klienta proti jeho přání, a to i přes nevoli rodiny.

4. Domov:

Pracovník považuje za prospěšnější, pokud klient přichází i s rodinou, jelikož je potřeba při nástupu podepsat mnoho dokumentů a klient sám by v tom mohl tápat. Rodina pomáhá situaci odlehčit, dodává podporu, může něco klientovi zopakovat, či si informace vyslechné za již ne plně soběstačného klienta. Proto upřednostňují přítomnost rodiny při jakémkoli jednání s žadatelem, i na sociálním šetření.

5. Domov:

Pracovník odpovídá, že ho nic nenapadá, následně přidává informace o tom, že rodina bývá často méně informována než samotný žadatel nebo má odlišnou představu, ačkoli se to příliš často nestává. V potřebných případech je schopný dát rodině najevo, že jsou ochotní se bavit o potřebné péči, ale nenechají se rodinou komandovat.

Myslíte si, že děláte něco jinak než ostatní domovy? (Dodržujete při přijetí nějaké tradice?)

1. Domov:

Sociální pracovník si nemyslí, že by postupovali nějak odlišně.

2. Domov:

Pracovník si myslí, že to dělají všechny domovy stejně.

3. Domov:

I v tomto případě si pracovník myslí, že to probíhá všude stejně.

4. Domov:

Pracovník při této otázce vypráví svou zkušenost, kdy při příchodu na sociální šetření ve zdravotnickém zařízení byl informován sociální pracovnící zařízení, že žadatel nastupuje do jiného domova pro seniory. Při kontaktování rodiny se dozvídá, že o ničem takovém netuší. Žadatel ví pouze, že u něho někdo byl. Toto proběhlo, i když žadatel i jeho rodina počítala s domovem mnou zmiňovaného pracovníka a přáli si, aby byl žadatel přijat tam. Sociální pracovník z toho tedy usuzuje, že ne všechny domovy s rodinou pracují, pokud ani kontaktní osoba (syn žadatele) o ničem nebyla informována. Proto za odlišnost domova pracovník považuje snahu spolupracovat s rodinou, pokud je funkční.

5. Domov:

Sociální pracovník neví, jestli mají něco jinak, podle něho se to může lišit pouze v detailech. Ví však, že je jejich domov často doporučován, nicméně neví na základě čeho, tomu tak je. Jako přednost domova vnímá okolní zeleň a klidné prostředí.

Máte nějakou metodiku, jak při nástupu klienta postupovat? Zmiňují se o tom Vaše vnitřní předpisy?

1. Domov:

Sociální pracovník říká, že metodiku mají, avšak že ji osobně nepovažuje za nejpodstatnější. Místo následování metodických postupů v praxi prosazuje individuální přístup řízený „srdíčkem“. Dále vyzdvihuje, jak moc je důležitý dobrý první kontakt – snaží se být vstřícný, přívětivý a usměvavý. Také říká, že si nemůže vytvářet o klientovi špatné mínění, pokud je například zamračený, protože neví, co má v životě za sebou. Při prosbě o ukázání nebyla metodika nalezena.

2. Domov:

„Ano máme metodiku, při přijímání nových klientů, ano máme.“ (Rozhovor byl prováděn telefonicky, proto nebyla možnost do ní nahlédnout.)

3. Domov:

Řeší se podle standardů kvality, které jsou interně zpracovány. V tomto případě mi bylo umožněno do metodiky nahlédnout. Nachází se v ní část s názvem: Postup pro uzavírání Smlouvy a příjem uživatele. Metodika zavazuje sociálního pracovníka, aby jednal adekvátně k aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu uživatele. Měl by během příjmu zjistit klientova očekávání a představy od domova. Před uzavřením smlouvy se musí ujistit, že zájemce rozumí jejímu obsahu. Také je zmíněn postup při komunikaci s aktivním zájemcem, který má dostat dostatek prostoru pro uplatnění své vůle, vyslovení přání a dotazů. Pasivního zájemce sociální pracovník přiměřeně informuje sám a snaží se ho zaktivizovat k rozhovoru a spolupráci. Zmíněna je také komunikace s neverbálně komunikujícími zájemci, v níž se postupuje za využití neverbálních technik, pozorováním a spoluprací s osobou blízkou.

4. Domov:

Pracovník uvádí, že mají metodiku ve vnitřních směrnících domova, ta se skládá ze zpracovaných standardů kvality. Také zmiňuje nově vydanou metodiku od MPSV. I zde jsem si mohla prohlédnout vnitřní směrnice osobně, našla jsem část Den nástupu do... V metodice je v tomto případě více rozebrán samotný postup při nástupu klienta. Počínající tým, že služba na recepci je na klientův nástup předem upozorněna až po informaci, že po podepsání smlouvy sociální pracovník telefonicky kontaktuje vrchní sestru, aby se dostavila na sociální oddělení. Než dorazí sociální pracovník převezme od klienta občanský průkaz a předá ho vrchní sestře, spolu s tím jí klient předá donesené

léky. Nicméně metodika zmiňuje také přístup k novému klientovi, uvádí, že recepční služba je poučena o vhodnosti vlídného přivítání klienta i jeho doprovodu. Dále je psáno, že sociální pracovník se snaží pro rozhovor s klientem a přeje-li si to i s jeho doprovodem, zajistit klidnou atmosféru. Klient má být srozumitelnou formou seznámen se smlouvou a s dalšími skutečnostmi, například je mu sděleno číslo pokoje. Zmíněna je také důležitost ujišťování se pomocí zpětné vazby, že klient rozumí.

5. Domov:

Pracovník opět uvádí, že metodika vychází ze standardů kvality, ve kterých je stanoven postup při přijetí klienta. S tímto by měli být seznámeni všichni pracovníci zařízení, ačkoli přiznává, že o tom nejspíše příliš nevědí, jelikož s tím pracuje hlavně on. Protože se standardy kvality konkrétně o dni přijetí nezmiňují, pracovník se domnívá, že ani v jejich dokumentech není postup v den nástupu uveden. Dále říká, že postupují i v souladu s etickým kodexem a právy klienta, k tomu přidává také úpravu smlouvy podle občanského zákoníku. Do interních dokumentů mi nebylo umožněno nahlédnout.

Máte možnost poznat klienta před jeho nástupem?

1. Domov:

Možnost má pracovník pouze při sociálním šetření, avšak tvrdí, že skutečně člověka poznají až po nástupu. Při příchodu klient dostává vstupní dotazník, který mapuje jeho zájmy, preferované oslovení, zda je levák či pravák, jestli má rád tělesný kontakt a případně, kde ho nemá rád nebo zda mají postižen sluch, případně jakou stranu atd... Na základě dotazníku se potom v domově snaží klientovi vytvořit co nejvíce domácí prostředí, vše záleží na společné domluvě, domov se snaží klientům přizpůsobovat. „*Jsou tu doma, mají na to právo.*“

2. Domov:

Pracovník odpovídá, že klienta je možné poznat až po delším čase, tudíž na to příležitosti před nástupem nestačí. „*Na tom šetření toho moc nepoznáte, to byste musela s tím člověkem bydlet. Za tu chvíli nejde poznat, jaký ten člověk je, jestli to, co říká, je pravda, jestli příbuzní říkají pravdu, jestli se ho nechtějí zbavit. To nepoznáte.*“

3. Domov:

Sociální pracovník uvádí, že šance klienta poznat před nástupem určitě je, mají možnost se společně setkat několikrát – při předání žádosti, při prohlídce domova nebo na sociálním šetření. Pracovník tuto možnost potkávání se ještě před nástupem vnímá jako pro klienty příjemnější, protože při nástupu již v domově někoho znají. Mimoto

pracovník říkal: „*Někdy to není o hyper novém vybavení domova, ale o skutečném zájmu pracovníků.*“

4. Domov:

Pracovník zastává názor, že klienta není možné během krátké doby před nástupem poznat, jeho případné negativní stránky se projevují až později. Párovat klienty na pokoje, se proto snaží alespoň na základě prvního dojmu a podle schopnosti klientů, aby si co nejvíce rozuměli. Existuje ale i možnost je později přestěhovat, pokud o to budou stát.

5. Domov:

Toto je druhý případ, v němž si pracovník myslí, že je kontakt s klientem před nástupem dostatečný na to, aby ho poznal. Dodává také, že pokud by neměli možnost klienta poznat, ani by ho do služby nevybrali.

Má klient možnost se seznámit s případným spolubydlícím před svým nástupem?

1. Domov:

Klienti se poznají až v den nástupu, protože před tím není jisté, jaké místo žadatel dostane. Pokud by klientovi pokoj nesesedl, je možné se přestěhovat. „*Nejsme tu ve vězení.*“ Pracovník se snaží klienty dobře umísťovat na pokoje, proto se již v rámci sociálního šetření snaží zjistit, jaký žadatel je a do kterého pokoje by se hodil. Například pomocí zjišťování televizních a jiných návyků.

2. Domov:

V tomto případě nebyla otázka položena.

3. Domov:

Žadatel tuto možnost má, pokud se přijde do domova podívat před svým nástupem. Pracovník uvádí, že jsou žadatelé často zvědaví na informace o svých spolubydlících. Zpravidla je na pokoji pouze představí a zbytek nechá na nich samých. Avšak v tomto domově převažují jednolůžkové pokoje.

4. Domov:

Jako i v předchozím domovu žadatel může svého spolubydlícího poznat, pokud se přijde podívat na pokoj. Pracovník k tomu říká, že jsou si představeni, podají si ruce, avšak nemyslí si, že by měli možnost se skutečně poznat.

5. Domov:

Pokud je žadatel vybrán mezi 3, jejichž nástup se zvažuje, dostane znovu možnost se do domova přijet podívat, v takovém případě má první možnost kontaktu se spolubydlícím.

Představíte klienta po příchodu ostatním obyvatelům nebo to necháte na něm?

1. Domov:

Nového klienta zpravidla představí pouze na pokoji, pak si ho většinou již spolubydlíci „vezme pod křídla“. Klienta mohou představit například v situaci, kdy ho přivezou do jídelny na vozíku, ale víceméně to vždy nechávají na klientech samotných. *„Samozřejmě pokud by si klient přál představit, není v tom problém.“*

2. Domov:

Pracovník mi k tomu řekl: *„No tak to je samozřejmý, samostatně určitě ne. Probíhá to tak že, většinou si klienty svoláme na kulturní místnost a představíme toho nového klienta, aby věděli, s kým se tu budou potkávat nebo potom individuálně. Když procházíme budovu a ukazujeme tomu novému klientovi, kde co je, co všechno může využívat, tak ho představujeme těm lidem, které potkáváme.“*

3. Domov:

Klienta nepředstavují hromadně, nechávají tomu v domově volný průběh, pouze pokud by se například zúčastnil aktivity, uvítají ho v kolektivu.

4. Domov:

Tuto věc má na starosti klíčový pracovník klienta – provází ho celým adaptačním procesem až do ukončení služby. Jeho úkolem je seznámit klienta s personálem, prostředím a chodem domova, i s ostatními uživateli. K tomu dopomáhají také volnočasoví pracovníci, kteří klienta představí na aktivitě. Představování tedy probíhá jednak skrze klíčového pracovníka, který klienta provází po domově a u toho ho může představit lidem, jež potkají, nebo při aktivizaci.

5. Domov:

Klienta hromadně nepředstavují, pouze v rámci pokoje. Pracovník k tomu uvádí, že v domově se nic neutají a že většina klientů o novém nástupu ví ještě, než s klientem dojdou na pokoj. Následně však nechají na klientu samotném, s kým si bude přát se seznámit.

Mají klíčoví pracovníci vyhrazen zvláštní čas pro tvorbu individuálního plánu?

1. Domov:

Tvoří ho průběžně podle volného času, velmi to záleží na počtu personálu.

2. Domov:

Pracovník uvádí, že to velmi záleží na situaci, je potřeba mít čas a klid. „*Vzhledem k tomu, že se točí po 12- ti hodinách a tady nikdy nevíte, co ten den přinese, tak úplně přesně stanovený hodiny nejsou. Když se někde vyšetří čas, tak se věnuje individuálnímu plánu. Samozřejmě když je na oddělení 1 nebo dvě a mají na starosti 27 lidí a je výjezd, koupání nebo něco jiného, tak nejde zasednout a individuálně plánovat.*“

3. Domov:

Pracovník říká, že na to čas mají, vedoucí pracovníků v přímé péči na to dohlíží.

4. Domov:

I v tomto domově pracovník uvádí, že na to vyhrazený čas určitě mají. Klientovi je jakožto klíčový pracovník přidělen někdo z pečovatelů ve stejném patře, aby spolu byli neustále v kontaktu, měli k sobě blízko. Pokud se klient svěří někomu jinému, informace se předá dál, zpravidla při denním hlášení v 8:30, kterého se účastní vrchní sestra, sestry, zástupci pečovatelů, aktivizační pracovníci, sociální pracovníci a tato informace je řešena v rámci celého týmu.

5. Domov:

Klíčovými pracovníky jsou v tomto případě pečovatelé, aktivizační pracovníci i sociální pracovník. Na individuální plánování není vyhrazen speciální čas, klíčoví pracovníci si ho mají vyhradit sami. I zde si informace vyměňují na denním hlášení. Sociální pracovník má roli koordinátora a vede s klíčovými pracovníky každý měsíc „konzultační půlhodinku“. „*Že nemají čas je výmluva. Nemůžu znamená, nechci. Když chci, vždycky si najdu čas.*“

Zpracováváte adaptační plán?

1. Domov:

Pracovník říká, že nového klienta spíše nechají rozkoukat a vyloženě adaptační plán nemají. „*S individuálním plánováním se začíná až, když se člověk rozkouká a pozná prostředí, až poté můžeme společně něco začít tvořit.*“ V tomto procesu se řídí spíše intuicí a snaží se volit správné načasování.

2. Domov:

Adaptační plán tvoří, je součástí individuálního plánu a obsahuje postupné seznámení s klienty, zaměstnanci, prostředím, akcemi. Je o zapojování klienta do běžných provozních záležitostí a akcí.

3. Domov:

I zde adaptační plán vypracovávají, na starosti ho mají za jednotlivé oddělení vedoucí pracovníků v přímé péči.

4. Domov:

Ano v zařízení tvoří adaptační plán, který patří mezi krátkodobé individuální plány. Mají ho vymezen na období 3 měsíců, avšak během kontroly jim bylo vyčteno, že by měl být maximálně na 14 dní.

5. Domov:

Sociální pracovník odpovídá: „*To je vždy, adaptační období je stanoveno na dva měsíce. Zapisuje se, co se zjistilo, jaké má klient potřeby, souhlasy, nesouhlasy.*“ Mezi souhlasy a nesouhlasy patří například, zda si klient přeje zveřejňovat své fotky na webových a facebookových stránkách, zda souhlasí s vedením depozitního účtu atd..