

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Kvalita života seniorů v domově důchodců

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: **IVONA KOUDELOVÁ**
Vedoucí práce: Bc. Jitka Stárková

HRADEC KRÁLOVÉ 2009

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY JN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

Quality of Life of Seniors in a Retirement Home

BACHELOR'S THESIS

Author: **IVONA KOUDELOVÁ**
Supervisor: Bc. Jitka Stárková

HRADEC KRÁLOVÉ 2009

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Keřkově, dne 12.dubna 2009

.....

podpis

Poděkování:

Děkuji Bc. Jitce Stárkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytnutí cenných rad a za čas, který mi věnovala při psaní této práce.

Dále děkuji své rodině za toleranci a podporu po celou dobu mého studia.

Motto:

„Stáří je milost. Ve svatém písmu se na dlouhý věk vzpomíná často jako na mimořádnou výsadu, na odměnu za dobrý život. Ne však, že by nám na světě bylo lépe jako v nebi. Ale abychom měli dost času a příležitosti připravit se na vstup do věčnosti.“

Viktor Emil Frankl

OBSAH

Úvod	7
1. Teoretická část	9
1.1. Gerontologie	9
1.2. Pojmy stárnutí a stáří	11
1.2.1. Změny ve stáří	13
1.3. Gerontologické ošetřovatelství	17
1.3.1. Kvalita geriatrické péče	20
1.4 Kvalita života ve stáří	22
1.5. Adaptace u seniorů	23
1.5.1. Adaptace na dlouhodobou péči v institucích pro seniory	24
1.5.2. Průběh adaptace na institucionální pobyt.....	27
1.5.3. Úloha sestry při adaptaci na institucionální péči.....	28
1.6. Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou	30
2. Empirická část	31
2.1. Předmět výzkumu	31
2.2. Výzkumný problém	31
2.3. Cíle a úlohy výzkumu	31
2.4. Hypotézy výzkumu	31
2.5. Metodika a technika výzkumu	32
2.6. Charakteristika souboru a technika zpracování výsledků výzkumu	32
2.7. Vyhodnocení a interpretace výsledků výzkumu	33
Diskuse	63
Návrhy pro praxi	66
Závěr	67
Anotace	68
Použitá literatura	70
Seznam zkratk	73
Seznam grafů	74
Přílohy	75

Úvod

Už od biblických dob byli staří lidé velmi vážení. Stáří bylo chápáno jako zralý věk člověka, jako vrchol jeho moudrosti, zkušenosti a lásky. O stáří se hovoří jako o podzimu života. Tvrdil to již i Cicero, když sledoval podobnost lidského života s ročními obdobími. Člověk se odlišuje od každé skutečnosti, která ho obklopuje, neboť je osobou. Dětství a mládí jsou obdobími, po která se lidská bytost formuje a dělá si plány do budoucnosti. Stáří má však též své přednosti, zmírňuje nápor vášní, roste se do moudrosti a poskytují se zralejší rady. V určitém smyslu je to období moudrosti, kde ovocem jsou životní zkušenosti.

Jak dnes mladí přijímají starých lidí? V některých krajích staří lidé žijí s úctou a mladší přijímají jejich zkušenosti, mravnost a lásku. Ale na mnoha místech se stáří dostává do pozadí. V čem tedy spočívá zhoršující se způsob přijímání starých lidí? Odpovědí je jistě víc. Jedním z nejzávažnějších důvodů je současný způsob života, ztráta zájmu o duchovní hodnoty.

Začátek nového milénia se nesl ve znamení aktivit organizace spojených národů, zaměřených na problematiku celosvětového stárnutí populace a na opatření, která by mohla napomoci řešení sociálního a ekonomického dopadu tohoto jevu v jednotlivých zemích. Stárnutí populace a zvyšování kvality života je vysoce aktuálním tématem i v naší společnosti.

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, jelikož aktuální společenská tematika mě přednostně zajímá a svou prací jsem chtěla blíže proniknout do dané problematiky. A také malou měrou napomoci ke zlepšení kvality života seniorů-klientů v domově důchodců.

Prameny, z kterých jsem čerpala poznatky a zdroje k vypracování teoretické části, tvořily knihy z oblasti všeobecné geriatricke a z odborných časopisů. Cílem práce v teoretické části bylo poukázat a popsat základní pojmy - gerontologie, stárnutí a stáří, gerontologické ošetřovatelství, kvalita geriatricke péče, kvalita života ve stáří a adaptace u seniorů.

Ve výzkumné části jsem chtěla zjistit jaké jsou reálné podmínky, jaká je kvalita života a adaptace na pobyt seniorů v domově důchodců. Získané informace chci řešit interpretací výsledků a návrhy pro praxi v této oblasti.

Postupovala jsem při psaní této práce metodou analyticko-syntetickou, protože mým cílem bylo nejprve shromáždit všechny dostupné materiály a poznatky, pomocí kterých jsem nahlédla do dané problematiky a aplikovala je ve výzkumné části.

Aby pohled na zpracovanou problematiku byl co nejvíce komplexní, dané téma jsem rozpracovala v teoretické části v šesti kapitolách s podkapitolami a v jedné empirické části s podkapitolami.

První kapitola je zaměřená na vymezení základního pojmu gerontologie. Druhá kapitola na stárnutí a stáří, změny ve stáří. Třetí je zaměřena na gerontologické ošetřovatelství, kvalitu geriatrické péče a čtvrtá kapitola na kvalitu života. V páté kapitole s názvem Adaptace u seniorů je cílem poukázat na adaptaci seniorů u dlouhodobé institucionální péče, průběh adaptace, úlohu sestry při adaptaci na institucionální péči a v šesté kapitole je seznámení s Domovem pro seniory ve Světlé nad Sázavou.

Cílem empirické části je zjistit pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jaká je kvalita života seniorů v domově důchodců, jaká je adaptace na pobyt, spokojnost s poskytovanými službami, aktivity a alternativy na zlepšení pobytu pro klienty.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Gerontologie

Gerontologie je interdisciplinární vědní obor, který se zabývá problematikou stárnutí a stáří z hlediska biomedicínského, sociálního a behaviorálního. (Kalvach,1992)

Dělí se na **teoretickou gerontologii**, která tvoří vědecký základ oboru. Nové poznatky získává jednak vlastní metodologií, jednak čerpá z jiných vědních disciplín. Častou metodou poznávání je pokus (gerontologie experimentální).

Klinická gerontologie , geriatrie se soustřeďuje na komplexní problematiku starého člověka jako jedince (individuální gerontologie). Hlavním objektem jejího zájmu jsou zvláštnosti chorob ve stáří (geriatrická medicína). Všeobecná geriatrie zdůrazňuje všeobecnou platnost specifického pohledu na starého člověka, kterou by si měl uvědomovat každý, kdo ve své profesi přichází s gerontem - starým člověkem- do styku.

Moderní gerontologie a její jednotlivé směry formují všechny otázky, které se týkají stárnutí organismu. Předmětem jejich zájmu není jenom lidský jedinec, kde je jeho osudem stárnutí a stáří, ale i stárnutí jako společenský jev. Prodlužování lidského věku přináší s sebou celou řadu problémů zdravotních i sociálních jak pro seniory,tak jejich příbuzné a i pro celou společnost.

Gerontologie jako vědní obor má své zvláštnosti, které jsou metodicky odlišné od jiných vědních oborů a které jsou zaměřené na výzkum části populace, charakterizované hlavně věkem, kde zvláštní postavení zaujímá výzkum dlouhověkých.Zvláštností výzkumu je charakter a využívání poznatků z jiných vědních oborů, tedy interdisciplinární charakter s aplikací na mechanismy stárnutí.

Zvláštnost experimentu v klinické gerontologii či geriatrii je hlavně v tom, že se zaměřuje na starého člověka v zdraví a v nemoci, jmenovitě na diagnostiku, léčebnou rehabilitaci a prevenci chorobných stavů a jejich sociálních důsledků. Vymezuje pojem geriatrického pacienta s jeho charakteristikami, kterými jsou hlavně biologický věk, polymorbidita, změněná symptomatika, průběh chorob, sklon ke komplikacím, sklon k chronickým stavům,změněná reakce na léky, psychosociální příznaky a specifické geriatrické syndromy.

Zvláštnosti geriatrie jako medicínského oboru spočívají převážně v tom, že aplikujeme medicínské poznatky na určitou věkovou skupinu, upřednostníme sledování a zaměříme se

na stav orgánů a jejich funkce, na zachování soběstačnosti a sociální integrity. Přitom geriatrické respektuje zvláštnosti vysokého věku, funkční profil starého člověka a jeho schopnost samostatné existence.

Na rozdíl od jiných medicínských oborů geriatrická péče je komplexní, terapeutické postupy se kombinují s psychoterapií a sociální intervencí, je kontinuální, dlouhodobá nebo trvalá, syntetizuje profesionální péči s celospolečenskou a laickou, poskytuje se aktivně, i když nemocný o ni nežádá.

Sociální čili populační gerontologie se zabývá vzájemnými vztahy mezi starým jedincem a společností a problematikou staré populace. Patří sem i gerontologická sociologie a demografie. Tedy součástí sociální gerontologie je sledování demografického trendu a zdravotního stavu populace jako celku. Sociální problematikou jednotlivců se zabývá sociální geriatrické, jako jsou sociální souvislosti, které doprovází vznik, průběh a následky onemocnění ve vyšším věku a výraznou měrou determinují prognózu a kvalitu života seniora. Je nástrojem ke zlepšení situace pacienta. (Hegyí, 2001)

1.2 Pojmy stárnutí a stáří

Stáří je normální vývojová fáze. Stárnutí jako proces probíhá v oblasti biologicko-fyziologické, psychické a sociální. Stárnutí má svůj aspekt biologický, sociální, ekonomický a ekologický. Zdravotní stav a životní očekávání ovlivňují kvalitu stárnutí, deficitní model stárnutí ve společnosti způsobuje odsunutí starých lidí na periferii společnosti. Finanční problémy a nemajetnost ovlivňují nejen kvalitu života, ale i zdravotní stav. Životní podmínky určitým způsobem ovlivňují proces stárnutí. Nízký životní standard přináší s sebou mnohá omezení fyzických, psychických a sociálních aktivit. (Horváthová, 2003)

Stupeň stárnutí se určuje rozličným způsobem, biologický věk zohledňuje funkční potenciál jedince, stanovuje se však velmi těžko, proto se v praxi používá kalendářní věk, který je z biologického hlediska velmi nespolehlivý.

Stáří je poslední ontogenetickou vývojovou periodou a jeho kvalita je dána celým předcházejícím životem.

Stárnutí Pacovský (1994) rozděluje na biologické, psychické a sociální.

Biologické stárnutí je důsledkem involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů, zhoršení průtoku krve důležitými orgány a omezenou schopností jeho regulačních funkcí. Snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěžím. Dochází k úbytku kostní hmoty a k poklesu svalové síly. K poklesu imunity a ke zhoršení smyslového vnímání.

Psychické stárnutí se projevuje změnou osobnostních rysů, charakteristické osobnostní rysy získávají nebo upadají ve své intenzitě. Ve struktuře osobnosti se může přesouvat pořadí potřeb, hodnot a cílů. Dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, ke zhoršení paměti, ke snížení koncentrace pozornosti. Ale i k zvýšení vytrvalosti, stupňuje se trpělivost a pochopení, nechybí soudnost, stálost v názorech a vztazích.

Sociální stárnutí je od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná vlastně problém jeho reakce a adaptace na stáří. Postupně a včas by se měl stahovat z některých společenských rolí, jako je odchod do důchodu, změna sociálního postavení, změna životního stylu a akceptovat sociální důsledky poruch zdraví.

Teorie stárnutí se dělí do několika skupin:

Genetická teorie - stárnutí je projevem biochemických změn zakódovaných v molekule DNA každé buňky. Imunologická teorie pomalých virů: imunitní systém ztrácí

s přibývajícím věkem svou činnost a viry, které v těle inkubovali, začínají poškozovat jednotlivé orgány.

Autoimunitní teorie - zvyšuje se tvorba autoimunitních protilátek, které napadají buňky vlastního těla.

Teorie vzájemných vazeb – následkem stárnutí se vytváří při chemických reakcích silné vazby, hlavně v kolagenních tkáních, které zapříčiní ztrátu elasticity, ztuhlost až ztrátu funkce.

Stresová teorie – stárnutí je projevem ztráty buněk při opotřebenosti. Teorie volných radikálů uvádí, že nestabilní volné radikály vznikají oxidací organických látek, sacharidů a bílkovin. Vyvolávají biochemické změny v buňkách, které potom ztrácí schopnost regenerace.

Programová teorie – organismus je schopný vykonávat stanovený počet buněčného dělení. Když se daný počet naplní, buňky odumírají.

Periodizace lidského věku

Nejčastěji se užívá věková kategorizace doporučená Světovou zdravotnickou organizací. Opírá se o tzv. patnáctileté periody lidského života.

45-59 let : střední věk

60-74 let : vyšší věk, starší věk, rané stáří, mladí staří

75-89 let : stařecký věk, pokročilý věk, pravé stáří, sénium, opravdu staří

90 let a výše: dlouhověkost (Pacovský, 1994)

OSN ve svých materiálech a statistikách bere za základ stáří věk 65 let:

65-74 let: mladí staří (young old)

75-84 let: staří (old – old)

85 a více : velmi staří (very old)

Neexistuje obecně přijatelná definice stáří. V praxi je jednou z nejdůležitějších charakteristik stárnutí a stáří věk. Věk kalendářní, matriční, chronologický je dán datem narození. Výhodou je jednoznačnost. Z kalendářního věku vycházejí různé konvence o stárnutí a stáří.

1.2.1 Změny ve stáří

Jsou vícere fyziologické a nefyziologické rozdíly mezi mladým a starým člověkem. Mnozí lidé si mohou udržet po šedesátém roce života duševní a fyzickou aktivitu. Stárnutí se začne projevovat různě. Nejčastěji je to ubývání fyzických sil. Somatické stárnutí se dotýká všech orgánů, ale probíhá asynchronně.

Kardiovaskulární systém – oběhové změny jsou nejčastější příčinou výskytu chorobných stavů. Krevní tlak má tendenci k systolické a někdy i k diastolické hypertenzi. Zpomalená regulace vyvolává ortostatické problémy a rizika pádů. Zhoršená kontraktilita myokardu se sníženým minutovým volem umožňuje zvládnání zátěžových stavů jen zvýšením frekvence, což zvyšuje nároky myokardu na kyslík. Dochází k involuci převodového systému.

Plíce – funkční změny v plicích způsobují pokles parciálního tlaku kyslíku. Do trachey a bronchů se ukládají kalcifikáty. Je snížena očistná činnost plic a oslabená ventilační odpověď na hypoxii a hyperkapnii. Snižuje se výkonnost dýchacího svalstva.

Urogenitální systém – klesá glomerulární filtrace, zanikají nefrony, snižuje se tonus močového měchýře a jeho kapacita, klesá množství vody a draslíku v organismu, vytváří se tendence ke ztrátám sodíku. U mužů dochází k hypertrofii prostaty. U žen atrofuje zevní ústí uretry.

Gastrointestinální trakt – vypadávání zubů, zhoršení žvýkací funkce, snížená sekrece slinných žláz, snížená sekrece žaludeční a pankreatické šťávy, pravděpodobný pokles tvorby žluče, zhoršení funkce sfinkterů, zhoršené prokrvení, pokles bariérové funkce a změny mikroflóry ve střevech vedou ke vzniku trávicích těžkostí. Snižuje se funkce jater, což je spojené se zpomalením transformace léků.

Pohybový systém – klesá svalová hmota a síla. Redukce funkce je doprovázena ukládáním lipidů do svalových vláken s následným poklesem enzymatické aktivity ve svalových buňkách. Klesá elasticita a pevnost vazů, svalů a šlach. Intraartikulárně dochází ke ztrátě chrupavky, která se snižuje a vysušuje. Po 40. roku věku klesá obsah minerálů v kostech. Rozvíjející se osteoporóza je výraznější u žen jak u mužů.

Centrální nervový systém – snižuje se počet gangliových buněk, do buněk se ukládá pigment, mozkové blány fibroticky hrubnou, vznikají poruchy v metabolismu glukózy a kalcia. Morfologické změny vedou k početným funkčním změnám.

Smyslové orgány – s rostoucím věkem klesá zraková ostrost v důsledku změn na sítnici a optických médiích. Zanikají sensorické elementy v periférii sítnice, zužuje se zorné pole. Zhoršuje se adaptace na tmou a oslnění. Poruchy sluchu se zřetelněji objevují hlavně po 60. roce věku a dotýkají se hlavně oblasti vyšších tónů. Dále je zhoršená tepelná regulace, u některých starších lidí se také redukuje vnímání bolesti.

Imunitní systém – základní imunologické změny jsou ve vyšším věku charakterizované zvýšenou schopností odpovědi na autoantigeny, však sníženou odpovědí na xenoantigeny, sníženou imunologickou pamětí, sníženou produkcí imunoglobulinů hlavně - IgE, sníženou obrannou schopností imunoglobulinů a jiných mechanismů.

Stárnutí psychiky – se projevuje zpomalením psychické činnosti, v deficitu smyslového vnímání, ve změnách v motorice, postihnutím funkce paměti a schopností se učit něco nového, poruchou kognitivních složek osobnosti a ve schopnosti řešit nové situace.

Duševní projevy ve vyšším věku mohou být :

- bez jakýchkoliv psychických změn
- s výskytem psychických změn, které doprovází fyziologické stárnutí
- s výskytem psychických změn, typických pro vyšší věk, už v preseniu
- s psychickými chorobami ve vyšším věku

Změny a problémy v psychické oblasti

V období stárnutí a stáří jsou podmíněné strukturálními změnami v nervové soustavě. Změny zasahují jednotlivé psychické procesy a stavy, ale také rozvinutí intelektu, citů, vůle a vlastností osobnosti. K hlavním procesům, které tyto změny postihují, můžeme zařadit: pocity a vnímání, paměť, myšlení, emocionální sféru, adaptabilitu, životní vitalitu a tvořivost.

Pocity a vnímání – zhoršuje se činnost smyslových analyzátorů, především zraku a sluchu, což výrazně ovlivňuje orientaci seniorů v prostředí a přijímání informací z různých oblastí i již z každodenního života. Zhoršení kvality smyslového vnímání vyvolává nejistotu, méněcennost, deprese, sociální izolaci. Nebo na druhé straně zvýšenou zvědavost u seniorů, což se děje v okolí. S postupujícím věkem dochází v důsledku ochabování mimických svalů a ztráty chrupu k změnám v řečovém projevu seniora, který bývá méně srozumitelný.

Paměť – v důsledku involučních změn se zhoršuje hlavně vštěpivost a reprodukční schopnost paměti. Projevuje se v poklese paměťových schopností pro nové informace a v pružnějším vybavování starších zážitků. V konkrétní podobě se projevuje tím, že senioři

nevědí, co dělali nedávno. Hledají předměty, s kterými manipulovali před chvílí, horší se vybavování především novějších zážitků.

Myšlení – zhoršuje se kvalita myšlení, snižuje se pružnost, zpomaluje se a ztrácí se plynulost v myšlenkových procesech, později i jeho objektivnost a kritičnost. V kontaktu s jedinci se setkáváme s častým opakováním se, není výjimkou, že při rozhovoru odbočují od tématu a jejich obsahové vyjádření bývá chudobnější. Tato skutečnost je podmíněna zdravotními problémy, které často nutí člověka pohybovat se pouze v úzkém prostředí, čím dochází k zúžení jejich zájmových aktivit. Postupně nastává pokles intelektuální výkonnosti a kognitivní flexibility, což senioři kompenzují svými zkušenostmi, životní moudrostí a rozvážností svého konání.

Emocionální sféra – v citovém prožívání seniorů dochází ke zvyšování citové lability a citové zranitelnosti. Časté prožívání protichůdných citů. V jednání jedinců můžeme pozorovat zvýšenou citlivost na kritiku a urážlivost. Postupně dochází k otupení jemných citů a k necitovosti. Prožívání vlastního já, těla a základních potřeb dominuje, oslabují se morální, estetické a intelektuální city. V důsledku toho se city k jiným lidem a věcem dostávají na periferii zájmů u seniorů. V pozdějším období mohou převažovat v prožívání jedinců depresivní a úzkostné nálady, které jsou vyvolány ztrátou životního partnera, blízké osoby, zaměstnání nebo změnou prostředí.

Tvořivost – převládá zde tendence používat osvědčené postupy, konzervatismus a uniformnost. S tvořivou výkonností a vrcholem tvorby se můžeme střetnout i u seniorů. Giuseppe Verdi ve věku 74 let dokončil operu Othello, Wilhelm Wundt dokončil ve věku 88 let Psychologii národů.

Změny v sociální oblasti

Na začátku tohoto období je ještě silná potřeba seberealizace a užitečnosti pro druhé, pak se do popředí dostává potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v kruhu blízkých osob. Pro presenium jsou charakteristické následující změny : odchod do důchodu a přerušení aktivní činnosti, ztráta životního partnera, nižší výskyt soužití více generací dohromady.

Odchod do důchodu, přerušení aktivní činnosti – tato skutečnost výrazně poznamenává osobnost lidí. Má traumatizující účinek zvláště u těch lidí, kteří si nenajdou novou vhodnou činnost. Člověk začíná mít pocit vlastní zbytečnosti a společenské nepotřebnosti. Z psychologického hlediska je důležitý citlivý přístup k odchodu lidí do důchodu. Postupný, racionální a plynulý přechod do důchodu minimalizuje rizika psychosociální, kde příčinou

je náhlé přerušení pracovní aktivity a odchod do plného důchodu. Důchodový stres, který doprovází odchod do důchodu, je často spojen se snížením ekonomického statusu seniora a jeho rodiny. Vhodnější a užitečnější je částečný pracovní poměr, v kterém jedinci podávají vyrovnané výkony, svědomitě a přesně plní povinnosti. V této oblasti je zároveň potřebná a důležitá příprava jedince pro odchod do důchodu, což se má začít už v předcházejících obdobích.

Ztráta životního partnera – vede k sociální izolaci a k uzavření se jedince do sebe. Ojediněle se vyskytují případy uzavírání nového manželství. Motivem bývá potřeba mít někoho, o koho se můžeme opřít, podělit se s problémy či nebýt sám. V případě osamělých žen a mužů dochází k uzavírání přátelství především v klubech důchodců. Manželský život starých lidí může být šťastný. Je to tehdy, když se partneři dokonale poznají, spojují je společné vzpomínky, jsou na sebe zvyklí. Vyskytují se nešťastná manželství, kde partneři prožívají pocit zklamání, uzavírají se navzájem a zraňují se.

Nižší výskyt soužití více generací – většina seniorů žila ve vícegeneračních rodinách. Život v těchto rodinách měl své pozitivní a negativní stránky. Změny ve společnosti vedly k postupnému osamostatňování se od mladých rodin, což zároveň vedlo k prohlubování sociální izolace seniorů. Sociální vztahy se v období stárnutí zužují, jsou méně časté. Bývá to podmíněné sníženou pohyblivostí, změnami osobnosti ve smyslu egocentrismu, egoismu, podezřívavosti. Výrazným problémem je sociální izolace, opuštěnost, vědomí osamělosti. U seniorů se často setkáváme s prožíváním strachu ze smrti, samoty, ztráty lidské důstojnosti a opuštěnosti.

Reakcí člověka na stárnutí a stáří je podmíněné výchovou, sebevýchovou a náplní činností ve stáří. Nejdůležitějším úkolem tohoto období je přijmout takovou osobní integritu, ve které se odráží smysl předchozího života a jeho akceptování.

Člověk si musí i ve stáří stanovit a dodržovat vhodný režim dne, ve kterém zohlední zásady tělesné a duševní hygieny. Na odpočinek má být vyhrazený přiměřený čas, ale i na vhodnou tělesnou a psychickou aktivitu. Čím déle člověk žije na přiměřené intelektuální a kulturní úrovni, tím méně si uvědomuje své stárnutí. Stáří přichází zákonitě, třeba je, jen ho přijmout, adaptovat se s ním a zachovat si reálný pohled na stáří.

1.3 Gerontologické ošetřovatelství

Gerontologické ošetřovatelství se definuje jako vědní a praktická disciplína zaměřená na pomoc při vykonávání aktivit a uspokojování potřeb, které vedou k upevnění zdraví, ke zmírnění nemoci a k dosahování soběstačnosti.

Pro zlepšení geriatrického ošetřovatelství existují tři cesty. Dvě z toho jsou chtít a muset, a třetí je vědět.

Pro první cestu je potřeba humanistického přístupu ke každé skupině lidí, což je pro ošetřovatelství typické a vychází z jeho základního poslání. Ošetřovatelství poskytuje péči všem bez rozdílu věku, rasy, etnického a náboženského přesvědčení. Všude tam, kde to člověk nejvíce potřebuje, bez ohledu na těžkosti s tím související a na závažnost poškození či choroby.

Pro druhou cestu, kterou můžeme charakterizovat jako muset, je to vzrůstající počet lidí staršího věku ve společnosti. V evropských státech se zvyšuje. Tato skutečnost vede v některých zemích k přípravě a k plánování zabezpečení kvality života ve stáří.

Třetí cesta vědět, vedla k rozvoji speciální oblasti gerontologie, geriatrie a gerontologického ošetřovatelství.

Gerontologické ošetřování je taková pomoc při zvládnutí činnosti, kterou si starší člověk nedokáže vykonat sám. Je charakterizováno v systémových rovinách jeho předmětu podle třech základních kritérií - časové období vývoje člověka, instituce, odbornost.

Časové období vývoje člověka: Pro ošetřovatelství je důležitý poznatek v tom, jak se mění soběstačnost lidského jedince. Dle všeobecně známých údajů vrcholí v období třiceti let života a to vzestupnou tendencí, po které následuje pokles končící opět závislostí. Ve stáří se člověk stává zase odkázaným na pomoc jiné osoby, podobně jako v raném dětství. Rozdíl je v tom, že i proto se nemůže posuzovat toto schéma jednoduše, jelikož v dětském věku hraje fyzický věk dost přesnou roli v množství poskytované péče z důvodů nízké soběstačnosti, ve stáří je to o mnoho diferencovanější. Mnoho lidí vyššího věku je nadále aktivních a plně samostatných, někdy také soběstační až do konce života.

Instituce: Domov, rodina, nemocnice, domov důchodců. Přičemž ne všichni jsou bezpodmínečně pro každého nutné. Pro ošetřovatelství znamenají prostor, kde je péče uskutečňována. Jejich variabilita dává možnosti zdokonalování podmínek jak pro klienta, tak pro poskytovatele péče.

Odbornost: Může být neprofesionální péče (matka, otec, dcera..) nebo profesionální péče (zdravotní sestra, ošetřovatel). Tato dimenze je velmi důležitá pro úplné pochopení odstupňovanosti ošetřovatelské péče v rozsahu od neprofesionální po profesionální. Při snížení soběstačnosti je nutná vždy profesionální péče, ale podle závažnosti může být poskytována úplně neprofesionálně, intuitivně nebo na základě poučení vykonávaná např. matkou, otcem, či ve stáří dětmi. Jiná může být poskytována dobrovolně jako nápomocná se specifickým zaměřením na jednu nebo více oblastí např. doprovod na procházkách, čtení, dělat společnost v samotě. (Hanzlíková, 2002)

Pečovatelská služba je poskytována přiměřeně odborně připravenou osobou pro tuto činnost a pomáhá při plnění základních potřeb pod vedením profesionální osoby. Jde hlavně o fyziologické potřeby jako jsou voda, vzduch, potrava, vylučování, aktivita a odpočinek, bezpečí.

Profesionální péče je poskytována profesionálem v dané problematice: ošetřovatelská–sestrou, lékařská–lékařem, psychologická– psychologem, sociální – sociálním pracovníkem.

Kozierová (1996) uvádí principy, kterými se řídí gerontologické ošetřovatelství:

1. Stárnutí je přirozený proces, který se týká všech živých organismů.
2. Údaje, které se vztahují na normální stárnutí a jedinečná bio-psycho-sociálně-spirituální charakteristika jednotlivce, jsou kombinované se všeobecnými vědomostmi z ošetřovatelství a vývojové psychologie. Ty se uplatňují v ošetřovatelském procese starších lidí.
3. Záměrem gerontologického ošetřovatelství je vykonávat takové činnosti, které směřují k upevnění kapacity soběstačnosti, eliminují nebo minimalizují poruchy soběstačnosti, uskutečňují takové činnosti správné péče, která vede k uspokojování potřeb, v kterých je jednotlivce odkázaný na druhého.

Kozoň (2003) popisuje, že mezi nejčastější problémy člověka ve stáří patří:

1. **Problémy socializace** – ve stáří je skutečnost ztráty nejbližšího stejná jako v jiném věkovém období. Vyskytují se případy stěhování se do jiného bytu, k příbuzným či do sociálního zařízení. Vše vyžaduje pomoc při navazování nových vztahů, které poskytuje ošetřovatelství s využitím formálních a neformálních kontaktů.
2. **Terapeutická komunikace** – pochopení a přijetí osobnosti klienta
3. **Dotyk** – něžný dotyk je často v každé lidské kultuře projevem lásky a přátelství

4. **Orientace ve skutečnosti** – jde hlavně o orientaci v místě, v čase a k osobě, toto je důležité převážně při rychlých změnách
5. **Vzpomínky** – mají pro skutečnost svůj význam, jde o minulé zážitky, které mají svůj příběh
6. **Pomoc při přijímání tělesných změn** – najít půvab v šedivých vlasech, ve vráskách ve tváři
7. **Zdravotnické služby** – podle potřeby poskytnutí pomoci v domácnosti nebo v instituci

V gerontologickém ošetřování se musí potřeby klientů uspokojovat specificky. Uspokojování potřeb ve vyšším věku je odlišné od předchozích životních období. Profesionální ošetřovatelská praxe se řídí ošetřovatelskými standardy. Ošetřování probíhá ve fázích ošetřovatelského procesu, kde tyto jsou podmíněné specificky danou péčí o gerontologického klienta. Pro zjištění kvality ošetřování je potřebné vypracování a používání standardů v gerontologickém ošetřování. Pro zlepšení kvality ošetřování je vhodné aktivnější používání ošetřovatelského poradenství. Právě v gerontologickém ošetřování je poradenská činnost velmi vhodná. Dobře informovaní klienti mohou své zdravotní problémy dlouhodobě řešit i sami a tím vést plnohodnotnější život. V ošetřovatelské praxi se setkáváme s různými klienty. Jsou různě informováni, mají různé zručnosti, schopnosti a postoje. Potřeby ošetřovatelské péče rozdělujeme u klientů podle dvou hlavních kritérií. Prvním je množství a přijímání informací, které klient má o svém zdravotním stavu. Druhé kritérium je motivace a vlastní iniciativa při řešení ošetřovatelského problému, léčbě nemoci či udržení zdraví. Metodickou pomůckou v poradenském rozhovoru je ústní dotazování. Při prvním kontaktu se ptáme na tři základní otázky : „Informovali jste se na svůj zdravotní stav?“, „ Když ano, tak od koho máte poskytnuté informace?“, „ Potřebujete informace pro vlastní další ošetřování?“

Základním předpokladem ze strany klienta pro úspěšné ošetřovatelské poradenství je jeho vlastní motivace a aktivita. Jen tehdy má poradenství smysl a odborně způsobilý ošetřující může vhodně napomoci k dlouhodobému a hlavně samostatnému řešení ošetřovatelských problémů. Stárnutí začíná u všech živých organismů počítím. Stárnutí samo o sobě nesnižuje příležitost být šťastný, žít plnohodnotný život a být nezávislým. Porozumění procesu stárnutí zlepšuje přístup ke stáří, především u toho koho se to týká, ale i pro ty, kteří ho obklopují. Mnohokrát, jak se ukazuje, právě v nepochopení vzniká nezodpovědné chování, které může vést až k fatálním důsledkům.

1.3.1 Kvalita geriatrické péče

Kvalita je rozhodujícím ukazatelem specifické geriatrické péče. Ze systémového pohledu při hodnocení kvality se berou do úvahy tři aspekty, které jsou příznačné pro pojem kvalita. Jsou to zdroje na zdravotnickou péči - struktura péče, aktivity poskytovaných služeb, výsledky geriatrické péče.

Za kvalitní péči se podle kritérií WHO považuje péče, která je pro obyvatele dostupná místem a finančně, přiměřená s ohledem na povahu zdravotního stavu klienta. Je pro uživatele přínosem v tom smyslu, že zlepšuje kvalitu jeho života, je poskytována kvalifikovanými pracovníky s vynakládáním přiměřených nákladů, tedy splňuje podmínky medicínské, organizační a ekonomické racionality a zaručuje rovnováhu ve vztahu léčba – péče. (Kubicová, 2004)

V současné době v naší společnosti poskytují institucionální péči také Agentury domácí péče v podobě pravidelných návštěv u klientů doma, kteří jsou po nemoci či v rekonvalescenci.

Dlouhodobá péče je poskytována – v penziencech pro seniory, v domovech důchodců, v geriatrických centrech.

V penziencech pro seniory se poskytuje péče občanům, u kterých zdravotní stav nevyžaduje soustavný dohled jiné osoby.

V domovech důchodců se poskytuje péče občanům, kteří pobírají starobní důchody, pro svůj nepříznivý zdravotní stav vyžadují soustavnou péči jiné osoby, poskytovanou péči potřebují z jiných vážných důvodů.

Poskytuje se péče o stravování, ubytování, zaopatření, poradenství, o zájmové činnosti a kulturu.

Přítom se zaměřuje na:

- Zabezpečení kvality života v daných podmínkách (příprava vhodných denních programů), vytvoření domova pro klienty
- Zabezpečení komplexní péče
- Zlepšení sociálních aktivit
- Zvýšení produktivity
- Zlepšení pocitu štěstí
- Dosažení klinických výsledků
- Orientaci na klienta, organizaci a strukturu funkcí

- Snahu o návrat do komunity a podporu aktivit klienta
- Efektivně využít prostředků a zdrojů

Chloubová (1995) popisuje hlavní role sestry při ošetřování seniorů:

- Pomáhat při udržování fyzické a společenské aktivity, zabránit sociální izolaci.
- Pomáhat při vyrovnávání se se ztrátami sluchu, zraku, se ztrátou milované osoby.
- Pomáhat a povzbuzovat při snaze o soběstačnost a samostatnost. Nikomu nepomůžeme tím, že za něj uděláme to, co si může udělat sám.
- Respektovat autonomii. Autonomie je definována jako schopnost vést život podle vlastních pravidel. Ne podle představ lidí okolo. To je potom heteronomie, která spočívá v tom, že senior je kontrolovaný a vedený ostatními ve všem, co se týká jeho života. Autonomie je možnost rozhodovat se, vybírat si, zůstat pánem svého života.
- Hlásit případy týrání a zneužívání seniorů.
- Poučít seniory o škodlivosti užívání léků, které nenaordinoval lékař a jsou v kontraindikaci s užívanými.
- Poskytovat srozumitelné informace.
- Trpělivý přístup, pochopit duševní rozpoložení seniorů.
- Respektovat lidskou důstojnost. Kladné mezilidské vztahy jsou psychohygienou číslo jedna. Umět projevit normální lidskou úctu, patří ke kultuře osobní vyspělosti. Jak začneme vnitřní svět seniorů respektovat, jsme na cestě k toleranci a úctě.
- Zabezpečit duchovní pomoc, útěchu a zaopatření podle víry.
- Zabezpečit podmínky důstojné a pokojné smrti.
- V rámci své kompetence uspokojovat bio-psycho-sociální potřeby.
- Při výkonu povolání používat nejnovějších poznatků vědy v souladu s léčebným postupem. Na geriatrických odděleních, v ústavech sociální péče pro seniory, by měli pracovat sociální a zdravotničtí pracovníci se zvýšenou empatií. Měli by být k seniorům laskaví, trpěliví, upřímní a autentičtí, měli by seniory akceptovat tak, jací jsou. Jednat s nimi jako s partnery a jako s rovnými.

Pamatujme na slova Matky Terezy. Nejhorší na světě nejsou nemoci, ale pocit, že Vás nikdo nemá rád. Umět pochopit druhého a mít pocit, že mě jiní chápou, v tom jsou skryty největší lidské schopnosti. (Husárová, 2002)

1.4 Kvalita života ve stáří

„Být mladým v sedmdesáti je někdy o mnoho radostnější než být ve čtyřiceti starým.“

Oliver Wendel Holmes

Každé období v životě člověka má své psychologické zvláštnosti, které jsou předmětem zájmu odborníků, a přihlíží se k nim v různých osobních i profesionálních situacích. Stejně by to mělo platit i ve stáří. Často však pozorujeme, že tato část života je jaksí na okraji společnosti. Právě v stárnutí člověk potřebuje najít v sobě něco z odvahy dospívání, moudrosti a vyrovnanosti zralého věku. Potřebuje odevzdat zkušenosti jiným.

Pojem kvalita života (quality of life, QL) je složitý, jeho definice není jednotná.

Všeobecně se pod kvalitou života rozumí souhrn objektivně a subjektivně posuzovaných činností a vjemů člověka v jeho každodenním životě a společenských vztazích.

(Nemčerková, 2004)

I přesto, že kvalita života je pojem těžko definovatelný, jsou známa kritéria, u kterých přítomnost či nepřítomnost determinují jeho stupeň .

Starí lidé potřebují v životě uspokojovat všechny potřeby stejně jako každý z nás. Nejsou důležité jen fyziologické potřeby, ale také potřeby psychologického a sociálního rázu.

Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka. Jsou od sebe neoddělitelné. Pokud je starému člověku umožněno, aby mohl v plné míře uspokojovat své potřeby má všechny předpoklady ke kvalitnímu a plnohodnotnému životu.

(Pichaud, 1998)

Kvalita života v geriatrici a gerontologii patří mezi důležité ukazatele, i když v porovnání s fyziologickými funkcemi se mnohem nesnadněji měří. Je potřeba ji hodnotit z perspektivy různých vazeb, které jsou srovnatelné s hierarchií potřeb člověka. Mezi tyto vazby patří základní schopnosti a faktory, jako je autonomie, soběstačnost, schopnost rozhodování, nepřítomnost bolesti a utrpení, zachování smyslových schopností, udržení sociálního podpůrného systému, určitý finanční standard, pocit užitečnosti pro jiné, určitý stupeň pocitu štěstí.

1.5 Adaptace u seniorů

Schopnost adaptovat se patří k základním vlastnostem živých systémů. Adaptace jako nižší stupeň socializace je základem homeostázy a rezistence vůči stresu.

(Nakonečný, 1995)

Adaptovat se znamená přizpůsobit se sociálnímu prostředí, změněným podmínkám a okolnostem.

Adaptace jako interakční proces diferencovaného a v podstatě celý život probíhajícího přizpůsobování měnícímu se společenskému a hmotnému prostředí života subpopulace seniorů, v které starý člověk žije, kde se starý člověk vyrovnává s novými nebo změněnými faktory svého sociálního prostředí, do kterého je včleněn. Jde o bio- psycho- behaviorální proces přizpůsobení se seniora na nový status a novou roli ve společnosti. Na intenzitu, na rychlost sociální adaptace, má vliv úroveň vzdělání a intelektu.

V průběhu tohoto procesu se rozlišují různé etapy a stupně. Konečnou etapou adaptačního procesu je úplné vyrovnání, včlenění do nových podmínek, parciální adaptabilita nebo inadaptabilita.

Sociální adaptabilita je závislá od struktury subjektu, od velikosti změn, od příznivých podmínek a od ochoty pomoci.

(Štefanovič, 1999)

Člověk odcházející do důchodu má mít vytvořené podmínky pro adaptaci na nový životní styl, na nové sociální postavení, status a roli, kterou bude hrát v daném společenství nového života.

Adaptace probíhá na úrovni fyziologické, psychologické a sociokulturní.

(Fusgen,1996)

Křivohlavý (2001) popisuje psychologickou adaptaci na stárnutí:

- **Konstruktivnost** – člověk se procesem stárnutí a se stářím smířil. Je tolerantní a přizpůsobivý. Spokojeně se dívá na prožitý život a jeho plány do budoucna jsou reálné.
- **Závislost** - člověk se pasivně odevzdává do rukou okolí, je na něm závislý. Vyhýbá se navazování nových kontaktů, má podezřívavě obranný postoj.
- **Nepřátelství** - vyjadřují svůj odpor ke stáří a za svůj stav obviňují okolí. Prožívají zmatek ve svých postojích, motivech, závidí mládí.
- **Sebenávist** – člověk obrací nenávist vůči sobě, svůj život hodnotí kriticky. Sociálně se izoluje, cítí se osamělý a zbytečný.

Podmínkou pozitivní adaptace je motivace.

Maladaptace se vyznačuje převahou pasivních forem adaptace. Jako je nečinnost, nezájem a nechuť k činnosti.

Sociální projevy maladaptace:

- Neschopnost a nechuť měnit zaběhlé způsoby a podmínky
- Nereálný pohled na svou budoucnost
- Regres do nižší osobnostní zralosti
- Soupeření a ponižování ostatních členů kolektivu

Emocionální projevy maladaptace:

- Úzkost a strach
- Pocit méněcennosti
- Sebeobviňování
- Přehnaný egocentrismus

1.5.1 Adaptace na dlouhodobou péči v institucích pro seniory

Za optimální prostředí pro seniory se považuje jeho domácí prostředí. Každá změna prostředí nebo životní situace je většinou spojená se zhoršenou adaptací. Tyto změny též vedou ke zhoršení a podlomení celkového zdravotního stavu. V případě, že dojde ke ztrátě soběstačnosti seniora, dochází většinou k jeho umístění do domova důchodců. Žádost do domova důchodců bývá často motivována přáním nebo rozhodnutím příbuzných a okolí, než samotného seniora. Převážnou část žadatelů o umístění do domova důchodců tvoří, jak ukazují výzkumy, ovdovělí či osaměle žijící lidé. Nejčastějším důvodem pro umístění je tedy ztráta soběstačnosti v důsledku zhoršení zdravotního stavu a obavy, že v domácím prostředí jeho příbuzní nezvládnou péči o seniora. Dalším důvodem jsou obavy příbuzných ze ztráty zaměstnání v případě péče o nemocného člověka. Až 18% lidí odmítá starat se o bezvládného starého člověka. (Litomerický, 1998)

Kam se seniory? Při zvažování je třeba si uvědomit, že každá péče mimo domácího prostředí je náhradní. Nejdostupnější institucí sociálního charakteru jsou domovy důchodců. Domovy důchodců jsou zařízení režimového typu a jsou přednostně určeny seniorům, u kterých zdravotní stav nevyžaduje léčbu ve zdravotnických zařízeních. Žadatelé o umístění v domově důchodců očekávají zaopatření, ošetření, navázání kontaktů s okolím, zlepšení bytové situace.

Na druhé straně se obávají ztráty individuality, svobody, aktivity a toho, jak je budou přijímat ostatní. Senioři se obávají samoty a izolace, přejí si, aby se mohli s někým podělit o lásku.

Hegy (2001) popisuje tyto preventivní opatření:

- Každý žadatel o přijetí do domova důchodců by měl být ambulantně vyšetřený odborným lékařem-geriatrem, popřípadě jak to diagnostika vyžaduje, ústavně na geriatrickém oddělení. Tímto opatřením by se zabránilo neshodám u informací mezi údaji o zdravotním stavu uvedené v žádosti o přijetí a mezi skutečným zdravotním stavem žadatele.
- Součástí tohoto vyšetření by mělo být vyšetření psychologem, který by se vyslovil k adaptační schopnosti žadatele. K možností rychlejší adaptace je vhodné vytvořit podmínky pro dočasný poloinstitucionální pobyt, nejlepší v přidružených zařízeních při domově důchodců, aby došlo k postupnému návyku.
- Při přijímání uchazečů do domova důchodců by se měly zohledňovat rizikové faktory adaptačního syndromu, tím zlepšit schopnost se adaptovat a zlepšit i prognózu žadatele.

Ze zjištěných adaptačních rizik jsou to hlavně tyto:

- domov důchodců, do kterého by měl být žadatel přijatý, by neměl být příliš vzdálený od jeho domova, rodiny, přátel
- senioři s vyšším vzděláním vyhledávají jiný typ domova důchodců než azylový. Senioři, kteří dosáhli v pracovní sféře jisté postavení a úrovně, pocítují umístění v domově důchodců jako osobní neúspěch.
- senioři, kteří prožili převážnou část života v manželství, se hůře adaptují na domov důchodců, jako ti svobodní
- hůře se adaptují také senioři s žijícími dětmi, protože od nich očekávají opatrování, zřetelně lepší je adaptace u bezdětných
- u vážně nemocného žadatele je třeba rozhodnout, či jeho stav nevyžaduje nemocniční léčbu
- každý domov důchodců, by měl mít informační materiál, nejlépe obrázkovou publikaci vhodnou pro seniory, kde by přiblížil životní podmínky a možnosti svých obyvatel, tím by pomohl odstranit úzkostné stavy žadatelů o přijetí
- oznámení o přijetí by mělo být v lidské a civilně znějící formě pozvání, ne formou povolávacího rozkazu

- pro lepší adaptaci, by se měli poskytnout dostatečné informace o žadateli personálu a naopak personál představit žadateli, tím již navázat kontakt s žadatelem před jeho přijetím
- stát by měl podporovat výstavbu menších domovů pro seniory ve větších obcích a městech, aby žadatel nemusel chodit daleko do cizího prostředí. Obyvatelé měst, by se neměli umisťovat na venkově a naopak.

Hofierková (2004) popisuje tyto aktivity pro seniory po přijetí do domova důchodců:

- Seberealizace - rozvíjet a soustavně využívat nadání a schopností seniora, uplatňování přirozených a získaných dispozic na určitou činnost, práci či sociální aktivitu
- Udržení základní linie zájmové orientace s využíváním sociálních opor
- Navazování a udržování sociálních vztahů s tolerancí k druhým lidem, kteří jsou mu schopni poskytnout sociální oporu
- Realistický pohled na perspektivní další život se schopností vytyčit si přiměřené cíle poklidné aktivity a zájmové činnosti
- Schopnost si všimnout hodnot zážitků, umět se z nich těšit a prožívat radost ze života
- Soběstačnost v rámci své tělesné a duševní kondice
- Aktivity mají být poklidné, nenásilné, příjemné a reálně užitečné
- Možnost podílet se na zkrášlování prostředí uvnitř budovy i okolí domova důchodců
- Možnost používat vlastní nábytek a obklopit se maličkostmi, ke kterým má senior citový vztah
- Aktivity na budování dobrých mezilidských vztahů

1.5.2 Průběh adaptace na institucionální pobyt

Adaptace na institucionální pobyt probíhá ve třech fázích.

První fáze je období od rozhodnutí a podání žádosti do domova důchodců. Je to také fáze očekávání.

Druhá fáze je vlastní adaptace, která nastupuje těsně po přijetí do domova důchodců a trvá průměrně 6 měsíců. Obě fáze jsou poznamenány probíhající stresovou reakcí a možnými komplikacemi od orgánových až po dekompenzaci.

Třetí následná fáze je doznívání stresové reakce, která přechází do akceptování pobytu v domově důchodců s projevy pozitivně laděné adaptace.

Přechod seniora do zařízení je zátěžovou situací, adaptace probíhá odlišně, takže se vyžaduje individuální přístup po umístění. Každý senior projevuje v prvních čtyřech až šesti týdnech pobytu negativní adaptaci. (Bubeníková, 2000)

Dobrá adaptace má podle Čornaničové (1998) tyto charakteristiky:

1. Senior v zařízení spolupracuje z vlastní iniciativy.
2. Je přátelský k ostatním obyvatelům a personálu.
3. Působí vyrovnaně, klidně, přátelsky a optimisticky.
4. Pohybuje se sám bez výzvy.
5. Zapojuje se do činností domova důchodců.
6. Má záliby, kterým se věnuje.
7. Vykonává práce a účastní se akcí v domově důchodců.
8. Vykonává funkce ve společenských organizacích.

Zhoršená adaptace má tyto charakteristiky:

1. Senior spolupracuje s personálem jen na výzvy.
2. S obyvateli nekomunikuje, ale zůstává v jejich společnosti.
3. Neprojevuje aktivně zájem o okolí.
4. Je občas podrážděný, plačtivý, pesimistický.
5. Občas nemá chuť na jídlo, někdy ho odmítá.
6. Pohybuje se jen na výzvu.
7. O činnosti se nezajímá, zjevně je odmítá.
8. Nemá žádné záliby.
9. Nevkonává práce a neúčastní se akcí domova důchodců.
10. Nemá funkce, ale je členem společenských organizací.

Kritéria nedostatečné adaptace:

1. Senior nespolupracuje s personálem.
2. Vyhybá se obyvateľům a nemá zájem o okolí.
3. Je trvale apatický, depresivní, náladový.
4. Odmítá jídlo často nebo trvale.
5. Odmítá se pohybovat.
6. O činnosti v domově se nezajímá a zjevně je odmítá.
7. Nemá záliby a nechce se ničemu učit.
8. Nechce a zjevně odmítá vykonávat práce a účastnit se akcí v domově důchodců.
9. Není členem ani funkcionářem společenských organizací.

1.5.3 Úloha sestry při adaptaci na institucionální péči

Sestra při adaptaci na institucionální péči má nezastupitelnou úlohu. Je jednou z těch, která se nejčastěji s klienty setkává. Na seniory působí jako osobnost, která je ošetřuje, ale zároveň jako člen jejich komunity. Celou svojí osobností, verbálními i neverbálními projevy, humánním přístupem ovlivňuje průběh adaptace.

Dobrým lékem podávaným při adaptaci je vždy dobré slovo, úsměv a porozumění ze strany ošetrovatelského týmu.

Adaptační program a aktivity personálu:

- Opatření u těch, kteří se cítí opuštění nebo mají sklon k suicidii
- Prevence iatrogenních poruch
- Motivovat na činnost
- Povzbuzovat k pozitivnímu myšlení, k hledání nové perspektivy
- Pomalu přecházet od jednodušších činností ke složitějším, či klientům pomoci získat cíl do budoucnosti
- Motivovat na aktivní tělesné cvičení přiměřené věku a schopnostem
- Povzbuzovat k práci s různými materiály
- Nabízet účast na besedách a hrách
- Podporovat aktivní účast příbuzných, zapojit je do činností, zintenzivňovat kontakt seniora s nimi
- Sledovat úroveň adaptace klienta celkově v procesu péče o něho

- Pozorování chování klientů a jejich adaptace na jednotlivé stresové situace
- Aktivní naslouchání klientům, když jsou ochotni svěřit se se svými pocity a prvními zkušenostmi ve změněných podmínkách. Podpořit ho, aby v kolektivu nadále zůstal sám sebou, aby nepotlačoval svoje osobní hodnoty a sebevědomí
- Pracovní činnost - podpora vlastní tvorby a osobních zálib, práce v zahradě
- Všestranná pomoc v adaptačním procese
- Skupinová terapie o společných problémech s geriatrem a psychologem
- Rehabilitace - masáže
- Účast na kulturních programech
- Komunikace s obyvateli zapojenými do adaptačního programu a o jejich pocitech, úrovni pozitivního naladění a o chtění žít v daném prostředí

(Janosiková et al.,1999)

Realizační možnosti v domovech důchodců podle Malusové (2004) :

1. Orientovat se na relaxační techniky zvládání stresu. Vyškolit některé členy týmu v relaxačních technikách, aplikovat je hlavně u emocionálně citlivých klientů trpících chronickou či nevléčitelnou nemocí .
2. Udržovat neustálý dialog s klienty, s rodinou, to napomáhá správně pochopit a splnit potřeby klienta.
3. Aplikovat možné postupy na zvládání chronické bolesti.
4. Využívat muzikoterapii, jelikož určitý druh hudby pomáhá redukovat strach, úzkost a snižuje napětí.
5. Začlenit do programu i pohybovou a taneční terapii.
6. Organizovat programy, při kterých se senior dostane i do jiného prostředí, např.pobyt v přírodě, exkurze.
7. Zkvalitnit přípravu na profesi, hlavně výcvik v potřebných sociálních a komunikačních schopnostech, prevence syndromu vyhoření.
8. Vypracovat programy osobního rozvoje a podpory dalšího vzdělávání pracovníků ze strany zaměstnavatele.

Mezi základní lidské potřeby, které se věkem neztrácejí, patří také uznání lidské důstojnosti. Proto je důležité umožnit seniorům, aby se cítili užitečnými a nezávislymi. I když si senior váží nezávislosti, mezi lidské potřeby patří také vzájemná závislost, která znamená dávat, brát i přežívat.

1.6 Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou

Pro šetření si autorka vybrala Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Jde o moderní tříposchodovou budovu, která je umístěna v obytné části města, odkud není daleko do přírody ani do centra městečka. Kapacita domova je 88 míst. V současné době je domov využit ze 100 %. Obyvatelé bydlí na jednolůžkových či dvoulůžkových pokojích s balkónem a vlastním sociálním zařízením. Vybavení pokoje tvoří moderní dřevěné lůžko, noční stolek, polička, skříň a jídelní stůl se židlemi. Na každém patře je k dispozici obyvatelům kuchyňka, koupelna s vanou, denní místnost s televizí. V přízemí budovy se nachází správní úsek, recepce, tělocvična, společná jídelna, kuchyň a prádelna. V posledním patře, kde jsou soustředěni obyvatelé se zvýšeným dozorem či péčí, je umístěna pracovní sestra. Každé patro má svou barvu, což slouží k lepší orientaci seniorů v budově.

Zdravotnický personál tvoří 9 zdravotních sester a 9 ošetřovatelek, které pracují v třísměnném provozu pod vedením staniční a vrchní sestry. Lékařská služba je obyvatelům k dispozici 2x týdně. V případě akutně vzniklého stavu zajišťuje lékařskou pomoc pohotovostní a záchranná služba. K dispozici je v budově také ambulantní služba očního a chirurgického lékaře. Dále se na péči obyvatel podílí pan ředitel, ekonom, sociální pracovníce, stravovací a další pomocný personál. Celkem v domově pracuje 47 zaměstnanců. Věkové rozmezí obyvatel se pohybuje od 56 do 94 let. V současné době žije v domově 53 žen a 35 mužů. Obyvatelé hradí za pobyt průměrně 8100 Kč měsíčně.

Obyvatelé se zde řídí domovním řádem, který je následující:

Snídaně.....	7:30 hodin
Oběd.....	11:30 hodin
Večeře	18:00 hodin

Připomínky, stížnosti či návrhy mohou řešit i anonymně, kde znění vhodí do označené schránky. Návštěvy jsou neomezeně každý den. Volný čas mohou obyvatelé trávit podle svého uvážení, jak v domově, tak i mimo něj. Pro ty, kteří se rozhodli trávit volný čas v domově, sestavují každý den sociální pracovníce aktivizační programy- ruční práce, společenské hry, čtení, práce s hlínou, taneční terapie a muzikoterapie, trénink paměti, společné vycházky, maskarní bál nebo kavárničky se známou osobností. Tyto programy mohou obyvatelé dle svého zájmu navštívit. Dále mají obyvatelé možnost využívat služby externích pracovníků jako je holič, kadeřnice, masér, pedikérka či služby kněze.

2. Empirická část

2.1 Předmět výzkumu

Výzkum je zaměřen na zjištění kvality života a schopnost seniorů zadaptovat se v prostředí domova pro seniory.

2.2 Výzkumný problém

Jaké nejčastější problémy jsou spojené s pobytem a adaptací seniorů v domově důchodců.

2.3 Cíle a úlohy výzkumu

1. Zjistit, jaká je adaptace klientů a tím spojená jejich kvalita života v domově důchodců
2. Poukázat na problémy při adaptaci
3. Zjistit, či se klienti věnují zájmovým činnostem a jsou motivováni k jejich vykonávání ošetřovatelským týmem
4. Poukázat na mezilidské vztahy a formy řešení osobních problémů

Na základě cílů jsem si stanovila úlohy pro výzkum

1. Prostudovat literaturu k problematice kvality života ve staří
2. Sestavit otázky
3. Najít vhodnou skupinu klientů pro výzkumnou část
4. Analyzované údaje poskytnout domovu důchodců

2.4 Hypotézy výzkumu

1. Polovina klientů se do roka v domově důchodců přiměřeně zadaptuje
2. Domov důchodců týdně připravuje pro své klienty společná střetnutí a programy
3. Většina klientů považuje za nejdůležitější hodnotu pro zachování pocitu spokojeného života soběstačnost
4. U většiny klientů se nenaplnila představa o současném prožívání stáří

2.5 Metodika a technika výzkumu

Za hlavní metodu jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor pro klienty v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou, který obsahuje 26 otázek.

Otázky jsou zaměřené:

- na osobní charakteristiku klientů
- na subjektivní vnímání
- zjištění míry soběstačnosti
- zjištění délky adaptace, na problémy s adaptací související
- zjištění zájmových činností, motivování ošetřovatelským týmem
- zjištění preferování zájmových činností a pohybové aktivity
- zjištění frekvence společenských střetnutí, programů
- zjištění úrovně poskytovaných služeb a spokojenosti s ošetřovatelským týmem
- zjištění mezilidských vztahů v domově a formy řešení osobních problémů
- zjištění frekvence návštěv , účast na náboženských obřadech

Vedení rozhovoru bylo u klientů, kteří s ním dobrovolně souhlasili, většinou na pokoji. Po celou dobu vyplňování jsem se účastnila a převládalo pozitivní klima. Na nesrovnalosti, nejasnosti či nesrozumitelnosti otázek jsem odpovídala, či se osobně dotazovala. Ke zjednodušení a lepší srozumitelnosti jsem si vypracovala možnosti odpovědí, které při nejasnostech jsem nabízela.

2.6 Charakteristika souboru a technika zpracování výsledků výzkumu

Soubor tvoří 36 klientů z Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Získané informace z rozhovoru jsem se snažila názorně zpracovat do grafů s komentářem. Použila jsem také u většiny položek několik náhodně vybraných osobních výroků respondentů.

Dále byly analyzovány cíle a hypotézy, podle kterých byly stanoveny návrhy pro praxi.

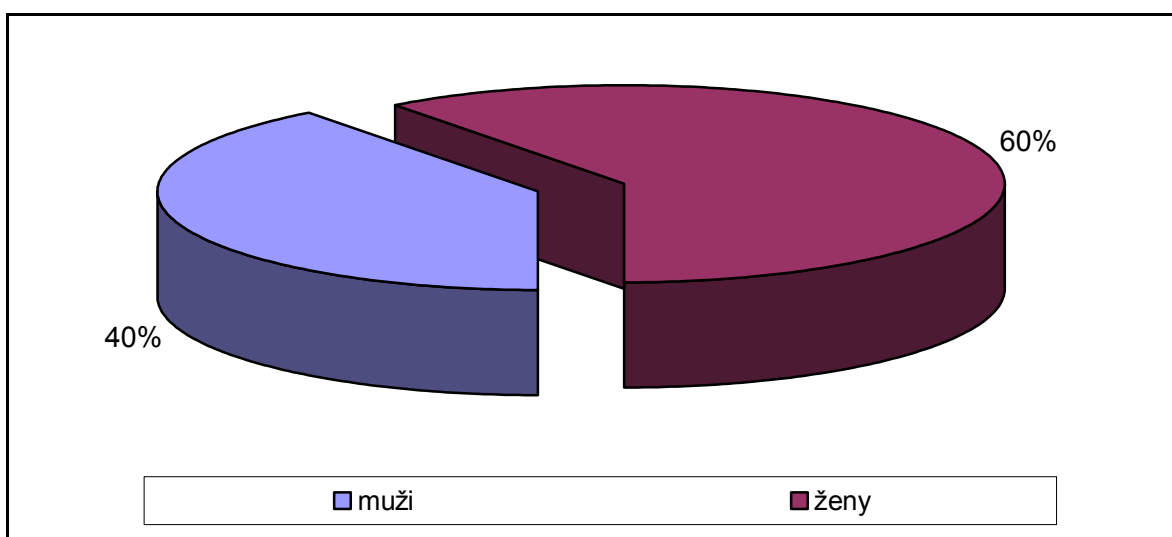
2.7 Vyhodnocení a interpretace výsledků výzkumu

Ze souboru náhodně vybraných 36 respondentů jsme měli v našem průzkumu 55% (20) žen a 45% (16) mužů.

Graf č.1 zobrazuje celkový počet obyvatel Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde momentálně mají 60% (53) žen a 40 % (35) mužů.

Graf č.1

Zastoupení obyvatel v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou podle pohlaví



Výsledky polostrukturovaného rozhovoru

Položka č. 1: „*Jak Vám mohu říkat?*“

Odpovědi respondentů na položku č. 1

Komentář: Z 20 dotazovaných žen si přálo 8 žen oslovovat křestním jménem a 12 z nich příjmením. Z 16 dotazovaných mužů si přáli pouze 2 oslovovat křestním jménem a zbytek 14 dotazovaných příjmením.

Položka č. 2: „Kolik je Vám roků?“

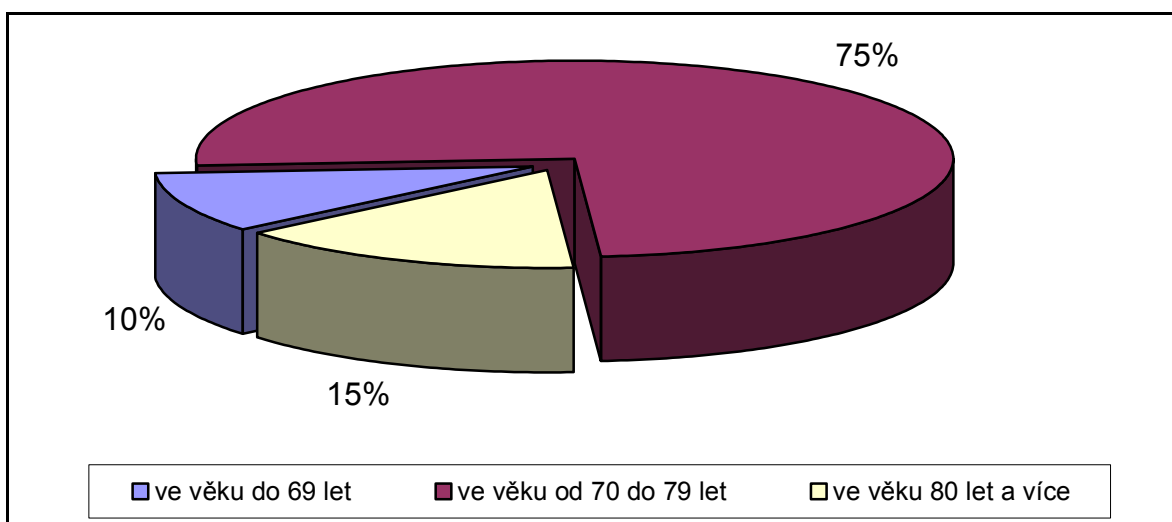
Odpovědi respondentů na položku č. 2

Komentář: Na přelomu 19. a 20. století byl průměrný věk člověka okolo 40 let. Dnes uvádí gerontologové, že průměrný věk přesahuje 70 roků. Mezi našimi respondenty bylo ze

- souboru 20-ti žen - 10% (2 ženy) ve věku do 69 let
- 75% (15 žen) ve věku do 79 let
- 15% (3 ženy) ve věku 80 a více let

Graf č.2

Zastoupení žen podle věku

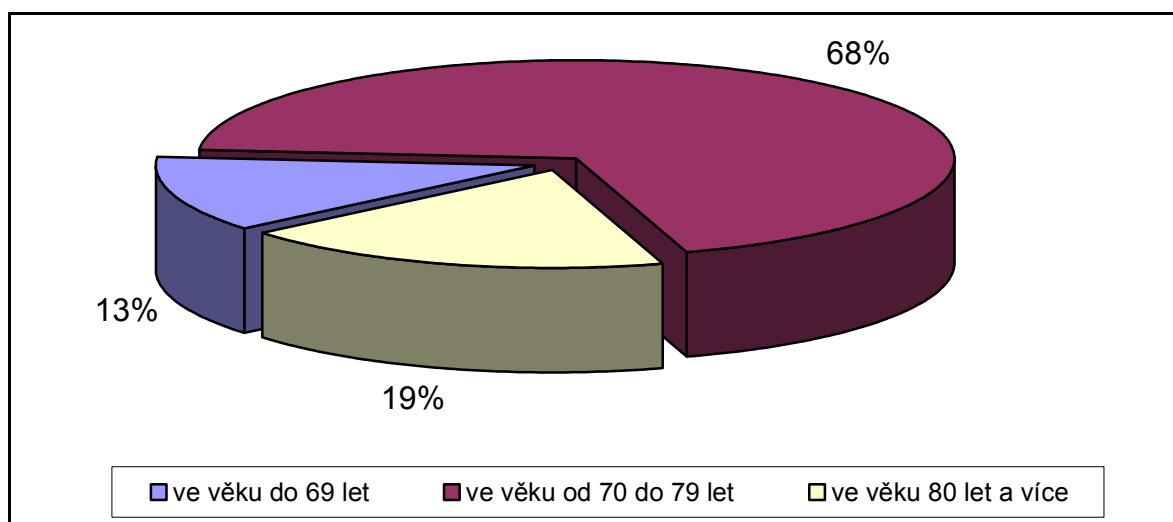


Komentář: Na přelomu 19. a 20. století byl průměrný věk člověka okolo 40 let. Dnes uvádí gerontologové, že průměrný věk přesahuje 70 roků. Mezi našimi respondenty bylo ze souboru 16-ti mužů

- 13% (2 muži) ve věku do 69 let
- 68% (11 mužů) ve věku do 79 let
- 19% (3 muži) ve věku 80 a více let

Graf č.3

Zastoupení mužů podle věku



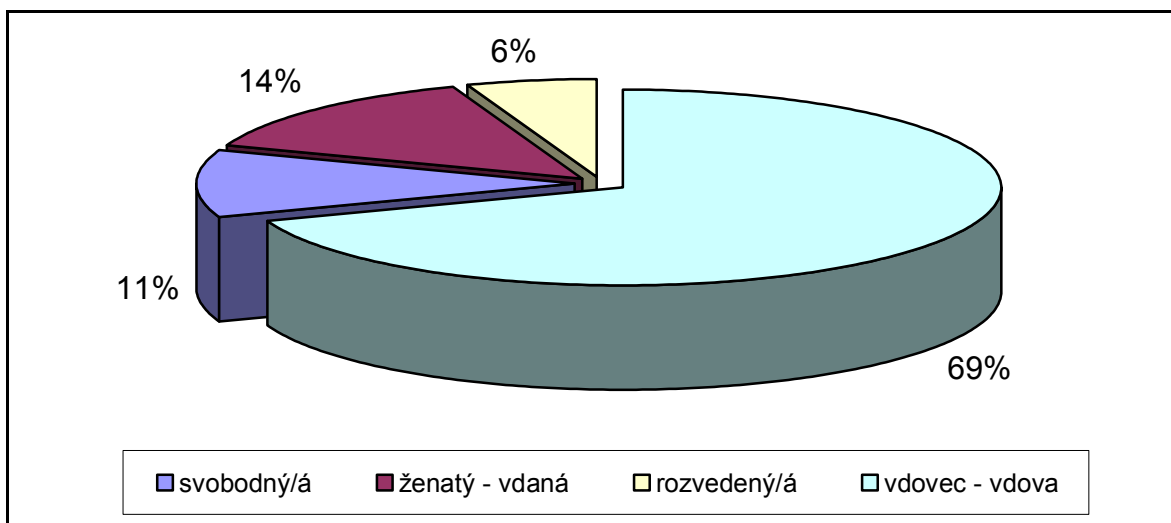
Položka č. 3: „*Jaký je Váš stav?*“

Odpovědi respondentů na položku č. 3

Komentář: Rodina je základní buňkou společnosti. Tato touha je i u většiny našich respondentů. Z 36 respondentů zůstalo 11% (4 osoby) svobodných, 14% (5 osob) bylo ženatých či vdaných , 69% (25 osob) dotazovaných bylo ovdovělých a 6% (2 osoby) rozvedených.

Graf č.4

Zastoupení respondentů podle rodinného stavu



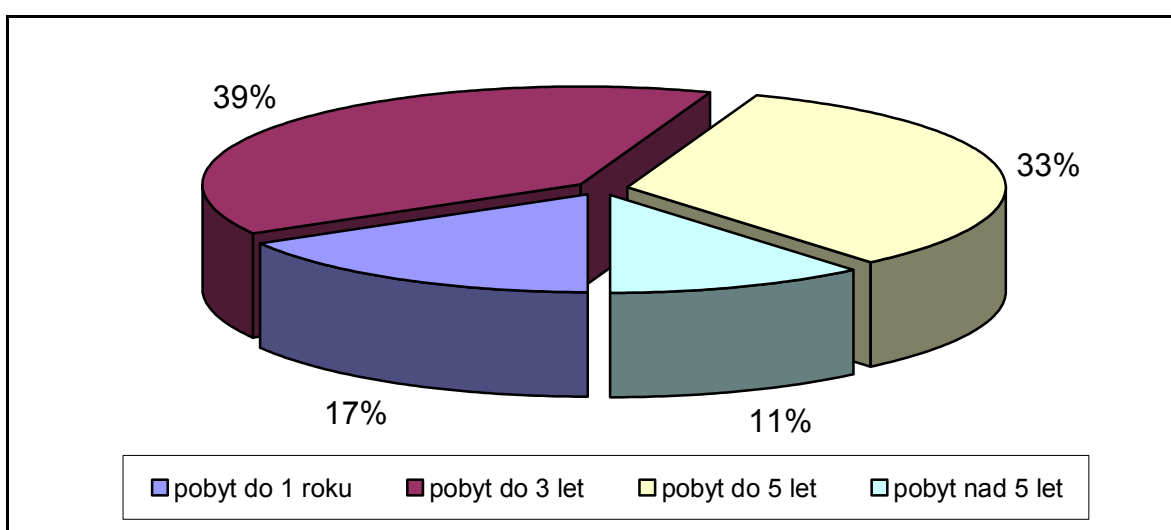
Položka č. 4: „*Jak dlouho už jste tady?*“

Odpovědi respondentů na položku č. 4

Komentář: Mezi našimi respondenty bylo 17% (6 osob) s pobytem do jednoho roku, 39% (14 osob) s pobytem do 3 let, 33% (12 osob) s pobytem do 5 let a 11% (4 osoby) bylo již více jak 5 let v domově pro seniory.

Graf č.5

Zastoupení respondentů podle délky pobytu



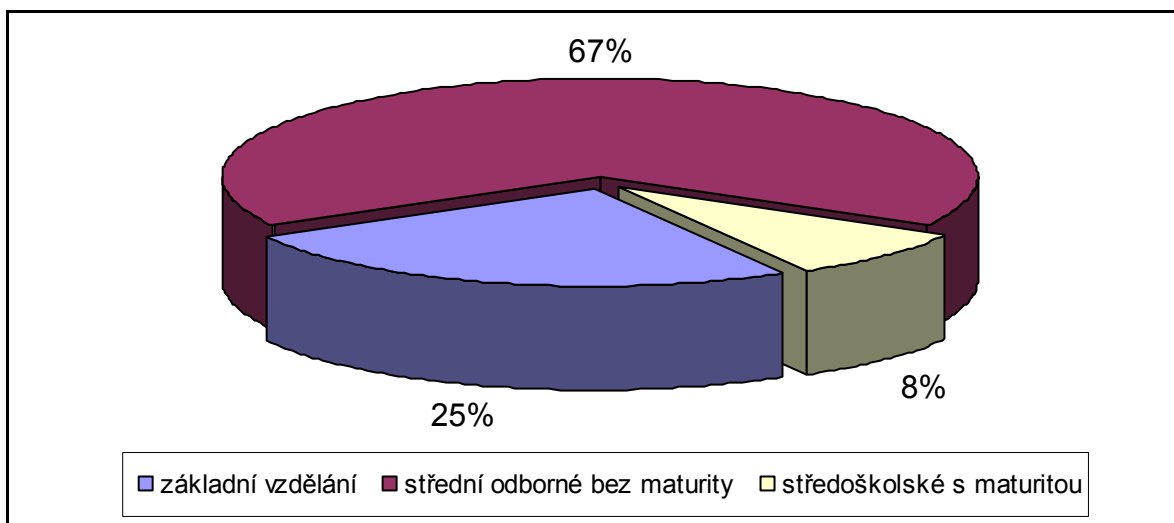
Položka č. 5: „*Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*“

Odpovědi respondentů na položku č. 5

Komentář: U zkoumaného vzorku našich respondentů mělo 25% (9 osob) základní vzdělání, 67% (24 osob) respondentů mělo vzdělání střední odborné bez maturity a 8% (3 osoby) mělo středoškolské vzdělání s maturitou. Vysokoškolského vzdělání nedosáhl z celkového počtu 36 dotazovaných žádný respondent.

Graf č.6

Zastoupení respondentů podle vzdělání



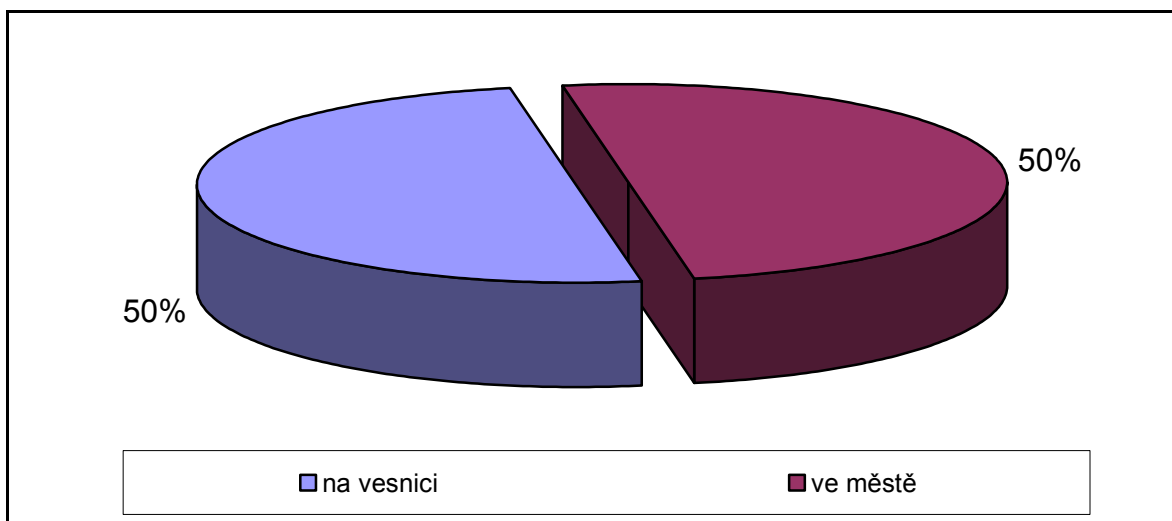
Položka č. 6: „Před odchodem do domova důchodců jste žil/a kde?“

Odpovědi respondentů na položku č. 6

Komentář: Z těchto výsledků vyplývá, že přesně polovina respondentů 50% (18 osob) žila před odchodem do domova důchodců na vesnici, všichni v rodinném domku. A polovina 50% (18 osob) dotazovaných ve městě. Z toho dva v rodinném domku, zbytek v bytech.

Graf č.7

Zastoupení respondentů podle pobytu před odchodem do domova pro seniory



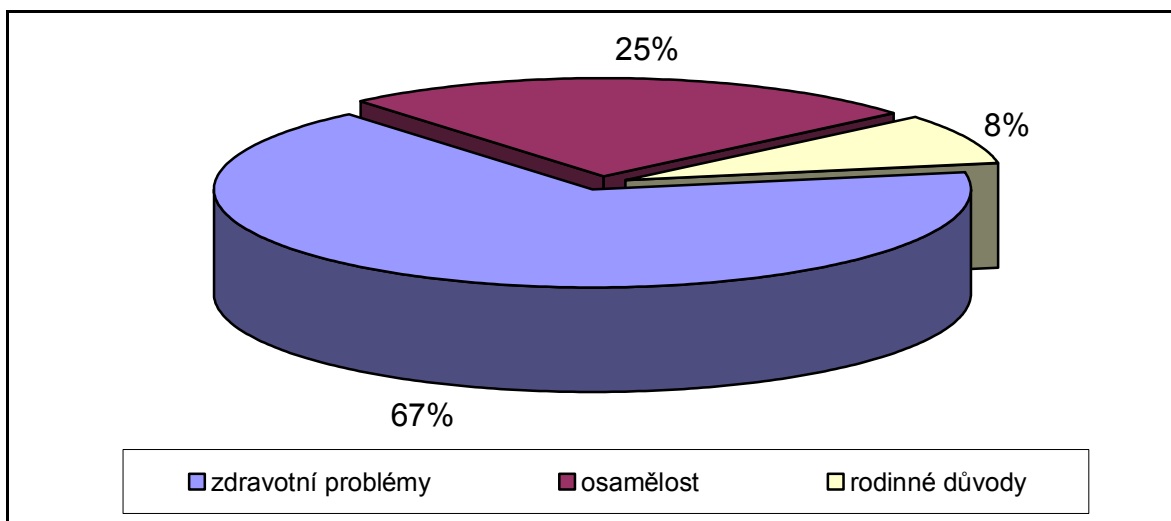
Položka č. 7: „*Jaké důvody Vás vedly k pobytu v domově důchodců?*“

Odpovědi respondentů na položku č. 7

Komentář: Nejčastějším důvodem k pobytu v domově důchodců byly zdravotní problémy, ty uvedlo 67% (24 osob) respondentů, 25% (9 osob) respondentů uvedlo osamělost, z toho 14 % (5 osob) osamělost po ztrátě partnera, a 8% (3 osoby) respondentů uvedlo rodinné důvody.

Graf č.8

Důvody příchodu respondentů do domova pro seniory



Výroky respondentů

Rodinné důvody:

- „víte, bylo nás tam už hodně“
- „hodně jsem pil, tak jsem skončil na psychiatrii. Pak jsem byl ve Smrčné v domově důchodců a teď jsem tady. Je mi tady dobře. Víte, bratři mě nechtějí vidět, nechtěli mě ani doma, a já je vlastně taky ne...odmlka... „třásl se mi ruce, ale už se tolik netřesou“
- „víte, syn má už 3 děti, tak bylo málo místa “

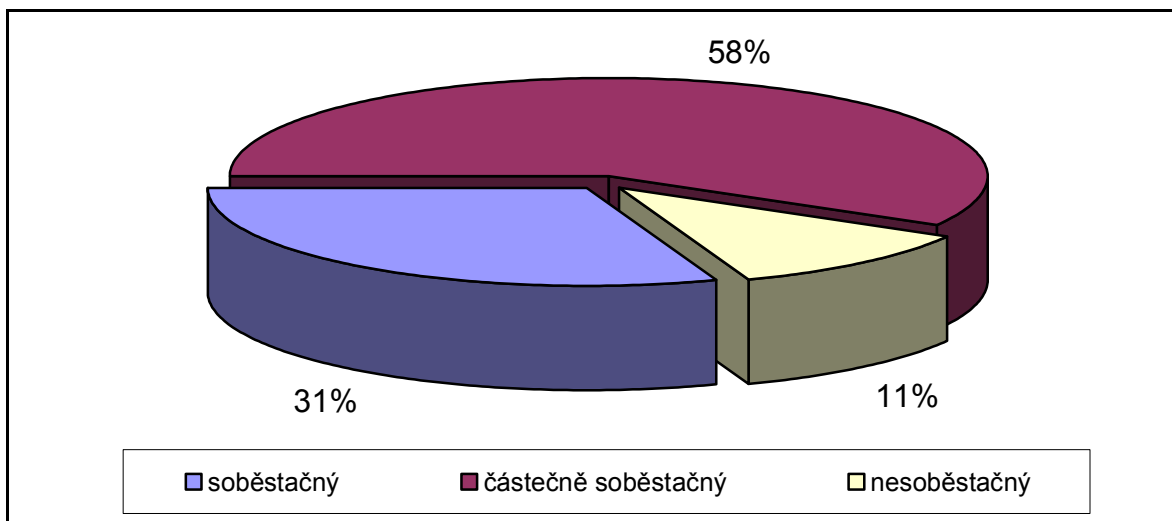
Položka č. 8: „Do jaké míry jste soběstačný?“

Odpovědi respondentů na položku č. 8

Komentář: Senioři jsou často odkázáni na pomoc jiných, ve zkoumaném vzorku byla následná míra soběstačnosti – 11% (4 osoby) respondentů bylo nesoběstačných při všech výkonech, 58% (21 osob) respondentů bylo částečně soběstačných, používají kompenzační a protetické pomůcky, berle, vozíky, potřebují pomoc druhých při běžných výkonech. 31% (11 osob) respondentů bylo plně soběstačných.

Graf č.9

Soběstačnost



Položka č. 9: „*Jak dlouho jste se adaptoval/a na pobyt v domově důchodců?*“

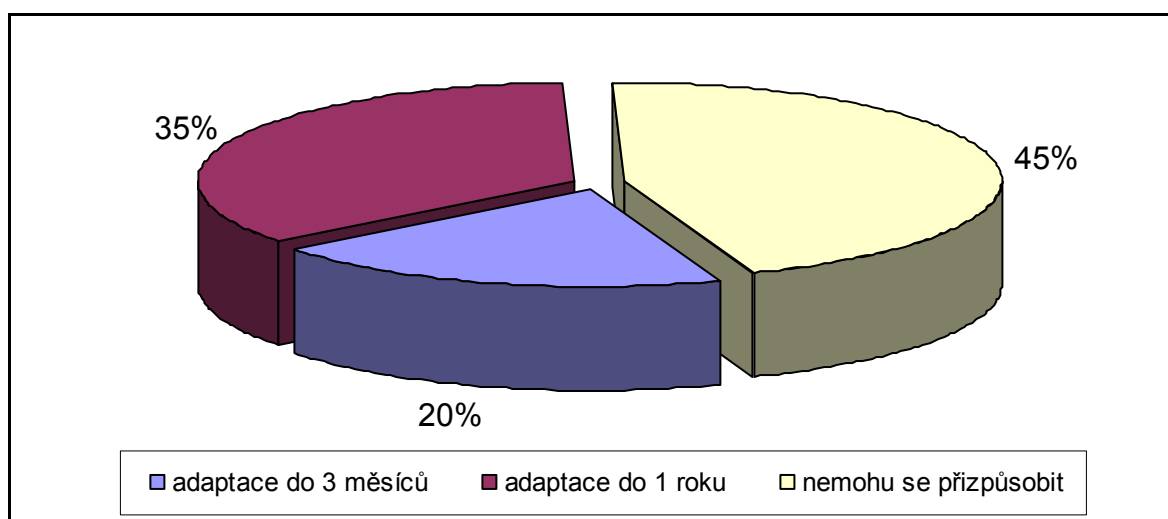
Odpovědi respondentů na položku č. 9

Komentář: Adaptace je zajímavá vlastnost všeho živého na zemi. Když je člověk mladý dokáže se rychleji vypořádat s různými změnami v životě. Ve stáří je to již složitější, což potvrzuje i výzkum. Z výzkumu také vyplývá, že se hůře adaptovaly ženy. Zde k této položce jsem použila pomocných odpovědí.

Z 20-ti dotazovaných žen se 20% (4 ženy) zadaptovalo do 3 měsíců a méně, 35% (7 žen) do jednoho roku a 45% (9 žen) uvedlo, že se nemohou prostředí domova přizpůsobit.

Graf č.10

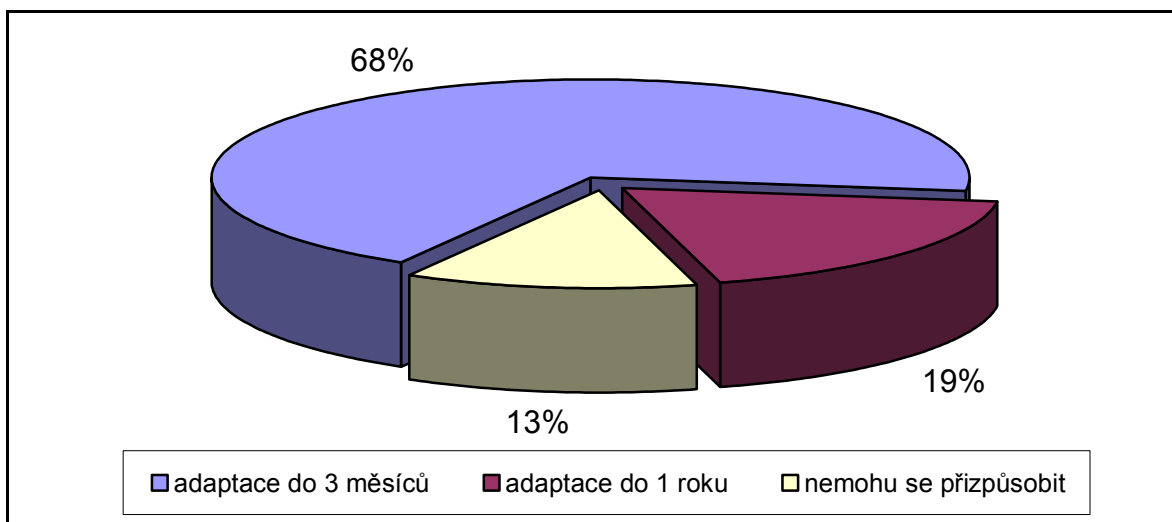
Adaptace žen na pobyt



Komentář: Z 16-ti dotazovaných mužů se 68% (11 mužů) zadaptovalo hned, tedy do 3 měsíců i méně, 19% (3 muži) do jednoho roku a 13% (2 muži) uvedlo, že si nemohou zvyknout, nemohou se přizpůsobit.

Graf č.11

Adaptace mužů na pobyt



Výroky respondentů

- „člověk ,víte, si zvykne na všechno, musí, ale je tady čisto, uklizeno, máme čisté prádlo a v pořádku vrácené, jídlo je tady taky dobrý“
- „ zvyknete si, musíte, jsou tady různé programy, sestřičky jsou hodný a co potřebujeme tady máme“
- „víte jsem tady od Světlé, tak to tady znám, dojdu si do města, nakoupit, pro pívko, vyhovuje mi to tady. Jídlo, čisté prádlo, uklizeno mám, co mi chybí“
- „ ,víte, co mohu dělat, doma bylo doma, musím to tady nějak přečkat, ale chtěla bych domů. Vím, že to nejde, nezvyknu si tady...“

Položka č. 10: „Co Vám způsobovalo nejvíce problémů na začátku pobytu?“

Odpovědi respondentů na položku č. 10

Komentář: Při této otázce bylo zjištěno, že největší problémy měli respondenti, kteří byli přijímáni na dvoulůžkové pokoje. Kde přítomnost spolubydlicího způsobovala respondentům největší problém. A to více ženám než mužům.

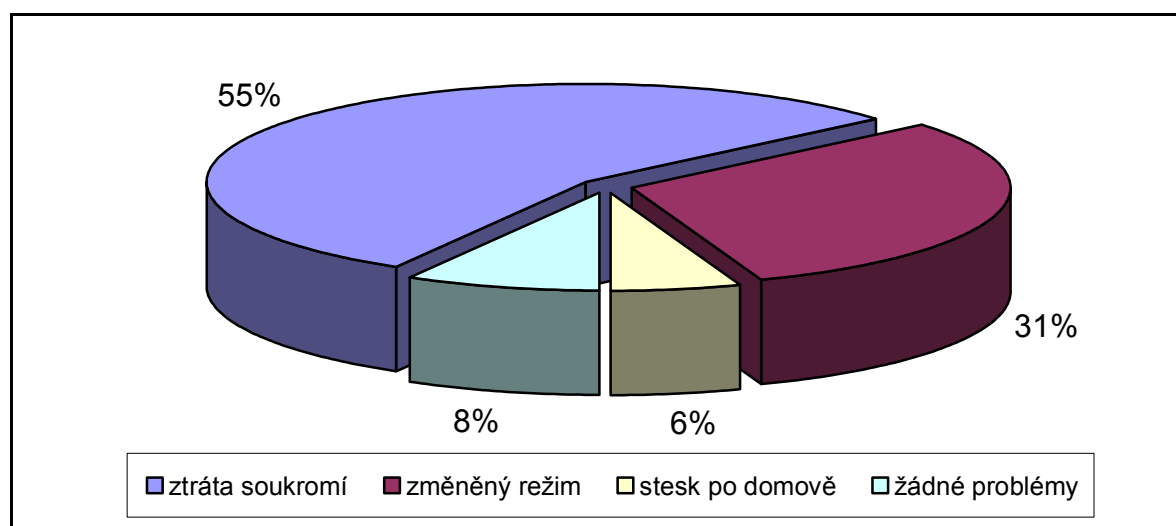
Tento problém spolubydlicí na pokoji, a tím ztrátu soukromí, uvedlo 33% (12 žen). 14% (5 žen) uvedlo za problém ztrátu soukromí z důvodu jiné osoby, např. personálu. 3% (1 žena) uvedla změněný režim dne a 6% (2 ženy) stesk po domově.

Mužům způsobovalo problém přítomnost spolubydlicího jen v 8% (3 mužům), ale 28% (10 mužů) uvádělo problém změněného režimu dne. 8% (3 muži) uvedlo, že s ničím problémem neměli, prostě si zvykli.

Z celkového počtu respondentů ztrátu soukromí uvedlo 55% (20 osob), změněný režim 31% (11 osob), 6% (2 osoby) stesk po domově a 8% (3 osoby) nemělo s ničím problémem.

Graf č.12

Problémy na začátku pobytu



Výroky respondentů

- „nejtěžší bylo, že jsme byly na pokoji ve dvou, spolubydlicí měla stále návštěvy, skoro denně někdo chodil, neměla jsem žádné soukromí, pořád tady někdo byl, to nebylo normální, nyní jsem sama a moc mi to vyhovuje“
- „je těžké si zvyknout, že sem někdo chodí, nosí prádlo, léky a tak.... doma je doma“
- „nic, žádný problém nevím“

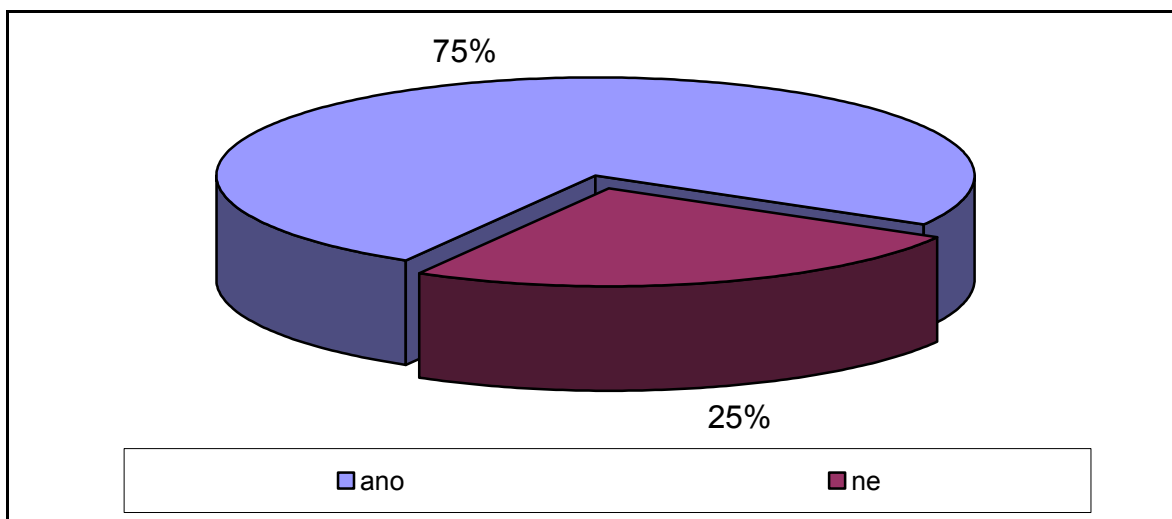
Položka č. 11: „Pocítili jste podporu ošetřovatelského týmu na začátku pobytu?“

Odpovědi respondentů na položku č. 11

Komentář: Podpora ošetřovatelského týmu hned od začátku pobytu je moc důležitá. 75 % (27 osob) uvedlo, z toho 44% mužů (16 mužů) a 31% žen (11 žen), že ano, že jim personál pomohl si zvyknout. 25% (9 žen) uvedlo ne, že nepocítilo podporu ošetřovatelského týmu na začátku pobytu v domově pro seniory.

Graf č.13

Podpora od ošetřovatelského týmu



Výroky respondentů

- „pomáhali mi hodně, jsou moc tady hodní, pan ředitel, sestřičky, všichni“
- „ vynikající, všechna chvála mimořádně “
- „ ano, jsou hodní všichni “
- „ proč, nic jsem nepotřebovala “
- „ ale jo, šlo to “
- „ ale jo, starali se “
- „ nemohla jsem si zvyknout, že se o mě někdo stará a neudělám si to sama “
- „ ne, proč, nic jsem nepotřebovala“
- „ ne, moc ne“

Položka č. 12: „*Jakým zájmovým činností se věnujete přes den ?*“

Odpovědi respondentů na položku č. 12

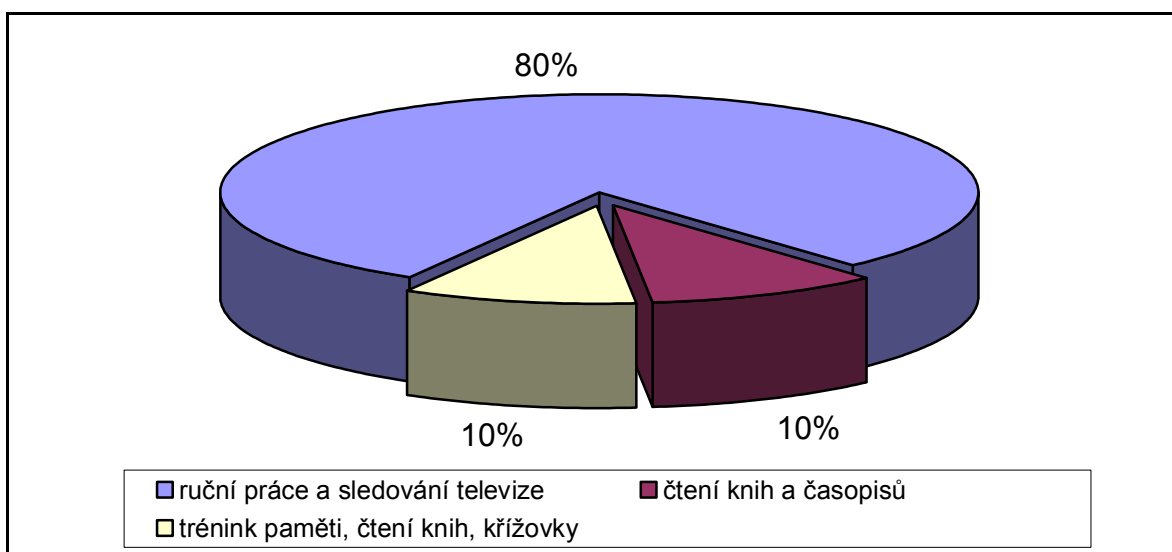
Komentář: Zeslábnutí zrakové a sluchové vnímavosti často odpoutává člověka od života a znemožňuje mu trávit volné chvíle tak, jak by chtěl. Na celou osobnost seniora pak působí negativně, když nemá svůj denní program. Prázdný prostor zaplňuje ubíjející nečinnost, která má negativní vliv.

Průzkum nám ukázal, že jsou rozdíly zájmových činností u mužů a u žen.

Většinu žen 80% (16 dotazovaných) baví nejvíce ruční práce a sledování televize. 10% (2 ženy) uvedlo, že je baví hlavně čtení knih a časopisů. 10% (2 ženy) uvedlo trénink paměti, čtení knih a křížovky.

Graf č.14

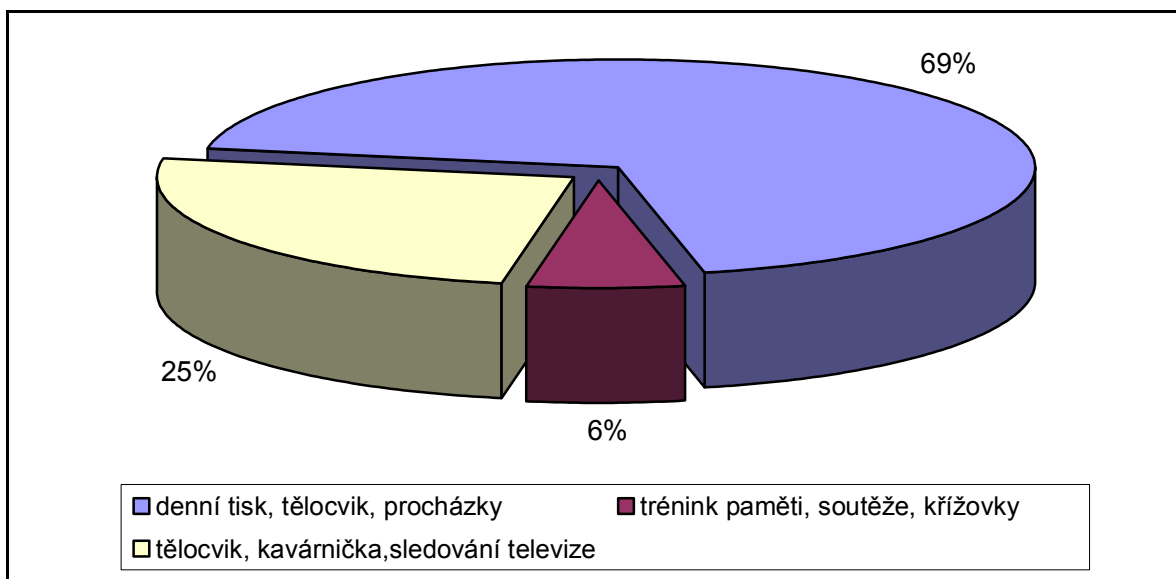
Zájmové činnosti žen



Komentář: 69 % mužů (11 dotazovaných) uvedlo čtení denního tisku, tělocvik, procházky. 6 % (1 muž) uvedlo křížovky, soutěže, trénink paměti. 25 % (4 muži) uvedlo tělocvik, kavárničku, sledování televize.

Graf č.15

Zájmové činnosti mužů



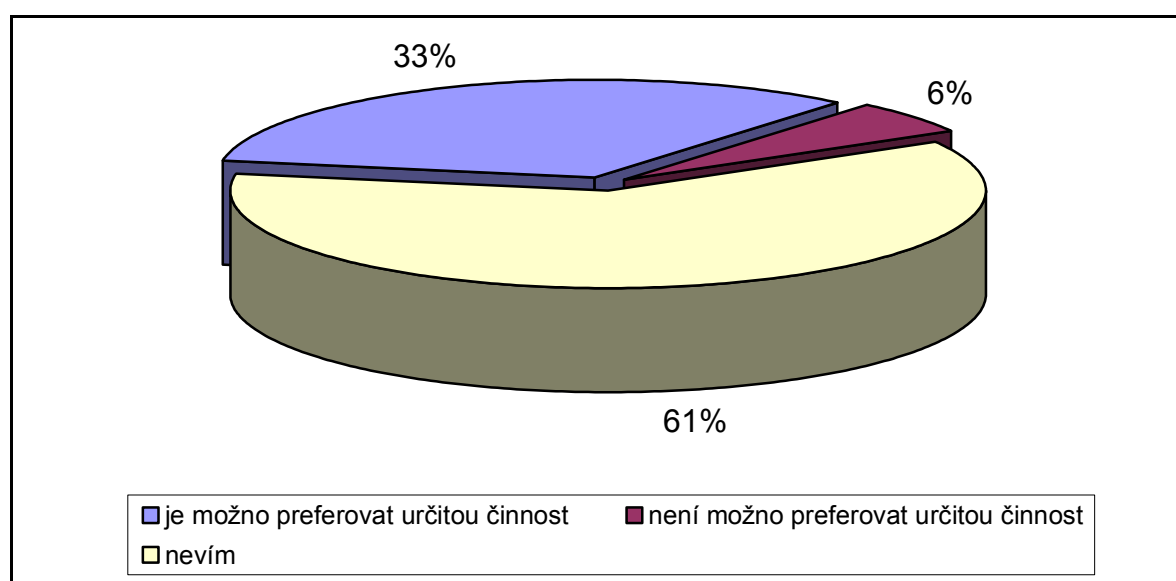
Položka č. 13: „Je ve Vašem domově důchodců možnost upřednostňovat určitou činnost?“

Odpovědi respondentů na položku č. 13

Komentář: 61% (22 respondentů) opovědělo neví, 33% (12 respondentů) uvedlo, že je možnost preferovat činnosti, 6% (2 respondenti) odpovědělo, že tuto možnost nemají.

Graf č.16

Možnost upřednostňovat určitou činnost



Výroky respondentů

- „nevím, neumím to posoudit“
- „nevím, přizpůsobit se režimu“
- „kdybych chtěl, ta možnost tady je“
- „je toho tady hodně, není již, co mít tady navíc, ale možnost tady je“
- „tady je těžké něco chtít, něco si přát, možnost by byla, nedá se to však tady uskutečnit, lidé jsou zde většinou po pokojích, je to tady takové primitivní“
- „ne, není“

Položka č. 14: „Jste motivováni k vykonávání zájmových činností ošetřovatelským týmem?“

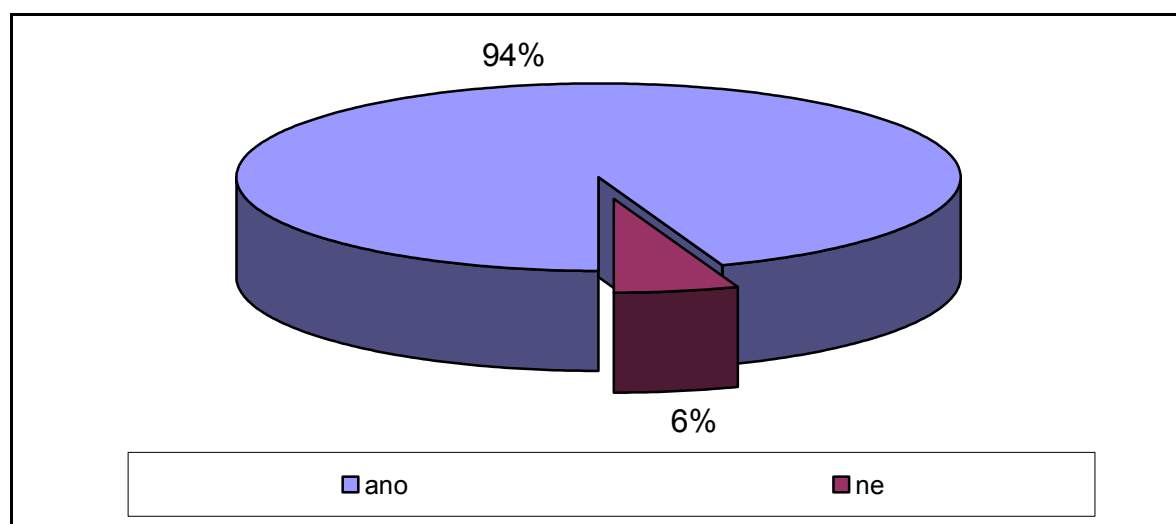
Odpovědi respondentů na položku č. 14

Komentář: Někdy to vypadá tak, že se u seniora dřívější zájem o cosi a kohosi mění na nezájem. Přesto však senioři touží po seberealizaci, jen někdy jim chybí správná motivace k činnosti od ošetřovatelského týmu.

Avšak zde 94% (34 osob) zastává názor, že jsou motivováni ošetřovatelským týmem k vykonávání zájmových činností. 6% (2 osoby) zastává názor, že motivováni nejsou.

Graf č.17

Motivace ošetřovatelským týmem



Výroky respondentů

- „ano, jsme motivováni, naposledy jsme dělali kuličky z krepového papíru na obrázky, baví mě to“
- „ano, chodí a zvou nás“
- „motivováni jsme, zvou nás, ale nechodím, je to divný“
- „jsme, chodíme cvičit, hrát kuželky, šipky, mám diplomy“
- „přijdou, odvedou nás tam, ano jsme“
- „ne, myslím si, že ne“

Položka č. 15: „*Jaké jiné možnosti by jste přivítali v domově důchodců?*“

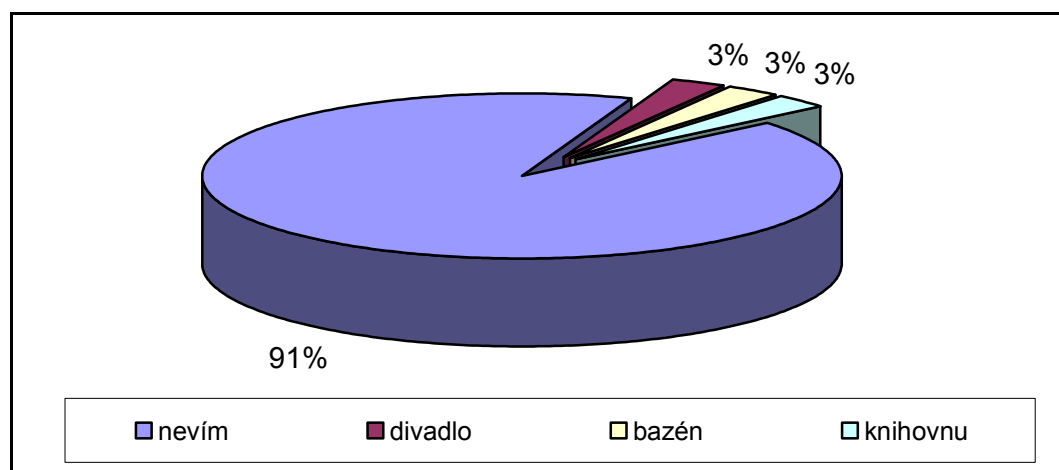
Odpovědi respondentů na položku č. 15

Komentář: Nové možnosti a realizace činností zkvalitňují život. Většina respondentů je v Domově pro seniory zcela spokojených. Mají pěknou tělocvičnu, mají počítačovou místnost, možnost dojit si na masáže či ke kadeřníkovi.

91% (33 respondentů) neví, jaké jiné možnosti ještě přivítat, 3% (1 respondent) by přivítalo divadlo, 3% (1 respondent) bazén a 3% (1 respondent) knihovnu.

Graf č.18

Nové možnosti v domově pro seniory



Výroky respondentů

- „divadlo by se mi líbilo“
- „nevím, už to člověka ani nebaví, je toho tady tolik, musel bych být mladší“
- „nevím, je toho zde hodně, není už zde nic, co chtít navíc“
- „možná bazén“
- „nic, nevím“
- „nic není potřeba“
- „větší zájem o četbu, o knížky, umět si o nich promluvit, přijít si na své, mít knihovnu, víte materiál těch lidí zde, je takový selský, prostý, nepřihlásili by se“

Položka č. 16: „*Jak často se věnujete cvičení?*“

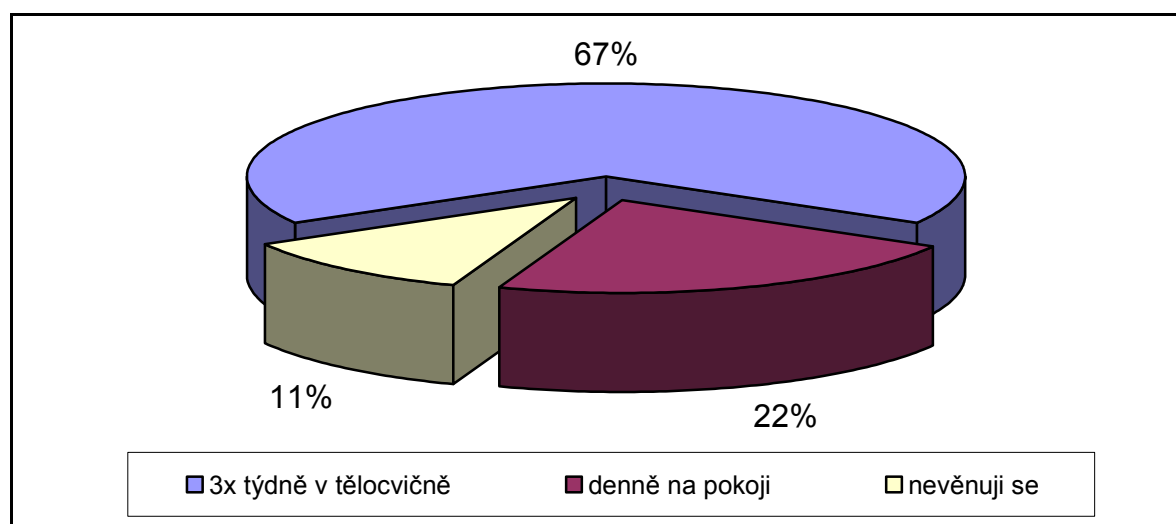
Odpovědi respondentů na položku č. 16

Komentář: Se sníženou pohybovou aktivitou souvisí také vznik nemocí. Pohyb patří mezi základní projevy života.

67% (24 respondentů) uvedlo, že 3x týdně navštěvuje tělocvičnu. 22% (8 respondentů) cvičí denně na pokoji, cvičení v tělocvičně je již pro ně namáhavé. 11% (4 respondenti) uvedlo, že se nevěnují cvičení, jelikož nemohou samostatně vykonávat pohybovou aktivitu ze zdravotních důvodů.

Graf č.19

Cvičení



Výroky respondentů

- „chodím cvičit 3x týdně do tělocvičny“
- „chodím denně po pokoji a cvičím rukama“
- „do tělocvičny už nechodím, bolí mě nohy, chodím po pokoji“
- „3x týdně chodím na hodinu do tělocvičny“
- „chodím denně po pokoji a na procházky“
- „chodím denně po pokoji a cvičím hlavně nohy, tělocvičnu nenavštěvuji“
- „ne věnuji, jsem slabá“

Položka č. 17: „*Jak často máte společná setkání, programy?*“

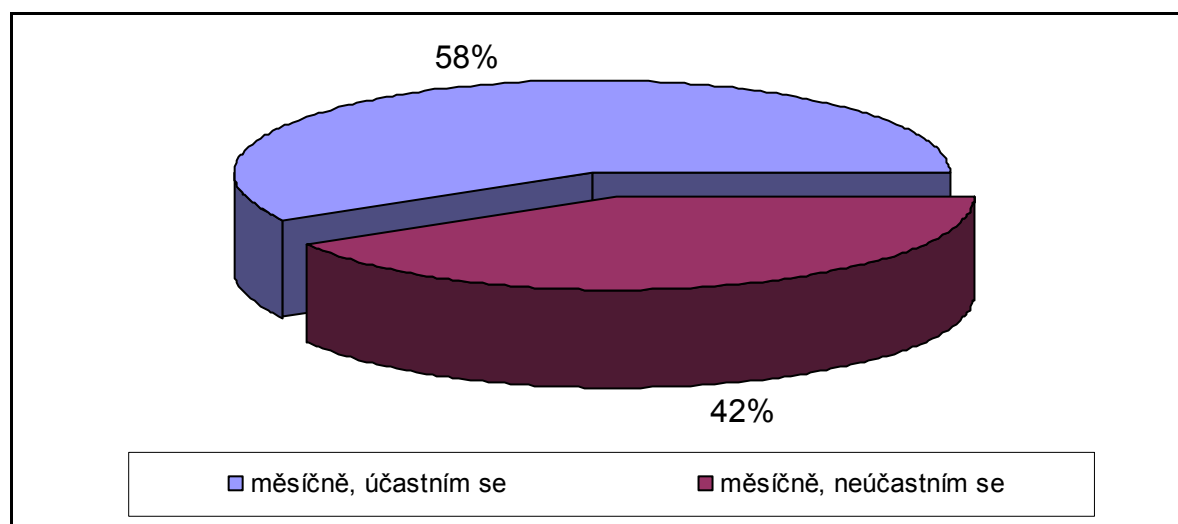
Odpovědi respondentů na položku č. 17

Komentář: Člověk je tvor společenský. Potřebuje si zachovat nejen zdraví, ale především i kontakty s jinými lidmi. Život bez přátel a známých ho často odsuzuje k samotě. Stává se potom většinou uzavřeným, apatickým člověkem, ale i osobou, která je často podrážděná a není s ničím spokojená. Následkem toho bývá i zhoršená adaptace.

Výzkumem bylo zjištěno, že 58% (21 respondentů) se účastní společných setkání jednou měsíčně. 42% (15 respondentů) se neúčastní.

Graf č.20

Společná setkání



Výroky respondentů

- „každý měsíc máme kavárničku, tam si zazpíváme. Nebo něco jiného - grilování,maškarní, přednášky“
- „kavárnička, každý měsíc, taková tichá společnost, to nám také nic nedává, jen se lidé sejdou a zase odejdou, nemají zájem“
- „kavárničku měsíčně,ale neúčastním se“
- „nechodím, máme kavárničku měsíčně s hudbou, ale nechodím“
- „každý měsíc, zazpíváme si“
- „univerzitu, kavárničku měsíčně“
- „neúčastním se ničeho“
- „nechodím, jen na televizi“

Položka č. 18: „*Jste spokojeni s prostředím a místem, kde je Váš domov důchodců umístěný?*“

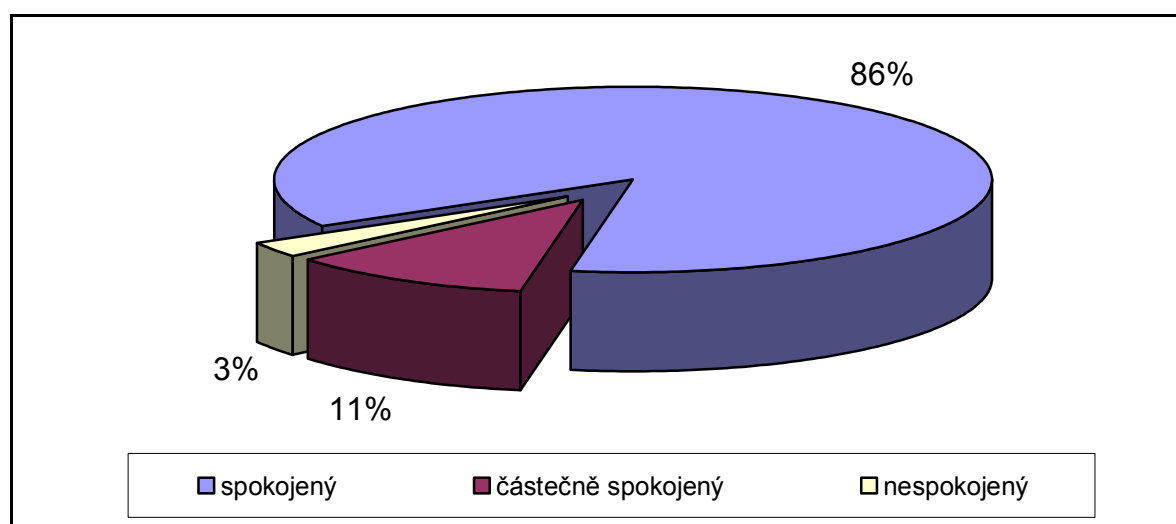
Odpovědi respondentů na položku č. 18

Komentář: Prostředí je to, co nás obklopuje. Vytváří náš domov hezčím a příjemnějším. Zvlášť u seniorů může být upravené prostředí, kvetoucí zahrada v létě a vůně květin blahodárným elixírem pro jejich podzim života.

86% (31 respondentů - 16 mužů a 15 žen) uvádělo, že je velmi spokojeno, neměnilo by lokalitu. 11% (4 ženy) odpovědělo, že to ujde. 3% (1 žena) by uvítalo domov více v přírodě, lokalita se nelíbí.

Graf č.21

Spokojenost s prostředím



Výroky respondentů

- „ano, moc jsem spokojená, syn bydlí nedaleko“
- „ano spokojená, je tady zahrádka, altánek“
- „raději bych byla více na okraji, nelíbí se mi tady ve městě“
- „jsem ráda tady, pocházím z nedaleké vesničky“
- „moc jsem spokojená, pracovala jsem tady ve sklárnách“
- „hezké, vše upravené, nevadí mi, že jsme ve městě, mám blízko do obchodu“
- „spokojená moc, jen je tady rybníček a ten rámus, co dělají žáby, je k nevydržení“
- „ale ano, musím si zvyknout“
- „spokojený moc, hlavně, že mi nesvítí do pokoje“

Položka č. 19: „*Jak by jste hodnotili komunikaci a vystupování ošetrovatelského týmu?*“

Odpovědi respondentů na položku č. 19

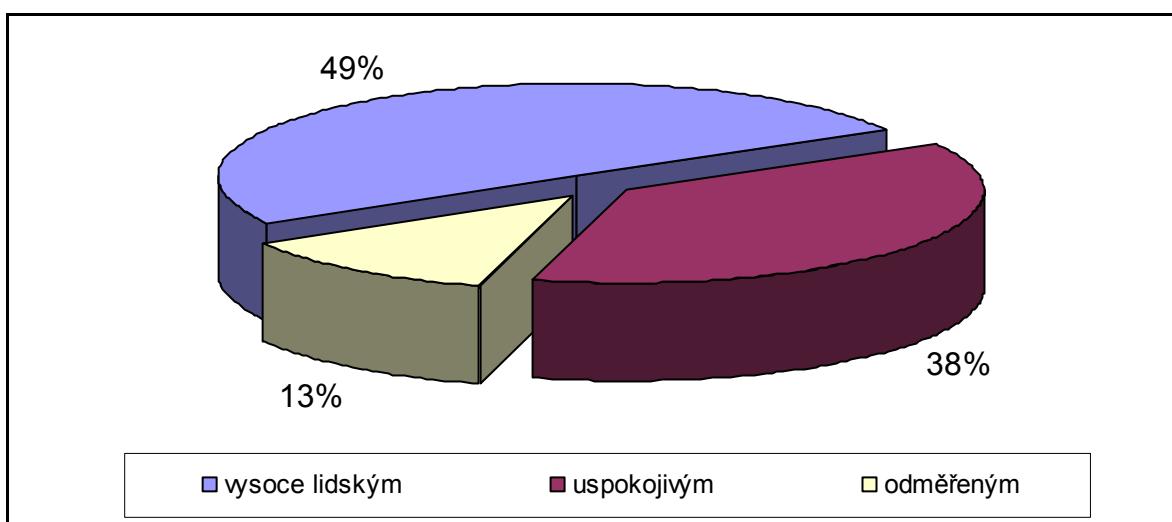
Komentář: Hovoří se, že sestra to jsou oči a ruce lékaře. Ošetřovat a spolupracovat se seniory je těžký úkol a někdy i umění. Zde u výzkumu, pro objektivnější hodnocení, jsem použila nabídku tří možností.

Muži odpovídali takto :

- 49% (8 mužů) hodnotí ošetrovatelský tým vysoce lidským
- 38% (6 mužů) hodnotí ošetrovatelský tým uspokojivým
- 13% (2 muži) hodnotí ošetrovatelský tým odměřeným

Graf č.22

Hodnocení komunikace a vystupování ošetrovatelského týmu muži

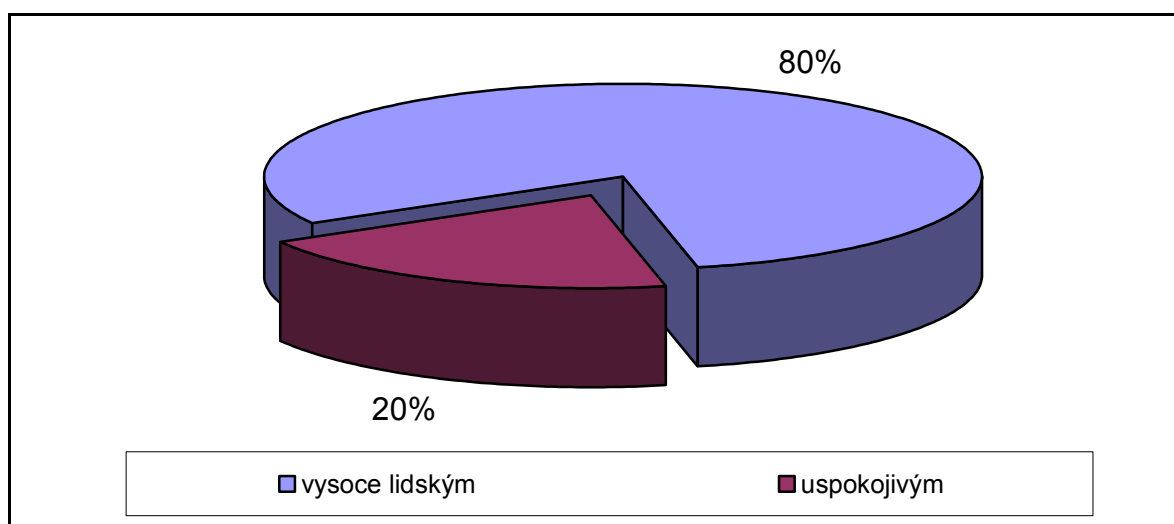


Komentář: Ženy odpovídaly takto:

- 80% (16 žen) hodnotí ošetřovatelský tým vysoce lidským
- 20% (4 ženy) hodnotí ošetřovatelský tým uspokojivým

Graf č.23

Hodnocení komunikace a vystupování ošetřovatelského týmu ženami



Výroky respondentů

- „opravdu moc fajn“
- „strašně hodní, všichni“
- „velmi ochotní, chudinky sestry co s námi mají práce“
- „trochu se povyšují“

Položka č. 20: „*Jaké máte mezilidské vztahy mezi obyvateli Vašeho domova důchodců?*“

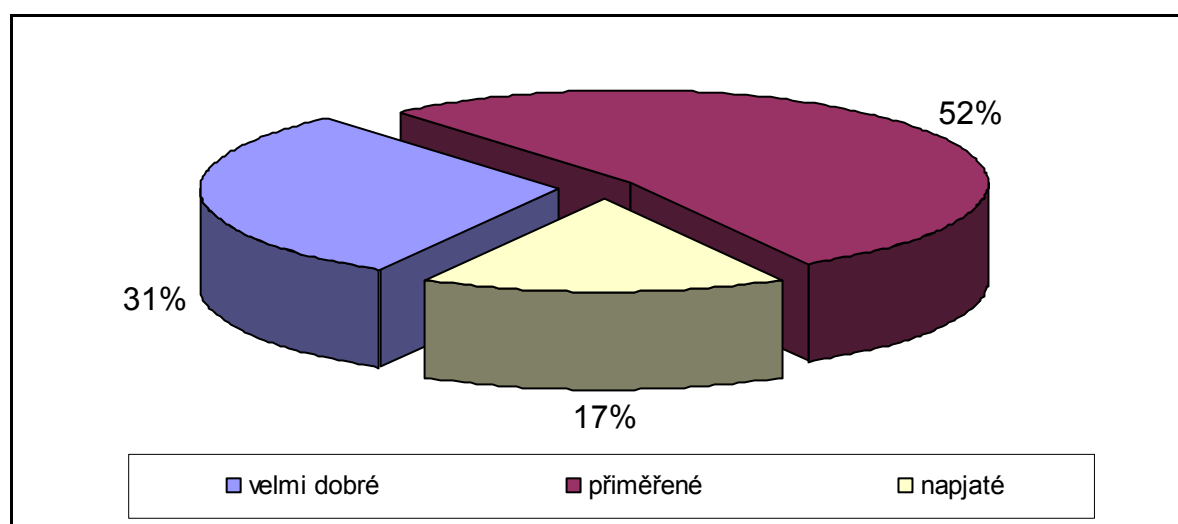
Odpovědi respondentů na položku č. 20

Komentář: Senioři vytváří v domově důchodců jednu komunitu. Zhoršené mezilidské vztahy tuto komunitu seniorů narušují.

I v této položce pro objektivnější zhodnocení jsem použila nabídku tří možností. 31% (11 respondentů) zhodnotilo, že jejich mezilidské vztahy v domově pro seniory jsou velmi dobré. 52% (19 respondentů) zhodnotilo jejich mezilidské vztahy jako přiměřené a 17% (6 respondentů) jako napjaté.

Graf č.24

Mezilidské vztahy



Výroky respondentů

- „byla jsem zvyklá sama, ale vyjdu se všemi“
- „je to jiné, ale na pokoji jsem spokojen“
- „vyhýbám se konfliktům“
- „jde to“
- „nemám se s nimi o čem bavit“
- „na pokoji je to výborný“
- „mi se skoro neznáme“
- „rozumíme si, máme jinak možnost přestěhování“
- „nejsou žádné, neberou mě jako ten dělnický typ, to mě mrzí“

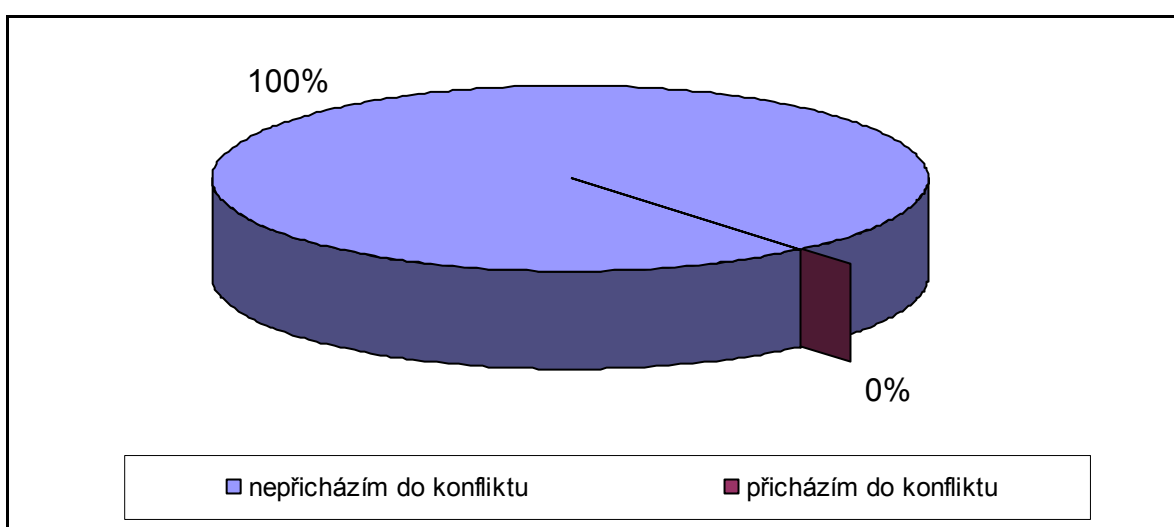
Položka č. 21: „Přicházíte s ošetřovatelským týmem a ostatními obyvateli do konfliktů?“

Odpovědi respondentů na položku č. 21

Komentář: Ani jeden z respondentů se nevyjádřil, že má či měl někdy s ošetřovatelským týmem a ostatními obyvateli přímý konflikt. Všechny 100% (36 dotazovaných) se vyjádřilo, že nemá konflikty, že se snaží konfliktům vyhýbat.

Graf č.25

Konflikty



Výroky respondentů

- „ne, nepřicházím“
- „ne, nemám ráda drby, tak se takovým věcem vyhýbám“
- „ne“
- „nikdy“
- „ne, vše řeším hned“

Položka č. 22: „*Jakou formou řešíte své osobní problémy?*“

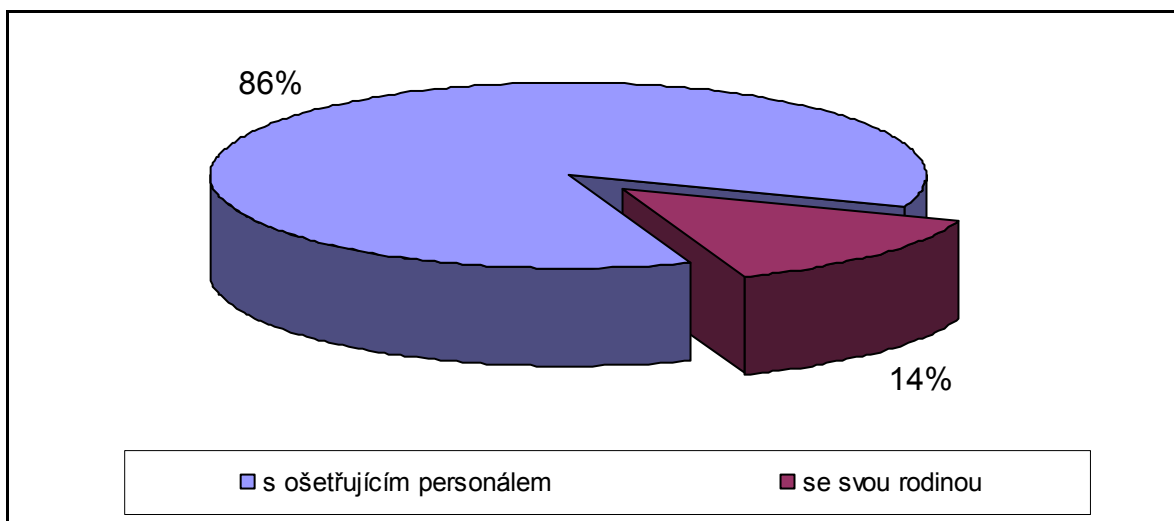
Odpovědi respondentů na položku č. 22

Komentář: Je přirozené, že se člověk se svými problémy a těžkostmi chce svěřit, nechat si poradit a získat nová řešení.

86% (31 respondentů) řeší své problémy s ošetřujícím personálem a 14% (5 respondentů) se svou rodinou. Žádný nehledá řešení u svých přátel či v modlitbě.

Graf č.26

Osobní problémy



Výroky respondentů

- „řeším to hned se sestřičkou nebo s panem ředitelem“
- „přes personál“
- „s rodinou“
- „se synem“
- „tady všechno vyřídí, zařídí co potřebuji“
- „kluci s manželkami“

Položka č. 23: „*Jak často máte návštěvy?*“

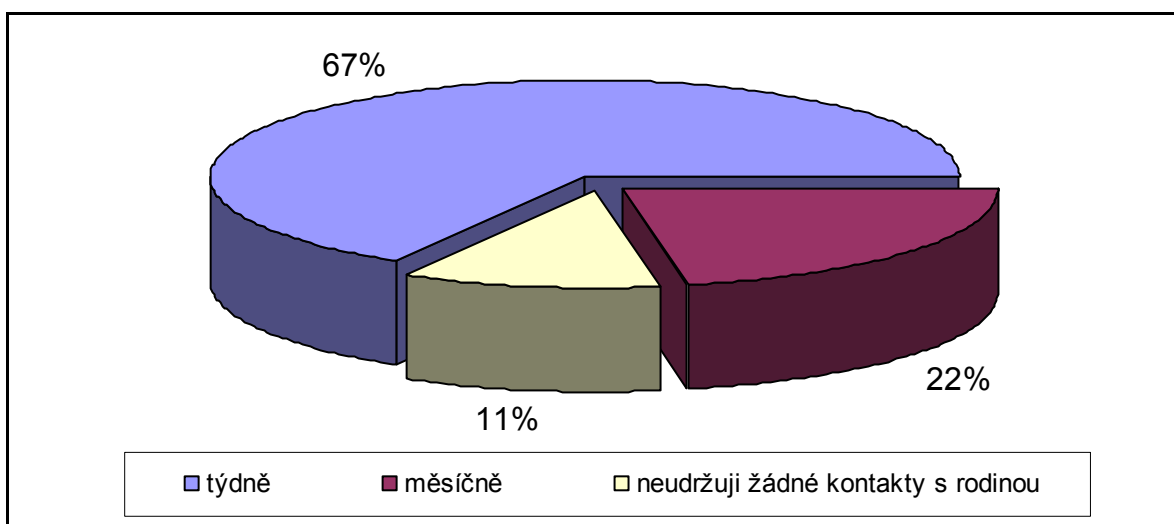
Odpovědi respondentů na položku č. 23

Komentář: 67% (24 respondentů) má návštěvy týdně, 22% (8 respondentů) má návštěvy jednou či dvakrát do měsíce, 11% (4 respondenti) neudržují žádné kontakty s rodinou či přáteli.

Náhodným zjištěním bylo, že u dotazovaných častější návštěvnost uváděli od synů než dcer. A to z 32 navštěvovaných respondentů dělalo až 72% častějších návštěv synů než dcer.

Graf č.27

Návštěvy



Výroky respondentů

- „dvakrát do měsíce přijde syn“
- „jednou týdně kluci s manželkami“
- „nikoho, žádný příbuzný, žádný kamarády“
- „jednou až dvakrát týdně syna“
- „každou sobotu syna s rodinou“
- „asi tak měsíčně přijde dcera“
- „podle možností každou chvíli, týdně určitě, dcera nebo syn“
- „každou neděli a svátky, přijede syn nebo jedu k nim“
- „na sobotu a neděli jedu domů“

Položka č. 24: „Účastníte se náboženských obřadů?“

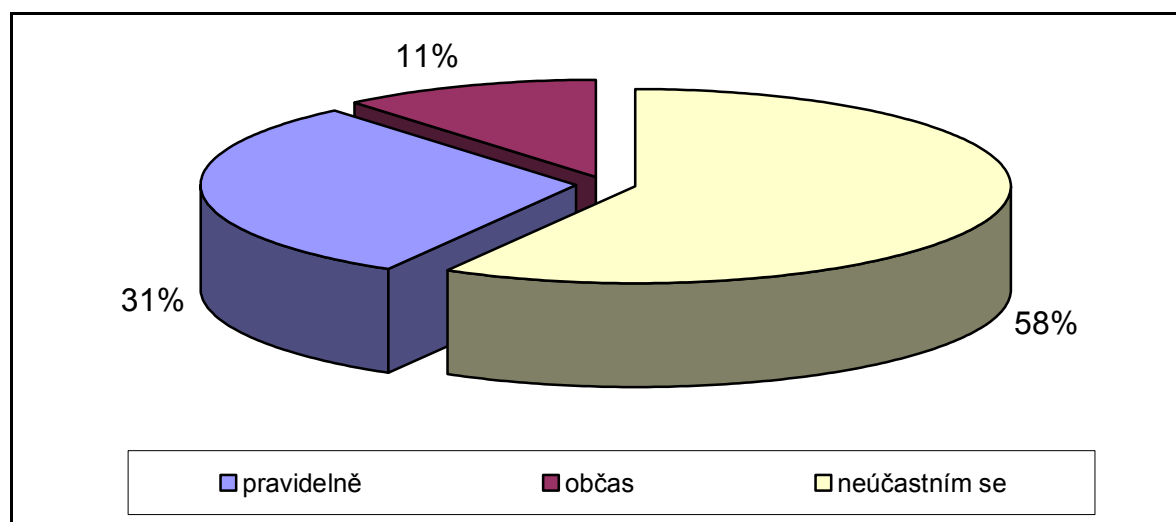
Odpovědi respondentů na položku č. 24

Komentář: Duchovní dimenzi senioři pocítují intenzivněji než v mladším věku. Duchovní orientace dává odpovědi na stárnutí a přípravu do věčnosti.

Výzkumem bylo zjištěno, že 31% (11 respondentů) se účastní náboženských obřadů pravidelně, 11% (4 respondenti) občas a 58% (21 respondentů) se náboženských obřadů neúčastní.

Graf č.28

Náboženské obřady



Výroky respondentů

- „tady nechodím, jen jdu o svátcích, když jsem doma“
- „neúčastním se“
- „ano chodím, každou středu přijde pan farář“
- „je tady kaple, ale nechodím tam“
- „ze začátku ano, ale už tam nechodím“
- „ano, velmi se mi mše líbí, velmi pěkně připravované“
- „chodím pravidelně“
- „ne, nejsem v žádné církvi“

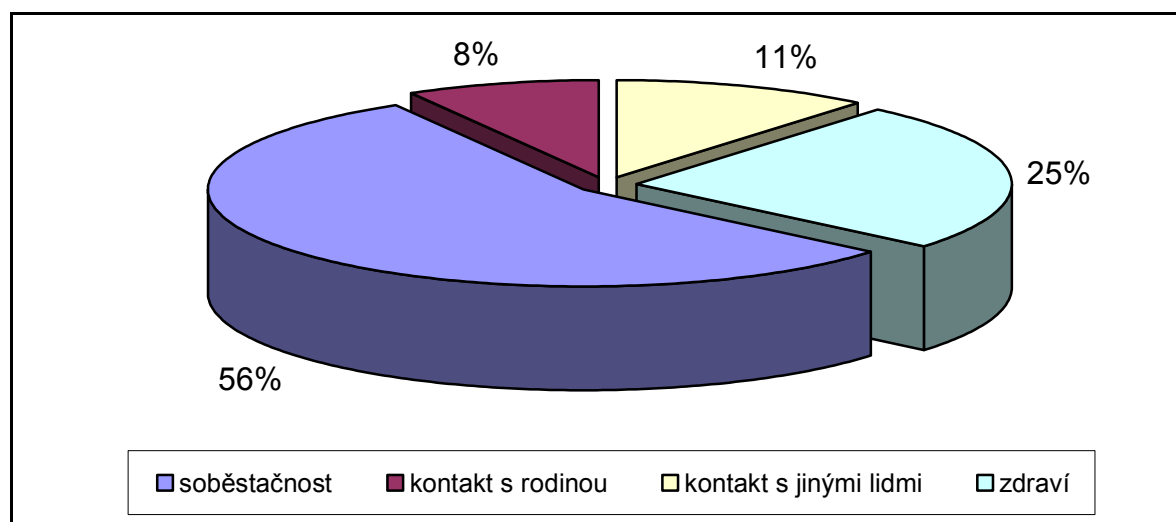
Položka č. 25: „Která je pro Vás nejdůležitější hodnota pro zachování pocitu spokojeného života?“

Odpovědi respondentů na položku č. 25

Komentář: Při této otázce 56% (20 respondentů) považuje za nejdůležitější hodnotu zůstat soběstačným. 8% (3 respondenti) uvedlo kontakt s rodinou a 11% (4 respondenti) kontakt s jinými lidmi. 25% (9 respondentů) považuje zdraví za nejdůležitější hodnotu pro zachování pocitu spokojeného života.

Graf č.29

Hodnoty pro zachování pocitu spokojeného života



Výroky respondentů

- „být soběstačný“
- „návštěvy syna“
- „hlavně zdraví“
- „abych se sám najedl, umyl, vykoupal a lehl si, prostě byl soběstačný“
- „kontakt s lidmi“
- „plné břicho, napít se a lehnout si, a abych to zvládl sám“
- „moje rodina“
- „abych si stačila všechno udělat, obsloužit se“
- „zdravé nohy, prostě to zdraví“
- „jít ven, procházet se a mluvit s lidmi“

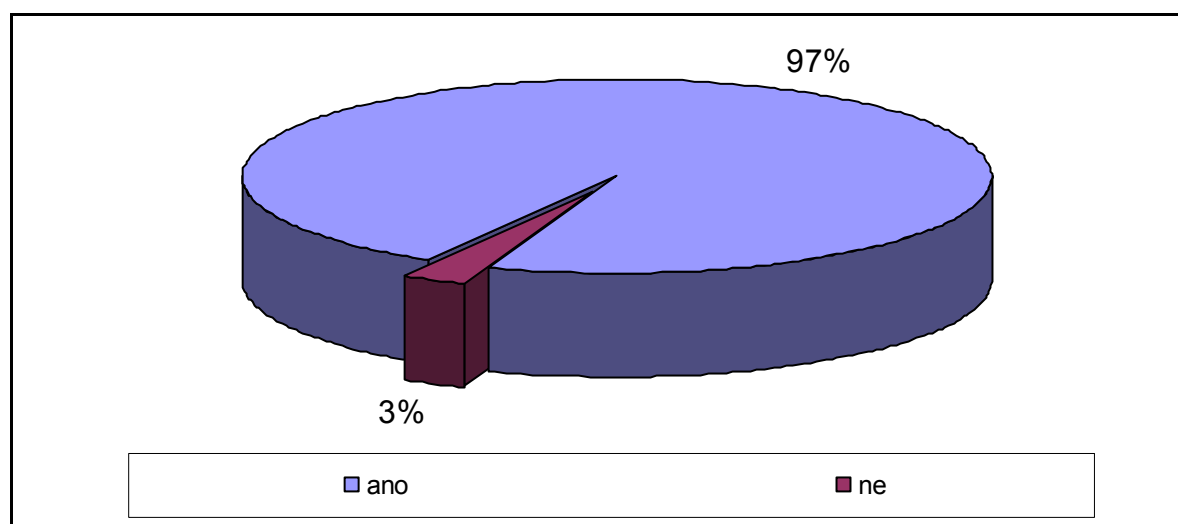
Položka č. 26: „Naplnila se Vaše představa o životě ve stáří?“

Odpovědi respondentů na položku č. 26

Komentář: Na tuto otázku odpovědělo 97% (35 respondentů) shodně, že si život ve stáří představovali úplně jinak. 3% (1 žena) se představa o životě ve stáří splnila.

Graf č.30

Naplnění představy o životě ve stáří



Výroky respondentů

- „ne, vůbec ne, myslela jsem si, že dožiji doma“
- „ne, v životě by mě to nenapadlo“
- „ne, měla jsem úplně jinou představu, všechno se zhatilo“
- „ne, nepočítal jsem s tím, že půjdu do domova důchodců“
- „ne, nemyslel, postavili jsme nový baráček, syn je tam teď sám“
- „ne, když je člověk mladý, nenapadne ho to co bude ve stáří“
- „...ano, jsem moc spokojená, dcera chodí každou středu na návštěvu, na sobotu a neděli jezdím k nim. Vždy se tam moc těším, ale v neděli se těším zase zpátky, hlídám čas, dcera se až hněvá. Mohu se stále na něco těšit. Víte, tady máme různé činnosti přes týden, doma bych byla sama. Ano, mně se představa o životě ve stáří splnila. Vím, že každý nemá takové štěstí...“

Diskuse

1. Hypotéza - polovina klientů se do roka v domově důchodců přiměřeně zadaptuje.

Vycházela jsem z položky č. 9

Otázka zněla: „*Jak dlouho jste se adaptoval/a na pobyt v domově důchodců ?*“

Z výzkumu vyplývá, že z celkového počtu 36 respondentů se do roka zadaptovalo 70% (25 respondentů) a 30% (11 respondentů) uvedlo, že se nepřizpůsobilo.

U této hypotézy můžeme konstatovat, že se potvrdila.

2. Hypotéza - domov důchodců týdně připravuje pro své klienty společná setkání a programy.

Vycházela jsem z položky č. 17

Otázka zněla: „*Jak často máte společná setkání, programy ?*“

Z celkového počtu 36 respondentů 58% (21 respondentů) uvedlo, že se účastní společných setkání, programů, která se konají jednou měsíčně.

Jelikož se společná setkání, programy konají jednou měsíčně, musíme konstatovat, že **tato hypotéza se nám nepotvrdila.**

3. Hypotéza - většina klientů považuje za nejdůležitější hodnotu pro zachování pocitu spokojeného života soběstačnost.

Zde jsem vycházela z položky č. 25

Otázka zněla: „*Která je pro Vás nejdůležitější hodnota pro zachování pocitu spokojeného života?*“

Z celkového počtu 36 respondentů považuje 56% (20 respondentů) soběstačnost za nejdůležitější hodnotu pro zachování pocitu spokojeného života . 8% (3 respondenti) uvedlo kontakt s rodinou a 11% (4 respondenti) kontakt s jinými lidmi. 25% (9 respondentů) považuje zdraví za nejdůležitější hodnotu pro zachování pocitu spokojeného života.

Zde mohu konstatovat, že se hypotéza potvrdila.

4. Hypotéza - u většiny klientů se nenaplnila představa o současném prožívání stáří

Zde jsem vycházela z položky č. 26

Otázka zněla: „*Naplnila se Vaše představa o životě ve stáří?*“

Na tuto otázku odpovědělo 97% (35 respondentů) shodně, že si život ve stáří představovali úplně jinak. 3%(1 žena) se představa o životě ve stáří splnila.

I zde mohu konstatovat, že se hypotéza potvrdila.

Chtěla bych zde opakovat závěrečná slova dotazované:

- „*Ano, mně se představa o životě ve stáří splnila. Víím, že každý nemá takové štěstí...*“

Cíl č. 1

Zjistit, jaká je adaptace klientů a tím spojená jejich kvalita života v domově důchodců.

Již z naší hypotézy č. 1 vyplývá, že většina klientů je schopna se do jednoho roku zadaptovat.

U tohoto cíle jsem předpokládala, že většina dotazovaných bude mít na začátku pobytu problémy s adaptací, ale že se do jednoho roku přizpůsobí. Což tedy může znamenat, pokud je starému člověku umožněno, aby mohl uspokojovat své potřeby, že má všechny předpoklady ke kvalitnímu a plnohodnotnému životu. **Cíl č. 1 byl splněn.**

Cíl č. 2

Poukázat na problémy při adaptaci

Zde bylo vycházeno z položky č.10.

Otázka zněla: „*Co Vám způsobovalo nejvíce problémů na začátku pobytu?*“

Při této otázce bylo zjištěno, že největší problémy měli respondenti, kteří byli přijímáni na dvouúžlkové pokoje. Kde přítomnost spolubydlícího způsobovala respondentům největší problém. A to více ženám než mužům.

Tento problém spolubydlící na pokoji, a tím ztrátu soukromí, uvedlo 33% (12) žen. 14% (5 žen) uvedlo za problém ztrátu soukromí z důvodu jiné osoby, např. personálu. 3% (1 žena) uvedla změněný režim dne a 6% (2 ženy) stesk po domově.

Mužům způsobovalo problém přítomnost spolubydlícího jen v 8% (3 mužům), ale 28% (10 mužů) uvádělo problém změněného režimu dne. 8 % (3 muži) uvedlo, že s ničím problém neměli, prostě si zvykli.

Z celkového počtu respondentů ztrátu soukromí uvedlo 55% (20 osob), změněný režim 31% (11 osob), 6 % (2 osoby) stesk po domově a 8% (3 osoby) nemělo s ničím problém. Hlavní problémy při adaptaci byly zjištěny. Můžeme tedy konstatovat, že **cíl č.2 byl splněn.**

Cíl č. 3

Zjistit, či se klienti věnují zájmovým činnostem a jsou motivováni k jejich vykonávání ošetřovatelským týmem

Zde bylo vycházeno z položky č. 12 a z položky č.14.

Otázky zněly: „*Jakým zájmovým činnostem se věnujete přes den?*“

„*Jste motivováni k vykonávání zájmových činností ošetřovatelským týmem?*“

Průzkum nám ukázal, že jsou rozdíly zájmových činností u mužů a u žen.

Většinu žen 80% (16 dotazovaných) baví nejvíce ruční práce a sledování televize. 10% (2 ženy) uvedlo, že je baví hlavně čtení knih a časopisů. 10% (2 ženy) uvedlo trénink paměti, čtení knih a křížovky.

69 % mužů (11 dotazovaných) uvedlo čtení denního tisku, tělocvik, procházky. 6 % (1muž) uvedlo křížovky, soutěže, trénink paměti. 25 % (4 muži) uvedlo tělocvik, kavárničku, sledování televize.

Motivace ošetřovatelským týmem je velice důležitá, zde 94% (34 dotazovaných) zastává názor, že jsou motivováni ošetřovatelským týmem k vykonávání zájmových činností.

I zde můžeme konstatovat, že **cíl č.3 byl splněn.**

Cíl č. 4

Poukázat na mezilidské vztahy a formy řešení osobních problémů

Zde bylo vycházeno z položky č. 20 a z položky č.22.

Otázky zněly: „*Jaké máte mezilidské vztahy mezi obyvateli Vašeho domova důchodců?*“

„*Jakou formou řešíte své osobní problémy?*“

31% (11 respondentů) zhodnotilo, že jejich mezilidské vztahy v domově pro seniory jsou velmi dobré. 52% (19 respondentů) zhodnotilo jejich mezilidské vztahy jako přiměřené a 17% (6 respondentů) jako napjaté.

86% (31 respondentů) řeší své problémy s ošetřujícím personálem a 14% (5 respondentů) se svou rodinou.

Většina respondentů zhodnotila mezilidské vztahy v domově pro seniory jako pozitivní, a jelikož i většina z nich řeší své problémy s ošetřujícím personálem, dá se předpokládat, že je v domově dobré klima. I zde **cíl č. 4 byl splněn.**

Návrhy a doporučení pro praxi

Výsledky šetření dovolují prezentovat názor , že již existují takové domovy důchodců, které svým stavebním uspořádáním, materiálním vybavením, šíří svých služeb, kvalitním personálním zastoupením a poskytovanou péčí, umožňují seniorům žít plnohodnotný a důstojný život, kteří si tito lidé bezpochyby zaslouhují. Mezi takové domovy Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou nepochybně patří.

Přesto bych si dovolila navrhnout:

1. Zlepšit komunikaci uvnitř komunity seniorů.
2. Vytvořit skupinu mladých lidí nebo dobrovolníků, kteří by tvořili zajímavé programy pro seniory, věnovali se nově přijatým klientům nebo klientům, kteří návštěvy nemají. Aby se každý senior měl stále na co těšit.
3. Každý den organizovat společné programy, den označit heslem.
4. Podle možností organizovat výlety, i třeba s příbuznými, mimo domov důchodců.
5. Při realizaci staveb či přestavby brát v úvahu soukromí jednotlivce, stavět jednolůžkové pokoje s bezbariérovou architekturou. Vybrat vhodnou lokalitu a prostředí.
6. Používat vlastní nábytek a obklopit se maličkostmi, ke kterým má senior citový vztah
7. Při výběru zaměstnanců upřednostňovat lidi, kteří mají předpoklady, mimořádný vztah a empatii pro práci se seniory.
8. Podle potřeby poskytovat individuální nebo skupinové psychoterapie.

Závěr

Stárnutí je výsledkem vzájemného působení zděděných vlastností a faktorů vnějšího prostředí, v kterém člověk žije a pracuje. Při objasňování stárnutí má významné místo gerontologie a její směry, pomáhá nám zvládnout management geriatrické péče. Důležitým parametrem a cílem péče o seniora je kvalita jeho života. Kvalita života se obzvláště u seniora dostává do popředí hodnotového systému, i když může znamenat různé hodnoty pro různé osoby. Konstantnost nebo změny kvality života závisí na faktorech, kterými jsou zdraví, nemoc, styl života, sociální jistota. Dnes je to hlavně úsilí prodloužit aktivní období života bez nemoci a bez neschopnosti.

Senioři tvoří jak lidský tak i duchovní růst společnosti. Jsou pro nás nenahraditelným darem. Zachovali nám kulturu a tradice národa, odolali scestným ideologiím a ukazují nám střízlivý pohled na svět. Nedovolili mravní zkázu své generace a i dnes svými postoji nás chrání před zvráceností současných lehkomyšlných lidí.

Na základě výzkumu, kde se zjišťovala kvalita života seniorů v domově důchodců, bych chtěla vyslovit skutečnost, že je potřebné stále zlepšovat a zpříjemňovat jejich pobyt v domovech pro seniory. Tato práce by měla posloužit jako podnět a i jako příklad služeb pro klienty v domovech důchodců a aspoň z části přispět k poznání a ke zlepšení dané problematiky. Aby se stala malým přínosem na vytvoření skutečného domova pro současné či potencionální seniory.

Anotace

Autor: Ivona Koudelová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství

Název práce: Kvalita života seniorů v domově důchodců

Vedoucí práce: Bc. Jitka Stárková

Počet stran: 83

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2009

Klíčová slova: kvalita života, gerontologie, adaptace, senior

Resumé:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku kvality života seniorů v domově důchodců.

Cílem práce v teoretické části bylo poukázat a popsat základní pojmy. Těmi jsou gerontologie, stárnutí a stáří, gerontologické ošetřovatelství, kvalita geriatrické péče, kvalita života ve stáří a adaptace u seniorů.

V empirické části jsem chtěla zjistit, jaké jsou reálné podmínky, jaká je kvalita života a jaká je adaptace u seniorů na pobyt v domově důchodců.

Pro výzkum byl použit polostrukturovaný rozhovor. Výzkum byl prováděn u 36 náhodně vybraných respondentů v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou.

Summary:

This Bachelor's Thesis concentrates on problems referred to quality of life of seniors in a retirement home.

The theoretical part of this Thesis aims at specification and definition of fundamental concepts, such as gerontology, aging and old age, gerontological nursing, quality of geriatric care, quality of life of old people and adjustment abilities of seniors.

The empirical part of the Thesis deals with real conditions, quality of life and adjustment of seniors to a stay in a retirement home.

A half-structured interview was used to do the research work. During the survey, 36 respondents were randomly selected from the Retirement Home in Světlá nad Sázavou.

Použitá literatura

- Baštecký, J. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994.317s. ISBN 80-7169-070-8.
- Bubeníková, M. et al. *Ošetrovatel'stvo v gerontológii*. Martin: Alfa print, 2000.237 s. ISBN 80-88866-12-X.
- Čornaničová,R.1998. *Edukácia Seniorov*. Bratislava: Univerzita Komenského,1998. 156 s. ISBN 80-223–1206-1.
- Frankl, V.E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1995, 239 s. ISBN 80 85319- 39-X.
- Froľkiš,V.V. *Stárnutie a predĺženie života*. Bratislava: Osveta, 1990. 309s. ISBN 80- 2170140-4.
- Fusgen, I. *Der ältere Patient*. Munchen: Urban Schwarzenberg, 1996. 745s. ISBN 3-421-05370-7.
- Hanzlíková, A .et al. *Úloha ošetrovatel'stva v úlohe komunitného zdravia*. 2.díl.Martin: JLFUK, 2002.126 s.ISBN 80-223-1534-6
- Hamilton, Š. *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990.320s.
- Haškovcová, H. *Fenomén stáří*.1. vyd. Praha: Panorama, 1990.416s.ISBN 80-7038-152-2
- Hegyi, L. *Aktuálne problémy gerontológie a geriatricie*.Bratislava: Asklepios, 1991.150 s.
- Hermanová, D. et al. *Starší ľudia ich životný štýl a jeho kvalita*. In:Nemocnica,1999,roč.4,č.4,s.12-13.
- Hofierková, Z. *Adaptácia starého človeka*. IN: Sestra, 2004,roč. 3 , č.9,s.34-35.ISSN 1335-9444.
- Horváthová, M. *Starnutie a staroba*. In: Sestra, 2003, roč. 2, č. 7-8, s.30-31.ISSN 1335-9444.

- Husárová, V. *Umenie chápať ľudí*. In: Sestra, 2002, roč.1, č. 1,s.8. ISSN 1335-9444.
- Chloubová, H. *Uspokojovanie potrieb ve starí v súčasnom pojetí ošetrovateľskej péče*. In: Sestra, 1995,roč.5,č.2,s. 18-20.ISSN 1335-9444.
- Janosikova, E.H. et al. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin:Osveta,1999.551 s. ISBN 80-8063-017-8
- Kalvach,Z. *Zanedbávaní a tyraní seniorů*. In:Sestra,1998,roč.8,č.5,s.10-11.ISSN 1335-9444.
- Keller,J. *Úvod do sociologie*. Praha: sociologické nakladatelství, 1992,200 s.
- Koval', Š. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. Košice : Pont, 2001. 150 s. ISBN 80- 967-611-3-7.
- Kozierová,B.,Erbová.,Olivierová. *Ošetrovateľstvo I,II*. 1.slovenské vyd.Martin:Osveta,1996.1 474s.ISBN 80-217-0528-0.
- Kozoň, V. et al. *Ošetrovateľské poradenstvo v gerontológii* .In: Revue medicíny v praxi, 2003,roč.1,č.4,s.19-20.
- Krajčík, Š. *Geriatría*. Trnava: Slovak Academia Press,2000.82s. ISSN 80-88908-68-X.
- Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing,2002. ISSN 80-247-0179-0
- Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001.ISBN 80-7178-774-4
- Kubicová, Ľ. *Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti*. In: Ošetrovateľský obzor,2004,roč.1,č.1-2,s.24-26.
- *Kvalita života v starobe a intervenčná gerontológia*.In: Lekársky obzor, 1996,roč. 45,č.6, s.177-179.
- Litomerický, Š. *Chronický starý človek a dlhodobá starostlivosť*.In: Lekársky obzor, 1998, roč. 47,č.3,s.89.ISSN 0457-4214.
- Málusová, S. *Aktivizácia obyvateľov domova dôchodcov*,In:Sestra,2004, roč.3, č.9,s.36.ISSN 1335-9444.

- Morovicsová, E. *Psychosociálne problémy starnutia a staroby*. In: Revue medicíny v praxi, 2004, roč. 10, č. 2, s. 52-54. ISSN 1336-202X.
- Muraňová, M. *Malá učebnica starnutia*. Bratislava: Lúč, 2001. 45 s. ISBN 80-7114-336-7.
- Nakonečný, M. *Psychologie osobností*. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0592-7.
- Nemčeková, M. et al. *Práva pacientov*. Martin: Osveta, 2004. 213 s. ISBN 80-8063-162-X.
- Novosad, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portal 2000. 160 s. ISBN 80-6534-332-2.
- Ondrejka, I. *Koncepcia kvality života a jej význam v zdravotníctve*. In: Slovenský lekár, 2001, roč. 13, č. 7-8, s. 256-258. ISSN 1335-0234
- Pacovský, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. 136 s.
- Pacovský, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
- Pichaud, C. Thareauová, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, spol. s r. o., 1998. 156 s. ISBN 80-85526-32-8.
- Potašová, A. *Seniori medzi nami*. In: Revue medicíny v praxi, 2000, roč. 7, č. 5, s. 7-8. ISSN 1336-202X.
- Stríženec, M. *Psychológia náboženstva*. Bratislava: Veda, 1996. 108 s. ISBN 80-224-0475-6.
- Štefanovič, J. et al. *Starnutie- interdisciplinárny medicínský problém*. In: Praktická gynekológia, 1999, roč. 6, č. 1, s. 14.
- Štúr, I. *Mentálna hygiena starnutia*. In: Revue medicíny v praxi. 2005, roč. 2, č. 6, s. 27-28. ISSN 1336-202X.
- Vladárová, M. et al. *Ochudobňovanie seniorov a jeho zdravotno-sociálne dôsledky*. In: Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik, 2004, roč. 10, č. 9, s. 55-56. ISSN 1336-0233.

Seznam zkratk

- č. - číslo
- např. - například
- aj .- a jiné
- tzv. - takzvaný
- Ig - imunoglobulin
- WHO - Světová zdravotnická organizace

Seznam grafů

Graf č. 1- Zastoupení obyvatel v Domově pro seniory podle pohlaví.....	33
Graf č. 2- Zastoupení žen podle věku.....	34
Graf č. 3- Zastoupení mužů podle věku.....	35
Graf č. 4- Zastoupení respondentů podle rodinného stavu.....	36
Graf č. 5- Zastoupení respondentů podle délky pobytu.....	37
Graf č. 6- Zastoupení respondentů podle vzdělání.....	38
Graf č. 7- Zastoupení respondentů podle pobytu před odchodem do domova pro seniory..	39
Graf č. 8- Důvody příchodu respondentů do domova pro seniory.....	40
Graf č. 9- Soběstačnost.....	41
Graf č.10- Adaptace žen na pobyt.....	42
Graf č.11- Adaptace mužů na pobyt	43
Graf č.12- Problémy na začátku pobytu.....	44
Graf č.13- Podpora od ošetřovatelského týmu.....	45
Graf č.14- Zájmové činnosti žen.....	46
Graf č.15- Zájmové činnosti mužů	47
Graf č.16- Možnost upřednostňovat určitou činnost.....	48
Graf č.17- Motivace ošetřovatelským týmem.....	49
Graf č.18- Nové možnosti v domově pro seniory.....	50
Graf č.19- Cvičení.....	51
Graf č.20- Společná setkání.....	52
Graf č.21- Spokojenost s prostředím.....	53
Graf č.22- Hodnocení komunikace a vystupování ošetřovatelského týmu muži	54
Graf č.23- Hodnocení komunikace a vystupování ošetřovatelského týmu ženami.....	55
Graf č.24- Mezilidské vztahy.....	56
Graf č.25- Konflikty.....	57
Graf č.26- Osobní problémy.....	58
Graf č.27- Návštěvy.....	59
Graf č.28- Náboženské obřady.....	60
Graf č.29- Hodnoty pro zachování pocitu spokojeného života.....	61
Graf č.30- Naplnění představy o životě ve stáří.....	62

Přílohy :

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor pro seniory

Příloha č. 2: Pomocné možnosti odpovědí k otázkám polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 3: Fotodokumentace Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou

Polostrukturovaný rozhovor

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Ivona Koudelová a jsem studentkou 4.ročníku oboru ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. V rámci své bakalářské práce, jejíž součástí je i tento polostrukturovaný rozhovor, bych chtěla zjistit, jaká je Vaše kvalita života zde v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou.

Proto bych Vás chtěla požádat o spolupráci při vyplňování. Nebude zde uváděno Vaše jméno. Pouze bych si zapsala vaší odpověď k dané otázce.

Za ochotu a spolupráci Vám předem děkuji a přeji hodně zdraví a spokojenosti.

1. Jak Vám mohu říkat?
2. Kolik je Vám roků?
3. Jaký je Váš stav?
4. Jak dlouho už jste tady?
5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
6. Před odchodem do domova důchodců jste žil/a kde?
7. Jaké důvody Vás vedly k pobytu v domově důchodců?
8. Do jaké míry jste soběstačný?
9. Jak dlouho jste se adaptoval/a (přizpůsoboval/a) na pobyt v domově důchodců?
10. Co Vám způsobovalo nejvíce problémů na začátku pobytu?
11. Pocítil/a jste podporu ošetrovatelského týmu na začátku pobytu?
12. Jakým zájmovým činnostem se věnujete přes den?
13. Je ve Vašem domově důchodců možnost upřednostňovat určitou činnost?
14. Jste motivováni k vykonávání zájmových činností ošetrovatelským týmem?
15. Jaké jiné možnosti by jste přivítali v domově důchodců?
16. Jak často se věnujete cvičení?
17. Jak často máte společná setkání, programy?
18. Jste spokojeni s prostředím a místem, kde je Váš domov důchodců umístěný?
19. Jak by jste hodnotili komunikaci a vystupování ošetrovatelského týmu?
20. Jaké máte mezilidské vztahy mezi obyvateli Vašeho domova důchodců?
21. Přicházíte s ošetrovatelským týmem a ostatními obyvateli do konfliktů (sporů)?

22. Jakou formou řešíte své osobní problémy?
23. Jak často máte návštěvy?
24. Účastníte se náboženských obřadů?
25. Která je pro Vás nejdůležitější hodnota pro zachování pocitu spokojeného života?
26. Naplnila se Vaše představa o životě ve stáří?

Pomocné možnosti odpovědí k otázkám polostrukturovaného rozhovoru

3.Jaký je Váš stav ?

ženatý, vdaná
rozvedený, rozvedená
svobodný, svobodná
vdovec, vdova

4.Jak dlouho už jste tady ?

pobyt do 1 roku
pobyt do 3 let
pobyt do 5 let
pobyt nad 5 let

5.Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

základní
střední odborné bez maturity
středoškolské s maturitou
vysokoškolské

6.Před odchodem do domova důchodců jste žil/a kde?

v městě
na vesnici

7.Jaké důvody Vás vedly k pobytu v domově důchodců?

osamělost
zdravotní důvody
rodinné důvody

8.Do jaké míry jste soběstačný?

úplně
částečně
nesoběstačný/ nesoběstačná

9.Jak dlouho jste se adaptoval/a (přizpůsoboval/a jste se) v nových podmínkách?

do tří měsíců i méně
do šesti měsíců
do jednoho roku
nepřizpůsobili jste se vůbec

10.Co Vám způsobovalo nejvíce problémů na začátku pobytu?

režimová opatření

strava

spolubydlící

11.Pocítili jste podporu ošetrovatelského týmu na začátku pobytu?

ano

ne

12.Jakým zájmovým činnostem se věnujete přes den?

čtení knih, časopisů

sledování televize

ruční práce

13.Je ve Vašem domově důchodců možnost upřednostňovat určitou činnost?

ano

ne

nevím

14.Jste motivováni k vykonávání zájmových činností ošetrovatelským týmem?

ano

ne

15.Jaké jiné možnosti by jste přivítali v domově důchodců?

tělocvičnu

bazén

počítačovou místnost

16.Jak často se věnujete cvičení?

denně

občas

vůbec

17.Jak často máte společná setkání, programy?

denně

týdně

měsíčně

18.Jste spokojeni s prostředím a místem, kde je Váš domov důchodců umístěný?

ano

ne

neumím to posoudit

19. Jak by jste hodnotili komunikaci a vystupování ošetrovatelského týmu?

vysoce lidskou

uspokojivou

odměřenou

20. Jaké máte mezilidské vztahy mezi obyvateli Vašeho domova důchodců?

velmi dobré

přiměřené

napjaté, nepřátelské

21. Přicházíte s ošetrovatelským týmem a ostatními obyvateli do konfliktů (sporů)?

ano

občas

ne, konfliktům se snažím předcházet

22. Jakou formou řešíte své osobní problémy?

rozhovorem s rodinnými příslušníky

rozhovorem s ošetrovatelským personálem

rozhovorem s přáteli

řešení hledám v modlitbě

23. Jak často máte návštěvy?

týdně

měsíčně

neudržuji žádné kontakty s rodinou

24. Účastníte se náboženských obřadů?

každý den

jednou týdně

v období velkých svátků (Vánoce, velikonoce...)

neúčastním se

25. Která je pro Vás nejdůležitější hodnota pro zachování pocitu spokojeného života?

soběstačnost při vykonávání každodenních činností

být užitečný jiným

kontakt s jinými lidmi

stabilní společenská situace

26. Naplnila se Vaše představa o životě ve stáří?

ano

ne, představoval/a jsem si to úplně jinak . . .

Příloha č. 3

Celkový pohled na domov pro seniory



Jídlna

Jednolůžkový pokoj



Altánek v zahradě

Nástěnka ergoterapie

Ergoterapie

Toto slovo zahrnuje veškeré
ruční práce a používání různých
technik např. práce s papírem,
kůží, látkou, vlnou, ubrouskovou
technikou, malování na sklo,
práce se slupovacími barvami na
sklo, s barvami na textil,
temperami, práce se sušenými
květinami, a mnoho dalších.
Výrobky z ergoterapie slouží
jako výzdoba, dárky pro hosty a
prezentujeme je i na jarních a
vánočních trzích.

KERAMIKA

Práce s hlinou

V keramické dílně pracují obyvatelé s hlinou, glazurou a dekory. Vyrábějí květináče, kachle, zvonkohry, korálky, přívěšky a mnoho dalších. Výběr pracovních technik je přizpůsoben schopnostem a možnostem jednotlivých obyvatel.

Nástěnka – práce s hlinou