

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

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKARSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**ADAPTACE SENIORA NA ŽIVOT V POBYTOVÉM
ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Kamila Klinerová**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2015

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**ADAPTATION OF SENIOR CITIZEN TO THE LIVING IN
A NURSING HOME**

Bachelor's thesis

Author: **Kamila Klinerová**

Supervisor: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2015

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Ráda bych vyjádřila poděkování všem, kteří mi svou pomocí přispěli k vypracování mé bakalářské práce.

Děkuji vedoucímu práce Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení, cenné připomínky, věcné poznámky a osobní konzultace, jež mi poskytoval v průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji obyvatelům Centra seniorů Mělník, kteří byli tak laskaví a podělili se se mnou o své životní příběhy, a dále řediteli tohoto pobytového zařízení PhDr. Jiřímu Vronskému, že mi zde umožnil provádět výzkumné šetření.

Velké poděkování náleží též celé mé rodině za jejich trpělivost a pochopení, jež mi prokazovali po celou dobu mého studia.

Kamila Klinerová, 2015

Motto: „Dbejte, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.“

M. de Montaigne

OBSAH

ÚVOD.....	9
CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	10
1 STÁŘÍ.....	11
1.1 Obecný pohled	11
1.2 Teorie stárnutí.....	11
1.2.1 Stochastické teorie	12
1.2.2 Nestochastické teorie.....	12
1.3 Členění stáří.....	13
1.3.1 Kalendářní stáří.....	13
1.3.2 Biologické stáří	14
1.3.3 Sociální stáří	15
1.4 Trojí podoba stárnutí	16
1.5 Stáří z hlediska vývojové psychologie	17
1.5.1 Stáří v Eriksonově periodizaci vývoje	18
2 PŘEDSUDDKY O STÁŘÍ A POSTOJE S TÍM SPOJENÉ	20
2.1 Fenomén stáří.....	20
2.2 Ageismus	20
2.3 Mýty o stáří.....	21
2.3.1 Mýtus falešných představ	21
2.3.2 Mýtus zjednodušené demografie	21
2.3.3 Mýtus homogenity	21
2.3.4 Mýtus neužitečného času.....	22
2.3.5 Mýtus ignorance.....	22
2.3.6 Mýtus o ateroskleróze	22
2.3.7 Mýtus o lékařích	23
2.4 Ageismus v ošetrovatelské péči	23
2.4.1 Projevy ageismu v ošetrovatelství.....	24
2.4.2 Možnosti řešení.....	24
3 ADAPTACE	26
3.1 Adaptace a maladaptace	26
3.2 Adaptace na stáří.....	26

3.2.1	Teorie adaptace ve stáří.....	27
3.2.2	Strategie adaptace na stáří	28
3.2.3	Pět „pé“ optimální adaptace.....	29
4	MEDICÍNSKO-OŠETŘOVATELSKÝ POHLED NA STÁŘÍ.....	32
4.1	Síla životního stylu.....	32
4.1.1	Biologická involuce	33
4.1.2	Nemoci s jejich důsledky.....	33
4.1.3	Inaktivita.....	34
4.1.4	Malnutrice.....	35
4.2	Medicínská specifika	35
4.2.1	Symptomatologie	35
4.2.2	Farmakologie	36
4.3	Ošetrovatelská péče.....	37
4.3.1	Ošetrovatelské problémy	37
4.4	Závěr života	39
5	SOCIÁLNÍ SLUŽBY	40
5.1	Senior a rodina	40
5.2	Péče státu	40
5.2.1	Druhy sociálních služeb pro seniory	41
5.2.2	Financování sociálních služeb	42
5.3	Pobytová zařízení.....	42
5.3.1	Adaptace na život v pobytovém zařízení.....	43
5.3.2	Výzkum v oblasti adaptace seniora na pobytové zařízení.....	44
5.3.3	Rámec poskytované péče v pobytovém zařízení	47
	EMPIRICKÁ ČÁST	49
6	METODOLOGIE VÝZKUMU	49
6.1	Cíle výzkumu	49
6.2	Kvalitativní výzkum.....	49
6.2.1	Místo sběru dat.....	50
6.2.2	Charakteristika vzorku respondentů.....	51
6.2.3	Technika sběru dat	52
6.3	Analýza.....	56

6.3.1	Zakotvená teorie.....	56
6.3.2	Výsledek.....	74
6.4	Diskuse.....	76
6.5	Doporučení pro praxi.....	80
	ZÁVĚR.....	81
	ANOTACE.....	84
	ANNOTATION.....	85
	POUŽITÁ LITERATURA.....	86
	SEZNAM TABULEK A PŘÍLOH.....	89
	PŘÍLOHY.....	90

ÚVOD

Pracuji 8 let jako všeobecná sestra v pobytovém zařízení pro seniory. Má dřívější praxe probíhala v nemocnici, proto mám možnost srovnávat oblast zdravotní i sociální péče.

Ve svém životě se velmi často setkávám u laiků, ale i profesionálních zdravotníků se zkreslenými názory a postoji k životu ve stáří.

Všeobecně v naší společnosti panuje spíše odmítavý přístup k této etapě lidského života. Mnoho názorů pramení z faktu, že zkušenost je nepřenosná. Pokud jsme něco nezažili na vlastní kůži, můžeme tomu jen obtížně rozumět. Informace čerpáme ze svého bezprostředního okolí, přejímáme názor komunity, ve které se pohybujeme, a ten může být mnohdy velmi zkresleným pohledem na život. Ageistické postoje se přitom netýkají jen přístupu k seniorům samotným, ale vrhají negativní stíny i na personál geriatrických zařízení, jak jsem také zažila.

Ve své práci bych ráda přiblížila život obyvatel v domově pro seniory a ukázala, v čem všem se jim změnil život poté, co se rozhodli přestěhovat ze stávajících domovů do pobytového zařízení. Co je k tomu vedlo i jak obtížné to pro ně bylo. Rozhodla jsem se pro kvalitativní metodu případových studií, neboť si myslím, že konkrétní příběh člověka s jeho názory a pocity může nejlépe vystihnout danou problematiku.

CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cíl teoretické části

Cílem teoretické části mé bakalářské práce je ukázat stárnutí a stáří se všemi jeho variabilitami a možnostmi adaptace, neboť senioři jsou velmi heterogenní částí populace. Odhalit falešné mýty, předsudky i postoje zakořeněné v myšlení společnosti a poukázat na to, že my sami máme nemalý podíl odpovědnosti za to, jak bude naše stáří vypadat.

Cíl empirické části

Hlavní cíl výzkumu mé bakalářské práce je zaměřen **na adaptaci seniorů po příchodu do pobytového zařízení sociální péče a na nejčastější oblasti změn**, ke kterým dochází po přestěhování. Jako další cíle jsem si stanovila zjistit, jaký vliv na adaptaci mají tyto oblasti:

- **důvody** vedoucí k tak závažnému rozhodnutí;
- **sociální opora** v rodině, v současných i v nově vzniklých sociálních kontaktech;
- změna ve způsobu **bydlení**;
- používané **strategie adaptace** a jejich účinnost;
- do jaké míry se **způsob fungování pobytového zařízení spolu s jeho zaměstnanci** může pozitivně podílet na úspěšném procesu adaptace seniorů.

1 STÁŘÍ

1.1 Obecný pohled

Stárnutí – involuce obecně označuje univerzální proces postihující živou hmotu. Morfologicky i fyziologicky se jedná o atrofické změny související s poklesem funkcí organismu a narůstajícím věkem. Tento individuální a velmi variabilní heterochronní (lišící se i v rámci orgánových soustav) proces začíná u každého živého organismu zpravidla po dosažení sexuální dospělosti. Biologické změny vznikají na úrovni molekulární, subcelulární, celulární, orgánové i celostní. Jsou determinované i nahodilé. Ovlivněné prostředím, životním stylem, patologickými ději, mechanismy reparačními, adaptačními a obrannými. Úměrně k věku se zhoršuje odolnost, adaptabilita i regulační schopnosti organismu. Naopak se zvyšuje pravděpodobnost výskytu chyb v buněčných procesech (Otová, Kalvach 2004).

Poslední etapa stárnutí jedince se nazývá **stáří**. Jedná se o „*pozdní fázi ontogeneze přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role.*“ (Kalvach a kol., 2004, s. 47)

1.2 Teorie stárnutí

„*Ani přes velké množství nashromážděných dílčích poznatků nelze dosud stáří jednoznačně vymezit, exaktně definovat jeho počátek ani odpovědět na otázku, proč stárneme.*“ (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 20) Ve vědeckém světě je znám velký počet teorií pokoušejících se vysvětlit podstatu stárnutí organismu. Pacovský a Heřmanová (cit. podle Langmeiera a Krejčířové, 2006) je rozdělují do tří skupin:

- 1) teorie **o působení zevních vlivů** (ekologické podmínky, vystavení působení bakterií a virů);
- 2) teorie **o působení vnitřních vlivů** (genetika, kumulace chyb při proteinové syntéze, specifické metabolické změny);

3) teorie **porušené integrace a organizace**.

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012) upřednostňují dělení pouze do dvou skupin:

- 1) teorie **stochastické** – založené na opotřebování a náhodných změnách;
- 2) teorie **nestochastické** – předpokládající geneticky naprogramovaný proces stárnutí.

Všechny tyto uvedené teorie mají společné zaměření spíše na biologické či ekologické aspekty. Nezabývají se ovšem dopady životního stylu nebo sociálního prostředí.

1.2.1 Stochastické teorie

Přehled teorií, jak je uvádí Čevela, Kalvach a Čeledová (2012):

- **Teorie omylů a katastrof proteosyntézy** – při transkripci a translokaci v syntéze proteinů dochází k hromadění chyb a vzniku abnormálních proteinů;
- **Teorie překřížení** – dochází k překřížení a tím i znehodnocování proteinů a jiných buněčných makromolekul; důsledek se odrazí na DNA, buněčných membránách, extracelulárním kolagenu (např. katarakta, změny na bazálních membránách glomerulů);
- **Teorie „opotřebení“** – kumuluje se poškození základních a ničím nenahraditelných částí organismu (např. glykosilace bílkovin vystupňovaná u diabetiků);
- **Teorie mutační** – mutace DNA a poruchy reparace vedou k zániku buněk, poškození tkáně, orgánu a následně celého organismu;
- **Teorie volných radikálů** – jeví se jako jedna z nejvýznamnějších teorií, oxidační stres, tedy působení volných superoxidovaných radikálů kyslíku, způsobuje poškození membránových proteinů, bílkovinných makromolekul, enzymů, lipidů, DNA i mitochondrií;
- **Teorie spolehlivosti** – stárnutí je chápáno jako projev univerzálního selhávání systému v čase.

1.2.2 Nestochastické teorie

- **Pacemakerová teorie**, též nazývaná teorie genetických hodin - neuroimunoendokrinní systémy jsou geneticky nastaveny na určitou délku života a dle toho časovaně řídí postupné stárnutí organismu. Program se aktivuje již v prenatální fázi ontogeneze.

V období adolescence dochází k involuci thymu a s tím spojenému poklesu celulární imunity. Stoupající adrenergní aktivita vede k poklesu vazodilatačních schopností. Důsledek se projeví na vzestupu krevního tlaku. K nejznámějším faktorům patří vyhasnutí produkce pohlavních hormonů, především androgenů u žen, a růstových hormonů. Nastává výrazná změna ve fertilitě, chování, kostní i svalové hmotě....
Mění se tělesný fenotyp;

- **Genetická teorie** – dědičně je zakotvena pouze dispozice k chorobám, nikoli k délce života;
- **Hayflickova teorie limitovaného počtu buněčných dělení** – zkracování telomér (konečných částí chromozomů) definuje počet možných dělení buňky;
- **Existence genů dlouhověkosti nebo naopak progerie** – vliv genetických faktorů představuje asi 35 % naděje na dožití.

1.3 Členění stáří

Na průběhu stárnutí a stáří se podílí celá řada okolností. Změny můžeme zaznamenat v oblasti biologické (fyzické), psychické i sociální. Často je možné vzhledem k provázanosti sloučit psychickou a sociální stránku v psychosociální a také zaznamenat provázanost mezi fyzickými změnami a jejich následným dopadem na psychiku.

Členění samotného stáří je vzhledem k individuálním rozdílům a heterochronii (nástup v různém věku) velmi obtížné. Rozlišuje se:

- kalendářní stáří,
- sociální stáří,
- biologické stáří.

1.3.1 Kalendářní stáří

Kalendářní, chronologické či matriční stáří určuje dobu, která uplynula od narození jedince. Můžeme ho sice jednoznačně časově vymezit, ovšem jako kritérium je značně nedostatečné. Jeho vypovídající hodnota neposkytuje informace o reálném stupni stárnutí organismu. Nezahrnuje v sobě interindividuální rozdíly jinak velmi heterogenní skupiny seniorů.

Světová zdravotnická organizace (WHO) i Organizace spojených národů (OSN) v 60. letech minulého století přijala patnáctiletou periodizaci lidského života. Oblast stáří byla rozčleněna takto:

- 60 až 74 let – stárnutí, časná stáří, senescence;
- 75 až 89 let – vlastní stáří, kmetství, senium;
- 90 a více let – dlouhověkost, patriarchum.

Jinou periodizaci kalendářního stáří s ohledem na demografický vývoj a zlepšování funkčního stavu seniorů navrhl B. L. Neugartenová (cit. podle Kalvacha a kol., 2004). Z jejích pojmů „mladí senioři“ pro věk 55 až 74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let bylo odvozeno členění stáří na následující etapy:

- **mladí senioři** (65 až 74 let) – charakterizováno problematikou odchodu do penze, využitím volného času, seberealizací;
- **staří senioři** (75 až 84 let) – charakterizováno problematikou adaptace, tolerancí zátěže, specifického stonání, osamělosti;
- **velmi staří senioři** (85 a více let) – charakterizováno problematikou soběstačnosti a zabezpečení.

1.3.2 Biologické stáří

Kategorie charakterizována individuálními involučními změnami jedince a poklesem potenciálu zdraví. Stáří není exaktně vymezeno v čase. Zahrnuje nevratné biologické změny či genové exprese, předurčující zvýšené riziko funkčních deficitů, nemocí, úmrtí či maximální čas, jenž zbývá do přirozené smrti daného člověka (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Mezi biologické projevy stárnutí zařazujeme: sníženou schopnost odolávat infekcím, zpomalené hojení ran, snižování funkčnosti vaziva, častější výskyt nádorového bujení. Znaky opotřebení lze pozorovat ve všech tkáních i jejich buňkách. Za nejzávažnější se považují změny v nervové a endokrinní soustavě, které ve vzájemném souladu zodpovídají za neurohumorální regulaci veškerých tělesných i psychických procesů. Kalvach s Mikešem (2004) předpokládají, že pouze involuci by bylo možné změřit pomocí molekulárních či buněčných parametrů, např. telomér nebo parametrů replikativního stárnutí. Tyto konkrétní ukazatele jsou ovšem in vivo velmi významně ovlivňovány.

1.3.3 Sociální stáří

Sociální stáří je charakterizováno změnami v sociální oblasti lidského života. Přelomová fáze nastává odchodem do důchodu. Tento významný mezník v lidském životě ale není dán rozhodnutím samotného jednotlivce. Jde o termín administrativně daný státem, u nějž v průběhu let dále dochází ke změnám. Jedny dveře se přitom zavírají, ale jiné čekají na své otevření. Křivohlavý (2011, s. 23,24) postavil vedle sebe změny, k nimž dochází v tomto období, viz tabulka č. 1:

Tabulka 1: Možné změny způsobené odchodem do důchodu

<i>Před důchodem</i>	<i>Po odchodu do důchodu</i>
<i>stálý nedostatek času</i>	<i>dostatek, ba nadbytek volného času</i>
<i>náplň času mi stanoví někdo jiný</i>	<i>to, co budu dělat, si stanovuji já sám</i>
<i>nemám čas pro sebe</i>	<i>mám dost času pro sebe</i>
<i>umění fungovat</i>	<i>umění žít</i>
<i>spěch</i>	<i>uvolnění</i>
<i>stres a distres</i>	<i>eustres</i>
<i>zážitky</i>	<i>klid</i>
<i>úspěch</i>	<i>osobnostní dozrávání</i>
<i>horizontála života</i>	<i>vertikála života</i>
<i>absolutní sebe-vydávání</i>	<i>jít do sebe</i>
<i>připoutání k zaměstnání</i>	<i>odpoutání od práce</i>
<i>ponoření se do práce</i>	<i>ponoření se do sebe</i>
<i>sebe-realizace</i>	<i>sebepoznávání</i>
<i>zájem získat a mít</i>	<i>zájem někým být</i>
<i>duševní strádání</i>	<i>duševní naplňování</i>
<i>vnitřní chudoba</i>	<i>vnitřní obohacování</i>
<i>vnější bohatství</i>	<i>vnitřní bohatství</i>
<i>hektické události</i>	<i>klidnější plynutí času</i>
<i>vnitřní nepokoj</i>	<i>ustalování vnitřního pokoje</i>
<i>stálý běh a shon</i>	<i>uvolnění</i>
<i>úzkost a strach, jak to dopadne</i>	<i>klidné očekávání</i>
<i>hyperaktivita</i>	<i>klid</i>

Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, J. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají

Přehledová tabulka dle Křivohlavého nám nastiňuje pouze optimální situaci danou změnou sociálního postavení důchodce. V životě však dochází k mnoha různorodým variantám s pozitivním i negativním sociálním dopadem.

Je dobré si uvědomit, že tato životní změna nabízí prostor a příležitost k novým činnostem, vztahům a jinému sociálnímu postavení. „*Příležitost pracovat na sobě a být někým jiným již ne proto, že jsem se jím stal díky společenské konstelaci, ale proto, že skutečně jsem někým – člověkem hodným toho jména.*“ (Křivohlavý, 2011, s. 25)

Razantní změna nastane v osobních vztazích. Dochází k přerušení či pomalému rozvolnění kontaktů s množstvím lidí, s kterými jsme se stýkali v zaměstnání. Na druhé straně začneme objevovat lidi z okolí, s nimiž nás pojí stejné kulturní záliby nebo zájmové činnosti. Otevírá se prostor pro navazování nových přátelství v rozhovorech o věcech, jež nás zajímají. Zvolněné životní tempo osvobozuje seniora od úskalí časového stresu, která provázejí zaměstnaného člověka. V důchodu je času hodně, nyní záleží především na tom, jak ho smysluplně zaplnit. Využít možnost **žít přítomností**. Skončila doba blížících se nesplněných termínů a časově omezených zakázek. Naskytla se možnost všimát si v klidu okolních věcí a vychutnávat činnosti, jež jsme prožívali jako denní rituály bez možnosti zachytit jejich pravou podstatu a krásu. Na budoucnost je třeba nahlížet jako na možnosti, které nás čekají a jejichž plánování záleží jen na nás samotných.

Odvracená strana sociálních změn představuje **rizika** s tímto obdobím spojená. Podílí se na nich změna zaběhnutého životního stereotypu, ztráta životního programu, přerušení dosavadních pracovních kontaktů, možná věková segregace a diskriminace, snížení finančních zdrojů. V této etapě je člověk stále závislý na společnosti a sociálních kontaktech, reálnou se ovšem stává **hrozba sociální izolace**. Většinou jsou jí postiženi osaměle žijící senioři bez rodiny nebo s rodinou, jež žije vzdálená, a lidé bez přátel, sousedských vztahů a kontaktů s okolím.

1.4 Trojí podoba stárnutí

Stárnutí tedy může mít trojí podobu. **Úspěšným** a zdravým se jeví stárnutí, kdy proběhla optimální adaptace na pokročilý věk a ekonomické zabezpečení odpovídá požadavkům prostředí stejně tak jako sociální situaci. Seniorova spokojenost a seberealizace přetrvává do vysokého věku, závislost na podpůrných službách je minimální.

Obvykle stojí proti sobě v nerovnováze zhoršený zdravotní stav s psychickými problémy a ekonomické limity, jež nestačí sociálním nárokům prostředí. Důsledkem je nespokojenost a nedostatečná seberealizace postihující mnoho seniorů v dané společnosti.

Za **patologickým** stárnutím stojí zdravotní a funkční stav horší, než se předpokládá u běžné populace. Dochází k maladaptaci, nespokojenosti, rezignaci, ztrátě soběstačnosti. Objevují se případy zanedbávání, zneužívání či týrání osoby v závislém postavení. Na patologickém stáří se podílejí nejen involuční změny, ale i zdravotní stav (např. Alzheimerova demence), negativní životní události (např. ztráta životního partnera), zvýrazněné osobnostní charakteristiky, neschopnost navazování nových sociálních vztahů nebo ekonomické problémy (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

1.5 Stáří z hlediska vývojové psychologie

Vývojová psychologie se jako vědecká disciplína opírající své poznatky o soustavné ověřitelné pozorování začala rozvíjet kolem počátku 20. století.

Zprvu vědci považovali za začátek lidského vývoje akt narození a kolem 20. roku života stanovili vývojový konec. Stáří pro ně představovalo jen soustavný pokles psychických funkcí s možnou změnou osobnosti, směřující k smutnému údělu smrti.

Až moderní psychologie v druhé polovině minulého století se zaměřuje na životní linii člověka jako na celek. Samotné početí spolu s prenatálním obdobím je pojato do vývoje jedince a dospělost vyúsťující ve stáří představuje neméně významnou etapu lidského života. Slovenský psycholog J. Koščo navrhl termín biodromální, což znamená přesný překlad tohoto pojmu. Mnohé empirické výsledky ve svých závěrech totiž nepotvrdily předcházející deficitní model, v němž se na dospělost nahlíželo na jakousi fázi plató, v níž nedochází k žádným závažným změnám. Vývojové stádium dospělosti se tak postupně začalo dělit na několik samostatných etap.

Existuje mnoho periodizačních systémů dle vývojové psychologie, z nichž každý je utvářen podle jiných kritérií. Na jejich platnost musíme vždy nahlížet v kontextu geografických a kulturních podmínek s přihlédnutím k historickému období vzniku (Švancara, 2004). Všechna období v životě člověka mají svůj nezastupitelný význam. Od počátku si vytváříme a uchováváme psychické zdroje pro další vývoj. Perspektivní tendence následujícího ontogenetického stupně je ovlivňována prostředím, výchovou a sebevzděláváním. Jednotlivé fáze na sebe vzájemně navazují. Ne vždy se však musí jednat

o chronologické pořadí. Problémy v dospělosti tak mohou mít návaznost na události prožité v raném dětství (Švancara, 2004).

1.5.1 Stáří v Eriksonově periodizaci vývoje

Zaujala mne práce E. H. Eriksona, který se ve své teorii periodizace nesoustředí pouze na biologické faktory. Věnuje se spíše společenským, kulturním i historickým podmínkám vývoje jedince. Pozdní dospělost a stáří charakterizuje jako období, jež nepostrádá vývojové úkoly. Jedinec směřuje k dosažení **osobní integrity**, což předpokládá smíření se s vlastním životem jako s něčím, co tak mělo a muselo být, neboť to nemohlo proběhnout jinak. Tuto integritu pak můžeme považovat za onu životní moudrost, s níž se setkáváme u zralých lidí ve všech kulturách. N. Abi-Hashem charakterizoval zralého člověka těmito vlastnostmi (cit. podle Křivohlavého, 2011, s. 72), viz tabulka č. 2:

Tabulka 2: Charakteristiky zralého člověka dle N. Abi Hashema

1.	<i>Je v kontaktu se svým „já“ – je si vědom vlastních hlubokých přání a chtění, emocí, ba i svých neuspokojených záměrů, impulsů a reakcí.</i>
2.	<i>Není nezkontrolovatelně chtivý, ale trpělivý v čekání.</i>
3.	<i>Je schopen počkat a oddalovat uspokojení svých přání.</i>
4.	<i>Je schopen přiznat si své slabé stránky.</i>
5.	<i>Je schopen poznávat, vidět a přijímat hranice svých schopností a možností.</i>
6.	<i>Je schopen truchlit a rmoutit se nad ztrátami, které v životě utrpěl, aniž by ho to zlomilo.</i>
7.	<i>Je schopen v životních situacích unést nejistoty, nesrovnalosti a dvojjazyčnosti – a nemít vždy pohotově odpověď na otázky, s nimiž se v životě setkává. Umí i říci někdy „ne“.</i>
8.	<i>Je schopen prověřovat si pečlivě to, jak se věci mají, chovat se tak, jak to vyžaduje zdravý rozum i životní styl, a přitom zvládat problémy na úrovni.</i>
9.	<i>Je schopen udržet rovnováhu mezi tím, co dává a co přijímá.</i>
10.	<i>Má své zřetelně vyhraněné limity – co dělat a co ne.</i>
11.	<i>Je schopen vidět realisticky sám sebe, aniž by co přeceňoval nebo podceňoval.</i>
12.	<i>Je „průhledný“ (transparentní), tj. otevřený a upřímný v jednání s druhými lidmi, čestný, zodpovědný; přitom však je schopen druhým lidem důvěřovat, vstupovat do užších mezilidských vztahů.</i>
13.	<i>V jeho osobnosti převažuje harmonie a integrace (vzájemná provázanost všeho) spíše než disharmonie, zlomovitost a existence mezer či trhlin.</i>
14.	<i>Sám se sebou žije v pohodě, je spokojený – i když je sám, i když je s druhými lidmi.</i>
15.	<i>Ovládá umění kriticky prověřovat vlastní chování, správně odhalovat, co je v něm, má zdravé sebepojetí i sebevědomí.</i>
16.	<i>Je schopen sdílet to, co má (majetek, poznatky i zkušenosti) s druhými lidmi a přispívat k tomu, aby bylo druhým lidem dobře.</i>

Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, J. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají

Jedná se o smysluplné završení celého dřívějšího způsobu života, neboť „jen ten, kdo tak či onak vzal na sebe péči o věci a lidi a kdo se přizpůsobil triumfům i zklamáním, které provázejí život, jen zploditel ostatních bytostí nebo tvůrce nových věcí a idejí může

vydávát pomalu zrající plody.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006) Strach ze smrti je považován za nedostatek integrace. Jedinec propadá zoufalství z nedostatku času, který mu zbývá. Ztratil možnost pokusit se začít znovu a vyzkoušet jinou alternativní cestu ke své integritě.

2 PŘEDSUDKY O STÁŘÍ A POSTOJE S TÍM SPOJENÉ

V soudobé společnosti se v posledních letech stále častěji dostává do popředí etický problém stereotypizace stáří. Na život se závažným zdravotním postižením, funkčním omezením či involučně podmíněnou geriatrickou křehkostí je nahlíženo s despektem. S tímto názorem se můžeme setkat nejen u laické veřejnosti, která ve svém základním vzdělání nemá obsaženy kapitoly týkající se geriatrie nebo sociální gerontologie, ale bohužel též u zdravotnických profesí.

2.1 Fenomén stáří

Fenomén¹ stáří znamená představu o starých lidech, jež vznikala postupem času ve společnosti na základě všeobecných zkušeností. Závěry z toho vyplývající ovšem nemusí být vždy pravdivé. Spíše prezentují zjednodušené hodnocení či dichotomické myšlení. Stáří samotné mnozí z nás ještě neprožili, některých se jen letmo dotklo v souvislosti se členy rodiny. Chybí nám osobní zkušenost. Mohlo se stát, že jsme povrchně uchopenou realitu mylně a předpojatě interpretovali. Z toho na základě polopravd a domněnek pramení mýty o stáří, které staví na důvěře, nikoliv na prověřování.

2.2 Ageismus

Ageismus představuje výraz, který nemá v češtině ekvivalent. Vychází z anglického **age** – věk, stáří. Ageismus je tedy předsudek společnosti související s vyšším věkem. Jako první v historii toto označení použil v roce 1969 ředitel National Institute on Aging v USA Robert Butler v souvislosti s diskriminací na základě věku. Tošnerová (2002, s. 6) uvádí dnešní rozšířené chápání pojmu jako: „*Předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších. V záporném stereotypu jsou vynechány příznivé charakteristiky. Výroky a postoje jsou bez pravdivého základu, ale se zdáním, že mají v jádru pravdu. Některé projevy diskriminace jsou zřejmé, některé v podtextu nevyslovené.*“

¹ Výraz fenomén vychází z řeckého *φαινόμενον* = jev označující realitu, jak se jeví naší zkušenosti, ovšem nikoli jaká opravdu je (Haškovcová, 2010).

2.3 Mýty o stáří

Haškovcová (2010, s. 42-47) dává ucelený přehled mýtů o stáří, které zapustily hluboké kořeny v naší současné společnosti, tedy společnosti dávající přednost mladým, ambiciózním a ekonomicky zcela nezávislým lidem.

2.3.1 Mýtus falešných představ

Znamená přesvědčení, že starý člověk si činí nároky pouze na materiální a finanční zajištění svých životních potřeb. Majoritní společnost je soustředěna pouze na tuto oblast. V důsledku toho vyvozuje, že výborné nebo uspokojující materiální zajištění seniora se jeví jako přímo úměrné jeho osobní spokojenosti.

Dobré zajištění nemůžeme zpochybňovat, ale bylo by naivní považovat ho za **jedinou** seniorovu potřebu.

2.3.2 Mýtus zjednodušené demografie

Znamená přesvědčení, že odchodem do důchodu začíná stáří. Smysluplná část života je odžita, dál čekají jen obtíže, nemoci, perspektiva blížící se smrti.

Je přitom zcela ignorován fakt, že rozdíl mezi lidmi pobírajícími důchod může činit někdy i 30 let. Naděje dožití se díky pokrokům v medicíně neustále zvyšuje. Dle statistické ročenky CZSO České republiky za rok 2014 pro chlapce narozené v roce 2013 činila 75,2 let a děvčata 81,1 let. Proto i důchodci mají čas na plnohodnotný život naplněný zájmovými aktivitami vedoucími k radosti z nadcházejících dnů.

2.3.3 Mýtus homogenity

Znamená přesvědčení, že staří lidé a jejich potřeby jsou shodné. Předpoklad určitých podobností zevnějšku (zhoršené smysly, vrásčitá tvář, pomalejší chůze), umožňující identifikovat životní etapu, s sebou nese identické podobnosti i v ostatních směrech.

Odborníci naopak dokládají výraznou heterogenitu potřeb seniorů. Potřeby vznikají na základě osobních cílů a u tak rozmanité skupiny, již senioři představují, se dá jen těžko najít společný jmenovatel. Opakovaně bylo studiem zjištěno a doloženo, že právě individuální prožitky formují a velmi **diferencují** potřeby v pokročilém věku.

2.3.4 Mýtus neúčinného času

Znamená přesvědčení, že člověk nemající zaměstnání nedělá nic. Automaticky přestává být přínosem pro společnost, jeví se naopak jako přítěž. Uspěchaná doba stavící na výkonu dává podnět k myšlence, že všichni nevykonní, nepracující, a tudíž neefektivní lidé zůstávají na okraji našeho zájmu.

Skutečnost je taková, že i nepracující člověk může být v jiných směrech velmi aktivní. Čerpaje ze svých zkušeností se mnohdy stane nepostradatelným společníkem poskytujícím radu, oporu či pomoc rodině, přátelům nebo společnosti.

2.3.5 Mýtus ignorance

Znamená, že z povědomí lidí se vytratila úcta a respekt k celoživotním zkušenostem. Dochází k jejich devalvací na základě předpokladu neúčinnosti. Vývojové technologie směřují rychle kupředu, a tak mladá generace předpokládá, že senior nemůže svými radami a zkušenostmi nijak přispět. Odmítají ho považovat za rovnocenného partnera či konkurenta k diskusi.

V tomto případě se jedná čistě o projevy ageismu, které je nutné v humanistické společnosti eliminovat.

2.3.6 Mýtus o ateroskleróze

Znamená přesvědčení, že skleróza (v tomto případě představující synonymum pro zapomnětlivost či demenci) je chápána jako společný znak stáří.

Postupné ubývání kognitivních funkcí často vede k některé formě demence. Jedná se ovšem o **selektivní** onemocnění a ne o automatický projev, postihující ve stejné míře každého seniora. V nemocnicích a ústavech sociální péče dochází převážně k setkávání s polymorbidními a nesoběstačnými seniory. Z toho pramení základ předsudku o arterioskleróze. Už se nebere na vědomí ta část populace, která se těší na svůj věk celkem dobrému či uspokojivému zdravotnímu stavu. V minulosti se lidé neměli možnost své vlastní demence dožít, neboť umírali v podstatně nižším věku než dnes.

2.3.7 Mýtus o lékařích

Znamená přesvědčení, že veškeré problémy seniorů vyřeší medicína. Laická veřejnost požaduje na lékařích zázračné „pilulky“, které automaticky odstraní involuční procesy v organismu a navrátí člověka do stavu úplného zdraví.

Lidé si stále nechtějí připustit myšlenku, že podstatnou část vlastního zdraví mají ve svých rukou. Právě ve stáří se začínají projevovat jejich prohřešky proti racionální životosprávě, sedavý životní styl, nerespektování rad lékaře ohledně snížení hmotnosti atd. Navíc těšit se dobrému zdraví je pouze předpoklad pro šťastný a spokojený život, nikoli podmínka. Jen na člověku samotném záleží, jakou se vydá cestou a k jakému dojde cíli.

2.4 Ageismus v ošetrovatelské péči

Znevýhodňování a omezování práv se nevztahuje pouze na laickou veřejnost, můžeme se s ním setkat i v profesním oboru, kde bychom ho čekali asi nejméně – ve zdravotnictví. Dle průzkumu zneužívání a týrání starších lidí, který provádělo Fórum pro pomoc starším, se na třetím místě žebříčku špatného zacházení (za různými subjekty a rodinou) umístily právě zdravotnické služby (cit. podle Kabátové, Uričkové, 2013).

Kabátová s Uričkovou (2013) uvádějí: ageistické postoje ošetrovatelského personálu vycházejí z názoru, že zdravotní problémy seniorů jsou přece zcela běžné a projevy stárnutí jsou typické pro všechny osoby této věkové skupiny bez rozdílu. Personál přichází daleko častěji do kontaktu s osobami trpícími kognitivní poruchou, smyslovým nebo jiným druhem fyzického omezení. Tyto změny pak obecně připisuje všem bez náležitého posouzení aktuálního zdravotního stavu. Vzhledem k hlavní náplni ošetrovatelské činnosti, tedy pomáhat pacientům v nemoci i ve zdraví, se jedná o **velmi alarmující fakt!**

Negativní postoj k seniorům v rámci ošetrovatelství může přímo ovlivňovat samotného pacienta, může snížit i ohrozit jeho sebedůvěru a autonomii. Dojde k internalizaci ageistického postoje a tím i ke změně chování, jež začne odpovídat negativnímu stereotypu: k převzetí pasivní, závislé role. Některé výsledky studií naznačují negativní dopad takového postoje i na úmrtnost pacientů. Pozitivní vnímání sama sebe se naopak jeví jako protektivní faktor napomáhající v prodlužování života.

2.4.1 Projevy ageismu v ošetřovatelství

Pokorná (cit. podle Kabátové, Uričkové, 2013, s. 54) sumarizuje způsoby, jimiž se může manifestovat **ageismus v ošetřovatelské péči**. Jsou to:

- omezení diagnosticko-terapeutické péče,
- inhibice léčebných postupů,
- nejistota při poskytování péče,
- nesprávná identifikace potřeb,
- nerespektování a neakceptování informací od blízkých,
- omezení komunikace v týmu,
- nedostatečná organizace ošetřovatelských činností,
- nenavazování ošetřovatelských intervencí v rámci multidisciplinárního týmu,
- nereálné hodnocení schopností seniora,
- ovlivňování v rozhodování o následné péči,
- neadekvátní sociální interakce (devalvace, elderspeak – eticky nevhodné hovoření o starých lidech a se starými lidmi),
- kognitivní a emocionální manipulace,
- infantilizace v jednání a chování (používání zdobných slov, čtení pohádek),
- infantilizace prostředí (naivní dětská výzdoba).

Všeobecný názor a sebepojetí stáří jsou postaveny právě na mýtech a předsudcích o stáří modifikujících se v čase. Nejedná se o nijak optimistickou představu. Od 70. let minulého století dochází k vyvíjení značné politické i společenské iniciativy snažící o změnu postojů ke stáří a starým lidem. Stále však existuje rozpor mezi tím, jak se k seniorům chováme, a tím, jak víme, že bychom se chovat měli (Haškovcová, 2010).

2.4.2 Možnosti řešení

Seniorův kalendářní věk představuje z biologického hlediska zcela nespolehlivý údaj. Seniori mají být hodnoceni v souladu dvou hledisek: 1. pomocí standardizovaných testů určených k posouzení jejich aktuálního stavu a možností vzájemné interakce (Bartelové test běžných denních aktivit, test na zhodnocení soběstačnosti, MMSE – test na zhodnocení kognitivních funkcí atd.), 2. osobnostním přístupem, kdy je na člověka nahlíženo jako na **jedinečnou** lidskou bytost hodnou úcty, respektu a zachování důstojnosti. Správné funkční

posouzení a zhodnocení seniorského pacienta, určení jeho rizik a potřeb je základním předpokladem pro nediskriminační péči. Levi (cit. podle Kabátové, Uričkové, 2013) vidí, že odstranění ageismu ve zdravotnictví je závislé na tom, zda **ošetřující personál pochopí a přizná si své negativní postoje k seniorům a bude pracovat na jejich odstranění.** Pozitivně též přispívá další vzdělávání pracovníků v oblasti geriatrie i gerontologie prostřednictvím konferencí a seminářů zaměřených na ageismus s jeho dopady, včetně začlenění této problematiky do lékařských i ošetřovatelských učebních osnov. Na ošetřovatelský personál pečující o seniory jsou kladeny specifické požadavky. *„Je nutné si uvědomit, že jakýkoli ageismus v medicíně i ošetřovatelství je odrazem diskriminačních postojů vůči starším, které existují v širší společnosti, kde má mládež přednost před stáří.“* (Kabátová, Uričková, 2013, s. 54)

3 ADAPTACE

„Dovolte mi, abych si naplnil hlavu myšlenkami podle svého vkusu, a já pak budu ochoten nosit klobouk podle vaší módy.“ (Henri Bergson, francouzský filozof)

3.1 Adaptace a maladaptace

Adaptaci z psychologického hlediska můžeme definovat jako *„obecnou vlastnost organismů přizpůsobovat se podmínkám, v nichž žijí a existují.“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 27)

Je realizována vzájemnou interakcí jedince s prostředím na základě dvou mechanismů:

- **akomodace** – sám jedinec se přizpůsobuje novým podmínkám, situacím, problémům;
- **asimilace** – jedinec přizpůsobuje okolní prostředí sobě samému.

Oba uvedené mechanismy na sebe vzájemně navazují nebo se v různé míře doplňují.

Přiměřená míra adaptace v sobě zahrnuje nejen uspokojování vlastních potřeb, ale i jistá omezení a strádání. Pokud se naruší některá ze složek napomáhajících k přizpůsobení, může dojít ke zhroucení adaptačních mechanismů. Pak mluvíme o **maladaptaci**. Podmínky jejího vzniku dle Farkové (2009) mohou souviset s:

- nesouladem mezi potřebami jedince a prostředím;
- dlouhodobým nedostatečným uspokojením základních vývojových potřeb;
- fungováním jedince na základě patologické odchylky organismu;
- přítomností neadekvátních vlivů v prostředí.

3.2 Adaptace na stáří

Pozitivní a plnohodnotné je v poslední době chápáno jako synonymum pro produktivní a mladé. Přitom lidské stárnutí spolu s výsledným stářím má ryze individuální podobu. Záleží na každém z nás, jak se přizpůsobíme vlastnímu věku, jaký zvolíme životní styl i čím vyplníme uvolněný prostor. Nalezneme v sobě sílu a odvalu akceptovat omezení a těžkosti spojené s touto životní etapou?

Adaptace na stáří je dlouhodobý proces. Vychází z celoživotní schopnosti umět se vyrovnávat s náročnými situacemi, řešit problémy i přizpůsobovat se nečekaným změnám. K tomu, jak uvádí Malíková (2011), je ještě nutné přihlídnout k řadě determinant, jež nás ovlivňují. Jsou to:

- prostředí a komunita, v kterých člověk žije, a vliv jejich obecných postojů ke stáří;
- charakter osobnosti a celoživotní zkušenosti;
- citové a sociální zázemí, rodinné vztahy;
- výchova, vzdělání, kulturní vlivy;
- zdravotní stav a s tím spojené omezení;
- míra emoční inteligence;
- ekonomické zázemí;
- vrozené dispozice a schopnosti vyrovnávat se s obtížnými situacemi.

3.2.1 Teorie adaptace ve stáří

Švancara (2004) poukazuje na různé teorie pojednávající o tom, jak se přizpůsobit změnám, jež provázejí stáří. Každý z autorů uvádí závažné argumenty pro svá tvrzení. „*Neméně pádné argumenty však mají obvykle také kritici a odpůrci.*“ (Švancara, 2004, s. 106)

- **teorie aktivního stáří** – předpokládá podržení dosavadních činností, udržení sociálních kontaktů, stejně tak i kontaktů s prostředím;
- **teorie postupného uvolňování z aktivit** – předpokládá naopak postupné ukončení aktivit, ať v důsledku jejich nepřiměřené zátěže, nebo ztráty na důležitosti; dochází k přijetí deficitů stáří;
- **substituční teorie** – činnosti, povinnosti nebo role, jež se jeví jako zatěžující či nevyhovující, mají být nahrazeny adekvátnější aktivitou.

Jen na seniorovi samotném záleží, kterou z uvedených teorií uplatní ve svém životě. Často může jedna strategie plynule přecházet v druhou, pokud dojde ke změně vnitřních nebo vnějších podmínek. Není možné nikoho násilím přesvědčovat o vhodnosti té či oné. Volba vždy souvisí s osobními ambicemi, s tím, co od života člověk očekává, o co ještě usiluje; opírá se o představu vlastní budoucnosti. Výrazná změna životního programu ve stáří může navodit nezvladatelný stres, jehož důsledky vedou k „*maladaptivnímu syndromu s apatií či agresivitou, s rozvojem psychosomatické problematiky včetně neurovegetativní lability.*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 132) Pokud jsou zaznamenány prvotní příznaky selhávání adaptačního mechanismu, je třeba neprodleně zahájit podpůrnou psychoterapii či psychiatrickou intervenci.

3.2.2 Strategie adaptace na stáří

V 60. letech minulého století provedla Reichardová studii, v níž podle společných charakteristických znaků odlišila pět nejčastějších strategií adaptace na stáří. Haškovcová (2010) je popisuje takto:

- **Strategie závislosti** – velmi rozšířená a oblíbená forma, jejíž jádro představuje vynucování pomoci a péče od ostatních. Jedinec využívá jakékoli sebemenší zdravotní i jiné obtíže k manipulaci s okolím (může se jednat o příbuzné, zdravotníky či pracovníky sociálních služeb). Má sklony k pasivitě, spoléhá na druhé. To oni se o něj mají postarat jak po strance finanční, tak citové a zabezpečit ho v kruhu rodiny či formou institucionální péče. Dává přednost bezpečí, pohodlí a dokáže použít k dosažení svých cílů i citového vydírání;
- **Strategie obranného postoje** – je nejvíce uplatňována jedincem, jenž si nepřipouští svůj věk. Po celý svůj dosavadní život více dával, než bral. Zastával zodpovědnou pracovní funkci, nezdědka se pohyboval ve vysokých společenských kruzích. Charakterizuje ho velká míra nezávislosti. Snaží se do posledních sil vzdorovat času a udržet si svou společenskou pozici. Má snahu popírat a oddalovat realitu, bojí se jakékoliv závislosti vyplývající z nastupující životní etapy;
- **Strategie nepřátelství** – silně negativisticky založená forma vysilující jedince samotného i jeho okolí. Uchyluje se k ní ten, kdo nebyl úspěšný ve svém vlastním životě, ačkoli po slávě a uznání toužil. Člověk překypuje domnělými či skutečnými křivdami, má tendenci vlastní neúspěch připisovat druhým či vnějším příčinám. Charakterizuje ho podezíravost, vztahovačnost, závist, mrzutost a někdy agresivita. Své stáří chápe opět jako nepřízeň osudu s těmi nejhoršími důsledky. Přes tyto negativní společenské postoje sám sebe uvnitř velmi lituje. Uchyluje se do ústraní, kde pod maskou svého nepřátelství, obviňování a pocitů křivdy trpí jeho nitro velkou lítostí a silnou emoční bolestí (Malíková, 2011);
- **Strategie sebenávisti** – jde o velmi nebezpečnou strategii vyvěrající ze silně negativního vztahu vůči sobě samému. V předchozí formě je obviňováno z neúspěchu okolí, na rozdíl od toho jedinec plný sebenávisti hledá a nachází původce všech obtíží jen sám v sobě. Není schopen vlastního odpuštění za nepovedený život. Devaluje svá jednání a pohrdá sám sebou;

- **Strategie konstruktivnosti** – ideální forma, jež zahrnuje akceptaci svého vlastního stáří. Jedinec s tímto postojem má všeobecně pozitivní přístup ke změnám. Je otevřený, tolerantní. Udržuje současné vztahy (ať už rodinné či přátelské), nemá potíže s navazováním nových i ve vyšším věku. Většinou oplývá smyslem pro humor. Jeví se spokojen se svým životem, neutápí se v sebelítosti. Stále si udržuje svou duševní rovnováhu.

Chování a adaptace jedince na vlastní stáří nemusí zcela odpovídat jednotlivým strategiím. Ty se v určitých životních situacích mohou podle okolností vzájemně kombinovat. Závisí to na charakteru osobnosti i na předchozích životních zkušenostech.

3.2.3 Pět „pé“ optimální adaptace

Švancara (2004, s. 110-114) formuloval v cyklu o duševní životosprávě ve stáří zásady vedoucí k udržení kvalitního způsobu života v pozdním věku. Nazval je pro snadné zapamatování „*pět pé optimální adaptace*“ :

- 1) perspektiva,
- 2) pružnost,
- 3) prozíravost,
- 4) porozumění pro druhé,
- 5) potěšení.

Perspektiva časová a věková – jedná se o vztah věku a času vyjadřující perspektivu života s výhledem do budoucnosti, nebo s obrácením zájmu na minulost. V **retrospektivním** zaměření silně převažují vzpomínky. Obsahově je orientováno na minulost, rekapitulaci prožitých událostí a vyrovnávání se s nimi. Pohled zpět může být vnímán pozitivněji v důsledku strachu z budoucnosti. Naproti tomu plánování budoucnosti se dívá směrem dopředu. Tento druh myšlení má **prospektivní** zaměření. Z hlediska adaptace se proto ukazuje jako výhodnější varianta. Člověk poté nebývá zaskočen přibývajícimi roky a neocitá se náhle bez programu. Má předem promyšlené alternativy, kudy a kam může jeho život nadále směřovat. Je lépe připraven na následná důležitá rozhodnutí, neboť o nich již dříve přemýšlel. Jak píše Švancara (2004, s. 111): „*Perspektivní zaměření úzce souvisí s hierarchií hodnot. Právě hodnoty jsou nadosobní a nadčasové.*“ Krátkodobé problémy každodenního

života tím poněkud ztrácejí na významu a ustupují do pozadí. Oporou perspektivního zaměření se zdají být tvůrčí schopnosti a jistá dávka kreativity.

Pružnost – opak rigidity, umožňuje přizpůsobovat myšlení, chování i prožívání změněným podmínkám a novým situacím. Obecně se traduje, že starší člověk má sníženou schopnost pružně reagovat ať už v rozhovoru, nebo v nenadálých situacích. Tento předpoklad je velmi zavádějící. Mnozí mladší lidé si dovedou vybavit nesčetné situace, kdy je trefná odpověď napadla až nedlouho po proběhlém dialogu. Naproti tomu starší protivník vtipně a pohotově odlehčil situaci trefnou glosou.

Jeví se jako opodstatněné zachovat si schopnost přijímat změny, pokud jsou ve prospěch důležitých věcí. Přijímat to, co považujeme za správné, a odmítat vše, jež se přičítá našemu svědomí. Snažit se neulpívat na stávajících stereotypy a nejednat jen podle „zajetých kolejí“. S pružností myšlení je spojena i **schopnost sebekritiky**. Ne vždy je pro staršího člověka lehké uznat, že jeho vlastní stanovisko se v nových souvislostech jeví jako mylné, a připustit svou chybu. Pokud to ovšem dokáže, svědčí to o jeho vnitřní mobilitě, obnově a duševní svěžesti.

Prozíravost – myšlena jako „*umění organizovat si život*.“ (Švancara, 2004, s. 112) Zabezpečuje člověku připravenost na nenadálé změny. Vychází ze zkušeností, které zabraňují opakovat minulé chyby, vyvarovat se omylů a umožňují pracovat úsporněji a jednat obezřetněji. Prozíravost v sobě zahrnuje perspektivní zaměření (viz výše). Prozíravý starý člověk je připraven i na konec svého života, je vyrovnán a smířen s vlastní smrtí.

Porozumění, pochopení pro druhé – schopnost empatie, umění vcítit se do chování a jednání druhé osoby. Pochopit a akceptovat pohnutky, jež mohly vést k určitým činům. Starší lidé hůře navazují nové citové vztahy. Jsou zpočátku obezřetnější, rezervovanější a nedůvěřivější hlavně vůči mladšímu člověku. Proto může často docházet k adaptačním problémům na základě odlišných měřítek dvou generací. Pro seniory je žádoucí naučit se některé věci tolerovat, neuchylovat se k mentorování a neustálému opravování chyb, i když to dělají v dobré víře. Zkušenost je nepřenosná a člověk si ji musí zažít sám. Příčinou napětí se stává i rozdílné hodnocení věcí. U staršího člověka osobní věci získávají na ceně vlivem vzpomínek a citových vazeb s nimi spojených. Jejich hodnota tím několikanásobně vzroste, což se druhým lidem může jevit jako neopodstatněné a přemrštěné vzhledem k jejich reálné ceně. Vzájemné porozumění se podaří lépe v atmosféře dobré nálady. Vtip a humor mnohdy dokáží otupit hrany vzniklých adaptačních nesnází.

Potěšení – je mylné se domnívat, že by stáří mohlo zbavit člověka všech druhů radosti a potěšení. Jen se mění jejich zdroje. U většiny seniorů už minula doba, kdy se těšili

z vlastních sportovních výkonů, z množství vykonané fyzické práce nebo ze sexuální rozkoše. Nyní se radostná vzrušení přesouvají do oblastí spojených s přírodou, uměním, objevováním nových míst, nových chutí. Nastal čas zabývat se činnostmi dříve neustále odsouvanými na později. Kdo z nás si občas neposteskne: „Až budu v důchodu, budu dělat to či ono...“ Radost sytí náš duševní život, bez ní bychom citově strádali a daleko obtížněji se adaptovali na nové situace. „*Nedostatek radostí – to je nedostatek vláhy, vyprahlost, která se vždy dříve nebo později projeví, i kdyby všeho ostatního bylo nadbytek.*“ (Švancara, 2004, s. 114)

Švancarových pět „pé“ může představovat vodítko pro seniory, jak na sobě s přibývajícím věkem pracovat. Sledování vytyčené linie ukazuje cestu pro duševní hygienu, sebevýchovu a autoregulaci, jež bude přispívat k zdokonalení adaptačních schopností.

Přání směřující do seniorova okolí vyjadřuje Švancara slovy: „*Brát ohled na integritu osobnosti starého člověka a respektovat jeho volbu adaptovat se takovým způsobem, který mu vyhovuje, kdy třeba odmítá přizpůsobovat se názorům a požadavkům, které jsou v rozporu s jeho názory.*“ (Švancara, 2004, s. 106)

4 MEDICÍNSKO-OŠETŘOVATELSKÝ POHLED NA STÁŘÍ

Stáří je jev somatický, psychický, sociální a spirituální. Mezi největší obavy spojované se stářím náleží nízká kvalita života podmíněná zhoršeným zdravotním stavem, snížená soběstačnost a osamělost.

Vzhledem ke stále se zvyšující naději dožití ve stáří se čím dál častěji vynořuje myšlenka, zda nejde jen o pouhé prodlužování nekvalitní, nesoběstačné a na ošetřovatelskou péči nákladné fáze života. Představy o **expanzi** nemocnosti by ve svém důsledku mohly vést ke snižování zdravotní péče, k pochybnostem o její účelnosti a k špatně chápanému pojmu „demedicinace péče“. Gerontologická problematika by se ve spojitosti s touto úvahou omezila jen na úroveň dlouhodobého ošetřovatelství a pečovatelsví.

Oproti tomu v 80. a 90. letech 20. století došlo k zformování názoru, jenž staví na pozitivním ovlivnění zdravotního stavu a z toho vyplývající **kompresi** nemocnosti. Na možnosti lidský život ve stáří nejen prodlužovat, ale také funkčně zkvalitňovat. Mezi hlavní náplň gerontologie se v tomto případě řadí prevence, intervenční zásahy, rehabilitace a hledání podmínek pro smysluplnost a seberealizaci života ve stáří. Předpoklady tohoto konceptu úspěšného stárnutí jsou omezená střední i maximální délka lidského života, smíření se s existencí přirozené smrti stářím a vyzdvižení reálného potenciálu v terapeuticko-rehabilitačních možnostech, které mohou přispět k zlepšení funkčního stavu chronicky nemocných seniorů (Kalvach, Otová, 2004).

Většina seniorů se však dle Čeledy, Kalvacha a Čeledové (2012) dožije „**úspěšného stáří**“ bez problémů, jež by se nedaly zvládnout v nastolené rovnováze jak v oblasti psychické a fyzické, tak i sociální. Vzhledem k tomu, že zdraví náleží k jedné z hlavních determinant ovlivňujících kvalitu života v jakémkoli věku, bychom se měli zamyslet nad tím, co pro své zdraví můžeme udělat také sami.

4.1 Síla životního stylu

Senior se ve svém fenotypu a zdatnosti bude lišit od mladého člověka. Tato skutečnost je ovšem záležitostí multifaktorovou.

Psychosociální prostředí zde sehrává nemalou roli. Určitě lépe se vždy bude potýkat s životními nástrahami manželský pár než vdova či vdovec. Jedná se např. o rozpoznání

případného nebezpečí při podpisech nevýhodných smluv, finanční možnosti při výběru a nákupu různě kvalitních potravin, úroveň bydlení nebo o možnosti nadstandardního materiálu či péče ve zdravotnickém systému (stomatologická péče, léky s doplatkem). I přes tyto determinanty se každému člověku během života otevírají mnohé možnosti vedoucí k příznivému ovlivnění úrovně vlastního zdraví.

4.1.1 Biologická involuce

Je geneticky podmíněná i determinovaná náhodnými vlivy, bohužel neposkytuje mnoho možností pozitivního ovlivnění.

4.1.2 Nemoci s jejich důsledky

Zde se nám otvírají široké možnosti. Mnohým civilizačním chorobám můžeme v průběhu života předcházet zdravým životním stylem a režimovými opatřeními, tedy zcela nefarmakologicky, pouze změnou našeho přístupu.

Dle Kalvacha (2004) dnes nejvíce ovlivňují funkční stav seniorů především:

Ateroskleróza – změna v cévní stěně tepen způsobená kumulací lipidů a sacharidů vytvářejících sklerotický plát. Následně vlivem nesmáčivého povrchu dochází k nasedání trombocytů, k ukládání vápníku a vazivovým změnám. Chorobný proces může napadat cévy kdekoli v lidském těle. V srdci postihuje především koronární artérie a tím se podílí na vzniku ischemické choroby srdeční. Jejím funkčním projevem je dušnost, zprvu námahová, posléze přerůstající i do klidové.

V mozku způsobuje ateroskleróza vaskulární formy demence. Tedy demence, jež nemá přímou souvislost se stářím, ale s funkčním poškozením organismu na podkladě choroby. Izolované cévní mozkové příhody jsou dalším projevem cévního poškození. Důsledkem jsou parézy či plegie, narušení čítí, postižení řečových center. Ischemická choroba dolních končetin může vést k omezení hybnosti v důsledku klaudikačních bolestí či k úplnému tepennému uzávěru a následné amputaci končetiny.

Přitom prevalence těchto symptomů může výrazně klesat s účinným preventivním ovlivněním hlavních rizikových faktorů aterogeneze (např. obezita, poruchy lipidového metabolismu, diabetes mellitus, hyperinzulinismus, arteriální hypertenze, kouření).

Diabetes mellitus 2. typu – výskyt především u obézních osob, u nichž dochází k relativnímu nedostatku inzulínu, neboť jeho produkce je sice dostatečná, ale nestačí

na zvýšený přísun sacharidů v potravě. Důsledkem diabetu jsou makroanginózní i mikroanginózní změny podílející se na syndromu diabetické nohy, smíšených bércoých vředech, diabetické retinopatii (způsobující těžké ireverzibilní poškození zraku seniorů, mnohdy vedoucí ke slepotě) i renální insuficienci. Vede též k postižením neuropatickým.

Preventabilita tohoto onemocnění je dle Kalvacha (2004) považována až za osmdesátiprocentní, a to především díky dietnímu režimu, pohybovým aktivitám a udržování tělesné hmotnosti.

Chronická obstrukční plicní nemoc – charakterizovaná omezením průtoku vzduchu v plicích vlivem chronické bronchitidy a destrukcí plicního parenchymu v důsledku plicního emfyzému. Projev dušnosti výrazně omezuje každodenní činnosti a chůzi seniora.

Účinným preventivním opatřením je restrikce kouření aktivního i pasivního.

Osteoporóza – úbytek kostní hmoty. Podílí se na podstatné části zlomenin ve vyšším věku, především u žen. Ovlivňuje také stařecký fenotyp postavy s typickou siluetou s hyperkyfózou.

Preventivní opatření spadají do zdravého způsobu života do 30 let, kdy vrcholí utváření kostní hmoty, a poté do první dekády po nástupu menopauzy. Ve stravě je důležitý přísun kvalitních bílkovin a mléčných produktů. Mezi rizikové faktory patří nedostatek pohybu, kouření a alkohol.

4.1.3 Inaktivita

Fyzická i psychická nečinnost výrazně umocňuje biologickou involuci, čímž přispívá k fenotypu stáří. Dochází k svalové slabosti a atrofii, negativnímu vlivu na metabolismus, vyššímu riziku srdečních příhod. Výkonnostně se může aktivně žijící sedmdesátník srovnávat s čtyřicátníkem, který preferuje sedavý způsob života. V psychické oblasti dochází k zániku části synaptických spojů, projevujících se poruchami paměti, chudnutím slovní zásoby. Sociální izolace vede k nejistému chování v nových situacích.

Přitom inaktivita není vždy závislá na zhoršeném zdravotním stavu. Její důsledky mohou být ovlivnitelné a mnohdy reverzibilní. Několikaměsíční rekondiční programy, pravidelné tréninky duševních i tělesných funkcí vedou k pozitivním změnám na funkční zdatnosti seniorů.

4.1.4 Malnutrice

Optimalizací výživy ve smyslu redukce hmotnosti při obezitě či zabránění malnutrici, která je také častým jevem ve stáří, se dá opět preventivně působit proti mnohým chorobám i dekonkci, např. ateroskleróze, diabetu, osteoporóze, onemocnění žil dolních končetin či poruchám imunity.

4.2 Medicínská specifika

Patologické stárnutí s sebou přináší některá specifika. Projevuje se polymorbiditou, polypragmazií, stařeckou křehkostí, výskytem chronických a degenerativních onemocnění, častěji dochází k akutnímu zhoršení a dekompenzaci základního onemocnění.

4.2.1 Symptomatologie

Klinický obraz průběhu nemoci u seniorů má dle Topinkové své charakteristické rysy (cit. podle Malíkové 2011, str. 215):

- **mikrosymptomatologie** – minimum výskytu obvyklých příznaků;
- **monosymptomatologie** – z typických příznaků daného onemocnění je zaznamenán jen jeden;
- **asymptomatický průběh nemoci** – zcela bezpříznakový;
- **nespecifické příznaky** – onemocnění je doprovázeno pouze nespecifickými příznaky, jež se mohou vztahovat k více chorobám;
- **symptomatologie druhotného postižení** – onemocnění se projeví příznaky na zcela jiném orgánu;
- **řetězení příznaku** – každý příznak postupně vyvolává další;
- **atypické lékové reakce** – nečekané nežádoucí účinky, snížení či zvýšení účinnosti léku;
- **prudké zhoršení zdravotního stavu** – zapříčiněné malou funkční rezervou organismu;
- **vysoký invalidizující potenciál nemoci** – častá ztráta soběstačnosti;
- **zvýšená úmrtnost** – i při běžném průběhu onemocnění;
- **sociální rozměr nemoci** – při chronicitě nebo následné invaliditě může dojít ke změně sociálního statutu.

V diagnostice je třeba mít na paměti odlišnosti v průběhu nemocí u seniorů a brát v úvahu veškerá jejich sdělení nebo popisy potíží od doprovodné osoby. Hrozí riziko včasného nerozpoznání nemoci či nesprávně vedené léčby, což může mít závažné důsledky.

4.2.2 Farmakologie

Mnohé fyziologické procesy u seniorů se vyznačují určitou specifičností. Při hledání vhodných farmakologických preparátů je nutné respektovat a dodržovat určitá pravidla, abychom předešli jejich nepříjemným nežádoucím účinkům nebo je alespoň omezili.

Změny ve farmakokinetice zahrnují omezenou absorpci léčiva způsobenou slizničními změnami, sníženým prokrvením trávicího traktu nebo změněnou peristaltikou. Rozdíl v distribuci po organismu způsobuje nižší obsah vody ve tkáních. Seniori často nemají pocit žízně, a tak jejich denní pitný režim bývá nedostatečný. Léčiva rozpustná ve vodě proto budou dosahovat daleko vyšších koncentrací. Podíl tukové tkáně mírně roste a s tím i schopnost kumulovat látky rozpustné v tucích. Eliminace léčiva z organismu je přímo úměrná funkci ledvin. Při jejich insuficienci roste hladina odpadních látek. Funkční schopnost jater klesá a narušuje detoxikační procesy. Farmakodynamika (mechanismus působení léčiva) je ovlivněna změnou počtu a citlivosti receptorů.

Nejčastěji popisované nežádoucí účinky dle Lomovcové (2014) ovlivňují kardiovaskulární, trávicí a nervový systém. Projevují se příznaky ortostatické hypotenze a s tím spojené riziko pádů s případnými zlomeninami, stav zmatenosti, deprese, útlum, nevolnost či zácpa. Při polymorbiditě seniora vzrůstá polypragmazie a tím i počet nežádoucích interakcí mezi léčivy.

Lomovcová (2014) ve svém článku shrnula osm jednoduchých doporučení pro usnadnění průběhu léčby seniora:

- 1) přesné stanovení diagnózy,
- 2) důkladná anamnéza,
- 3) znalost veškerých užívaných léčiv včetně stravovacích doplňků,
- 4) jednoduchý režim dávkování,
- 5) omezení počtu léčiv,
- 6) podávání co nejnižší, ale ještě účinné terapeutické dávky,
- 7) omezení preskripce léků nevhodných pro seniory,
- 8) zvážení poměru mezi rizikem a přínosem terapie.

Pokud chceme docílit souhry v celkové léčbě, pak nutně musí docházet k mezioborové regulaci, a to prostřednictvím buď obvodního lékaře, nebo geriatra.

4.3 Ošetrovatelská péče

Náročnost ošetrovatelské péče v nemocnicích, zařízeních následné i sociální péče vychází z již zmíněného patologického průběhu stáří. Zde se zdravotnický personál setkává převážně se seniory se sníženou soběstačností a sebedpěčí, více či méně odkázanými na pomoc druhých. Je zapotřebí vytvořit vztah vzájemného respektu, důvěry i tolerance mezi seniorem a zdravotnickými pracovníky, protože jedině tak lze dosáhnout společného cíle, a to zlepšení zdravotního stavu seniora.

Sestry pracující s geriatrickými pacienty by měly znát psychologické odlišnosti této vývojové etapy člověka, ovládat umění komunikace i s jejími možnými bariérami, mít schopnost empatie, orientovat se v nabídce nových kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, využívat moderní materiály k léčbě chronických ran. Neustále si zachovávat profesionální nadhled a nevztahovat na sebe případné negativní projevy seniorů. Nenechat se odradit počátečním neúspěchem, být trpělivé a ochotné při opakovaném vysvětlování a řešení zdánlivě nepodstatných problémů (Malíková, 2011). Co se nám může jevit jako maličkost, často připraví seniora na mnoho nocí o spánek.

4.3.1 Ošetrovatelské problémy

Nejčastější ošetrovatelské problémy u seniorů v pobytových sociálních zařízeních můžeme rozdělit na dvě kategorie. Jedna se váže k tělesným potřebám a druhá k potřebám psychosociálním. Dle mých dosavadních zkušeností bych jako dominující označila následující ošetrovatelské problémy.

Tělesné potřeby:

Hybnost

- porucha tělesné hybnosti,
- intolerance aktivity,
- riziko pádu a úrazu,
- imobilizační syndrom.

Soběstačnost

- snížená soběstačnost,
- deficit sebepéče.

Kožní integrita

- porušení celistvosti kůže.

Bolest

- akutní/chronická.

Výživa

- snížený příjem tekutin,
- porucha příjmu potravy,
- poruchy polykání.

Smyslové vnímání

- změna sluchu/zraku/čichu/hmatu/chuti.

Psychické potřeby:

- zmatenost akutní/chronická,
- narušení osobnosti,
- úzkost,
- smutek,
- agresivita,
- strach,
- beznaděj.

Sociální potřeby:

- nedostatek informací,
- narušená komunikace,
- narušená adaptace,

- osamělost,
- sociální izolace.

V nemocnicích bude spektrum ošetrovatelských problémů zcela odlišné s ohledem na léčbu akutního či chronického onemocnění a závažnost zdravotního stavu.

4.4 Závěr života

Každé stáří ve své finální etapě spěje ke smrti. A lidé většinou chtějí umírat doma. Fankl (2014) uvádí statistické údaje agentury STEM/MARK, která se zabývala výzkumem veřejného mínění pro hospicové občanské sdružení Cesta domů (celkový počet dotazovaných respondentů nebyl uveden). 78 % z dotázaných respondentů vyjádřilo přání zemřít doma, 88 % z dotázaných respondentů bylo ochotno se o svoje blízké postarat až do úplného konce. Rovněž 88 % dotázaných zdravotníků považuje za nejlepší místo pro umírající domov. Přesto se jen velmi málo lidem podaří zemřít v prostředí domova v kruhu nejbližších.

Ze své zkušenosti z praxe vím, že většina seniorů žijících v pobytových zařízeních sociální péče přichází smířena s myšlenkou, že zde také zemřou. Mnohdy se však přirozená závěrečná etapa jejich života komplikuje vinou rodinných příslušníků. Senior v terminálním stádiu bývá často sám už na smrt připravený, smířený s proběhlým životem. Rodina přitom naléhá na lékaře a žádá infuzní terapie, další vyšetřování či invazivní postupy k zajištění výživy. Jejich nepřipravenost na smrt blízkého člověka se staví do protikladu ke všeobecně prezentované snaze pečovat o své blízké až do jejich smrti.

Myslím si, že jako společnost i jednotlivci budeme muset pozměnit své postoje, aby se smrt pro nás stala přirozeným zakončením lidského života.

5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

„Péče o občany, kteří se z jakéhokoli důvodu nemohou o sebe postarat sami, patří k morálním povinnostem těch, kteří jsou produktivní a zdraví.“ (Rheinwaldová, 1999, s. 10)

Všechny kulturní národy po staletí prokazovaly úctu svým starším pro jejich stáří a moudrost. Se změnou životního stylu však postupně došlo k ústupu od starých tradic.

5.1 Senior a rodina

Senior je i dnes součástí rodiny, nejstarší jednotky základního lidského společenství. Možnost setrvat v jejím středu má nezastupitelnou úlohu v psychologické, emocionální i sociální opoře v době snižujících se sociálních kontaktů a narůstání závislosti na pomoci druhých. Rodina dává pocit potřebnosti, lásky a smysluplné existence. Z vědeckých studií vyplývá, že senioři žijící v rodinném prostředí jsou šťastnější, zdravější a déle samostatní (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

V dnešní rodině však často oba partneři přes den pracují, bydlení nevyhovuje k soužití několika generací, a tak i přes projevenou snahu není možné zajistit dostatečnou péči o staré rodiče. Stát a společnost zareagovaly na nově nastolené problémy rozvojem systému ambulantních i pobytových sociálních služeb věnujících se seniorům.

5.2 Péče státu

Limitem života ve stáří v původní komunitě se stává dostatečná nabídka terénních a ambulantních služeb, informovanost o jejich poskytování, mnohdy i finanční aspekt. Závisí na tom nevhodné umístění seniorů do institucionální péče i v případech, kdy to není nezbytně nutné (Dvořáčková, 2012). Vstoupením zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platnost zaznamenala tato oblast velmi významné změny.

Péče o staré spoluobčany si v první řadě klade za cíl podporovat seniory či pomáhat jim s činnostmi, které jsou již nad rámec jejich možností, tak, aby mohli co nejdéle setrvat ve svém přirozeném prostředí. Dříve byla odpovědnost převážně na straně státu. Oproti tomu dnes se na ní podílejí jednotlivci, obce, kraje i občanské společnosti.

Na transformaci a rozvoji služeb se dle Dvořáčkové (2012) velkou měrou podílí poskytování dotací, nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované při pobytových službách ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění, cenová regulace výše

úhrad za poskytované sociální služby, naplňování standardů kvality a jejich další subjektivní hodnocení v rámci inspekci. V následujících letech bude nutné více propojit sociální služby se zdravotními, protože péče o staré občany se pohybuje na hranici těchto dvou resortů a mnohdy je od sebe neoddělitelná.

5.2.1 Druhy sociálních služeb pro seniory

Oblast sociálních služeb musí, aby pokryla co největší šíři problémů stárnoucího obyvatelstva, vykazovat velmi variabilní složky. Zahrnuje v sobě poradenství, služby preventivního charakteru předcházející sociální izolaci a přímou péči zabezpečující základní životní potřeby. Podle místa poskytování rozlišujeme služby ambulantní, terénní a pobytové.

- **Odborné sociální poradenství** – zahrnuje specifickou pomoc v poradnách i půjčování kompenzačních pomůcek;
- **Telefonní krizová linka pro seniory** – poskytuje poradenství a pomoc v krizových situacích;
- **Pečovatelská služba** – zajišťuje terénní poskytování pomoci v péči o základní lidské potřeby a o domácnost, což jsou např. celková hygiena, donáška a příprava stravy, doprovod k lékaři, nákupy, úklid, topení;
- **Odlehčovací služba** – pomáhá pečujícím osobám tím, že na určitou dobu, většinou 3 měsíce, převezme péči o seniora a tím jim vytvoří prostor pro odpočinek a načerpání nových sil;
- **Denní stacionáře** – ambulantní služba zajišťuje seniorům aktivizační a sociálně terapeutické činnosti během dne, kdy je pečující osoba v zaměstnání;
- **Domovy pro osoby se zvláštním režimem** – poskytují pobytové služby osobám s Alzheimerovou či jinou formou demence, v důsledku které mají sníženou schopnost sebezpečí a sebeobsluhy;
- **Domovy pro seniory** – jako pobytová služba jsou určeny pro seniory se sníženou soběstačností z důvodu věku.

Přesné definování náplně jednotlivých sociálních služeb obsahuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, díl 3.

5.2.2 Financování sociálních služeb

Na financování ambulantních, terénních i pobytových sociálních služeb se podílí několik složek.

- **Ambulantní a terénní služby** – platba samotným uživatelem, přiznaný příspěvek na péči dle § 11, zákona č. 108/2006 Sb. pokud o něj senior zažádal a byl mu přiznán, státní dotace;
- **Pobytové služby** – stejné jako ve výše uvedeném případě. Pokud zařízení provozuje i zdravotnické služby, je součástí i příjem z veřejného zdravotního pojištění za provedené zdravotní výkony vykázané na pojišťovnu.

Ve všech třech případech mohou být dalším zdrojem financí vedlejší hospodářská činnost (praní prádla, vaření a prodej stravy, pronájem nebytových prostor, prodej vlastních výrobků), příspěvek zřizovatele, sponzorské dary, granty a ostatní zdroje.

5.3 Pobytová zařízení

V následujícím textu se budu zabývat domovy pro seniory, nikoli domovy se zvláštním režimem, i když někdy bývají oddělení tohoto typu péče jejich součástí. Problematika zařízení specializovaných na seniory s různými typy demence je natolik obsáhlá, že překračuje náplň tématu mé bakalářské práce.

Ze statistické ročenky MPSV (tyto statistické údaje zahrnují do kategorie seniorů všechny občany starší 65 let) vyplývá, že k 31. 12. 2013 žilo v ČR 1 825 544 obyvatel starších 65 let. Domovů pro seniory bylo registrováno celkem 491. Pohyb uživatelů těchto zařízení v 2013 činil 36 598. Z celkového počtu seniorů se tedy jednalo o 2,04 % žijících v pobytových zařízeních. K 31. 12. 2013 činil počet neuspokojených žádostí 60 809 (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2013, s. 74, 80).

Pokud v životě seniora dojde k natolik závažným zdravotním, sociálním nebo psychickým změnám, že mu zabraňují v sebepéči a způsobují porušení soběstačnosti, je jednou z možností přestěhování do pobytového sociálního zařízení.

„Nový domov by měl poskytovat nejen důstojné bydlení a nutnou zdravotní péči, ale také moderní prevenci patologického chování, a to jak fyzického, tak duševního. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by vracel smysl a hodnotu.“
(Rheinwaldová, 1999, s. 10) Toto je dle mého soudu nejužitečnější a nejsmysluplnější

definice náplně činnosti domovů pro seniory. Pokud se zařízení věnuje komplexně fyzickým, psychickým i duchovním potřebám podílejícím se na kvalitě lidského stáří, pak se jeho snaha pozitivně odrazí na míře spokojenosti všech uživatelů. Pokud jsou senioři vystaveni stresu z nudy, nedostatku činnosti a smysluplné stimulace, přichází apatie a deprese. Zařízení se pak stává pouhou čekárnou na smrt, která se může jevit jako vykoupení (Rheinwaldová, 1999).

5.3.1 Adaptace na život v pobytovém zařízení

Nástup seniora do pobytového sociálního zařízení znamená významný životní předěl. Každý jedinec se s touto stresovou událostí vyrovnává po svém, a tak úkolem zaměstnanců je vytvořit optimální podmínky pro co nejplynulejší přechod z domácího prostředí a tím usnadnit adaptaci na nový způsob života.

Adaptační proces po nástupu lze přirovnat k strategiím adaptace na stáří jako takové, viz kapitola o adaptaci. Senior si přináší naučené a lety ověřené vzorce chování, ke kterým se uchyluje v zátěžové situaci. Jedná se o závažný stresor, a to i v případě dobrovolného, chtěného rozhodnutí. Zátěž souvisí s bilančními úvahami, emocemi, ztrátou automatismů, pro mozek zažitých stereotypů, podvědomých orientačních bodů i jiných samozřejmostí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Personál zařízení by měl být vyškolen a připraven ochotně pomoci při orientaci v neznámém prostředí, při seznamování se s ostatními uživateli a při přijímání nového životního stylu. Tolerantní, vlídné a vstřícné jednání může mnohdy pozitivně ovlivnit situace, kdy míra přizpůsobení seniora se jeví sníženou či problémovou.

„K běžným adaptačním reakcím na změnu patří u seniorů úzkostné reakce, změny chování, úzkost či agitovanost, emoční labilita, poruchy spánku, psychosomatické projevy a zhoršení chronických zdravotních potíží.“ (Zimmelová, Dvořáčková, 2007, s. 355) Adaptace po přestěhování, jak uvádějí některé studie, může trvat až dva roky. Pokud ovšem dojde k úplnému selhání jakýchkoli adaptačních mechanismů, dochází v poměrně krátké době k *„translokačnímu šoku“*. (Zimmelová, Dvořáčková, 2007, s. 355) Mezi šokové projevy řadíme: dezorientaci, postupnou ztrátu zájmu o dění kolem sebe, stále se snižující schopnost sebepěče i soběstačnosti. Dochází k takzvané sociální izolaci, na niž může navázat i sociální smrt. Následuje ulehnutí na lůžko, odmítání jak stravy, tak tekutin. Člověk v této chvíli nemá vůli k životu a jeho snaha směřuje pouze k vidině konce. Dochází k postupnému zhoršování zdravotního stavu. Vědomí se mění na somnolentní v důsledku ubývání sil. Přes veškerou

snahu a péči příbuzných či personálu senior pomalu umírá. Jedná se o nejhorší možnou variantu maladaptace spojenou s přestěhováním a změnou životního stylu.

Na základě své studie faktorů ovlivňujících adaptaci seniorů v pobytovém zařízení shrnula Zimmelová s Dvořáčkovou (2007) společné prvky úspěšné adaptace, k nimž ze své zkušenosti přidávám jeden předstupeň (bod 0):

- 0) informovanost o reálných nabídkách v regionu,
- 1) dobrovolnost vstupu,
- 2) znalost prostředí,
- 3) podpora orientace v realitě a bezbariérové prostředí,
- 4) zachování důvěrnosti, důstojnosti a lidské slušnosti,
- 5) informovanost o pravidlech života v zařízení,
- 6) důsledné aktivní eliminování nevhodného zacházení,
- 7) dostatečná nabídka volnočasových aktivit.

5.3.2 Výzkum v oblasti adaptace seniora na pobytové zařízení

Téma adaptace seniorů na život v pobytových zařízeních sociální péče se objevuje v bakalářských a diplomových pracích studentů pedagogických nebo humanitních oborů. Jedná se o problém na hranici zdravotnictví, sociologie i psychologie. Senioři přistupují k tak závažné změně životního stylu na základě zhoršujících se zdravotních problémů, z toho pramení změna sociálních podmínek a důsledkem je adaptační proces na stresové stimuly.

Ve většině případů se jedná o kvalitativní výzkumnou metodu, kdy jsou data získávána formou polostrukturovaných rozhovorů. Badatelé se zaměřují na různá hlediska spojená s adaptačním procesem. V následující tabulce uvádím pro srovnání tři druhy výzkumu týkající se adaptačního procesu:

Tabulka 3: Parametry jednotlivých výzkumů adaptačního procesu seniorů

Porovnávaná hlediska	Hrubá 2013	Apolenářová 2011	Holomčíková 2013
Výzkumné prostředí	tři pobytová zařízení	jedno pobytové zařízení	jedno pobytové zařízení
Velikost zařízení	70-220 lůžek	80 lůžek	150 lůžek
Počet respondentů	9	5	6
Typ výzkumu	kvalitativní přístup	kvalitativní přístup	kvalitativní přístup
Typ analýzy dat	otevřené kódování	tématický rozbor	otevřené kódování
Čeho si všímali	<ul style="list-style-type: none"> - sociální kontakty ovlivňující adaptaci - míra soukromí x společenské kontakty - přístup personálu - vzpomínky 	<ul style="list-style-type: none"> - vliv nemoci - vliv kontaktu s rodinou - orientace v prostředí - vztah se spolubydlícím - volnočasové aktivity - převládající emoce - výhody a nevýhody pobytového zařízení 	<ul style="list-style-type: none"> - očekávání a náplň života v pobytovém zařízení - jak se v něm cítí - míra spokojenosti
Časový interval	devět měsíců	jeden rok	neuveдено
Výsledky	<p>Hodnocena míra a fáze adaptace: stagnující adaptace, neukončený proces adaptace, ukončený proces adaptace.</p> <p>Zjištění – adaptace ovlivněna fyzickým zdravím, mírou spokojenosti se službami, úrovní naplňovaných potřeb, životním optimismem, zkušenostmi s institucemi, mírou smíření s novou životní zkušeností.</p>	<p>Nemoc – negativní dopad na adaptaci.</p> <p>Náročnost orientace v prostředí.</p> <p>Převládající emoce při nástupu – smutek.</p> <p>Výhoda pobytu – zajištění péče, náplň volného času.</p> <p>Nevýhoda – malé pokoje, deprimující styk s nemocnými lidmi, špatné vztahy se spolubydlícími.</p>	<p>Požadavek na zlepšení individuální péče.</p> <p>Téměř všichni si po různě dlouhé době zvyknou navzdory všem změnám.</p> <p>Většinová spokojenost s pobytem.</p>

Zdroj: vlastní zpracování

Hrubá (2013) se ve svém výzkumu zabývá otázkou ovlivnění adaptačního procesu sociálními kontakty, mezi které řadí: vztahy v rámci rodiny, navázání nových kontaktů s ostatními obyvateli a personálem. Též zařazuje vliv vzpomínek jako možnou alternativu.

Podle závěrů práce se jeví navázání nových kontaktů jako faktor pozitivně působící v rámci adaptačního procesu a ulpívání ve vzpomínkách jako faktor negativní. Přátelských vztahů již v tomto věku většinou vlivem úmrtí ubývá. Senioři zaměřují své vztahy spíše na rodinu, i přesto má kontakt s vrstevníky nezastupitelnou úlohu. Jako největší přínos v adaptačním procesu senioři označili navázání nových vztahů s lidmi ve stejné životní situaci a aktivní zapojení do každodenních činností, což napomáhá zlepšování fyzického i psychického stavu pohody.

Apolenářová (2011) se ve svém výzkumu zabývá vlivem nemoci, kontaktů s rodinou a známými, orientací v novém prostředí, vztahy se spolubydlícím, volnočasovými aktivitami, emocemi i výhodami či nevýhodami pobytu v sociálním zařízení. Z výzkumu vyplývá negativní vliv nemoci na adaptační proces. Nemoc může znemožňovat orientaci nebo omezovat pohyb v novém prostředí, čímž seniora izoluje v jeho pokoji. Orientace v novém prostředí je pro seniory velmi náročná, zvláště pro ty trpící demencí. Pozitivně působí osoba v roli průvodce. Návštěvy rodiny, přátel a známých mají pozitivní vliv na stabilizaci dobré nálady. Vztahy se spolubydlícími se ukázaly jako velmi různorodé, ale často neuspokojivé nebo jen formální. Zapojení do volnočasových aktivit poskytuje smysluplně strávený čas a tím podporuje lepší adaptaci. V prvotních emocích spojených se vstupem do zařízení převládá smutek, strach i zlost. Nálada se vylepšuje právě při volnočasových aktivitách. Jako největší výhoda je pocíťováno zajištění trvalé péče, naopak nevýhodou mohou být malé pokoje, špatné vztahy se spolubydlícími či prostý fakt, že domov nejde ničím nahradit.

Oproti tomu Holomčíková (2013) se zaměřuje na jev, který charakterizuje pohled „o co jsem přišel, co jsem získal a za jakou cenu“. Převažují pozitivní nabídky služeb v pobytových zařízeních: celodenní péče, rehabilitace, odborné poradenství, konec samoty s možností navazování nových sociálních vztahů. Do kategorie ztrát senioři zařadili ztrátu soukromí, intimity, rodiny a přátel. V převažující shodě se nejednalo o dobrovolnou změnu životního způsobu, ale byli k tomu přinuceni zhoršeným zdravotním stavem, psychickým strádáním nebo ubývajícím sociálními kontakty. I přes fakt nedobrovolného vstupu většina z nich uvedla, že si po nějaké době zvykla. Oceňují profesionální péči od dobře vyškoleného personálu, co však postrádají, je individuální přístup, dostatek komunikace, dotek či pohlazení. Často rutinně prováděnou činnost s opomíjením seniorovy přítomnosti je nutno změnit. Pokud se senioři navracejí ve svých vzpomínkách, Holomčíková (2013) to hodnotí spíše jako bolestné prožitky. Vzpomínají na rodinu, přátele, ztrátu kontaktů, které se rozpadly. Pokud ponechali své dřívější domy či byty v péči dětí nebo vnoučat, aby měli zadní vrátka

k návratu zpět, pak se strachují představou, jak to tam nyní vypadá. Těžko se smiřují s možností prodeje, rekonstrukce i jiných zásadních úprav. Při otázce, zda by své rozhodnutí vrátili, odpovídali stejně: již není kam jít. Závěr výzkumu přesto končí optimisticky. Při zvážení všech pro a proti docházejí k závěru, že zde sice nejsou doma, ale domov se jim všichni v pobytovém zařízení snaží ze všech sil nahradit.

5.3.3 Rámec poskytované péče v pobytovém zařízení

Péče v zařízení je ovlivněna individuálními požadavky seniora, časovým harmonogramem zaměstnanců a domácím řádem. Proto ještě před samotným nástupem sociální pracovník poskytuje dostatek informací a seznamuje budoucího uživatele s chodem a možnostmi zařízení, aby bylo možné projednat a naplánovat reálnost jeho konkrétních individuálních požadavků (Malíková, 2011).

Před nástupem je každému novému uživateli koordinátorem určen klíčový pracovník. Tuto roli může zastávat při nedostatku sociálních pracovníků např. ošetřovatelka, ergoterapeut, aktivizační pracovník, mnohde i všeobecná sestra. Úkolem klíčového pracovníka je zjišťovat deficit potřeb jemu svěřených uživatelů a ve spolupráci s nimi vytvářet individuální plány péče. Na realizaci stanovených cílů se pak podílí celý multidisciplinární tým dle svých kvalifikací. Klíčový pracovník se tak mnohdy stává důvěrníkem a prostředníkem mezi uživatelem a ostatními v týmu. Pokud nastane nesoulad v tomto důvěrném vztahu, který by do budoucna bránil v úspěšném plnění role klíčového pracovníka, je možné, ba i nutné vybrat ve spolupráci s uživatelem jiného člena týmu.

Během dne jsou uživatelům poskytovány služby na základě předem dohodnutého rozsahu. Jedná se o ubytování, úklid, stravování, dohled či pomoc při úkonech denní sebepečce, zabezpečení zdravotních služeb, psychoterapii, rehabilitaci, sociálně terapeutickou činnost, pomoc při vyřizování osobních záležitostí, ergoterapii a aktivizační činnost. Většina zařízení ve svém komplexu umožňuje návštěvu kadeřnictví, pedikúry, tělocvičny, knihovny, malé kuchyňky k přípravě jednodušších jídel nad rámec pravidelného stravování, posezení v kavárně, nákup lahůdek v bufetu či procházku po zahradě obklopující areál. Návštěvy uživatelů nejsou nijak výrazně omezeny, pouze ve večerních hodinách, kdy je budova z bezpečnostních důvodů uzavřena, je nutné se domluvit s personálem.

Multidisciplinární tým se skládá z pracovníků v přímé péči, kam zařazujeme sociální pracovníky, všeobecné sestry, rehabilitační pracovníky, pečovatelky, ergoterapeuty. Stravu navrhuje nutriční terapeut a připravuje personál kuchyně, volnočasové aktivity organizuje

aktivizační pracovník ve spolupráci s dobrovolníky. Lékař je buď zaměstnancem zařízení, nebo dochází v rámci návštěvní služby za svými registrovanými pacienty.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

6.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl výzkumu mé bakalářské práce je zaměřen na **adaptaci seniorů po příchodu do pobytového zařízení sociální péče a nejčastější oblasti změn**, ke kterým dochází po přestěhování. Jako další cíle jsem si stanovila zjistit, jaký vliv na adaptaci mají tyto oblasti:

- **důvody** vedoucí k tak závažnému rozhodnutí;
- **sociální opora** v rodině, v současných i nově vzniklých sociálních kontaktech;
- změna ve způsobu **bydlení**;
- používané **strategie adaptace** a jejich účinnost;
- do jaké míry se **způsob fungování pobytového zařízení spolu s jeho zaměstnanci** může pozitivně podílet na úspěšném procesu adaptace.

6.2 Kvalitativní výzkum

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Creswell, 1998, cit. podle Hendla, 2005, str. 50)

Pro svou práci jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, neboť se mi zdá vhodná pro zachycení individuálních prožitků spojených s adaptačním procesem seniorů na život v pobytovém zařízení.

Kvalitativní výzkum je dáván do protikladu ke kvantitativnímu objektivistickému přístupu. Jedná se o nematematický analytický postup vypovídající o životě lidí, jejich chování, sociálních interakcích či chodu organizací. Badatel využívá své teoretické znalosti, sociální vnímavost, dřívější zkušenosti a schopnost udržet si odstup, aby v analýze předešel zkreslení interpretovaných údajů. Základem tohoto typu výzkumu je odhalování podstaty lidských zkušeností se zkoumaným jevem, popis vzájemných vztahů i porozumění jim,

charakteristika určité struktury jednání. Použité metody mohou přinést poznání jevu, o kterém zatím mnoho nevíme, nebo z nestandardního úhlu pohledu získají podrobnější informace o již známém jevu. Častěji se využívá v oborech zabývajících se lidským chováním a jednáním, v sociálních či psychologických vědách (Strauss, Corbinová, 1999).

Kvalitativní popis zkoumaných jevů i následná analýza probíhá v narativní nebo esejistické formě s vyloučením statistických nebo číselných výpočtů. Zahrnuje podrobný výklad zkoumaného fenoménu v jeho přirozeném prostředí, dobře reaguje na širší kontext (místní situaci a podmínky), hledá oblastní příčinné souvislosti. K nevýhodám patří možnost ovlivnění výsledků osobnostními preferencemi badatele či možnost, že získané znalosti nebude možné zobecnit na celou populaci nebo stejně interpretovat při zasazení do nového prostředí (Hendl, 2005).

Sesbíraná data mohou být přetransformována do případových studií, životních příběhů nebo zaznamenána doslovným přepisem proběhlého rozhovoru. Zkoumaní respondenti jsou vybíráni podle předem stanovených kritérií souvisejících s cílem výzkumu. Tento typ sběru dat je velmi náročný na čas, komunikační dovednosti a vědomosti badatele. Zejména na schopnosti analýzy textových dat, kreativního myšlení, následné syntézy i sociologické imaginace. Z počátečního velkého množství informací je třeba vyselektovat jen podstatné, vztahující se k danému zadání a následně se zajímat o skryté pravidelnosti i strukturu.

6.2.1 Místo sběru dat

Výzkumný proces probíhal v Centru seniorů Mělník. Tento domov pro seniory sestává ze dvou budov, z Domova Penzion a Domova Ludmila. Domov Penzion slouží seniorům, jejichž soběstačnost není ještě zásadně narušena, neboť se jedná o budovu z roku 1993, která nemá parametry moderních zařízení počítajících s ubytováním uživatelů dlouhodobě upoutaných na lůžko. Kapacitně pojme 110 uživatelů, jimž nabízí obytné jednotky o dvou samostatných pokojích a společném sociálním zařízení. Druhý možný způsob tvoří několik bytů s kuchyňkou, pokojem, sociálním zařízením a chodbičkou.

Domov Ludmila je moderní budova z roku 2000 o kapacitě 64 lůžek, jejíž součástí jsou i čtyři oddělení Domova Vážka (zařízení se zvláštním režimem) o kapacitě 60 lůžek, určeného uživatelům s Alzheimerovou či jinou formou demence.

6.2.2 Charakteristika vzorku respondentů

Výběr šesti respondentů pro výzkumný soubor musel splňovat následující kritéria:

- Senioři trvale žijící v Centru seniorů Mělník;
- Ochota zúčastnit se výzkumu;
- Souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon;
- Pobyt v domově pro seniory delší než dva roky. Z pilotní studie jasně vyplynulo, že adaptační proces může trvat různě dlouho, a proto období půl až jednoho roku, jak hovoří odborná literatura, nemusí vždy odpovídat skutečnosti;
- Nepřítomnost příznaků demence, čímž zůstala zachována schopnost adekvátně odpovídat na položené otázky i vzpomínat na události či děje proběhlé v nedávné nebo daleké minulosti;
- Proběhlý proces adaptace;
- Senioři s různě úspěšným procesem adaptace.

Výběr respondentů byl záměrný. Snažila jsem se o vytvoření vzorku obsahujícího seniory s úspěšně proběhlou adaptací, s méně úspěšným či neutrálním procesem adaptace a seniory jevící částečné známky maladaptace. Vzhledem k tomu, že jednou z podmínek byl pobyt v zařízení delší než dva roky, dle mého soudu ani jeden z oslovených respondentů neprošel typickým maladaptačním procesem. Na základě svých zkušeností jsem přesvědčená o faktu, že senior, pokud není schopen akceptovat tak významnou změnu životního stylu, na následek maladaptace do jednoho roku umírá.

Osloveným respondentům nebylo nutné se představovat, neboť mě všichni znají již od svého nástupu a jsem s nimi jako všeobecná sestra v častém kontaktu. Při své žádosti o účast na výzkumu jsem jim nejdříve vysvětlila, kde studuji, čím se zabývám, v jakém typu práce budu nashromážděná data používat, v čem by jejich spolupráce spočívala, a ujistila je o následné anonymitě. Dále jsem je upozornila, že rozhovor, jež nahraji na diktafon, bude po zpracování do případové studie vymazán. Pokud si přáli, dostali k dispozici přehled připravených otázek. Po čase na rozmyšlenou, proběhlém rozhovoru a opětovném vyjádření souhlasu se zpracováním informací v bakalářské práci dostali k podepsání informovaný souhlas o účasti na výzkumu.

6.2.3 Technika sběru dat

Pro svůj výzkum jsem upřednostnila kombinaci technik polostrukturovaného rozhovoru, vlastního pozorování chování obyvatel a pozorování ostatního personálu.

Před vlastním rozhovorem proběhla příprava struktury otázek. Dle zkušeností ze své dlouholeté práce v domově pro seniory jsem vymezila okruhy otázek, o nichž jsem se domnívala, že zahrnují velkou oblast změn, na něž se musí senior po svém nástupu adaptovat.

V rámci pilotní studie došlo k dalšímu rozšíření okruhů i upřesnění či doplnění dotazů. Nejvhodnější dobou pro rozhovor se ukázalo být pozdní odpoledne, kdy mají obyvatelé za sebou rušnější část dne s aktivizační činností i odpočinek po obědě. Rozhodnutí o místě rozhovoru bylo ponecháno na seniorech. Všichni si vybrali svůj pokoj, který zaručoval největší míru soukromí a nikým nerušené prostředí. Rozhovory probíhaly od července 2014 do března 2015.

Technika polostrukturovaného rozhovoru mi umožnila neopomenout všechna důležitá témata. Připravené otázky seniora spíše naváděly na zjišťovanou problematiku, v jejich rozvíjení jsem je však dále neomezovala. Pořadí otázek nebylo důležité, pokud se některé hodily v jiné posloupnosti, nechala jsem vyprávění volný průběh. Celý rozhovor jsem zaznamenávala na diktafon. V několika případech si respondenti přáli záznam dočasně zastavit a odpověď na položenou otázku nezaznamenat na diktafon. V takovém případě jsem v následném zpracování sdělenou informaci nepoužila ve svém výzkumu. Rozhovory probíhaly v několika sezeních, pouze jedna respondentka vyslovila přání zvládnout sezení během jednoho odpoledne a bylo jí vyhověno.

Struktura otázek připravených pro rozhovor

Rozhodnutí

- Co byl prvotní impuls, který vás vedl k myšlence přestěhování?
- Kdo s nápadem přišel?
- Jak dlouhá byla doba, než jste se definitivně rozhodl/a?
- Proč jste zvolil/a pobytové zařízení a ne jiný typ sociálních služeb?
- Vybíral/a jste z více zařízení?

- Prohlédl/a jste si je předem?
- Měl/a jste možnost srovnání?
- Hrála ve vašem výběru roli cena služeb?

Změna prostředí

- Jak daleko jste od svého předešlého domova?
- Znal/a jste Mělník s jeho okolím?
- Máte blízko rodinu, příbuzné, známé či přátele?
- Přestěhoval/a jste se z domku nebo bytu?
- Měl/a jste doma nějaká zvířata?
- Bydlel/a jste sám/sama, nebo s rodinou?

Pokoj

- V jakém poschodí bydlíte?
- Nemáte strach jezdit výtahem?
- Vyhovuje vám velikost a zařízení pokoje? Pokud ne, proč a co byste změnil/a?
- Jaké kusy nábytku či doplňky jste si vzal/a s sebou a proč?
- Jaké jsou vaše vztahy se spolubydlícím?
- Chtěl/a byste bydlet raději úplně sám/sama? Pokud ano, proč?
- Pociťujete dostatek soukromí?
- Respektuje personál dostatečně váš soukromý osobní prostor?
- Respektuje spolubydlící váš osobní prostor?
- Stěhoval/a jste se již v rámci zařízení do jiného pokoje? Pokud ano, proč?

Rodina

- Jaká je struktura vaší nejbližší rodiny (počet dětí, vnoučat, pravnoučat)?
- Jaké jsou vaše vzájemné vztahy?
- Jak často se s nimi stýkáte?
- Kdo vás nejvíce navštěvuje?
- Bylo tomu tak i dříve? V čem je dnes rozdíl?
- Při jakých příležitostech si vás berou příbuzní domů a na jak dlouho?
- Kdo se o vás dříve staral a pomáhal vám s domácností?
- Na koho z rodiny se obracíte s žádostmi o radu či pomoc? Vyhoví vám?

Strava

- Jak jste se stravoval/a doma?
- Vařil/a jste si sám/sama?
- Kdo vám nakupoval potraviny?
- Chutná vám zde?
- Máte pocit dostatku jídla?
- Co děláte, když máte na něco chuť?
- Držel/a jste doma nějakou dietu?
- Držíte ji zde?

Trávení volného času

- Co jste dělal/a doma celý den? Popište běžné denní činnosti.
- Co děláte nyní? Popište běžný den.
- Čím nejraději vyplňujete volný čas?
- Jaké jsou vaše záliby a koníčky?
- Můžete se jim zde věnovat?
- Účastníte se společenských akcí a výletů? Těší vás to?
- Našel/a jste zde oblast nových zájmů?

Sociální kontakty

- Jste rád/a mezi lidmi nebo trávíte čas sám/sama doma?
- Poznal/a jste tu nové kamarády?
- Stal se někdo vaším opravdu blízkým přítelem?
- Našel/a jste zde partnera/ku opačného pohlaví, k němuž vás pojí víc než přátelství?
- Připadá vám chování personálu vstřícné, pocítujete rozdíly? Pokud ano, jaké?
- Byl/a jste nucen/a řešit konflikt s jiným uživatelem či personálem?
- Pokud požádáte někoho z personálu o pomoc či radu, je vám poskytnuta?

Zdravotní péče

- Jaké jste měl/a doma zdravotní problémy?
- Změnily se za pobytu v zařízení?
- Používáte nějaké kompenzační pomůcky? Používal/a jste je i doma?
- Užíval/a jste doma léky pravidelně?

- Dávkoval/a jste si je sám/sama? Měl/a jste s tím nějaké problémy? Jaké? Jak je tomu nyní?
- Chodil/a jste na pravidelné kontroly ke specialistům? Kdo hlídal termíny kontrol? Jak jste se tam dostával/a? Kdo vás vozil?
- Máte cukrovku? Kdo vám v případě nemoci aplikoval inzulín?
- S jakými problémy a jak často se obracíte na zdravotní personál?

Soběstačnost a ošetrovatelská péče

- Chodíte sám/sama nebo s oporou?
- Zvládnete se sám/sama obout a obléci?
- Zvládnete sám/sama osobní hygienu?
- Zvládnete se sám/sama najíst? Chodíte do jídelny, nebo jíte na pokoji?
- Co vám doma v rámci soběstačnosti činilo největší problém?
- Co je váš největší problém nyní?
- Pociťujete pomoc personálu jako nedostatečnou, přiměřenou nebo přemrštěnou?
- Necháváte si pomoci jen s činnostmi, které nezvládnete, nebo personál udělá většinu věcí za vás?
- Jaké problémy se soběstačností jste řešil/a doma?
- Na koho z personálu se obracíte s žádostmi o pomoc nebo radu? Je vám vždy vyhověno?
- Kdo z personálu je vám lidskou oporou?

Autonomie

- Cítíte se ve svém rozhodování někým nebo něčím omezován/a?
- Máte pocit, že některé věci rozhoduje personál za vás?
- Můžete kdykoli a kamkoli odejít?

Zhodnocení rozhodnutí

- Považujete své rozhodnutí ohledně přestěhování z dnešního pohledu za správné?
- Splnilo zařízení vaše očekávání?
- Je zde něco jinak, než jste si představoval/a?
- Změnil/a byste své rozhodnutí? Pokud ano, co vám v tom brání?
- Na co jste si nejhůře zvykal/a?

- Je něco, na co si asi nikdy nezvyknete?
- Kdo je vám největší oporou?
- Cítíte se tu jako doma?
- Co byste poradil/a člověku, který nově nastupuje do takového zařízení?
- Chcete se zmínit o něčem důležitém, na co jsem se nezeptala?

Informace zaznamenané na diktafonu jsem posléze zpracovala do případových studií dle předem dané struktury, která tvořila nosnou páteř příběhu. Snažila jsem se o zachycení rozmanitosti jednotlivých případů, o popsání jejich rozdílnosti vždy v kontextu dané situace i vztahů, jež se podílely na konečných důsledcích vedoucích k rozhodnutí o přestěhování seniora do pobytového zařízení i na následném adaptačním procesu (viz přílohy).

6.3 Analýza

Kvalitativní výzkum obvykle představuje pohledy několika subjektů na zkoumaný jev a badatel přejímá jejich perspektivu. Využívá podrobný popis každodenních činností, sociálních interakcí i individuálních dojmů. Toto velké množství informací je zapotřebí rozklíčovat a analyzovat. Jedním ze základních přístupů ke kvalitativní analýze dat patří zakotvená teorie.

6.3.1 Zakotvená teorie

Dle Strausse a Corbinové (1999) zakotvená teorie patří spolu s etnografií, životní historií, fenomenologickým pojetím a analýzou rozhovoru k různým typům kvalitativního výzkumu. Jedná se o teorii induktivně odvozenou od zkoumaného jevu. Na počátku nestojí samotná teorie s cílem jejího ověření, nýbrž zkoumání daného jevu, kdy se teprve posléze vynoří důležité údaje s jejich vzájemnými vztahy. Správně zakotvená teorie obsahuje čtyři základní kritéria určující vhodnost teorie pro zkoumaný jev:

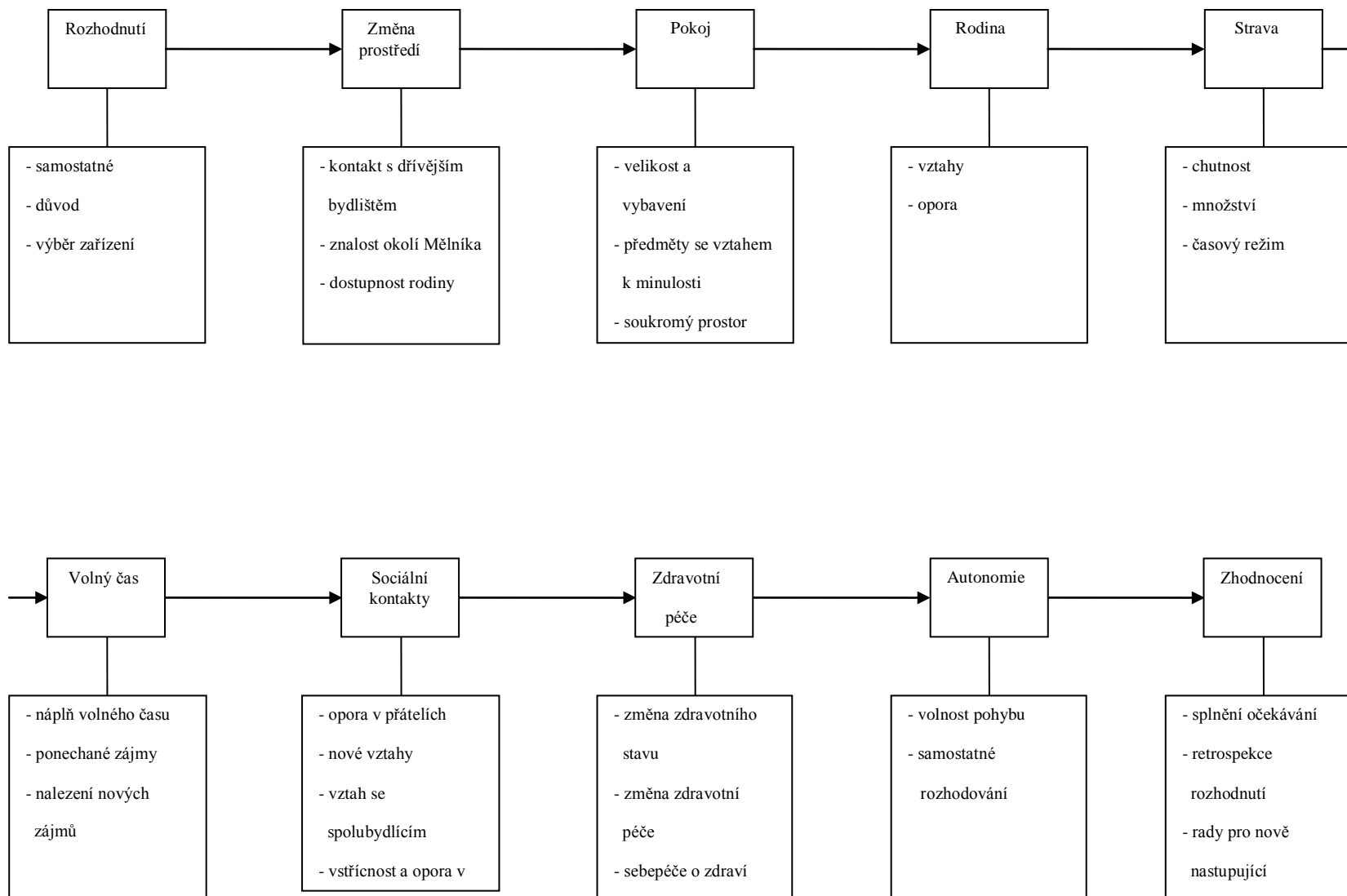
- shodu,
- srozumitelnost,
- obecnost,
- kontrolu.

Výsledek výzkumu odpovídá teoretickému vyjádření zkoumaného jevu. Specifické pojmy jsou dávány do vzájemných vztahů, které jsou dále popisovány i ověřovány. Na konci

dochází k vytvoření teorie, jež zkoumaný jev popisuje a následně vysvětluje. Autory zakotvené teorie jsou sociologové Barney Glaser s Anselmem Straussem, kteří společně pracovali na vývoji technik analýzy kvalitativních údajů.

Informace získané při rozhovoru od respondentů jsem roztřídila, opakované jevy označila pojmy, kladla si otázky o jejich vzájemných vztazích, hledala souvislosti, shody, porovnávala rozdíly, zvažovala své i cizí připomínky. Následně jsem pojmy týkající se podobného jevu zařadila do kategorií nastíněných již ve struktuře proběhlých rozhovorů. Tato prvotní část analýzy se nazývá **otevřené kódování**. Strauss a Corbinová (1999) ji definují jako „*proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů*“. Výsledkem je následující graf obsahující kategorie a jim podřazené pojmy.

Obrázek 1: Kategorie a jim podřazené pojmy



V následující části analýzy jsem hledala vztahy mezi jednotlivými pojmy v kategoriích a třídila je ve smyslu jejich četností do dvou dimenzí: převažující shoda a individuální případy. Následující část analýzy se nazývá **axiální kódování**. Zde jsem jednotlivé kategorie uváděla do vztahu k hlavnímu zkoumanému jevu, tedy k adaptačnímu procesu seniora na život v pobytovém zařízení sociální péče. Jedná se o paradigmatický model, který zjednodušeně dle Strausse a Corbinové (1999, str. 72) vypadá takto: (A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY, (B) JEV, (C) KONTEXT, (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY, (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE, (F) NÁSLEDKY.

Každou kategorii jsem rozvíjela hledáním příčinných podmínek, jež způsobují dimenzionální četnost určitého jevu, a hledala, jakým způsobem ovlivňují adaptační proces.

Tabulka 4: Kategorie rozhodnutí

	Převažující shoda	Individuální případy
Rozhodnutí:		
<ul style="list-style-type: none"> • samostatné • důvod • výběr zařízení 	<ul style="list-style-type: none"> • osamocení • snížená soběstačnost • aktivní výběr zařízení • krátká čekací doba 	<ul style="list-style-type: none"> • sejmutí starostí z rodiny • zvyšující se nájemné • špatné zacházení v rodině

Zdroj: vlastní zpracování

Pod kategorií **rozhodnutí** jsem zařadila pojmy vztahující se k samostatnosti učiněného rozhodnutí, důvodům, které k němu seniora vedly, a k tomu, zda rozhodnutí předcházela prohlídka a výběr z několika druhů zařízení. V kolonce shoda se u oslovených respondentů většinou objevilo samostatné rozhodnutí. Považuji to za jeden ze zásadních počinů pro dobrý adaptační proces, neboť vynucené rozhodnutí, ať už okolnostmi nebo hrubě narušenou soběstačností, představuje velkou míru stresu a negativních postojů hned při nástupu do zařízení a může velmi negativně ovlivnit další jednání.

Mezi důvody vedoucí k tak závažnému rozhodnutí dominovala osamělost a snížená soběstačnost. Dále se vyskytl případ špatného zacházení ze strany příbuzných, s nimiž senior žil, narůstající nájemné postupně přesahující finanční možnosti a také obava, že svou sníženou soběstačností bude postupně více zatěžovat vlastní rodinu, čehož je chtěl ušetřit. Osamělost se v dnešní době u seniorů dostává do popředí. Ostatní členové rodiny pracují a v důsledku toho se i senior, jinak žijící v harmonické rodině, cítí osamělý. Tehdy může nastat případ, kdy i přes poměrně dobré fyzické zdraví raději volí odchod do zařízení. Tam se necítí izolovaný od svých vrstevníků, s nimiž ho pojí podobné zájmy a starosti. Terénní

sociální služby mohou kompenzovat sníženou soběstačnost, ale nenahrazují postupnou ztrátu sociálních kontaktů.

Aktivní prohlídka více zařízení s možností posouzení prostředí, nabízených služeb i cen ovlivňovala rozhodnutí v menší míře, spíše dominovala krátká čekací lhůta na umístění.

V kolonce rozdílů se objevila obava, která dle mé dosavadní zkušenosti napadá jen málo seniorů. Rozhodnutí upřednostnit sejmutí břímě starostí a odpovědnosti z členů své rodiny může učinit jen člověk, jenž si touto zkušeností sám prošel. Většinou senioři očekávají péči o svou osobu jako potvrzení dobrých rodinných vztahů i správné výchovy.

Zvyšující se finanční nároky nejenom na bydlení mohou představovat závažný problém i při výběru samotného zařízení. Senior se pak může obtížněji adaptovat pod vlivem dojmu, že jinde to mohlo být daleko lepší než zde, ale jeho finanční možnosti na to nestačily. Už si v tu chvíli asi nepřipustí skutečnost, že kvalita nejde vždy ruku v ruce s cenou.

Náznak týrání ze strany rodiny či příbuzných je vždy zásadní problém. Přestěhování se pak může jevit jako jediné možné východisko z ohrožující situace. Otázkou zůstává, do jaké míry poznamená seniora v otázkách důvěry k cizímu personálu, když se v životě setkal s krutým zacházením od svých blízkých.

Tabulka 5: Kategorie změna prostředí

	Převažující shoda	Individuální případy
Změna prostředí: <ul style="list-style-type: none"> • kontakt s dřívějším bydlištěm • znalost okolí Mělníka • dostupnost rodiny 	<ul style="list-style-type: none"> • návrat do rodiště • blízkost rodiny a přátel • znalost širšího okolí 	<ul style="list-style-type: none"> • přestěhování v rámci regionu

Zdroj: vlastní zpracování

Pod kategorií **změna prostředí** jsem zařadila pojem vztahující se k pokračujícímu kontaktu s dřívějším bydlištěm, znalost Mělnicka a dostupnost rodiny. Znalost okolí, v němž se zařízení nachází, nebo návrat do svého rodiště považuji za protektivní faktor dobré adaptace. Pokud je ještě rodina a přátelé v dosahu, nemůže být nic lepšího. Senior není vytržen ze známých míst, ke kterým ho váží vzpomínky, dostupná zůstává i opora rodiny. Odpadá obtížná orientace v neznámém místě a s tím spojené riziko určité izolace obyvatel zařízení pouze na jeho bezprostřední okolí. Pokud senior žil nedaleko, měl ještě před svým nástupem možnost účastnit se např. kulturních akcí, výletů nebo volnočasových aktivit

pořádaných zařízením a tím zde mohl navázat sociální kontakty, seznámit se s prostředím či nabídkou a průběhem služeb. Všechny tyto okolnosti by v pozdějším adaptačním procesu jistě hrály významnou pozitivní roli.

Pokud není možné přestěhování do zařízení v rámci města, kde senior doposud žil, potvrzuje kolonka rozdílů fakt, že se alespoň snaží zůstat co nejbližší oblasti, kde doposud bydlel.

Tabulka 6: Kategorie pokoj

	Převažující shoda	Individuální případy
<p>Pokoj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • velikost a vybavení • předměty se vztahem k minulosti • soukromý prostor • stěhování v rámci zařízení 	<ul style="list-style-type: none"> • vyhovující velikost a vybavení • obrazy, fotografie členů rodiny a míst se vztahem k minulosti • drobné elektrospotřebiče • bezproblémové používání výtahu • respektování soukromí • formální vztah se spolubydlíci • negativní dopad stěhování 	<ul style="list-style-type: none"> • nepěkný výhled z okna • nepříjemný zápach • nepřítomnost domácích zvířat • nechtěné návštěvy spolubydlících

Zdroj: vlastní zpracování

Pod kategorií **pokoj** jsem zařadila pojmy: velikost a vybavení, předměty se vztahem k minulosti, soukromý prostor, stěhování v rámci zařízení. Většina seniorů byla spokojená s velikostí pokoje i jeho základním vybavením. Ze zkušenosti vím, že současná pobytová zařízení kladou velký důraz na účelné, bezpečné, zdraví prospěšné vybavení pokojů i společenských prostor, čímž mnohdy nabízejí komfort, který si předtím některý senior ani nemohl dovolit. Oproti tomu pak stojí určitá univerzální strohost postrádající prvky útulné individuality. Jako jeden z velmi významných pozitivních faktorů napomáhajících dobré adaptaci hodnotím přítomnost předmětů se vztahem k prožitému životu. Často se jedná o oblíbené křeslo, obrazy, fotografie dětí, vnučat i pravnoučat, jež zdobí jinak holé a neosobní stěny. Připomínky míst, kde se senior cítil šťasten, kam se ve vzpomínkách rád vrací. Ručně dělané drobné figurky mohou patřit k dárkům od dětí ještě z dob, kdy chodily do školy, nebo už se váží k vnučatům a pravnoučatům. Někdy to bývají i plyšové hračky představující dříve živé domácí mazlíčky, které si s sebou senior vzít nemohl a po nichž

se mu někdy zasteskne. Do této kategorie patří i rodinná alba, oblíbené knihy či hrnečky na kávu. Přestože většina seniorů má zajištěnou celodenní stravu, přináší si s sebou i rychlovarné konvice. Mohou si pak kdykoli uvařit čaj i kávu, pokud mají chuť, a tak pokračovat v zavedených rituálech, na něž byli doma zvyklí. I toto je drobnost přispívající k lepší adaptaci na nové prostředí. Ne vždy má člověk chuť zajít do kavárny, přestože se nachází v rámci zařízení.

Ojedinele se ve své praxi setkávám s problémem při používání výtahu. Může k tomu dojít, pokud senior celý svůj život bydlel v rodinném domku. Nyní je přestěhován např. do pátého patra a nutnost používat výtah několikrát denně při docházce na jídlo do společné jídelny může představovat obrovský problém. Někomu vadí uzavřený prostor, jiný se bojí situace, kdy má jet sám. V tom případě hodně záleží buď na personálu, nebo na ochotě ostatních uživatelů pomoci překlenout období strachu a adaptace na nový prvek v životě seniora.

Pocit ničím a nikým nerušeného soukromí považuji za další z klíčových faktorů dobré adaptace. S přestěhováním do pobytového zařízení senior přichází částečně o soukromí. Jeden z oslovených respondentů to přirovnal k „*návratu na studentskou kolej*“. Je bezpodmínečně nutné, aby nejen personál, ale i ostatní uživatelé respektovali soukromí svých pokojů. Pokoj totiž zůstává jediným, posledním soukromým prostorem seniora. Nejedná-li se ovšem o pokoj dvoulůžkový. V tom případě už seniorovi žádné soukromé místo nezbylo a to může velmi významně ovlivnit proces další adaptace. Každý z nás se někdy potřebuje ukrýt před okolním světem, každý z nás je zvyklý na odlišné denní rituály, každý z nás má jiné nároky na ty druhé. Samotný fakt, že senior musel opustit útočiště svého domova, je velká zatěžkávací zkouška, ale zvyknout si v pokročilém věku ještě na přítomnost druhé, cizí osoby ji dle mého umocňuje. Často se proto u respondentů objevoval pouze formální vztah k sousedovi, který nepřerostl v nijak významné přátelství. Respektování soukromého prostoru z řad zaměstnanců naopak nepředstavovalo žádný problém.

Rozhovory ukázaly jako zátěžovou situaci v probíhajícím adaptačním procesu, pokud byl senior nucen se z nějakého důvodu stěhovat do jiného pokoje. Většinou jsem měla pocit, že to vracelo proces adaptace o notný kus zpět a nepřineslo to mnoho dobrého, i když to tak zprvu mohlo být míněno.

V kolonce rozdílů se v této kategorii objevily specifické situace, kdy si respondenti posteskli na nepěkný výhled z okna nebo nepříjemné vůně linoucí se od sousedů, ať už se jednalo o cigaretový kouř nebo výpary z vaření. Pokud jsem se v takovém případě

dotázala, zda by dali přednost přestěhování, odpověděli negativně. Stěhování opravdu chápou jako velmi negativní faktor.

Na nepřítomnost domácích mazlíčků, jako jsou psi a kočky, reagovali senioři zpočátku lítostivě, přestože si uvědomují obtížnost společného soužití. Připomínají si je proto pouze prostřednictvím fotografií. Zařízení provozuje službu canis terapie, která může částečně tyto potřeby saturovat.

Nechtěné návštěvy ostatních uživatelů na pokoji mohou mít negativní dopady na ztrátu soukromí. V takovém případě musí senior nutně hájit hranice svého osobního prostoru. Pokud to sám nedokáže, je potřeba, aby alespoň upozornil personál zařízení, který je připravený s citem zasáhnout a pomoci. Jinak se to může opět negativně projevit na adaptačním procesu.

Tabulka 7: Kategorie rodina

	Převažující shoda	Individuální případy
<p>Rodina:</p> <ul style="list-style-type: none"> vztahy opora 	<ul style="list-style-type: none"> nenarušené vztahy = poskytnutá opora senioři bez dětí 	<ul style="list-style-type: none"> narušené vztahy = opora v rodině již dříve nebyla

Zdroj: vlastní zpracování

Pod kategorií **rodina** jsem zařadila pojmy: vztahy a opora. Jedná se opět o jeden z protektivních klíčových faktorů napomáhajících úspěšné adaptaci. Ze zkušenosti vím a také rozhovory to potvrdily, že dosavadní fungující rodinné vztahy s pevnými vazbami a zájmem jednotlivých jejich členů o osud těch ostatních se přestěhováním nijak podstatně nemění. Opora, jež byla doposud poskytována, trvá. Někdy se děti déle smiřují se skutečností, že přes veškerou snahu nedokázaly takovému rozhodnutí zabránit. Cítí se provinile a berou to částečně jako své selhání. Potřebují čas k pochopení, že dynamika a náplň jejich všedního dne se nemůže srovnávat s tempem a činnostmi, jež v této fázi života mohou upřednostňovat jejich rodiče či prarodiče. Stále jsou připraveni pomoci radou, doprovodem k lékaři, jsou připraveni oslavit společně rodinná jubilea, odvážet si své rodiče domů na svátky nebo v létě na chalupu. Tok informací o dění doma nebývá přerušeno, a tak je senior stále součástí rodiny, i když vzdáleně.

Jiná situace nastává, pokud senior děti neměl nebo přežil jejich smrt. Většinou zůstávají osamělé ženy, vdovy. Pokud měly sourozence a stýkaly se s jejich rodinami, může

být sociální opora poskytnuta z této strany. Opět platí stejný předpoklad: dobré vztahy před nástupem do zařízení většinou přetrvávají i nadále.

Bez opory rodiny ovšem zůstávají ti, jejichž narušené vztahy neplnily svou funkci již dříve. Tady návštěv i telefonátů časem ubývá a o poskytnuté opoře se mnohdy nedá mluvit ani náznakem. Občas ji mohou suplovat přátelé nebo kamarádi, ale ve vysokém věku už je přítel poskrovnu nebo nejsou žádní. V tom případě je senior odkázán na personál zařízení a v tu chvíli se prokáže kvalita nabízených služeb, neboť jen empatičtí, proškolení a dobře motivovaní zaměstnanci dokáží s citem reagovat na potřeby seniora a poskytnout mu chybějící oporu při adaptaci na novou životní etapu. Pokud to nezvládnou, pak se senior může cítit osamocen i uprostřed velké komunity. V tu chvíli může nastat nepříznivá situace vyúsťující v maladaptacní proces.

Tabulka 8: Kategorie strava

	Převažující shoda	Individuální případy
<p>Strava:</p> <ul style="list-style-type: none"> • chutnost • množství • časový režim 	<ul style="list-style-type: none"> • množství dostatečné • chutná strava • individuální uspokojování chutí • stravování v jídelně 	<ul style="list-style-type: none"> • samostatná příprava snídaně • kritika dietní stravy • postrádání minutek

Zdroj: vlastní zpracování

Pod kategorií **strava** jsem zařadila pojmy: chutnost, množství, časový režim. Spokojenost se stravou považuji též za velmi významný faktor v adaptačním procesu. Stejně tak jako se říká, že „*láska prochází žaludkem*“, pro pobytová zařízení může platit parafráze tohoto výroku, podle níž „*spokojenost prochází žaludkem*“. Jídlo se pro některé obyvatele stává nejvíce očekávanou částí dne. Sejdou se s ostatními u stolu s očekáváním, že dostanou něco chutného, co jim zpříjemní další část dne. Mnohým z nich pomalu selhávají smysly, jako je zrak, sluch, hmat, ale chuť většinou zůstává zachována v nezměněné podobě.

V kolonce shoda se ve většině případů objevila spokojenost s chutností jídel i jejich dostatečným množstvím. Pokud senioři nejsou upoutaní na lůžko, rádi se stravují ve společné jídelně, docházejí minimálně na oběd a večeři. Někteří z nich si ponechali možnost připravovat si snídani sami, nebo si ji odnášejí na pokoj, čímž korigují individuálnost vlastního denního režimu. Někdo si rád přispí, jiný poslouchá oblíbený pořad v rádiu. Pokud senior nenavštěvuje jídelnu, může to být důsledek jiných stravovacích návyků

nebo zdravotních obtíží spojených s příjmem stravy, např. u seniorů po CMP s parézami horních končetin nebo s Parkinsonovou chorobou.

Pokud se zaměříme na situaci, kdy nemají hlad, ale mají na něco chuť, pak nastávají jisté individuální rozdíly, které se vážou k míře jejich soběstačnosti. Neomezený pohyb zaručuje neomezené možnosti, jako je nákup pochutin v obchodech mimo zařízení s velkým sortimentem, návštěva místní kavárny, drobné domácí vaření. V případě narušené chůze je značně omezena i možnost uspokojit své chutě. Výběr sortimentu je zúžen jen na zdroje v zařízení, a proto je nutné někoho požádat o odvoz nebo požádat příbuzné, pokud jsou ochotni, a to chvíli trvá. Jsou chvíle, kdy seniorovi nezbyvá než: *„Nechat si ji zajít (chuť – pozn. autorky). Je to smutný, člověk se někdy lituje, ale dá se bez toho žít.“* Tak to vyjádřila v rozhovoru paní Anna, která v jídelničku postrádá své oblíbené minutky, hlavně biftek.

Stravování ve společných prostorách jídelny je vnímáno kladně, každý senior má své stálé místo u stejného stolu. V rámci lepší adaptace je poprvé nový obyvatel do jídelny personálem uveden a představen ostatním seniorům u stolu. Snaha posazovat k sobě obyvatele, u kterých je předpoklad, že by si mohli rozumět, musí být občas později korigována.

V kolonce individuální případy se objevila kritika dietních jídel. Tento problém vyžaduje dva úhly pohledu. Senior, jenž například nedodržoval diabetickou dietu doma, ji většinou odmítá i v pobytovém zařízení. Pak záleží na individuálním nastavení služby, kdy je edukován o případných rizicích spojených s nedodržením dietního opatření a posléze je mu umožněno jíst normální stravu. Druhý případ nastane, když senior doma dietu dodržoval, ale jeho představy se rozcházejí s představami vedoucího stravovacího úseku. Ojedinele pak dochází k dlouhému vyjednávání mezi oběma stranami, než je nalezen přijatelný kompromis.

Tabulka 9: Kategorie volný čas

	Převažující shoda	Individuální případy
<p>Volný čas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • náplň volného času • ponechané zájmy • nalezení nových zájmů 	<ul style="list-style-type: none"> • zpěv ve sboru • společenské kulturní akce • procházky • trénování paměti • luštění křížovek • spaní • klid o samotě • čtení • cvičení 	<ul style="list-style-type: none"> • poslouchání rozhlasu • autovýlety • „lelkování“ • ergoterapeutická dílna

Zdroj: vlastní zpracování

Do kategorie **volný čas** jsem zařadila pojmy: náplň volného času, ponechané zájmy, nalezení nových zájmů. Smysluplné trávení volného času přispívá nejen k dobré adaptaci na život v zařízení, ale i k celkově optimističtějšímu náhledu na život. Seniori, kteří doma četli, poslouchali rozhlas, chodili na procházky nebo luštili křížovky, u těchto zájmů nadále zůstali. Ti aktivnější k nim posléze přidali i nové, např. sborový zpěv, trénování paměti, cvičení ve skupině, návštěvy ergoterapeutické dílny. Brzké zapojení do kolektivu jistě napomáhá lepšímu adaptačnímu procesu. Senior se stává aktivním účastníkem života v zařízení, má možnost ho ovlivňovat svými nápady či připomínkami. Dostává se ke zdroji informací umožňujících lepší orientaci nejen v prostorách zařízení, ale i v profesním zařazení personálu. Lépe navazuje nové sociální kontakty s ostatními uživateli, cítí se potřebný, užitečný, jeho život dostává náplň a směřuje ke konkrétním cílům.

Kdo byl introvertem celý život, určitě se na stáří nezmění. Senior trávící většinu času ve svém pokoji při knížkách, vzpomínání, spaní nebo četbě není výjimkou. Mnohdy to může mít souvislost s dřívějším zaměstnáním. Pokud někdo celý život pracoval s lidmi, byl s nimi v neustálém kontaktu, může toužit po tichu a klidu. Stačí jen vědomí, že se neocitl v izolaci od společenského dění – kdykoli by se rozhodl aktivně zapojit, bude vítán.

Všechna tato fakta se týkají seniorů, kteří nejsou svou pohyblivostí odkázáni na pomoc druhých. V takovém případě může dojít k prolongaci adaptačního procesu, pokud není individuálně nastaveno plnění seniorových potřeb. Klíčový pracovník by měl fungovat

jako prostředník tohoto procesu. Jeho úkolem je při rozhovorech aktivně zjišťovat seniorova přání a napomáhat jejich realizaci, pokud je to v možnostech zařízení.

V kolonce individuální případy se objevilo poslouchání rozhlasu, autovýlety, „*lelkování*“ a ergoterapeutická dílna. Doménou dnešní doby je sledování televizních pořadů nebo jen pouštění televize jako zvukové kulisy. Jen velmi ojediněle jsem se setkala s cíleným posloucháním rozhlasového vysílání. Obyvatelka již dříve trávila velké množství času posloucháním rozhlasových her, vytipovaných pořadů věnovaných kultuře, vědě či seniorům. Rozšiřuje si tím neustále své znalosti, nebo jen opakuje již jednou získané vědomosti. Tento druh mediálního prostředku by se přitom mohl uplatnit i u lidí s těžce postiženým zrakem, bohužel i v takových případech rodina spíše zajistí televizní přijímač s velkou obrazovkou než kvalitní radiopřijímač.

Autovýlety samotných obyvatel se vyskytují jen poskrovnu. Mohou si je dovolit pouze senioři, kteří ještě mají schopnost a možnost řídit auto. Potom se jedná o činnost velmi inspirativní s širokou možností záběru, osvobozující od rutinního řádu zařízení. „*Auto pro mě představuje zdravé nohy,*“ vysvětlil mi jeden obyvatel. Necítil se tak odkázaný na pomoc druhých a závislý na nich.

„*Lelkování*“ jako termín použila jedna z dotázaných respondentek. Rozumí tím posedávání v tichém a klidném soukromí svého pokoje jen se svými vzpomínkami. Aktivních chvil ve vyšším věku pomalu ubývá, jsou nahrazovány pasivnější činností. To není na závadu, pokud se senior neobrací k minulosti jen ze strachu z budoucnosti. Adaptování se na nové prostředí by nemělo vyústit v izolování se od ostatních. V takovém případě maladaptálního projevu je důležité zjistit individuální příčinu a pokusit spolu se seniorem o konstruktivní řešení.

Návštěva ergoterapeutické dílny pomáhá obyvatelům aktivně a smysluplně trávit volný čas. Opět se zde naskýtá příležitost k navazování nových sociálních kontaktů a tím k zlepšení adaptačního procesu. Tvořivá činnost umožňuje rehabilitační cvičení jemné motoriky, lze pak také vidět konkrétní výsledky své práce. Výrobky se mohou posléze prodávat na jarmarku, stát předmětem tématické výstavy v zařízení nebo se zúčastnit soutěže vypsané mezi ostatními domovy. I toto jsou cíle přispívající k zvyšování sebevědomí a nalézání svého místa v kolektivu obyvatel zařízení.

Tabulka 10: Kategorie sociální kontakty

	Převažující shoda	Individuální případy
<p>Sociální kontakty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opora v přátelích • nové vztahy • vztah se spolubydlícím • vstřícnost a opora v personálu 	<ul style="list-style-type: none"> • život bez přátel • formální vztah se spolubydlícím • ochotný personál 	<ul style="list-style-type: none"> • spolubydlící v roli průvodce • opora v nalezeném partnerovi • negativní vztah se spolubydlícím • lhostejný personál

Zdroj: vlastní zpracování

Do kategorie **sociální kontakty** jsem zařadila pojmy: opora v přátelích, nové vztahy, vztah se spolubydlícím, vstřícnost a opora v personálu. V převažující shodě převládalo zjištění, že obyvatelé domova postrádají oporu přátel. Ve vysokém věku celoživotních přátel už není mnoho, nebo dokonce nejsou žádní. Umřeli. To je určitá daň za dlouhověkost. Senioři sice nadále navazují sociální vztahy, ale ani jeden z nich neoznačil takový vztah za přátelský. Pokud v životě seniora nějakí přátelé ještě zůstali, pak jejich přetrvávající opora velmi napomáhá probíhajícímu adaptačnímu procesu. Přináší seniorům opět kontakt s vnějším světem, s dřívějším bydlištěm, mnohdy může nahrazovat i neexistující oporu rodinnou.

Vztahy se spolubydlícími zůstávají často jen na formální úrovni, což potvrzuje vyjádření z předešlého odstavce. Tolerance mezi spolubydlícími má na probíhající adaptační proces kladný vliv. Dva úplně cizí lidé s rozdílnými návyky musí najednou žít spolu na velmi malém prostoru a dělit se o užívání jednoho sociálního zařízení. Pokud je dobrá vůle i snaha o přizpůsobení na obou stranách, pak se obyvatelé navzájem ušetří nepříjemných chvil a bezesných nocí. Někdy pomůže sesednout se nad vytvořením určitých nepsaných pravidel, kterými se následně budou obě strany řídit. Mnohdy vypomůžou sociální pracovnice či jiní zaměstnanci v řešení situací, jež by mohly vyústit v otevřený konflikt. V rámci adaptace nově nastupujícího obyvatele by měl personál věnovat pozornost možným náznakům neshody se spolubydlícím, snažit se včas reagovat a pomoci situaci řešit.

Ve většině rozhovorů obyvatelé personál zařízení chválili. Pozitivně hodnotili jeho ochotu, vstřícnost, respektování soukromí i vyhovění žádostem o pomoc. „*Vy kdybyste věděli, jak se na vás ty lidi dívají pozitivně, tak byste z toho byli až pyšní,*“ vyjádřil to velice hezky jeden z nich. Pociťovaná opora v personálu je pro dobrou adaptaci velice nutná, neboť mnohdy se senior může obrátit se svými starostmi právě pouze na personál. Pokud by selhala

jistota, že se mu z této strany dostane adekvátní pomoci, mohlo by opět dojít k negativnímu narušení procesu adaptace a stupňování působících stresových faktorů.

V individuálních případech se objevil spolubydlící v roli průvodce i rádce při seznamování se s chodem života v pobytovém zařízení. Takovéto navázání vztahu velice napomáhá dobré adaptaci, neboť přirozenou, pozvolnou formou začleňuje nově nastoupivšího seniora do již zaběhlého systému a otevírá mu dveře i k ostatním obyvatelům.

Další z individuálních případů se vztahuje k nalezení nového partnera. Jedná se o velmi sporadický jev už jen s přihlédnutím k naprosté většině žen a jen minimálnímu počtu mužů v podobných typech zařízení. Pokud k navázání takového vztahu přesto dojde, pak to přináší oběma seniorům velmi pozitivní obohacení života spojené s nalezením nové životní opory, v kterou už třeba ani nedoufali. O příznivém vlivu na adaptační proces není žádných pochyb.

Negativní vztah se spolubydlícím by se mohl stát překážkou v dobrém adaptačním procesu. Pokud se v rozhovorech tento jev vyskytl, dotázala jsem se, zda by se obyvatel rád přestěhoval do jiného pokoje. Odpověď zněla, že nikoliv, že už si zvykl. Z rozhovoru vyplývala skutečnost, že v porovnání se stěhováním se nepříjemný spolubydlící jevil jako daleko menší problém, což mě velmi překvapilo. Změna pokoje s sebou totiž v důsledku nese ještě další dílčí adaptační procesy, než je přivyknutí si na jednoho nesnášenlivého souseda.

V jednom případě jsem setkala s postesknutím nad lhostejností či neochotou některých členů personálu. Obyvatelka si po přestěhování do posledního patra budovy připadala chvílemi opomíjená a opuštěná. Vzhledem ke své snížené soběstačnosti i závislosti na personálu, bez jehož pomoci se sama nikam nedostane, vnímala tuto skutečnost o to intenzivněji. Cítila se omezená v plnění svých individuálních potřeb, např. dostat se ven na procházku, zajet si koupit něco dobrého. Personál domovů pro seniory by měl takovýmto situacím účinně předcházet. Opět se dostáváme k roli klíčového pracovníka, který má být prostředníkem v individuálním plánování služeb. Dobrému adaptačnímu procesu nesporně přispívá, pokud senior ví, že se jeho opodstatněnými problémy bude někdo zabývat a následně je v mezích možností zařízení také řešit.

Tabulka 11: Kategorie zdravotní péče

	Převažující shoda	Individuální případy
Zdravotní péče: <ul style="list-style-type: none"> • změna zdravotního stavu • změna zdravotní péče • sebepéče o zdraví 	<ul style="list-style-type: none"> • zdravotní stav a péče nezměněna • pravidelnou medikaci podává všeobecná sestra • zdravotní stav zlepšen • pravidelné cvičení • trénink paměti 	<ul style="list-style-type: none"> • pravidelnou medikaci i kontroly u specialistů si hlídají sami • negativně vnímaná zdravotní péče.

Zdroj: vlastní zpracování

Do kategorie **zdravotní péče** jsem zařadila pojmy: změna zdravotního stavu, změna zdravotní péče, sebepéče o zdraví. V převažující shodě senioři nezaznamenali výrazné zlepšení zdravotního stavu. Jen v některých případech uvítali možnost přenést zodpovědnost za každodenní podávání pravidelné medikace a kontrolu docházejících léků na všeobecnou sestru. Nesnáze pramenily z měnících se názvů léků, jejich časté výměny v lékárnách i obtížného vyndávání z blistrů. Dříve to doma sice zvládali sami, ale nyní jsou rádi, že tuto starost mohou pustit z hlavy. Pokud došlo ke zlepšení zdravotního stavu, stalo se tak spíše vlivem edukace ohledně používání kompenzačních pomůcek nebo udržením dosavadní hybnosti vlivem pravidelného cvičení ve skupině. Právě skupina a pravidelnost představují v rámci adaptačního procesu pozitivní vliv. K docházce na cvičení jsou obyvatelé motivováni cílem nejen upevnit své zdraví, ale opět někam patřit, být součástí celku, jenž může pozitivně hodnotit seniorovo snažení, vůli i případný pokrok. Pravidelnost zase nastoluje neměnný řád, na který je spolehnutí. Další pravidelnou skupinovou aktivitou je trénink paměti. Nejenže napomáhá zlepšení či udržení kognitivních funkcí, ale tato činnost má dále sociální dimenzi jako cvičení.

Ve své praxi jsem si v několika málo případech všimla seniorů, kteří vyžadují ošetření zdravotním personálem u drobných zranění, o jejichž původu by se dalo předpokládat, že si ho přivodili sami (např. drobné krvácející ranky po ještě nedohojených odřeninách), nebo žádají o pomoc v případě nevolnosti, která nemá fyzické opodstatnění (např. krevní tlak v normě, tep pravidelný, glykémie ve fyziologických hranicích). Tento jev nemá ve svém důsledku přivolat zdravotníka. Senior je motivován spíše touhou po sociálním kontaktu,

po rozhovoru, péči, ujištění, že se na nás může kdykoli ve dne i v noci obrátit, pokud se cítí sám a opuštěný.

Vzhledem k tomu, že jsem ve svém výzkumu oslovila seniory převážně v dobrém zdravotním stavu, nebudu dále rozebírat jiné možnosti, jak může zdravotní personál pozitivně ovlivnit zdravotní stav obyvatel, neboť to není cílem mé bakalářské práce.

V kolonce individuální případy se objevilo ponechání si pravidelné medikace u sebe. Většinou se jedná o seniory s malým množstvím užívaných léků, s oporou v rodině, jež pomáhá s odvozem i doprovodem k lékaři nebo zajistí vyzvednutí léků v lékárně.

Velmi vzácně se ve své praxi setkávám s takovým přístupem, kdy je poskytovaná zdravotní péče chápána spíše negativně. Obyvatelka (vzhledem ke svému zhoršujícímu se zdravotnímu stavu) po předcházející dohodě s personálem přenechala podávání medikace, stejně tak jako hlídání pravidelných kontrol na všeobecné sestře. I přes tato opatření však často pravidelnou medikaci odmítá užívat, někdy si vybere jen některý z donesených léků, nespolupracuje při pravidelných kontrolách. V zásadě negativně přistupuje ke všemu, co by mohlo vést ke zlepšení nebo stabilizaci jejího zdravotního stavu. Často propadá depresivním náladám, je smutná ze současné rodinné situace, a proto nevidí důvod, proč by se měla ona či někdo jiný snažit o zlepšení jejího zdravotního stavu. Domnívám se, že pokud by bývala zůstala bydlet sama doma, již by patrně nežila.

Tabulka 12: Kategorie autonomie

	Převažující shoda	Individuální případy
Autonomie: <ul style="list-style-type: none"> • volnost pohybu • samostatné rozhodování 	<ul style="list-style-type: none"> • neomezená volnost pohybu • neomezené rozhodování 	<ul style="list-style-type: none"> • svázanost denním režimem • nerespektování rozhodnutí týkajícího se vlastního zdraví

Zdroj: vlastní zpracování

Do kategorie autonomie jsem zařadila pojmy: volnost pohybu, samostatné rozhodování. Všichni oslovení senioři kladně reagovali na svou neomezenou volnost pohybu, a to jak v zařízení samotném, tak i mimo něj. Pokud se chystají odjet na návštěvu k rodině či přátelům, zajet si na výlet nebo se podívat se po okolí, nikdo jim v tom nebrání ani nečiní nějaké překážky. Delší nepřítomnost je třeba ohlásit personálu kvůli zrušení stravy a také z toho důvodu, aby obyvatel nebyl posléze hledán v obavě, jestli se mu něco zlého

nepřihodilo. Návraty ve večerních hodinách po uzamknutí budov nejsou ničím výjimečným. Signalizační zařízení u vchodových dveří upozorní službu konající personál, který následně obyvateli odemkne. Představa, že senior není izolován od kontaktů se svou rodinou a může zařízení kdykoli opustit, působí jako jeden z protektivních faktorů dobré adaptace na nové prostředí. Pozvolné vyvázání se z dřívějšího bydliště usnadňuje lepší přijetí nového domova. Senioři se v počátcích častěji vrací domů pro předměty, které jim zde scházejí a bez nichž si pobyt v zařízení nedovedou představit. Získávají nové pohledy na běžné součásti svých dosavadních domovů – poměřují důležitost věcí ne podle jejich užitečnosti, ale podle míry vzpomínek k nim se vážících.

Stejně jako se necítí omezování ve volnosti pohybu, se většina z nich necítí omezována ve svých rozhodnutích. Pouze v individuálních případech se mohou cítit svázání pravidelností denního režimu. Každý byl doposud zvyklý vstávat či usínat v jinou hodinu a tedy i v různé době snídat a večeřet. Tyto problémy pak musí být řešeny individuálně. Adaptační proces by byl jistě narušen, pokud by se personál pobytového zařízení snažil přimět heterogenní skupinu obyvatel k jednotnému časovému řádu, a to nejen co se týká stravování, ale i ostatních každodenních potřeb. Vždy by se mělo jednat o vzájemnou domluvu, tedy obě ze zúčastněných stran musí být nakloněny ke kompromisu. Jinak není možné sladit seniorovu spokojenost s možnostmi zařízení.

Již v předešlé kategorii týkající se zdravotního stavu jsem nastínila situaci, jež zasahuje i do oblasti autonomie. Jak se zachovat v případě, kdy si obyvatel pobytového zařízení stěžuje na narušení své autonomie v oblasti poskytování zdravotní péče, o kterou vlastně nestojí? Pokud by záleželo na něm, nechal by nemocem volný průběh, neboť si nepřeje žít ani o minutu déle, než je to nutné. Z druhého pohledu je všeobecná zdravotní sestra povinna poskytnout první pomoc a přivolat např. RZS, pokud je obyvatel ohrožen na zdraví či na životě. Tento etický problém zatím není nijak vyřešen. Zdravotníci v zařízení se stále snaží o udržení či mírné zlepšení zdravotního stavu seniorů, přestože někteří senioři s tímto počínáním nesouhlasí. Netroufám si odhadnout, jaký vliv to může mít na adaptační proces seniora v pobytovém zařízení, neboť pokud člověk přistupuje ke své existenci jen jako k nutnosti bytí, které mu nepřináší žádnou radost či spokojenost, pak se snad ani nedá mluvit o možnostech dobré adaptace.

Tabulka 13: Kategorie zhodnocení

	Převažující shoda	Individuální případy
Zhodnocení: <ul style="list-style-type: none"> • splnění očekávání • retrospekce rozhodnutí • rady pro nově nastupující 	<ul style="list-style-type: none"> • žádná očekávání • správné rozhodnutí • pozitivní doporučení 	<ul style="list-style-type: none"> • očekávané začlenění do komunity

Zdroj: vlastní zpracování

Do kategorie zhodnocení jsem zařadila pojmy: splnění očekávání, retrospekce rozhodnutí, rady pro nově nastupující obyvatele. Většina dotázaných seniorů neměla před nástupem žádná velká očekávání. Doufali v zajištění základních životních potřeb, jako je strava, teplo, čistota, ubytování, ale jinak si neuměli představit, co je čeká. Nikdy v takovém zařízení nebyli, neznali nikoho, kdo by jim o životě zde vyprávěl. Jednalo se o krok do neznáma. Jen několik seniorů v individuálních rozdílech uvedlo touhu zbavit se osamění. Tato potřeba byla naplněna. Ocitli se v komunitě stejně starých lidí, s nimiž je spojují podobné vzpomínky, radosti i starosti. Jeden z oslovených seniorů to přirovnal slovy: „*Začal jsem se cítit jako křesťan v prvopočátku, nemám nic, jsem zcela osvobozen.*“ Dobrému adaptačnímu procesu v tomto případě napomohla možnost navázání nových sociálních vztahů a odstranění společenské izolace.

Všichni v retrospektivním pohledu potvrdili, že by své rozhodnutí neměnili. Cítí se tu po letech již jako doma. Každému z nich to trvalo jinak dlouhou dobu, někdo si zvykl tři roky, jiný rok, někomu připadá, že si zvykl hned. Po několikaletém pobytu už časová dimenze adaptačního procesu seniorům splývá. Nedovedou přesně rozfázovat úseky, kdy se začali orientovat v novém prostředí, kdy navázali nové sociální kontakty, kdy přestali myslet na domov tam, kde dříve bydleli. Všichni se nějakým způsobem adaptovali. Ve svých doporučeních nově příchozím vzkazují:

„Aby se toho nebáli.“

„Aby nezůstávali jen u podávání žádostí o pobyt v zařízení, ale aby se odhodlali i nastoupit.“

„Ať se toho nebojí a ať přijdou a zvyknou si, jako jsem si zvykla já.“

„Aby byl slušnej, aby hodně zdravil a hlasitě. Aby se snažil plnit to, co máme plnit.“

„Hele, až tam přijdeš, když budeš čekat, že okolo tebe bude poskakovat dvacet lidí a že tě budou bavit a konejšit, tak všechno to se ti v určité míře dostane. A jestli budeš cejtit, že máš

život naplněnej, nebo že je tam nuda, tak za to si budeš moct sám! Musíš sám hledat, ten kontakt s ostatními lidmi, někoho, s kým si rád popovídáš. Největší štěstí je, když svoje myšlenky může člověk někomu vykládat. Počítej s tím, že nejses pupek světa, a nefňukej, že jsi starej a že musíš umřít. Život není to, co bude za pět let, život je teď každý den, ten se musí prožívat.“

6.3.2 Výsledek

Po předcházející analýze jsem došla k výsledku, že na procesu adaptace seniora na život v pobytovém zařízení sociální péče se podílí:

- rozhodnutí, zkušenosti, vzpomínky vážící se k předešlému životu;
- chod samotného pobytového zařízení.

Mezi nejdůležitější aspekty řadím **důvod** vedoucí k tak závažnému rozhodnutí. Protektivně se na adaptačním procesu projevuje, pokud senior sám po zralé úvaze dospěl k rozhodnutí, jestliže pozitiva spojená s přestěhováním převažují nad možnými negativy. Většinou se jedná o rozhodnutí učiněné na základě zhoršeného uspokojování biopsychosociálních potřeb vycházejících z vnitřních faktorů seniora, např. osamění, narušená soběstačnost, strach z progredujících fyzických omezení. V opačném případě, pokud byl senior k rozhodnutí veden vnějšími negativními okolnostmi spojenými spíše s neuspokojivými finančními změnami, nátlakem či špatným zacházením ze stran příbuzných, nečekanou ztrátou rodinných příslušníků, zatímco jeho zdraví, soběstačnost i sebek péče nebyly nijak vážněji narušeny, bývá adaptační proces prolongovaný se znaky neutrální nebo špatné adaptace.

Jako velmi významný protektivní faktor v adaptačním procesu se projevuje **opora v rodině či přátelích**. Senior, jenž má před příchodem do pobytového zařízení fungující rodinné zázemí, nemusí mít strach, že by o tuto významnou oporu přišel. Zároveň neztrácí kontakt s dřívějším světem, neocitá se sám v omezeném okruhu prozatím cizích lidí. Není frustrován pocitem strachu a nejistoty z toho, na koho se má obrátit s žádostmi o radu či pomoc, kde bude trávit vánoční svátky, jestli si na něj vzpomene někdo s gratulací k narozeninám. Rodina a přátelé představují v tomto případě pro seniora pevný bod zaručující mu spolehlivou ochranu v nadcházejícím stresovém období.

Většina pobytových zařízení poskytuje v dnešní době **bydlení** na poměrně vysoké úrovni. Senioři nemívají problém s velikostí nebo vybavením pokoje. Z předešlého domova

si mohou vzít důležité předměty vážící se k hezkým prožitkům z minulosti. Tím získá jejich osobní prostor individuální charakter a může se velkou měrou proměnit v útulné bydlení. Co má ovšem velký vliv na průběh adaptačního procesu, je vztah se **spolubydlícím**. Jedná-li se o jednolůžkové pokoje se společným sociálním zařízením, pak míra přizpůsobení nemusí být tak náročná. Sousedící obyvatelé sice spolu udržují většinou jen formální vztah, neboť navázání přátelství vyžaduje daleko větší míru sblížení, ale jen ojediněle dochází k neshodám. Velkou zkoušku i možný problém negativního ovlivnění adaptačního procesu představují pokoje dvoulůžkové. Zaměstnanci zařízení nemají mnoho možností, jak ovlivnit, kteří dva lidé spolu budou bydlet. Jedni obyvatelé odcházejí a po nich nastupují další. Pokud dojde k rozporům, musí se čekat na uvolnění dalšího lůžka, nebo přestěhovat více obyvatel najednou. Znamená to velký problém, neboť z rozhovorů jasně vyplynulo, že stěhování je velmi negativní adaptační faktor, přestože bylo v počátku iniciováno ke zlepšení seniorovy situace.

Existuje několik typů strategií adaptace na stáří. Senior stěhující se do pobytového zařízení sociální péče používá velmi podobné **adaptační strategie**. Uplatňuje naučené vzorce chování, se kterými měl v minulosti úspěch. Personál může svým chováním, jednáním či empatickým přístupem do jisté míry tyto strategie ovlivnit. Na základě rozhovorů a svých vlastních zkušeností z praxe se však domnívám, že pouze usměrňuje, než by od základu přetvářel vyvíjející se adaptační proces. Jako nejefektivnější se ukázala strategie aktivního a čínorodého přístupu. Pokud senior tento životní předěl bere jako výzvu k novým pozitivním změnám, sám se zajímá o poznání okolního prostředí, nestraní se lidí, snaží se aktivně zapojovat do chodu zařízení, pak má velmi velkou šanci projít adaptačním procesem rychle a s uspokojivým výsledkem.

Chod zařízení spolu s jeho zaměstnanci může být nápomocen ve smysluplném využití volného času svých obyvatel. Mnoho seniorů se po příchodu do zařízení nemusí zabývat každodenními povinnostmi, které na ně čekaly doma. Tudíž hrozí nebezpečí, že si nebudou vědět rady, co s volným časem. Někteří z nich ještě mají dostatek síly i elánu, potom zůstává na zaměstnancích, aby vymysleli a ukázali směr, kde je možné tvořivě se zapojit i dál rozvíjet. Je však třeba brát ohledy na individuální přístup k jednotlivým obyvatelům pobytového zařízení, neboť nevhodně či direktivně nabídnutá pomoc s cílem zlepšení adaptačního procesu by mohla snadno sklouznout k vytvoření jeho bariér.

6.4 Diskuse

Na příznaky obtížné adaptace s maladaptačními prvky poukazují v analýze některé individuální rozdíly, kdy došlo k nesouladu mezi potřebami klienta a nabízenými službami pobytového zařízení či zákonitostmi skupinového soužití. Čevela, Kalvach, Čeledová (2012) uvádějí schéma fází, v nichž může dojít k možnému nesouladu:

- **Seznamování s novým prostředím a jeho pravidly** – režim zařízení, jak ukázala analýza, nemusí být vždy v souladu s potřebami klienta. Narušuje jeho léty zaběhnuté rituály. Pokud je možnost individuálního nastavení služeb, pak tento fakt nemusí nutně vést k maladaptačním známkám. Dále jsem se ve své praxi setkala s případem, kdy strava v zařízení byla zcela odlišného charakteru, než na jaké byl senior zvyklý. Měl strach z neznámých potravin, odmítal nabízené jídlo, a jelikož neměl možnost vrátit se k původní skladbě potravin, docházelo k malnutrici a následnému zhoršování zdravotního stavu;
- **Vnitřní přizpůsobení** – navazování nových vztahů. Analýza dokázala, že v pozdějším věku dochází jen výjimečně k navazování hlubších vztahů. O nalezení přátel se nezmínil ani jeden z oslovených respondentů. Většinou se jednalo o formální vztah bez hlubšího souznění. Pokud se senior ocitne sám, neboť přátelé jsou daleko či již po smrti, pak může docházet k sociální izolaci od ostatních obyvatel. Další nebezpečí je možné hledat v přijetí role naučené závislosti. Personál v rámci urychlení ošetrovatelské péče o seniora přehnaně pečuje, čímž mu odnímá možnost podпоры v každodenních činnostech sebepéče. Činí ho více závislým na pomoci personálu a tím ho odkazuje do submisivního postavení (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Tuto skutečnost dokládá situace, kdy mnou nabídnutá pomoc byla odmítnuta se slovy: „*Sestřičko, odnímate mi tím možnost být gentlemanem.*“;
- **Slábnutí vazby na dění mimo zařízení** – ve výzkumu bylo dokázáno, že senioři se špatně fungujícími rodinnými vztahy přišli nejen o velkou sociální oporu, ale i o možnost proudu informací z míst mimo zařízení. Nezůstal jim nikdo, kdo by přicházel se zprávami z dřívějšího bydliště, s kým by trávili Vánoce či Velikonoce mimo zařízení, kdo by je pozval domů na oslavu narozenin. Zůstali odkázáni na programy a zvyky v zařízení, které jsou každoročně většinou neměnné.

Přiradila bych i další faktory, které se dle zjištěných skutečností mohou podílet na zhoršeném adaptačním procesu:

- **Rozhodnutí vynucené** jinak neřešitelnou situací. Může se jednat o špatné zacházení se seniorem v rodině, o náhlé zhoršení zdravotního stavu, kdy selhala soběstačnost a sebepečce. Stěhování se do pobytového zařízení následně jen zvyšuje a kumuluje stresové faktory, na které již nestačí kompenzační síly seniora reagovat. Rozvíjí se spirála psychosomatických obtíží s neurovegetativními projevy. Nastupují problémy v kardiovaskulárním, endokrinním i ostatními systémy (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012);
- Dle Zimmelové, Dvořáčkové (2007) se na maladaptaci podílí i **osobnost seniora** - ze života si člověk přináší naučené strategie jednání, které se již dříve osvědčily jako úspěšné. Pokud senior uplatňuje strategii nepřátelství, kdy hledá vinu vždy na straně druhých a není nakloněn toleranci a kompromisům, pak nutně dochází ke konfliktům mezi obyvateli samotnými, mnohdy i mezi obyvateli a personálem. Tito senioři si často stěžují na poskytované služby, neochotu personálu, zveličují své problémy s cílem upozornit na svoji osobu. Máloco nebo málokdo se zavděčí jejich požadavkům.

Ve srovnání s výzkumnými výsledky Hrubé (2013) docházím ke stejným závěrům týkajícím se vlivu dobře fungujících rodinných vztahů a zapojení seniora do každodenních činností. Oba dva faktory se jeví jako velmi pozitivní v případě úspěšného adaptačního procesu. Rozdíl shledávám v otázce míry vlivu navázání nových sociálních kontaktů s vrstevníky, kteří se ocitli v podobné životní situaci. Z analyzovaných rozhovorů jsem došla k závěru, že senioři v pobytovém zařízení většinou navazují jen formální vztahy. Nejedná se již o hluboká přátelství nabízející vysokou míru sociální opory. Pozitivní aspekt vidím spíše v potřebě náležet k určité komunitě a nezůstat izolován od společnosti. Hrubá dále ve výsledcích uvádí ulpívání ve vzpomínkách jako negativní adaptační faktor. Domnívám se na základě provedených analýz, že pokud se vzpomínky váží ke šťastným okamžikům s milovanou osobou, k prožitým situacím přinášejícím i po letech úsměv na tváři, pak naopak mohou velmi pozitivně přispívat k dobrému psychickému ladění seniorů a tím i ke zlepšování adaptačního procesu.

Apolenářová (2011) jako další potvrzuje pozitivní vliv rodinné opory a účast na smysluplném vyplnění volného času. Zhoršený zdravotní stav řadí mezi negativní

adaptační faktor ztěžující orientaci v novém prostředí, zamezující volnosti pohybu, čímž může docházet k izolaci seniora na pokoji. Tento fakt potvrdila i analýza v mém výzkumu. Senioři odkázaní na pomoc personálu se cítí méně často uspokojováni v naplňování svých potřeb. Není možné jim vždy vyhovět např. procházkou po okolí, zprostředkováním nákupu v obchodě. V některých případech mohou mít i problém s vyjádřením vlastních přání směrem k lhostejnému zaměstnanci zařízení. Apolenářová dále potvrzuje pouze formální navazování vztahů se spolubydlicími, které se objevily i v mé analýze.

Holomčíková (2013) dochází k závěrům, že u většiny seniorů šlo o nedobrovolné rozhodnutí k nástupu do pobytového zařízení a to mělo negativní vliv na adaptaci. S tímto názorem souhlasím na základě analýz jen částečně. Nedomnívám se, že nedobrovolné rozhodnutí převažuje u většiny obyvatel. Potvrzuje to nejen analýza rozhovorů, ale též zkušenosti z mé praxe. V posledních letech přibývá seniorů, kteří nastupují do sociálních zařízení, přestože jejich zdravotní stav i soběstačnost jim ještě umožňují setrvat v původním domově. Při zvážení všech pro a proti přesto dospěli k názoru, že život v zařízení s sebou v důsledku přinese kvalitnější život než domácí zázemí.

Nabídka služeb, jistota celodenní péče a zdravotní pomoci vyvažuje určitou ztrátu soukromí. Nesouhlasím s tvrzením Holomčíkové, když předpokládá po nástupu do zařízení ztrátu rodinných kontaktů a přátel. Analýza jasně ukázala, že v případech pevně zakotvených vzájemných vztahů nedochází k jejich přerušení. Může dojít k jejich transformaci (častější telefonní kontakty, omezení osobních návštěv), ale ne k jejich ztrátě.

Pokud bych měla charakterizovat model seniora úspěšně se adaptujícího seniora život v pobytovém zaměření, pak je dle analýzy jednotlivých kategorií nutné vycházet již ze samotného přístupu k vlastnímu stárnutí. Člověk vyrovnaný s vlastním věkem, adaptovaný na změny s tím spojené, ekonomicky zajištěný tak, aby to vyhovovalo jeho sociálním požadavkům, má dle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012) vhodné podmínky pro úspěšné stárnutí. Konstruktivní strategie přístupu k řešení dosavadních problémů dále zaručuje pozitivní předpoklad k úspěšnému průběhu adaptace na pobyt v zařízení. Senior neztrácí smysl pro humor, opírá se o již existující sociální oporu, je schopen navazovat nové kontakty. Udržuje si psychickou svěžest a neutápí se v sebelítosti nad případnými neúspěchy či pády.

V otázce **rozhodnutí** o zásadní životní změně je potřeba, aby k němu senior dospěl sám, na základě důkladného zvážení všech pro a proti. Měl by posoudit, zda mu přechod do pobytového zařízení v něčem zásadním zkvalitní život, ať už se jedná o poskytnutou zdravotní péči, pomoc v případě nesoběstačnosti, nebo zahrnutí pocitu samoty a sociální

izolace. Prokázal tím hned dvě ze Švancarových pěti „pé“ úspěšné adaptace, a to **časovou perspektivu a prozíravost**. Senior si uvědomil, že z dlouhodobého hlediska by docházelo nejspíše k zhoršování dosavadních problémů, situace by se stávala naléhavější. Krizová řešení nebývají tak úspěšná jako věci promyšlené a naplánované. V případě, že senior o možné změně uvažoval s předstihem, začal zjišťovat informace o nabídkách pobytových zařízení. Nejprve v místě svého bydliště, aby zbytečně nedocházelo ke kumulaci stresových faktorů ještě s přivykáním neznámému okolí a ke ztrátě dosavadních kontaktů vlivem vzdálenosti. Fungující rodinné vztahy je třeba pokud možno zachovat, neboť představují velice významnou životní oporu s pozitivním vlivem na adaptační proces a následnou kvalitu života seniora v pobytovém zařízení.

Dalším ze Švancarových pěti „pé“ je **pružnost**, tedy schopnost přizpůsobovat své myšlení, chování a prožívání novým podmínkám. Náš modelový senior je v počátcích nucen přivyknout změně bydlení, stravování i novému dennímu režimu. Standardní vybavení pokoje je sice účelové, ale až přítomnost osobních předmětů vážících se k minulosti z něj udělá příjemné a útulné místo k bydlení. Každodenní časový režim všech domovů je nutný kvůli návaznosti jednotlivých činností v rámci pracovní doby zaměstnanců. Nicméně senior má vždy možnost určitého individuálního nastavení služeb. Záleží na něm, zda je schopen vyjádřit svá přání, neboť zaměstnanci zařízení se vždy snaží v rámci svých možností žádostem vyhovět.

Nové prostředí s sebou však nese určitou nutnost **porozumění i pochopení pro druhé**, zvláště pokud se senior musí sžít se spolubydlícím v rámci bytové jednotky nebo dokonce na jednom pokoji. Bývá to mnohdy obtížné, ale ne nemožné. Dobrým předpokladem se ukazuje být vzájemná komunikace mezi spolubydlícími. Je třeba nastavit určitá pravidla a těmi se řídit, neuzavírat se do sebe, případné neshody řešit hned a neodkládat je na později. Být nakloněn kompromisům a tím předcházet vážnějším neshodám. Schopnost navázání nových sociálních kontaktů seniorovi usnadní začlenění se do již vytvořené komunity v zařízení, pomůže mu rychleji se orientovat v novém prostředí a usnadní mu přístup k volnočasovým aktivitám.

Poslední ze Švancarových pěti „pé“ je **potěšení**, neboť radost sytí náš duševní život. Zdrojem radosti a potěšení může být pro seniora cokoliv. Zapojení se do aktivit v rámci zařízení, návštěva kulturních akcí, výletů, cvičení, zpěv, tématické čtení. Radovat se dá i z pokroků v soběstačnosti vlivem úspěšné rehabilitace, zvládnutí zástupné činnosti v oblasti určitého hendikepu, dočasného zlepšení zdravotního stavu nebo z chutně

připraveného jídla. Pokud senior přemýšlí spíše v pozitivním ladění, pak je vždy možné najít důvod k radosti.

S přihlédnutím ke všem zmíněným skutečnostem by náš modelový senior měl po příchodu do pobytového zařízení pravděpodobně velkou šanci projít v krátké době úspěšně celým adaptačním procesem.

6.5 Doporučení pro praxi

Pomoci seniorům setrvat co nejdéle v domácím prostředí by mělo zůstat hlavním cílem jak rodiny, tak i společnosti. Při zhoršujícím se zdravotním stavu a snižující se soběstačnosti je třeba nejdříve využít pomoci terénních sociálních služeb, domácí péče, denních stacionářů nebo kratších respitních pobytů. Teprve pokud není možné tímto způsobem zajistit adekvátní péči o potřeby a bezpečnost seniora, pak přistoupit k trvalému přestěhování do pobytového zařízení.

Zaměstnanci pobytových zařízení pro seniory by v rámci adaptačního procesu měli dbát na:

- zajištění klíčového pracovníka, který bude v prvních měsících pobytu věnovat seniorovi zvýšenou pozornost v otázkách;
 - seznámení s novým prostředím;
 - seznámení s chodem zařízení;
 - uvedení do komunity ostatních obyvatel;
 - seznámení s pracovními činnostmi personálu;
 - zajištění doprovodu a uvedení do aktivit;
- individuální plánování služeb směřující k zajištění nenaplněných potřeb seniora vycházející z **rozhovorů**, nikoli jen z vyplnění škálovacích tabulek a dotazníků.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se zabývám životem seniorů v pobytovém zařízení sociální péče. Soustředila jsem se na oblasti změn zahrnutých v adaptačním procesu, kterým si musí projít každý nově nastoupivší obyvatel.

Teoretická část má přiblížit stárnutí lidského organismu s jeho involučními změnami. Osvětluje členění stáří ať už z kalendářního, biologického nebo sociálního hlediska se všemi nepřesnostmi, neboť senioři představují početnou heterogenní skupinu obyvatel, jež se nedá jednoduše urovnat a definovat v exaktně vymezených kategoriích. Jedna kapitola je věnována mýtům spojeným se stářím, s jejich důsledky na názory obyvatel. Pojednává o nebezpečí ageismu, které se nevztahuje jen na laickou veřejnost, ale může se vyskytnout i ve sféře zdravotnických služeb, kde by ho člověk nejméně očekával vzhledem k obsahu vzdělání jejich zaměstnanců. Část práce je věnována adaptaci na stáří jako takové, hlavním adaptačním strategiím a jejich případným důsledkům. Uvádí pět „pé“ optimální adaptace dle Švancary, jež mohou představovat vodítko tím správným směrem. Člověk by se neměl bát pohledu do budoucnosti opanován strachem pouze z negativního očekávání a zároveň neutkvět myšlenkami v bezpečí prožité minulosti. V medicínsko-ošetrovatelském pohledu nastiňuje práce fakta, na základě kterých nejsme jen pasivní příjemci stárnoucího organismu. V naší moci je hybná síla, která dokáže mnohé věci ovlivňovat a utvářet. Stárnutí je proces bez exaktně nastavených pravidel, nejedná se o matematický model s vypočítanou konstantní rychlostí probíhajících dějů. Závěr teoretické části se věnuje přehledu sociálních služeb, jejich členění a stručným charakteristikám. Podrobněji popisuje pobytová zařízení sociální péče se službami, jež mohou svým obyvatelům nabídnout.

Empirická část mé bakalářské práce si kladla za cíl postihnout hlavní oblasti změn, se kterými se v rámci adaptačního procesu na život v pobytovém zařízení musí vyrovnat každý senior. Zvolená metoda kvalitativního výzkumu se mi jevila jako nejvhodnější forma k zaznamenání individuálních lidských příběhů, vzpomínek, názorů, prožitků, myšlenek a citů spojených s opuštěním dosavadního domova. Stěhování pro šest oslovených respondentů znamenalo cosi za sebou zanechat, ale následně se jim otevřely dveře nových možností.

Ke sběru dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, neboť zaručovala, že vyprávěný příběh bude udržen v mezích souvisejících s adaptačním procesem. To se v průběhu probíhajících rozhovorů ukázalo jako správná volba, neboť senioři velice rádi vzpomínají na doby minulé. Nemají mnoho možností vyprávět podrobnosti o svém

životě, proto často odbočují od tématu, nebo se opakovaně vracejí k událostem, jež považují dle svého mínění za stěžejní.

Získaná data byla posléze analyzována, převedena na pojmy a ty zařazeny dle společné charakteristiky do kategorií. Jednotlivé kategorie byly následně podrobněji rozpracovány dle dimenzionální četnosti, jež se v případových studiích vyskytovala. Kolonky nesou označení převažující shoda a individuální případy. V analýze šlo o snahu pochopit i vysvětlit souvislosti mezi pojmy v kategorii vzhledem k adaptačnímu procesu. Ve výsledku empirické části jsou shrnuty kategorie týkající se důvodů odchodu do pobytového zařízení a protektivního faktoru sociální opory v rodině či přátelích, dále způsob bydlení a nejefektivnější používaná strategie adaptace seniora.

At' chceme nebo nechceme, at' se jako zaměstnanci sebevíce snažíme, život v pobytovém zařízení sociální péče bude stále jen náhražkou za přirozené domácí prostředí. Můžeme našim obyvatelům poskytnout příjemné prostory, chutnou stravu, teplo, bezpečí, adekvátní zdravotní péči, ale co nikdy nedokážeme, je suplování fungujícího rodinného zázemí. Neumíme a ani nemůžeme nahradit láskyplné pohledy, objetí, vzájemně sdílené radosti nebo i starosti nad společnými zážitky. Neprošli jsme s našimi seniory tu větší část života, jež je utvářela a formovala. Všechny děti, jejichž rodiče či prarodiče tráví závěr svého života v podobných zařízeních, by si měly uvědomit, že tím jejich povinnosti nekončí. Břímě každodenních starostí na svá bedra převzala instituce, ale pouze a jenom na nich zůstává péče o emocionální prožitky. Tu zatím neumí nahradit, a zřejmě ani nikdy umět nebude, ani to sebelepší akreditované sociální zařízení pobytové péče věnující se seniorům.

Vzkaz jednoho dědy z penzionu

Ctihodné stařenky, velební kmeti,

Na nás je viděti, jak ten čas letí!!

Jen at' si pospíchá, jen at' si kluše.

Ač těla zchátralá, mladé jsme duše!

Za námi vidět jsou vnuci a děti,

vlas máme stříbrný a zuby třetí

neduhů haldu

tvář samou faldu!

*Nohy nám šmajdají, ruce se třesou,
jen ať si šmajdají, jen když nás nesou!*

Úspěch a peníze?

Dnes nám vše rovno.

Když nejde o život, tak jde o.....

(úplnou banalitu.)

*Do nebe nedá se zajetí metrem,
cestičku pro pěší zarostlo hloží,
chcem-li se obejmout se svatým Petrem,
o pomoc prosme vždy Matičku Boží.*

(autor anonymní)

ANOTACE

Autor:	Kamila Klinerová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Adaptace seniora na život v pobytovém zařízení sociální péče
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc.
Počet stran:	116
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2015
Klíčová slova:	stáří, senioři, adaptace, ageismus, sociální služby, pobytová zařízení, ošetrovatelská péče

Bakalářská práce pojednává o adaptaci seniora na život v pobytovém zařízení sociální péče. Teoretická část se zabývá pojmem stáří, jeho členěním, procesem stárnutí, involučními změnami. Přibližuje mýty se stářím spojené spolu s ageismem se zaměřením na zdravotnické služby. Poukazuje na různé adaptační strategie na samotné stáří spolu s jejich možnými důsledky. Zabývá se protektivními faktory, jež napomáhají k pozitivnímu přijetí této etapy života člověka. Kapitola věnovaná sociálním službám se zaměřením na seniory se sníženou soběstačností se podrobněji věnuje pobytovým zařízením sociální péče.

V empirické části je použita metoda kvalitativního výzkumu. Rozhovory se šesti respondenty jsou posléze zpracovány do případových studií se zaměřením pozornosti na nejčastější oblasti změn týkajících se adaptace seniora při nástupu do pobytového zařízení. V analýze jsou porovnávány pojmy jednotlivých kategorií vztaženy k procesu adaptace a následně jsou vyvozena doporučení pro zaměstnance sociálních zařízení.

ANNOTATION

Author:	Kamila Klinerová
Institution:	Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové Institute of Social Medicine, Department of Nursing
Title:	Adaptation of senior citizen to the living in a welfare service facility
Superior:	Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Number of pages:	116
Number of attachments:	8
Year of Completion:	2015
Keywords:	old age, senior, adaptation, ageism, welfare services, accommodation, nursing care

The Bachelor thesis deals about adaptation of senior citizen to the life in welfare service facilities.

The theoretical part deals with terms like old age and its classification, ageing process, involuntional changes. It explains myths of ageing in connection with ageism with a focus on health care. The one refers to different adaptation strategies focused on old age with its possible consequences. It works with protective factors which help to the positive acceptance of this part of life. The chapter devoted to social services with a focus on seniors with reduced of self-sufficiency deals in details about welfare service facilities.

The quantitative method of research is used in empirical part of this bachelor thesis. We realized interviews with six respondents and integrated it into our case study with a focus on the most common parts of senior's adaptation to accommodation in welfare service facilities after arrival.

Compared terms of each category in our analysis are related to the process of adaptation and subsequently there are drown recommendations for employees in welfare service facilities.

POUŽITÁ LITERATURA

Monografie

- [1.] ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
- [2.] DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 9788024741383.
- [3.] FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 136 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2480-5.
- [4.] FUNK, K. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. 1. vyd. Praha: Malvern, 2014, 319 s. Adam a Eva. ISBN 978-808-7580-707.
- [5.] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd., v Portálu 1. vyd. Ilustrace Karel Nepraš. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [6.] HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [7.] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- [8.] HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 191 s. ISBN 9788024741390.
- [9.] KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- [10.] KALVACH, Z., OTOVÁ, B. Involuce. In KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kolektiv *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 67-73. ISBN 80-247-0548-6.
- [11.] KALVACH, Z., OTOVÁ, B. Pozitivní ovlivnitelnost funkčního a zdravotního stavu ve stáří. In KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kolektiv *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 138-144. ISBN 80-247-0548-6.

- [12.] KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 141 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4736-044.
- [13.] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 8024712849.
- [14.] MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
- [15.] RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 86 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9828-8.
- [16.] STRAUSS, A., CORBIN, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.
- [17.] ŠVANCARA, J. Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace. In KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kolektiv *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 103-115. ISBN 80-247-0548-6.
- [18.] TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
- [19.] *Sociální zabezpečení: státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum: 2014 : redakční uzávěrka 3. 2. 2014*. Ostrava: Sagit, [2014], 240 s. ÚZ. ISBN 978-80-7488-041-4.

Články v periodických publikacích

- [20.] KABÁTOVÁ, O., URÍČKOVÁ, A. *Ageismus – věkově podmíněná diskriminace*. Sestra 2013, č. 4, s. 53-54. ISSN 1210-0404.
- [21.] LOMOVCIVOVÁ, E. *Specifika farmakoterapie u seniorů*. Ošetřovatelská péče 2014, č. 1, s. 20-21. ISSN 2336-1603.
- [22.] ZIMMELOVÁ, P., DVOŘÁČKOVÁ, D. Faktory ovlivňující adaptaci klientů v Domově pro seniory Máj, p. o. *kontakt* 2007, r. 9, č. 2. ISSN 1212-4117.

Diplomové práce

- [23.] APOLENÁŘOVÁ, I. *Sociální adaptace seniorů po nástupu do domova pro seniory* [online]. 2011 [cit. 2015-04-05]. Bakalářská práce. Tomas Bata University in Zlín, Faculty of Humanities. Vedoucí práce Ivana Marášková. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/9z3hwk/>>.
- [24.] HOLOMČÍKOVÁ, K. *Tady jsem doma aneb podzim života v domově pro seniory* [online]. 2013 [cit. 2015-04-05]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Lenka Gulová. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/211524/pedf_m/>.
- [25.] HRUBÁ, M. *O procesu adaptace seniorů v domovech pro seniory*. [online]. 2013 [cit. 2015-04-05]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Roman Švaříček. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/216216/ff_m/>.

Elektronické zdroje

- [26.] *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2013*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014, 199 s. ISBN 978-80-7421-075-4 [online]. 2014 [cit.2015-02-22]. Dostupné na http://www.mpsv.cz/files/clanky/19296/MPSV_rocenka2013_061114.pdf

SEZNAM TABULEK A PŘÍLOH

Seznam tabulek

Tabulka 1: Možné změny způsobené odchodem do důchodu	15
Tabulka 2: Charakteristiky zralého člověka dle N. Abi Hashema	18
Tabulka 3: Parametry jednotlivých výzkumů adaptačního procesu seniorů	45
Tabulka 4: Kategorie rozhodnutí	59
Tabulka 5: Kategorie změna prostředí	60
Tabulka 6: Kategorie pokoj	61
Tabulka 7: Kategorie rodina	63
Tabulka 8: Kategorie strava	64
Tabulka 9: Kategorie volný čas	66
Tabulka 10: Kategorie sociální kontakty	68
Tabulka 11: Kategorie zdravotní péče	70
Tabulka 12: Kategorie autonomie	71
Tabulka 13: Kategorie zhodnocení	73

Přílohy

Příloha 1: Případová studie – paní Anežka	90
Příloha 2: Případová studie – paní Anna	94
Příloha 3: Případová studie – paní Agáta	98
Příloha 4: Případová studie – pan Alois	102
Příloha 5: Případová studie – paní Alena	106
Příloha 6: Případová studie – pan Antonín	111
Příloha 7: Informovaný souhlas pro dotazované respondenty	115
Příloha 8: Žádost o provedení výzkumného šetření	116

PŘÍLOHY

Příloha 1: Případová studie – paní Anežka

Věk:	93 let
Stav:	vdova
Vzdělání:	středoškolské
Převážné zaměstnání:	úřednice
Nástup do centra seniorů:	2008
Datum rozhovoru:	11. 2. 2014
Délka rozhovoru:	2 hodiny 10 minut

Paní Anežka (veškerá použitá jména neodpovídají skutečným) a její muž cítili, že je síly začínají pomalu opouštět. Oběma v té době bylo již přes 70 let. Život jim nedopřál mít děti, a tak věděli, že se o sebe ve stáří musí postarat sami. Podali si společnou žádost o umístění do domova pro seniory ve velkoměstě, kde doposud žili. O jiném typu sociální služby ani neuvažovali. Manžel byl praktický člověk. Chtěl jim oběma zabezpečit péči pro případ stále se zhoršujícího zdraví. Čekali plných šest let a neustále se v pořadníku posouvali blíže ke dni nástupu. Bohužel on se tohoto dne nedožil. Vzhledem k tomu, že paní Anežka je nejstarší ze tří sester, z nichž dvě zůstaly žít v rodném městě, vyvstala otázka: jak dlouho budou mít sílu navštěvovat ji ve vzdálenějším velkoměstě? Nebylo by lepší změnit zařízení za jiné? A to přímo v jejich rodišti? Zajela se tedy podívat přímo na místo. Na malou návštěvu, aby poznala, jak to tam vypadá. Prostředí se jí velice líbilo, nejraději by zůstala hned. To rozhodlo. Opětovné podání žádosti znamenalo opětovné čekání. Trvalo dalších šest let, než definitivně opustila současný domov a přestěhovala se do centra pro seniory.

Nejednalo se o krok do neznáma. Paní Anežka se v Mělníku narodila a žila do svých 23 let. Zůstal jí tu i zbytek rodiny, obě sestry, švagr. Jen ze známých a přátel už nikoho nenašla. Všichni zemřeli. Přestěhovala se z bytu v činžovním domě, jenž byl navrácen původnímu majiteli. Už nebylo cesty zpět.

Nyní žije v bytové jednotce spolu s další užívatelkou. Každá má svůj samostatný pokoj. Sociální zařízení a chodbičku užívají společně. Velikost a vybavení pokoje jí vyhovovaly: „*Na přespání to stačí.*“ Pokoj má vstup na malý balkonek, kde v přítomnosti květin v truhlících tráví mnohdy svůj čas. Jen vyhlídka z okna jí kazila celkový dojem.

Na protější zahradě rodinného domku je přesně v téže úrovni umístěna „*haraburdárna*“, přístřešek na odkládání dřeva a všeho nepotřebného. Dnes už si zvykla i na ni. Mnohokrát jí sociální pracovnice nabízela možnost přestěhování. Nechtěla. Nerada mění místa. Z předešlého bytu si s sebou vzala křeslo, malou skříňku na porcelán a drobné předměty. Většinou figurky zvířátek, ke kterým se vážou vzpomínky na kolegy ze zaměstnání. Nad stolem má pověšenou fotografii manžela. Okolní zdi zdobí malé obrázky, některé s pražskými motivy. Za celou dobu svého pobytu se ve vedlejším pokoji vystřídaly celkem čtyři spolubydlící. Paní Bohunka, jež zde žila v době nastoupení paní Anežky, sehrála velmi důležitou roli. Obě byly stejného věku a stejných názorů. Paní Bohunka se stala rádcem i průvodcem zároveň. Už to zde znala. Věděla kudy a v kolik hodin se jde do jídelny. Kde je umístěná nástěnka s nabídkou volnočasových aktivit. Komu říci, že v koupelně kape voda, aby to přišel opravit. Přestože dnes už bydlí každá na jiném patře (paní Bohunka dostala samostatnou garsonku), stále se stýkají a jsou přítelkyně. Ani s ostatními spolubydlícími nastaly konflikty, jen se už žádná z nich nestala blízkou duší. Všechny navzájem respektovaly soukromí té druhé, personál též před vstupem nejprve zaklepe a počká na vyzvání. Některé dny má paní Anežka pocit, jako by tu žila sama. Spolubydlící za celý den vůbec nepotká. Obě jsou tiché a mají rády svůj klid.

Paní Anežka nemá bohužel vlastní děti. Při porodu dcery se dostavily život ohrožující komplikace a tehdejšímu lékařskému týmu se s vypětím všech sil podařilo zachránit pouze matku. Její dvě sestry ale děti měly, díky tomu se dnes může stýkat se svými synovci, prasynovci i praprasynovci. Jedna ze sester dnes žije ve stejném zařízení. Navštěvují se prakticky denně. Druhá již zemřela, ale švagr se zastaví minimálně jednou týdně. On je tou nejdůležitější osobou, na kterou bylo a je vždy spolehnutí v případě pomoci. Ještě když paní Anežka žila ve velkoměstě, už po manželově smrti, švagr byl ten, kdo nejvíce pomáhal. Donesl těžké nákupy, zavezl k lékaři, na hřbitov, postaral se o opravy v domácnosti, pomohl s vlastním stěhováním do centra seniorů. Dělá to dodnes. S ostatními se navštěvují při rodinných oslavách a svátcích.

Pokud měla paní Anežka ještě svou domácnost, vařila si sama. Každodenní nákup se jí stal samozřejmostí. Pokud šlo o něco těžšího, pomohl švagr. Nevadilo jí připravovat jídlo pouze sama pro sebe, ale také se jeho pravidelností nenechala nijak omezovat ve svých aktivitách. Pokud měla cosi v plánu, klidně se najedla cestou v restauraci. Dnes chodí na obědy společně s ostatními do jídelny. Jídla hodnotí jako chutná a porce dostatečné. Asi jako mnoho žen oceňuje, že se nemusí zabývat jejich přípravou. Ponechala si však možnost

snídani si i nadále dělat sama. Pokud dostane na něco chuť, neváhá vypravit se do nedalekého nákupního centra a svou potřebu plně uspokojit.

Dříve svůj běžný den mívala pestrý. Vstávala okolo sedmé hodiny. Připravila si snídani a šla ven. Prošla se, zajistila lístky na odpolední divadelní představení. Někdy zašla na výstavu nebo navštívila známé. Cestou zpět nakoupila, co bylo potřeba k přípravě oběda. Najedla se a pak si v klidu přečetla Lidové noviny. Odpoledne zřídka zůstávala doma. Večer četla knížky, občas sledovala televizi nebo pozvala přátele na návštěvu. Ráda pobývala mezi lidmi. Poté co se paní Anežka přestěhovala do centra pro seniory, se jí denní náplň postupně změnila. Ráno se nasnídá. Podle toho, jaký je den v týdnu, jde na trénování paměti nebo na zkoušku pěveckého sboru, jehož je členkou. Když má volno, čte si. V poledne zamíří do jídelny na společný oběd a pak následuje siesta. Naučila se odpočívat, načerpat síly do další části dne. Odpoledne při pěkném počasí jde na procházku nebo na kulturní akci pořádanou pro uživatele. Večer se podívá na zprávy, vybere pořad v televizi, který ji něčím zaujal, a okolo 22. hodiny se ukládá ke spánku.

Největší zálibou paní Anežky určitě byla kultura. Ještě spolu s manželem pobývali večer doma jen málokdy. Chodili do divadel a na koncerty. Posléze, když ovdověla, navštěvovala alespoň odpolední představení, neboť večer se již sama chodit bála. S přibývajícím věkem ubývají síly. Dnes už dává přednost novým zájmům. Patří mezi ně zpěv a „*lolkování*“. Lolkování znamená rozjímání. V klidu svého pokoje se ve vzpomínkách navrácí ke šťastným chvílím svého života. Vybavuje si manžela, čas strávený na chalupě, přátele, kamarády, oblíbená divadelní představení. V době výročí věnuje vzpomínku i nenarozené dceři. Pokud centrum seniorů pořádalo výlety, velice ráda se ještě donedávna účastnila. Dnes už má trochu potíže se stabilitou. Obává se případného pádu, a proto raději zůstává doma. Pokud se pořádají koncerty, přednášky, dětská představení nebo plesy přímo v zařízení, pak se zúčastní velice ráda.

Přestože se paní Anežka jeví jako společenský člověk, dnes už dává přednost klidu a samotě. V novém prostředí sice našla nové známé, ale už se z nich nestali kamarádi nebo přátelé. Nikdy se nedostala do situace, kdy by musela řešit jakýkoli konflikt. Ani s ostatními uživateli ani s personálem. Ten jí připadá vstřícný a ochotný. Na požádání pomůže či poradí.

Ve svých 93 letech má poměrně málo zdravotních problémů. Ještě v předešlém bydlišti chodila zcela bez opory a trápila ji pouze osteoporóza. Dnes má za sebou operace obou očí a je v dispenzarizaci na jednom specializovaném pracovišti. Užívá minimum pravidelné medikace. Tu si stejně tak jako kontroly u specialistů zvládá ohlídat sama. Vždy

když požádá někoho z příbuzných, rádi ji na kontroly dovezou. Pokud náhodou nemohou, jede sanitou nebo případně taxíkem. Necítí se být svým zdravotním stavem nijak výrazně omezena.

I přes pokročilý věk je paní Anežka plně soběstačná. Zvládá bez pomoci základní úkony sebezpečí. Jediný problém, který jí v posledním roce ztrpčuje život, se týká močové inkontinence. Chápe to jako daň za vysoký věk. Pokud má hodnotit pomoc personálu, připadá jí skoro až přemrštěná. Ale nejedná se o vlastní zkušenost. Vychází spíše z pozorování, jak se starají o sousedku. Ona sama potřebuje jen jednou za měsíc pomoci při natahování prostěradla. Povléknout si zvládne již sama. Se svými starostmi se obrací spíše na rodinu. Připadají jí malicherné na to, aby s nimi obtěžovala někoho s personálu. Cítí, že mají málo času, a tak je nechce obtěžovat.

Ve svém rozhodování se cítí zcela svobodná. Nikdo a nic ji neomezuje dělat si věci po svém. Pokud má chuť kamkoli odejít, jen nahlásí svou nepřítomnost s předpokládaným, třeba i pozdním návratem a službu konající personál budovu odemkne.

Při zpětném pohledu by nevolila jinak. Věděla, kam se stěhuje, a zařízení splnilo veškerá její očekávání. Ničeho nelituje. Největší problém jí dělalo poznat nové lidi, nikoho zde neznala, a zorientovat se v nové organizaci času. V tu dobu jí pomohla spolubydlící. Po celý život cítí velkou oporu v pánu Bohu. *„Na všechno koukám, aby mě pán Bůh vyřídil a vyslyšel. Věřím, že půjdu do nebe, se o to snažím, a setkám se tam s manželem.“*

Dnes už může říci, že se tu cítí jako doma. Trvalo jí zhruba tři roky, než přestala myslet na domov „tam“ a začala uvažovat o domově „tady“.

Nově příchozímu by vzkázala: *„Aby byl slušnej, aby hodně zdravil a hlasitě. Aby se snažil plnit to, co máme plnit. Musí dodržovat režim. Aby se koukal co nejdřív seznámit s okolím a lidma, na to jsou dobré ty akce.“*

Příloha 2: Případová studie – paní Anna

Věk:	90 let
Stav:	vdova
Vzdělání:	středoškolské
Převážné zaměstnání:	práce v knihkupectví a nakladatelstvích, sekretářka
Nástup do centra seniorů:	2012
Datum rozhovoru:	14. 7. 2014, 15. 7. 2014
Délka rozhovoru:	celkem 1 hodina 35 minut

Paní Anna (veškerá použitá jména neodpovídají skutečným) ve svých 57 letech odešla do důchodu s představou, že nastal čas zůstat doma a věnovat se manželovi. Osud bohužel rozhodl jinak a ona ovdověla. Vrátila se tedy do zaměstnání, kde setrvala až do svých 80 let.

Bydlela v centru velkého města. Nájem se jí rok od roku zvyšoval. Začínala mít obavy, zda to pro ni bude finančně únosné, jestli to takhle půjde dál. Synovec, který se o ni doposud staral, jako první přišel s nápadem pobytového zařízení. Jiná služba sociální péče nepřipadala v úvahu, neboť nemohla vyřešit problém s vysokým nájemným. Dcera synovce žije nedaleko Centra seniorů v Mělníku. Proto přinesl prospekty s ukázkou interiéru, nabídkou služeb a ceníkem. Přestože zařízení před tím paní Anna nikdy neviděla, během měsíce se rozhodla. Synovec následně zařídil náležitosti spojené s podáním přihlášky. Neuvažovala o možnosti hledat nebo si prohlédnout jiná zařízení. Věděla, že čekací lhůty ve velkých městech jsou v současnosti několikaleté.

Mělník s jeho okolím pro ni zůstal zcela neznámou krajinou. Centrum seniorů s úzkým pruhem zeleně kolem je jediná zmapovaná část. Dál se nikdy nedostala. V době nástupu se pohybovala již pomocí chodítka, a tak se sama neodvážila na delší procházky. Znamé ani kamarády tu nemá, jen synovcovu rodinu.

Paní Anna se přestěhovala z novějšího činžovního domu. Neměla ani zahradu ani domácí zvířata, proto nic z toho nepostrádá. Bydlela sama. Její byt se nacházel ve druhém patře, tudíž ani jízda výtahem neznamenal problém. Na začátku svého pobytu obývala dvoulůžkový pokoj. Spolubydlící byla paní s demencí a problémem trvalé inkontinence. Často se stávalo, že znečistila sebe i lůžko. Trvalo asi dva měsíce, než ji přestěhovali na oddělení Vážka, uzpůsobené pro takto hendikepované seniory. Poté se od dalšího lůžka

upustilo a paní Anna zůstala sama. Zařízení i velikost pokoje jí vyhovovaly. Doplnila pouze poličku na zeď, obrazy na stěnu. Jedním z nich je karikatura manžela, již mu věnovali tehdejší kolegové ze zaměstnání. Dále fotografie přítele, s nímž prožila hezké chvíle poté, co ovdověla. Ostatní grafiky už se neváží k prožitým letům, jsou to dárky od příbuzných. Opustila spousty knih nashromážděných za léta práce v knihkupectví a nakladatelství, nebylo by tu pro ně místo. Vzala si s sebou pouze tři, mezi nimi Jirotkova Saturnina. V pokynech k nástupu měla uvedeno, že s sebou nesmí mít rychlovarnou konvici ani jiné elektrické spotřebiče. Poslechla. Posléze ji udivilo, že je zřejmě jediná, a tak si něco z těchto věcí nechala opět dokoupit. Uběhl nějaký čas a paní Anna byla personálem požádána, zda by se nepřestěhovala. Velký pokoj potřebovali pro uživatele pohybujiícího se na invalidním vozíku. Přestože byla s ubytováním velmi spokojená, nedokázala říci ne. Nyní má sice lepší vyhlídku z okna na protější zahrady rodinných domků, ale líbí se jí zde mnohem méně. Čtvrté patro je patrem posledním a část personálu se tak chová i k jeho obyvatelům. Zajdou méně často, na zvonek reagují s delším intervalem, občas paní Annu zapomenou odvézt do jídelny na jídlo. Vztahy s uživatelkami sousedních pokojů jsou pouze formální. Jedné z nich hned v počátku, kdy si zcela neznáma prohlížela zařízení jejího nezamčeného pokoje a posléze spustila monolog o své rodině, naznačila, že ji to nezajímá, aby odešla. Dnes se jejich kontakt omezuje pouze na pozdrav. Druhá sousedka se na paní Annu upnula. Nereaguje na signály, že je její přítomnost nežádoucí a že svojí vulgární mluvou obtěžuje. „*Chodí mi sem jako domů.*“ Nerespektuje žádné hranice osobního prostoru. „*On s ní nikdo nemluví, vopravdu málokdo. Tak chodí ke mně.*“ Dnes už nemá paní Anna sílu říci: tak tahle ne! Vychází s ní sice dobře, ale je to vynucená společnost. Co se týká personálu, ten před každým vstupem zaklepe a respektuje minimum soukromí, jež zde člověk má.

Rodina paní Anny čítá jen málo členů. Sama děti neměla. Má jednoho mladšího bratra, synovce a čtyři neteře. Bratr ji za celou dobu pobytu (2,5 roku) navštívil pouze třikrát. Neteře se zpravidla střídají v návštěvě asi po týdnu, i když teď v letních měsících se neukázaly tři neděle. Synovec se staví občas cestou na chalupu. Na svátky či domácí oslavy ji nikdy nikdo nepozval. Své 90. narozeniny oslavila sice v rodinném kruhu, ale též v centru seniorů. Přesto na ně vzpomíná s úsměvem na rtech. Než se přestěhovala do centra seniorů, pomáhali jí příbuzní trochu s chodem domácnosti. Bratr či synovec občas dovezl nákup, neteře vyžehlily nebo vypraly. Na úklid si zaplatila paní ze sousedství. Vzhledem k nynějším sporadickým návštěvám příbuzných nemá možnost se na ně obracet se svými žádostmi či potřebami. Zbývá jí požádat pouze personál.

Stravu si dříve chystala sama. Jednalo se jen o snídaně a večeře, neboť obědy zajišťovala terénní pečovatelská služba. Dnes ji personál vozí do jídelny, kde je zajištěno společné stolování. Na otázku, zda jí jídlo chutná, odpovídá: „*Někdy ano, někdy méně. Tak napůl.*“ Jídla je dostatek, ale strašně jí chybí biftek s hranolky. Pokud má totiž na něco chuť, nezbyvá než: „*Nechat si ji zajít. Je to smutný, člověk se někdy lituje, ale dá se bez toho žít.*“

Ještě dříve trávila většinu času doma. Vykládala si pasiáns, hodně četla, luštila křížovky nebo se dívala na televizi. Dnes dostane každé ráno snídani na pokoj. Dopoledne luští křížovky, čte si nebo se dívá na televizi. Na pasiáns je stůl malý, karty není kam vyložit. Pak ji personál odveze do jídelny na oběd. Odpoledne se opakuje to samé. Luštění křížovek, čtení, televize. Večeře opět o samotě na pokoji. „*Já bych strašně ráda třeba ven nebo tak, ale tady vás nikdo Občas se sice najde hodná pečovatelka, která mě vyveze, ale málo přijdu ven, většinou jsem tady na pokoji a to není dobrý. Není to ono.*“ Paní Anna své dlouhé chvíle tráví u okna. Má nyní hezký výhled, a tak ví, co kde v okolí kvete, jak mají lidé osázené balkony, kde komu utíká pes. Na společné výlety nejezdí. Je závislá na invalidním vozíku a tím se cítí velmi omezena. Ráda se nechá odvézt pouze na kulturní akce, jež probíhají v jídelně, tedy na skupinová čtení, besídky s dětmi či poslech hudby. Navštěvuje též ergoterapeutickou dílnu.

Pokud si má dnes vybrat, je raději sama. Už si zvykla na ticho svého pokoje. Nenalezla zde ani kamarády, natož přátele. V chování personálu pociťuje značné rozdíly. Některá děvčata o ni pečují jako o vlastní, ale těch je málo. Ostatní se chovají slušně, ale lhostejně. Nezeptají se, zda něco potřebuje, někdy se celé odpoledne ani nezastaví. Paní Anna rozlišuje dny i podle toho, kdo ji má ten den na starosti. Doposud neřešila žádný konflikt, ani s personálem ani s jiným uživatelem. Pokud ovšem chce o něco požádat, vybírá si, komu to řekne. U některých lidí totiž nenalezne ani odvalu se svěřit.

Pokud byla doma, nepociťovala žádné zvláštní zdravotní problémy. Chodila zpočátku o hůlce, později za pomoci chodítka. Léky užívala bez problémů. Pravidelné kontroly u specialistů si zařizovala sama. Do nemocnice to měla kousek a přátelé z řad tamějšího personálu jí vždy vyšli ochotně vstříc. Až v průběhu posledního roku pobytu v centru pro seniory se její zdravotní stav zhoršil. Objevily se potíže s ramenem, zhubla, nemá sílu udržet se sama na nohou. Znemožněný pohyb pociťuje jako velmi svazující.

Postupné zhoršení zdravotního stavu má za následek snížení soběstačnosti. Denní hygienu zvládne sama, celkovou s pomocí personálu. Oblékne se, ale s potížemi. Je pro ni těžké přetáhnout tričko přes hlavu nebo navléci ponožky. Podat si věci uložené výše

na policiče je nemožné. Stejně tak otevřít uzávěr minerálky či si nalít pití z těžké lahve. Rozkrojit housku nebo namazat chleba znamená zvýšené úsilí. Pomoc personálu proto potřebuje. Pociťuje ji za dostatečnou. Někdy! Nechává si udělat pouze věci, jež sama nezvládne.

Doposud se nedostala do situace, kdy by nemohla rozhodovat sama za sebe, kdy by to za ni učinili jiní. Vzhledem k tomu, že nejezdí k nikomu na návštěvy, nemusela ani řešit pozdní návraty.

Z dnešního pohledu považuje své rozhodnutí o přestěhování za správné. Nikdy dříve podobné zařízení nenavštívila. Neuměla si před svým příchodem vůbec představit, jak bude její budoucí život vypadat. Proto si nedělala dopředu žádné iluze. Rozhodla se s nikým moc nepřátelit a také si nikoho „*neznepřátelit*“. Dnes se už cítí celkem spokojená. Postupně si zvykla. Své rozhodnutí by neměnila, ani nemůže, nemá se kam vrátit. Úplně nejhůře se vyrovnává s bezmocností nad tím, že sama nechodí. Cítí se proto velice nešťastná. Jen pomalu přijímá tento fakt, neboť není v její moci ho nějak ovlivnit či dokonce změnit. Snad si nikdy nezvykne.

Největší oporu má ve svém synovci. Zařídil přestěhování a i nyní pomáhá s úředními věcmi, jež je potřeba zařídit. S drobnými starostmi všedního dne ovšem zůstává paní Anna osamocena. Dnes už může říci, že se tu cítí jako doma. Sžila se prý rychle. Trvalo jí to asi půl roku.

Pokud má poradit novým příchozím, řekla by: „*At' se toho nebojí a at' přijdou a zvyknou si, jako jsem si zvykla já.*“

Příloha 3: Případová studie – paní Agáta

Věk:	80 let
Stav:	vdova
Vzdělání:	vysokoškolské
Převážné zaměstnání:	v oddělení pro vzdělávání dospělých
Nástup do centra seniorů:	2012
Datum rozhovoru:	17. 7. 2014, 18. 7. 2014
Délka rozhovoru:	celkem 2 hodiny 24 minut

Paní Agáta (veškerá použitá jména neodpovídají skutečným) umírání a smrt svého druhého manžela nesla velice těžce. Toto těžké období zvládla jen za pomoci hospitalizace na psychiatrickém oddělení. V té době bydleli na chalupě, jež se nacházela na polosamotě v malé vesnici. Po manželově smrti věděla, že tam sama zůstat nechce, a proto se začala v přilehlém městě zajímat o možnosti pobytových zařízení sociálních služeb. Informace, již dostala, ji poněkud zaskočila, neboť čekací lhůta se blížila k osmi až deseti letům. Syn s manželkou tedy zprostředkovali výměnu domku za byt v malém městě. Do velkoměsta, kde paní Agáta strávila velkou část svého života, se vrátit nechtěla. Po letech strávených na vesnici již odvykla městskému ruchu a připadala si vykořeněná. Přestěhování se zdálo zprvu jako dobré řešení nastalé situace. Bohužel ne na dlouho. Cítila se zde osamocená a během tří let se u ní dostavily silné deprese, tentokrát již spojené se suicidálními představami. V zoufalé životní situaci, se kterou si sama nedokázala racionálně poradit, se obrátila o pomoc na starostu obecního úřadu. Ten měl svou maminku umístěnou v nedalekém centru seniorů, proto neváhal a snažil se zařídit brzké přijetí. Část doby, asi 3 měsíce, než došlo k přestěhování, na radu své přítelkyně Terezy paní Agáta strávila opět v psychiatrické léčebně. Po propuštění se za tři týdny stěhovala do centra seniorů. Zařízení před tím navštívila pouze jednou. Ne za účelem si to tam prohlédnout, bylo jí jedno, kam se stěhuje. Hlavně že bude mezi lidmi, začleněná v určitém denním režimu. To bylo to, co potřebovala, co ji spolu s nastavenou farmakologickou léčbou vzdalovalo od bezvýchodných konců. Sociální pracovnice na ni při jednání působila velice milým a příjemným dojmem, a tak neměla žádné pochybnosti o svém rozhodnutí.

Paní Agáta město Mělník dříve znala jen zběžně. Syn s rodinou žije v nedalekém velkoměstě a přítelkyně Tereza, která za ní přijíždí na časté návštěvy, bydlí jen v několika kilometrech vzdáleném městečku.

Celý svůj předchozí život paní Agáta žila střídavě jak v domě se zahradou, tak v panelovém bytě. Výtah do třetího patra pro ni nepředstavoval žádnou překážku. Na vesnici chovali psa vlčáka a několik koček. Zvířata má velice ráda a pes jí zde citelně chybí.

Při nástupu do zařízení jí vyhovovalo snad úplně všechno. Bydlí v bytové jednotce sestávající ze dvou samostatných pokojů, společné chodbičky a sociálního zařízení. K jejímu pokoji patří i balkon s výhledem na protější budovu domova. Nábytek pokoje doplnila malou stoličkou, na které dnes stojí květina, taburetem, menší knihovnou a koberečkem. Stěny zútulnila mnohými obrazy a hodinami. Některé z obrazů jsou dědictvím a připomínkou rodičů, malba Andělíčka pochází z období, kdy šťastně žili s manželem na chalupě, kopie čtyř Rembrandtových děl se váže k návštěvě Mariánských Lázní. Všechny obrazy mají svůj příběh, jenž je součástí minulosti, a paní Agáta je ochotně a ráda vypráví.

Vztah s druhou spolubydlící je založen na toleranci a slušném jednání. Obě ženy uznávají jiné životní hodnoty, v názorech se liší, a proto si v určitých bodech společného soužití na počátku musely nastavit pravidla vyhovující oběma stranám. Sama by paní Agáta rozhodně bydlet nechtěla, protože by se jí stýskalo. Už si na sebe navzájem zvykly. Zatím se nemusela a ani sama nechtěla nikam stěhovat. Dveře svého pokoje nezavírá ani nezamyká. Nechává ho zcela přístupný pro každého, kdo by mohl vstoupit. I přesto pociťuje respekt ke svému soukromému prostoru jak od spolubydlící, tak od personálu. Všichni se před svým vstupem zastaví na prahu, zaklepu na otevřené dveře a čekají, zda mohou vstoupit dál.

Paní Agáta má jediného syna a vnuka. Poté, co se syn oženil, rodinné vztahy začaly dostávat vážné trhliny. Někdy spolu nemluvili i několik let. Dokud žil ještě manžel, měla oporu v něm. Nyní přijede syn na návštěvu tak jednou za měsíc či za šest neděl, vnuk asi čtyřikrát do roka. Dříve to bylo stejné. Rodina není zvyklá trávit společně svátky, pořádat oslavy nebo se dělit o radosti či starosti všedních dnů. Neobracela se na ně s žádostmi o pomoc dříve, nedělá to ani dnes. Většinou jí stejně nebylo vyhověno, snad jen ve výjimečných případech.

V době, kdy paní Agáta žila už sama bez manžela, se vařením nezabývala, dostalo se zcela na okraj jejího zájmu. Každodenní strava sestávala „z kafe a cigaret“. Jedla velice málo, spíše chleba nebo těstoviny, ty se daly uvařit rychle. To se také odrazilo v její štíhlé postavě. Nyní se cítí „jak na rekreaci“. Na jídlo chodí s ostatními do jídelny. Společnost

u stolu jí moc nevyhovuje, neboť témata rozhovorů jí připadají povrchní a nezajímavá. O víkendu si snídaneč odnáší velice časně na pokoj, aby nezmeškala rozhlasový pořad, jež je zvyklá poslouchat již léta. Jídlo považuje za velice dobré, porce dostatečné, začala přibírat na váze. Pokud má na něco chuť, je to většinou ovoce, které si pak chodí kupovat do nedalekého supermarketu. Cíleně nikdy nedržela žádnou dietu.

Dříve začínala každý svůj den kávou a cigaretou. Stal se z toho ranní rituál. Při nevlídném počasí dopoledne četla knížky nebo poslouchala Český rozhlas, pokud bylo hezky, chodila ven. Nejraději se procházela kolem řeky, panoval tam klid. Občas se dala do řeči s rybáři, mávala na loď nebo pozorovala labuť a kachny. Domů nespěchala, oběd neřešila, nikdo ji tam nečekal. Odpoledne přišla na návštěvu kamarádka Tereza, povídaly si, nebo se jely podívat do města. Dlouhý čas si mnohdy krátila neustálým vytíráním schodů na chodbě či úklidem. Večer si vzala prášky a v osm hodin už ležela v posteli.

V zařízení se musí podrobit určitému dennímu řádu. Ráno jde na snídani a pak „*mám fojfr*“. Onese si nebo přinese prádlo z prádelny, chodí cvičit, následuje procházka kopcem do města: „*Pokud mám v kapse stovku, tak ji utratím,*“ následuje oběd, odpočinek, opět procházka, kolem 15. hodiny káva s přítelem, kterého zde poznala. Povídají si o historii, která je jeho koníčkem. Denně pere, něco si přešívá. Večer pravidelně již dlouhá léta poslouchá populárně naučné pořady nebo rozhlasové hry. Spát chodí stále velice brzy.

Mezi své nejoblíbenější činnosti řadí četbu a poslouchání rozhlasu. Zabývala se tím dříve a pokračuje v tom beze změn i nyní. Na organizované společenské akce v zařízení nechodí. Volnočasových aktivit se neúčastní, protože je jí nesympatická vedoucí aktivizační pracovnice. Díky tomu, že její přítel stále jezdí autem, pořádají společné výlety. On je na slovo vzatým odborníkem i průvodcem po blízkém okolí. Regionální historie spolu s výstavami se díky němu stala novou oblastí jejího zájmu.

Mezi lidmi se cítí dobře, pokud najdou společnou řeč. V zařízení se neztotožnila svými zájmy s žádnou vytvořenou skupinkou. Nicméně jako jedna z mála měla štěstí a našla zde přítele, s nímž ji spojuje stejný vystudovaný obor a kulturní záliby.

Chování personálu považuje za vstřícné a ochotné. Pokud požádá o radu či pomoc, je jí vyhověno. Za dobu pobytu došlo pouze k jednomu konfliktu s personálem, který byl následně vyřešen k její plné spokojenosti.

Zdravotní problémy se oproti dřívějšímu nijak nezhoršily. Má pocit, že naopak psychicky je na tom lépe. Z kompenzačních pomůcek používá jen brýle, pravidelnou medikaci užívá bez problémů. Na preventivní kontroly nikam nechodí, neboť zastává názor, že povinností lékaře je vždy najít chorobu. Dokud dýchá, tak žije, a až dožije, pak její tělo

poslouží vědeckým účelům, neboť ho věnovala lékařské fakultě. „*Syn mě navštěvuje minimálně za živa, natož aby pečoval o můj hrob.*“

Paní Agáta je plně soběstačná. Na pomoci personálu není nijak závislá. S žádostmi či problémy se obrací vždy cíleně na zástupce jednotlivých profesí. Nikdy nebyla odmítnuta.

Ve svých rozhodnutích se necítí nijak omezena. Jediné, co ji občas svazuje, je časový denní režim zařízení. Chápe jeho nutnost, ale je vděčná za možné výjimky. Její individuální potřeba dřívějších víkendových snídaní (v době snídaně poslouchá oblíbený rozhlasový pořad) se vyřešila tím, že si je bere večer předešlého dne a ráno pak snídá sama na pokoji.

Své rozhodnutí považuje „*absolutně*“ za správné. Nikdy toho nelitovala. Před nástupem měla jedno jediné očekávání – být mezi lidmi, potkávat je na chodbách, ve výtahu, venku na lavičce. To se jí splnilo. Před nástupem neměla žádné představy, nic neočekávala, proto necítí žádná zklamání. Není nic podstatného, na co by si nemohla zvyknout. Problémy s časovým řádem se vyřešily. Našla zde přítele, kterého v současnosti považuje za svou největší životní oporu. Hned od začátku se tu cítí jako doma.

Nově příchozím by vzkázala: „*Aby nezůstávali jen u podávání žádostí, ale aby se odhodlali nastoupit.*“

Příloha 4: Případová studie – pan Alois

Věk:	88 let
Stav:	vdovec
Vzdělání:	vyučen
Převážné zaměstnání:	ve skladu
Nástup do centra seniorů:	2012
Datum rozhovoru:	20. 8. 2014
Délka rozhovoru:	1 hodina 50 minut

Pan Alois (veškerá použitá jména neodpovídají skutečným) po smrti své družky spoluobýval domek s rodinou jejího syna. Vzájemné soužití po krátkém čase dostávalo trhliny. Mladá rodina mu vypínala přívod elektrického proudu, zavírala topení a dalšími naschvály znepríjemňovala život. Vzhledem k tomu, že dům mu již nepatřil (daroval ho své přítelkyni ještě v době, kdy žila), viděl jediné východisko z nepříjemné stresující situace v podání žádosti do pobytového zařízení pro seniory. Rozhodl se velice rychle, během několika týdnů požádal sociální pracovníci na městském úřadě, aby mu pomohla s podáním žádosti a výběrem zařízení. Hledal domov pro seniory, o jiné sociální službě neuvažoval. Jeho soběstačnost nebyla nijak vážně narušena, potřeboval pouze řešit neutěšenou bytovou situaci. Po zvážení cen a nabídek služeb zvolil zařízení nacházející se v blízkosti obce, kde v mládí vyrůstal. Jiná zařízení předem nenavštívil, řídil se pouze radou a úsudkem sociální pracovníce městského úřadu. Žádost byla kladně vyřízena do jednoho roku.

Stěhoval se asi 70 km od svého původního bydliště. Vrátil se do kraje svého mládí, kde doposud žijí jeho neteře a synovci. Dříve je zde několikrát navštívil. Opustil dům se zahradou, polem a malým hospodářstvím. V minulosti též choval poníky pro potěšení svých vnuček, vypomáhal sousedům s chovem hospodářských zvířat. Občas si vzpomene, měl zvířata rád, někdy mu tu chybí.

Při nástupu mu byl přidělen dvoulůžkový pokoj v budově Domova Ludmila. Velmi se mu tam líbilo. Po několika měsících ho sociální pracovníce požádala, zda by souhlasil s přestěhováním. Vzhledem k jeho soběstačnosti a dobrému zdravotnímu stavu nevyžadující trvalou ošetrovatelskou péči bude jeho přestěhování do protější budovy Domova Penzion vhodnější. Nyní pan Alois obývá v 5. patře spolu se spolubydlícím bytovou jednotku,

v níž má každý z nich samostatný pokoj; sociální zařízení je společné. Jízda výtahem mu nečinila žádné problémy. Velikost pokoje je vyhovující, vestavěná kuchyňská linka s digestoří však přináší spíše problémy než užitek. Nevaří, neboť má zajištěnou celodenní stravu, odvětráváním mu však do pokoje proniká pach připravovaných jídel z bytu pod ním a to mu velice vadí. Zařízení pokoje ponechal nezměněné, z dřívějšího domova si nepřivezl žádný kus nábytku. Zdi jsou holé, bez obrazů či jiných dekorací. Žádné drobnosti nepřipomínají minulost. Vzpomínky má uchované pouze v albech s fotografiemi, ke kterým se uchyluje, pokud si chce zavzpomínat.

Vztahy se spolubydlícím jsou od počátku napjaté. Soused kouří, sice pouze ve svém pokoji nebo na balkoně, ale pan Alois to vnímá velmi negativně. Často se kvůli tomu dohadují, aniž by dosáhli nějakého řešení, které by oběma vyhovovalo. Během dne se vyhýbají jeden druhému, nenavštěvují se, nemluví spolu. Ve společné koupelně má každý z nich jinou představu o čistotě. Za dobu společného bydlení došlo i k jednomu incidentu, kdy ho soused udeřil holí, neboť mu o ni nechtěně zakopl. I přes takto vyhrocené vzájemné vztahy by se pan Alois opět stěhovat nechtěl. Už si zvykl. Soukromí svého pokoje vnímá jako nikým nerušené, ani ze strany souseda či personálu. Se spolubydlícím se nenavštěvují a personál před vstupem vždy zaklepe. Naopak si posteskl, že pokud by nechodil do společné jídelny, za celý den za ním nikdo nepříjde. Pokud ještě bydlel v protější budově, každé ráno a večer přišla pečovatelka s otázkou, zda něco nepotřebuje. Tady si ho nikdo nevšímá, vnímá to velice negativně. Naproti „*to bylo o mnoho lepší*“.

Pan Alois má jednoho syna. Navštěvují se jen velice zřídka. Nestýkají se ani o Vánocích, neslaví spolu narozeniny, svátky. Pokud dříve bydlel v domku, jezdíval k němu syn častěji. Prý to má teď daleko. Pravidelně ho navštěvují jen neteře. Má dvě a jezdí minimálně jednou za týden. Vždy přivezou něco dobrého k jídlu nebo pití. S domácností nebo hospodářstvím mu předtím nikdo nepomáhal, nebylo s čím, vše zvládal sám. V předešlém bydlišti měl kamaráda lesníka, s kterým si velice rozuměl. Chodili spolu do lesa, oba měli zálibu v myslivosti, řezali dřevo a vzájemně si pomáhali s hlídáním hospodářství, když potřebovali s rodinou na několik dní odjet. Po manželčině smrti to byl právě jeho kamarád s rodinou, kdo jako první přišel s nabídkou pomoci. Zvali ho na obědy, na návštěvu, kdyby se cítil osamělý. Po přestěhování do pobytového zařízení se vztah z osobní roviny přesunul k občasnému telefonování, posílání přání k Vánocům či svátku. Doposud ho nikdy nenavštívili. Vysvětluje si to tím, že jsou velmi zaměstnaní a nemají čas. Mrzí ho to.

Pokud žil v domku, vařil si sám. Posléze si zařídil dovoz obědů od terénní pečovatelské služby. Porce dostával veliké, a tak mu zbývalo i na večeři. Jídlo bylo chutné.

Nyní má zajištěnou celodenní stravu. Chodí společně s ostatními obyvateli do jídelny. Se stravou byl ze začátku spokojen, nyní má pocit, že se zhoršili. Připadá si jako tlumočnick ostatních obyvatel, neboť chodí sdělovat vedoucí stravovacího úseku, které z jídel nebylo dobré a co by neměli příště zařazovat do jídelníčku. Občas si stěžuje, že jako diabetik dostává sladká jídla. Polévky má rád, ty mu chutnají. Porce vnímá jako dostatečné. Pokud má na něco chuť, zajde si do kavárny „na kávu a věneček“. *„Když se večere nedá jíst, koupím si tam pečivo a kus salámu.“*

Běžný den dříve a nyní se nedá srovnat. Doma měl malé hospodářství, slepice, králíky, poníky. Ráno vstal brzy, najedl se a celý den se věnoval zvířatům či pracoval na zahradě. S přicházejícími roky hospodářství hodně omezil, síly ubývaly. Nyní vstává okolo páté hodiny, poslouchá ranní zprávy. Pak se vysprchuje, oblékne, a než jde na snídani, chvíli si ještě poleží. Dopoledne poklidí trochu pokoj a posléze se rád věnuje psaní na stroji. Píše dopisy, nebo si zaznamenává, co zažil během dne. Každodenním rituálem se stala návštěva kavárny a rozhovor s „paní kavárenskou“. Po obědě si na chvíli zdřímne, luští křížovky, jde na procházku kolem budovy. Občas si popovídá s někým na lavičce. Doma se probírá věcmi z minulosti.

Záliby, které měl kdysi, se týkaly hlavně zvířat a hospodářství. Těm se zde věnovat nemůže. Zpočátku chodil zpívat do místního sboru Cesmína, ale pak přestal. Nevyhovovalo mu to. Texty k písničkám má doma ale schované, zajde si je občas poslechnout. Rád se účastní kulturních akcí pořádaných domovem, jako jsou plesy, jarní slavnosti, mikulášské zábavy. Na výlety nejezdí, netroufá si pro zhoršenou chuť.

Nové kamarády tu nenašel. Pokud někoho potká venku, zastaví se s ním na kus řeči, probere, co je nového, zavzpomínají, jaké to bylo dřív, ale bližší vztah s nikým nenavázal. S personálem problém nemá, pokud potřebuje pomoc, vždy se mu jí dostane jak od pečovatelek, tak od zdravotních sester.

Zdravotní stav se mu během pobytu v zařízení nijak nezměnil. Chodí s jednou hůlkou, protože ho trápí diabetická neuropatie. Doma bez problémů zvládal užívat pravidelnou medikaci, hlídal si kontroly u specialistů a k lékaři jezdil sám autem. Nyní už tyto starosti přenechal na personálu. U sebe má pouze léky na bolesti.

Ve svém rozhodování se necítí nikým omezován. Pokud o něco žádá, vždy je vyslyšen.

Své rozhodnutí ve zpětném pohledu považuje za správné. *„Tam už se to nedalo vydržet.“* Od pobytu v zařízení nic moc neočekával, jen slušné zacházení a toho se mu dostává. Neměl představu, jak to tu bude vypadat, jaký denní režim je nastaven. Chtěl

jen pryč z domu. Nedokáže říci, na co si špatně zvykal. Jediné, co mu vadí, je, že lékař je přítomen pouze jednou týdně, uvítal by častější ordinační hodiny.

Zpátky se vrátit nechce. Tady se cítí celkem spokojeně, snad už může říci, že je tu doma.

Neví, co by vzkázal ostatním lidem: „*Asi aby se toho nebáli.*“

Příloha 5: Případová studie – paní Alena

Věk:	72 let
Stav:	vdova
Vzdělání:	vyučena
Převážné zaměstnání:	prodavačka
Nástup do centra seniorů:	2010
Datum rozhovoru:	9. 3. 2015
Délka rozhovoru:	1 hodina 53 minut

Paní Alena (veškerá použitá jména neodpovídají skutečným) žila ve velkém domě se zahradou, kde se starala o manžela trpícího Alzheimerovou demencí. Každodenní péče o něj byla velmi vyčerpávající, proto jí sousedka, pracující v sociálních službách, nabídla pomoc. Zprostředkovala podání žádosti do pobytového zařízení sociální péče. To se nacházelo přímo ve městě a žít by tam mohli oba dva, protože část zařízení poskytovala služby obyvatelům trpícím různou formou demence. O manžela by zde bylo postaráno a přitom by si zůstali nadále na blízku. V té době po zkušenosti s celodenním pečováním neváhala ani chvíli, byla vděčná za nabídnutou pomocnou ruku. Návštěva pracovníků sociálního úřadu, sepsání a podání žádostí ji ujistilo v přesvědčení, že se vše obrátí k lepšímu. Manžel se přestěhování už bohužel nedožil. Po jeho a následně i synově tragické smrti se cítila sama opuštěná ve velkém domě. Druhý syn s rodinou chodil na návštěvy jen občas, její zdravotní problémy se začínaly postupně zhoršovat. Nedokázala si představit, jak se postará o velký dům se zahradou a pravidelná péče o domácnost ji už unavovala.

Připravený malý byt ve středu města, který si již před lety nechala upravit jako útočiště na stáří, nechala v minulosti přepsat na staršího syna. Posléze, po vzájemné slovní roztržce, kdy se syn urazil a ze dne na den s ní přerušil veškeré styky, nechal v bytě vyměnit zámky a poskytl ho k obývání svému švagrovi. Tím se situace vyhrotila natolik, že paní Alena dále nenacházela sílu řešit problémy všedních dnů, cítila se nesamostatná, všechny činnosti jí připadaly namáhavé a složité. Pomalu ztrácela chuť se čímkoli zabývat. Zhruba po roce se dostala její žádost v pobytovém zařízení na řadu, následně přišlo vyzvání k nástupu. Vzhledem k tomu, že se jednalo o zařízení přímo ve městě, kde doposud dlouhá léta žila, nikdy neuvažovala o jiném. Nechtěla opouštět známá místa, rodinu ani kamarádky. O jiné

službě sociální péče též neuvažovala, neřešil by se tím problém péče o dům se zahradou. Zařízení, kam se hodlala stěhovat, znala již z dřívějšíka, neboť v něm měla před časem ubytovanou svou maminku. Po finanční stránce byla dobře zajištěná, cena nabízeného pobytu proto nehrála zásadní roli.

Paní Alena se nastěhovala do bytové jednotky o dvou samostatných pokojích a společném sociálním zařízení. Jízda výtahem do čtvrtého patra pro ni neznamenal žádnou potíže. Pokoj s balkonem měl menší rozměry. Paní Aleně to sice vyhovovalo, ale problémy nastávaly v případech, kdy byl nutný převoz do nemocnice a ona sama neměla sílu dojít na chodbu k nosítkům. V úzkém prostoru docházelo ke komplikovaným situacím ztěžujícím urgentní zásah. Sociální pracovnice proto po čase domluvila přestěhování do většího pokoje s lepším přístupem. Standardní vybavení nábytkem jí vyhovovalo. Nechala si přidělat ještě jednu šatní skříň spolu s prádelníkem, z domova si přivezla oblíbené křeslo i lampu. Stěny zútulnila obrazy a fotografiemi. Reprodukce staré Prahy vyvolává vzpomínky na manžela a každoroční společný výlet v den výročí jejich sňatku. Na jedné z fotografií je starší syn, když mu byl necelý rok, druhý snímek zobrazuje mladšího syna v sedmé třídě. Dále zde má podobenku maminky a vnučky. Další stěnu zdobí polička s oblíbeným broušeným sklem. Sbírala ho celý život. Na opěradle křesla si hoví plyšový pejsek od vnučky, má jí dělat společnost, aby se jí zde nestýskalo.

V době, kdy se paní Alena nastěhovala do prvního, menšího pokoje, měla za spolubydlící paní o mnoho let starší – „*mohla být skoro mojí maminkou.*“ Našly v sobě spřízněné duše. Každá z nich měla dvě děti, z nichž jedno již zemřelo, a obě s nimi zažívaly velice komplikované vztahy. Obdobné těžkosti jim dodávaly náměty k hovorům někdy se táhnoucím i přes půlnoc. Stěhování tento vztah ukončilo, neboť ani jedna z nich kvůli zdravotnímu stavu neopouští svůj pokoj.

S novou spolubydlící už takové souznění nenastalo. „*Na začátku mně vadilo, že ta paní na mě pořád něco měla.*“ Paní Alena musela čelit drobným schválnostem, než se po čase začaly navzájem trochu tolerovat. Nyní jde pouze o formální vztah. Jedna druhou pozdraví, ale jinak si sebe nevšímají. Občas se ve svém pokoji zamyká, aby snad předešla nepříjemnému vyrušení za stran spolubydlící. I přes tyto problémy by se již stěhovat nechtěla a netouží ani po úplně samostatném bydlení. Komentovala to slovy: „*Ale ne, já už jsem si tady zvykla.*“ Veškerý personál její soukromý prostor respektuje, před vstupem zaklepá a čeká na vyzvání.

V rodině jsou vztahy komplikované. Paní Alenu navštěvují pouze vnoučata, a to celkem pravidelně jednou týdně. Občas snachy, zhruba třikrát do roka přijede rodina

manželova bratrance. Společně rodinná výročí neslaví, nikdo ji nezve domů ani na svátky. Stejně tomu bylo zhruba i poslední rok před nástupem do pobytového zařízení. S domácností jí kromě sousedky nikdo jiný nepomáhal. Pokud potřebuje pomoc či radu, obrátí se na personál nebo na vnoučata, většinou je jí vyhověno.

V posledku si doma sama připravovala jen snídaně spolu s večeřemi. Obědy vozila sousedka zaměstnaná u terénní pečovatelské služby. Nyní má zajištěnou celodenní stravu servírovanou přímo na pokoji. Vzhledem ke zhoršenému dýchání nenavštěvuje společnou jídelnu. Strava jí někdy chutná, někdy ne. Má ráda těstoviny, ovšem „*vodové omáčky a polévky ne,*“ to si raději nechá koupit brambory, uvaří je, posolí a pak si na nich pochutná. Při pobytu v nemocnici prý vařili lépe než zde. Porce jí připadají dostatečné, spíše je jídla nadbytek, pokud může říci sama za sebe. V případě, kdy má opravdu na něco chuť, poprosí jednu ochotnou obyvatelku, zda by jí nedošla do nedalekého supermarketu nakoupit. Na pokoji má ledničku, tudíž nehrozí, že by se jí potraviny nějak zkazily. Trpí sice nadváhou, ale žádnou dietu nedrží, „*vždyť jím velice málo.*“

Doma vstávala ráno kolem osmé hodiny. Udělala si snídani a šla pracovat na zahrádku. Okopávala, plela, zalávala, poté si odpočinula v zahradní houpačce. Po obědě si na chvíli zdřímla, pohrála se psem, který byl velmi aktivní a nenechal ji chvíli na pokoji. Při špatném počasí se ráda věnovala ručním pracím, hlavně šití.

Nyní vstává stále kolem osmé hodiny, nasnídá se, poklidí pokoj, něco si přešije nebo opraví a cítí se tak unavená, že si jde opět lehnout. Kolem poledne jí donesou pečovatelky oběd, sní ho, přečte noviny a opět jde spát. Večer se navečeří, zhlédne oblíbené pořady v televizi, u kterých se jí většinou začnou „*klížit oči, tak se tady jenom tak natáhnou,*“ probudí se zhruba v deset hodin v noci, umyje se a jde opět spát. To je náplň celého dne. Netrpí pocitem nudy, jen se cítí stále nesmírně unavená, což připisuje svému zdravotnímu i psychickému stavu. Volnočasových aktivit nebo společenských akcí pořádaných v zařízení se neúčastní, nebaví ji a nezajímají. Tráví celé dny sama na pokoji, občas si s ní přijde některá z obyvatelk popovídat. Pokud se však jejich rozhovor začne točit jen kolem nemoci, uvítá, když záhy odejdou. „*Kdyby mi snad vyprávěly vtipy, udělaly by líp.*“ Trvalejší a důvěrnější přátelský vztah zde nenavázala s nikým. Má pocit, že o to už v tomto věku nikdo nestojí: „*Ta doba na přátelství už minula.*“ Ve dnech, kdy se cítí dobře, pozve na návštěvu dlouholeté přítelkyně. Dozví se, co se u nich děje nového, kdo ji pozdravuje, co se událo ve městě. Vždy s sebou přinesou i něco dobrého k zakousnutí.

Za celou dobu pobytu řešila pouze jeden konflikt se zaměstnancem údržby. Nešlo o nic zásadního, trochu ostřeji si vyměnili názor ohledně odpadů v koupelně, tím celá věc

skončila a nikdy později se k tomu nevracela. Pokud potřebuje s něčím pomoci, požádá personál. Zatím se nesetkala s odmítnutím nebo negativní reakcí.

Co se týče zdravotního stavu, tak pokud ještě žila doma, neměla s přípravou i užitím léků žádné problémy. Zvládla si ohlídat jak pravidelné kontroly u specialistů, tak se dohodnout se sousedy, zda by ji k lékaři odvezli. Nyní v pobytovém zařízení se paní Aleně postupně začal zdravotní stav zhoršovat. Cítí se unavená, hůře se jí dýchá, špatně chodí. Dříve zastala spoustu práce, byla aktivní, činorodá. Nemůže přivyknout současné situaci, připadá si „*nanicovatá a k ničemu*“. Ještě chvíli po nástupu si chystala pravidelnou denní medikaci sama. Posléze zapomínala často léky užít, nebo si je ani nepřipravila. Připadalo jí to zcela zbytečné. Nemá na tomto světě nic, pro co by stálo za to žít. Pokud by záleželo pouze na ní, nechala by nemocem volný průběh. Přestala by chodit k lékaři, neužívala by léky, nejezdila by na žádná vyšetření ani hospitalizace. Má pocit marného snažení i zbytečného utrácení peněz za své zdraví, nestojí o to, už jí na tom nezáleží. „*Jsou na světě lidé, kteří to potřebují víc než já, jenomže mě nikdo nechce chápat!*“ Cítí se neustále přemlouvána lékaři i zdravotním personálem k dalším léčebným opatřením a trpí pocitem, že na její vůli není brán žádný ohled.

V otázce soběstačnosti je paní Alena lehce závislá na ošetřovatelském personálu. Sama se pohybuje pouze po pokoji s přilehlým sociálním zařízením. Zvládne se bez pomoci obléknout i osprchovat. Strava je jí servírována na pokoji, vzhledem ke své dušnosti by do jídelny nedošla a dát se tam vozit odmítá. Trápí ji silná močová inkontinence. Považuje ji za nepříjemný hendikep, se kterým se špatně žije. Pomoc personálu s činnostmi, na něž nestačí, by označila za dostačenou. Dříve, když ještě bydlela doma, jí asi nejvíce pomáhala sousedka.

V otázce autonomie má zcela jasno: „*Omezujete mě vy, protože mě nechcete poslechnout s těma lékama, furt mě posíláte někam do nemocnice. Nežlobte se na mě, ale kdybych byla doma, tak je to úplně jinak! Chci rozhodovat jen za sebe. Místo zde zabírám, léky stojí spoustu peněz. Víte zkrátka, jak to myslím.*“

Své rozhodnutí by však neměnila. I ve zpětném pohledu ho považuje za správné. Neměla žádná očekávání. Uvědomuje si, že s domem by jí nikdo nepomohl. „*Tu mužskou práci by nikdo neudělal.*“ Zvykla si asi tak po roce. „*Nejsem náročná, všichni se ke mně chovají slušně.*“ Za svou největší současnou životní oporu považuje vnučku. Přijde, povypráví, přivede ji na jiné myšlenky.

Nově nastupujícímu člověku by vzkázala: „Zkrátka aby si uvědomili, že když oni budou rozumní, že už jim není dvacet, že tady je o ně postaráno. Jenom tohle si přeju, ať zbytečně nedělají komplikace, ať jsou za to vděčný.“

Příloha 6: Případová studie – pan Antonín

Věk:	83 let
Stav:	vdovec
Vzdělání:	vysokoškolské
Převážné zaměstnání:	pedagog
Nástup do centra seniorů:	2012
Datum rozhovoru:	1. 7. 2014, 3. 7. 2014
Délka rozhovoru:	1 hodina 50 minut

V době, kdy se pan Antonín (veškerá použitá jména neodpovídají skutečným) začal zabývat myšlenkou o přestěhování do centra pro seniory, měl za sebou dvě důležité životní zkušenosti. Krátce poté, co odpromoval na vysoké škole, jeho otec onemocněl rakovinou plic. Viděl bolest, strach a bezmoc těch nejbližších. Tato vzpomínka se mu hluboce vryla do paměti. Jeho manželka po odchodu do důchodu začala jevit příznaky Alzheimerovy choroby. Odmítl ji umístit do zařízení s profesionální péčí, jak mu radila ošetřující lékařka. Strávil s ní řadu krásných let a cítil, že má ještě dostatek sil, aby o ni doma pečoval sám. Převzal na sebe odpovědnost za domácnost, chodil s ní na procházky. Posléze, to když přestala mluvit a začala ztrácet kontakt s vnějším světem, ji krmil, oblékal, umýval. V noci každé dvě hodiny přetáčel, aby se neproležela. Stala se na něm zcela závislá. Jediné viditelné reakce směřovaly k jeho osobě. Tyto dvě životní zkušenosti přetavil pan Antonín v rozhodnutí: „*Já tu rodinu musím zbavit starostí, co se mnou budou dělat, až budu starej a bezmocnej.*“ Dodnes neví, jestli ho hnalo sobectví, když se rozhodl sejmout starost z nejbližších, které miluje, a naložit ji na bedra profesionálů. Tížil ho také pocit osamění. Po smrti manželky se začal stýkat s paní Bedříškou ze sousedství. I tak zůstával v rozlehlém domě přes den sám. Dospělá dcera s mužem odešli ráno do práce, vnoučata do školy. Těšil se na ně celý den, má je rád a oni jeho. Jenže jejich potřeby se najednou začaly rozcházet. Pan Antonín je člověk družný, hovorný, odpoledne by si s nimi rád povídal. Chtěl se dozvědět, co se jim za ten den přihodilo, co zažili nového. Rodina ovšem prahla po klidu. Celý den něco řešila, zařizovala a nyní chtěla odpočívat.

Rozhodnutí postupně dozrávalo. Prvních pět let si pan Antonín s myšlenkou přestěhovat se jen pohrával. Mnoho přemýšlel a převážně o tom jen mluvil. Posléze začal

pomalu ztrácet hybnost, a tak se dostavila touha jezdit a vidět, jak to v zařízeních vypadá. Spolu s přítelkyní Bedřiškou začali shánět informace o pobytových zařízeních pro seniory. O jiné službě sociální péče neuvažovali, neboť pouze tato zcela naplňovala jejich základní požadavky: žít mezi svými vrstevníky a mít zajištěnou péči v době, kdy nebudou mít sílu starat se o sebe sami. Oba měli v úmyslu opustit současné domovy a přestěhovat se. Poptávali se známých, kamarádů, pročetli denní tisk, hledali na internetu. Pokud je některé zařízení zaujalo, udělali si výlet a prohlédli si ho. Navštívili Sedlčany, Mšeno, Krabčice, Heřmanův Městec a jako poslední v řadě Mělník. Tam se jim líbilo ze všeho nejvíce. Porovnávali prostředí, kvalitu ubytování, stravování, nabídku volnočasových aktivit, cenu. Ta ovšem v celkovém dojmu hrála pouze minimální roli. Uběhlo téměř 10 let od doby, kdy se myšlenka zrodila, než přišlo pozvání k nástupu a přestěhování. Přítelkyně Bedřiška si celou věc na poslední chvíli rozmyslela. Nedokázala opustit dům, kde se narodila, vychovala tři syny a prožila 80 let svého života. Stejně tak rodina pana Antonína velice těžce nesla a doposud se zcela nesmířila s tím, že odchází žít jinam.

Pan Antonín se přistěhoval z velkého města. Postavil si rodinný dům s třemi byty, kde doposud žil s dcerou a její rodinou. Okolí domu zpříjemňovala rozlehlá zahrada. Mělnicko zatím neznal. Jezdívá do nedalekého městečka a jeho okolí, kde navštěvoval bývalého zetě s jeho rodiči. Dcera se sice rozvedla, leč přátelské vztahy mu zůstaly zachovány.

Nyní žije v bytové jednotce spolu s dalším uživatelem. Každý má svůj samostatný pokoj, sociální zařízení a chodbičku užívají společně. Velikost a vybavení pokoje mu od začátku plně vyhovovalo. Doplnil ho z předešlého domova pouze knihovničkou, rotopedem, ledničkou, mikrovlnnou troubou a několika obrazy. Dva z nich zobrazují krajinu, kde s manželkou trávili čas na chalupě. Evokují příjemné vzpomínky na šťastná léta s ní. Ten další představuje barevné dětské ručičky otisknuté na bílém podkladě. Patří jednomu z milovaných pravníků. Ve vedlejším pokoji se již vystřídali tři spolubydlíci. Soužití probíhala vždy přátelsky a bezproblémově. Nikdy nepřemýšlel o možnosti přestěhování kvůli neshodám. Cítí dostatek soukromí, jež jeho soused i personál plně respektují. Před příchodem zazvoní či zaťukají na dveře a čekají na vyzvání, zda mohou vstoupit.

Nejbližší rodina pana Antonína je velmi členitá. Čítá dceru, vnučku, dva vnuky, několik pravnoučat i bývalého zetě s manželkou a dětmi. Řadí mezi ně i přítelkyni Bedřišku, se kterou zůstal v denním telefonickém kontaktu. On sám za nimi jezdí pravidelně jedenkrát do měsíce. Oni se střídavě zastavují, když mají cestu kolem. S dcerou si telefonuje obden. Sdělují si, co se událo nového, s čím si kdo z nich neví rady, povídají, jak jde život tam i tady.

Všichni dohromady se setkávají u příležitosti svátků, rodinných oslav či jen tak pro radost. Rodina je stmelena vřelými vzájemnými vztahy. Pan Antonín je velmi společenský člověk, přesto někdy rád zatouží po samotě svého pokoje. Jeho maminka mu často opakovala: „*Samota je krásná věc, když si na ni zvykneš.*“

Dříve byl pan Antonín samostatný. Zvládal svou malou domácnost, se kterou v případě potřeby pomohla dcera nebo vnuci. Pro obědy si jezdil na motorizované tříkolce do jídelny, jež vařila pro tamní důchodce. Cestou nakoupil, co bylo potřeba. Někdy se zastavil za bývalými kolegy na kávě zjistit, co je nového. Dnes mu starost o domácnost odpadla. Tuto službu má spolu s úklidem a praním v ceně.

Centrum zajišťuje hromadné stravování. Společné stolování v jídelně využívá i pan Antonín. Neměl problém s přivykáním novým chutím. Celý život obědval po menzách a závodních kuchyních. Tu nyní radí k těm nejlepším. Porce jsou dostatečné, polévky chutné, přílohy kolik si kdo řekne. Sice o poznání méně solí, ale to mu na dobrém dojmu neubralo. Cukrovku nemá, a tak se nemusí zaobírat dietou. Pokud přece jen dostane na něco chuť, pak navštíví v protější budově kavárnu nebo nedaleké nákupní středisko. Naloží hermelín do pikantního nálevu a nechá pěkně uležet. Jí rád, ale odmítá být otrokem vlastních chutí.

Jestliže má pan Antonín popsat svůj dřívější běžný den, říká: „*To bylo na draka!*“ Ráno vstal, nasnídal se, přečetl noviny. Dcera před odchodem do práce přišla s otázkou, zda něco nepotřebuje. Dokud mu zdraví sloužilo, pracoval na údržbě domu nebo se věnoval zahradě. Posléze, když už vzhledem k nemocnému srdci nestačil s dechem, obvolával známé. Dojel pro oběd a zase četl, tentokrát knihy. Díval se na televizi, povyprávěl se sousedem. Odpoledne se zastavili vnuci. Následovala večeře a ve 20.00 hodin už spal.

Nyní je to jiné. Ráno společná snídaně v jídelně. Pak čte zprávy na teletextu nebo regionální tisk, aby se dozvěděl něco o Mělníku. Rozhýbe tělo na dopoledním cvičení. Posedí na lavičce, popovídá si se známými. Nebo jen tiše pozoruje denní provoz. V poledne sní společný oběd a následuje chvilka odpočinku. Od 14.00 hodin se „*tady prakticky pořád něco děje.*“ Zkouška pěveckého sboru, trénování paměti, výlety nebo kulturní akce. V podvečer jde večeřet a poté je čas na čtení. Běžně má na nočním stolku dvě či tři rozečtené knihy, po některé sáhne vždy podle nálady. Podívá se v televizi na sport a ulehne okolo 21. hodiny.

Mezi koníčky pana Antonína dříve patřila filatelie. Doma měl řadu sbírek, katalogy, knihy věnující se dané problematice. Posléze ho to pomalu přestávalo bavit. Proto ani známky s sebou nestěhoval. Našel tu novou zábavu. Začal chodit zpívat do souboru Cesmína, který

je složen převážně z uživatelů centra seniorů. Pořádají představení pro ostatní, jezdí vystupovat do spřátelených domovů či zpívají jen pro potěšení. K hudbě měl vždycky blízko. Ještě dnes ho pravidelně navštěvují přátelé amatérští muzikanti z řad učitelského sboru. Nástroje nikdy nezapomenou doma.

V době, kdy se pan Antonín přestěhoval, zde nikoho neznal. Díky své společenské a přátelské povaze brzy našel mezi uživateli kamarády i jednoho přítele. Bohužel někteří z nich již zemřeli. „*V určitým momentu někdy člověk zatouží po bližší duši, nežli jsou ostatní.*“ K chování personálu nemá jediné kritické slovo. Pokud něco potřebuje, ochotně mu všichni vyjdou vstříc. Rozdíly v jednání jednotlivých zaměstnanců považuje za minimální až zanedbatelné. „*Vy kdybyste věděli, jak se na vás ty lidi dívají pozitivně, tak byste z toho byli až pyšní.*“

Za své dva největší zdravotní problémy považuje kyčelní endoprotézu a potíže s dechem. Chůze s umělým kloubem už není to, co bývalo. Dříve používal jednu francouzskou berli. Při své výšce se hrbil a chodil nakřivo. Proto ho začala ještě bolet záda. Po nástupu do zařízení ho ostatní uživatelé velice rychle upozornili na to, že berle jsou dvě od toho, aby člověk chodil rovně. Poslechl je a tím se některé bolesti zmírnily. Začalo se mu i lépe dýchat, ujde delší vzdálenosti bez odpočinku nežli předtím. To si ovšem nedokáže nijak vysvětlit. Léky si vždy chystá sám. Má přehled i o termínech kontrol u odborných lékařů. Pokud to zvládne, dopraví se sám autem.

Přestože je panu Antonínovi již 83 let, je plně soběstačný. O svých věcech si rozhoduje sám a cítí, že jeho názor je respektován. Pokud si přeje ze zařízení odjet na návštěvu k příbuzným, oznámí to předem. To aby ho personál nehledal s obavami, co se mu kde přihodilo. S pozdním návratem nikdy nejsou problémy. Vždy je přítomna služba, která budovu po zazvonění odemkne.

Svého rozhodnutí nikdy ani na okamžik nelitoval. Považuje ho i při zpětném pohledu za správné. Má pocit, že se tu cítil doma snad hned od prvního okamžiku. Svůj dům daroval dceři a začal se cítit „*jako křesťan v prvopočátku, nemám nic, jsem zcela osvobozen.*“ Nově příchozímu člověku by vzkázal: „*Hele, až tam přijdeš, když budeš čekat, že okolo tebe bude poskakovat dvacet lidí a že tě budou bavit a konejšit, tak všechno to se ti v určité míře dostane. A jestli budeš cejtit, že máš život naplněnej, nebo že je tam nuda, tak za to si budeš moct sám! Musíš sám hledat ten kontakt s ostatními lidmi, někoho, s kým si rád popovídáš. Největší štěstí je, když svoje myšlenky může člověk někomu vykládat. Počítej s tím, že nejses pupek světa, a nefňukej, že jsi starej a že musíš umřít. Život není to, co bude za pět let, život je teď každý den, ten se musí prožívat.*“

Příloha 7: Informovaný souhlas pro dotazované respondenty

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Kamila Klinerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Ráda bych Vás požádala o rozhovor týkající se nástupu a následného přivykání si na život v pobytovém zařízení. Rozhovor budu zaznamenávat na diktafon a posléze jej zpracuji do případové studie. Všechny Vámi uvedené informace zůstanou anonymní a budou využity výhradně jako studijní materiál pro zpracování mé závěrečné bakalářské práce, jež ponese název: „Adaptace seniora na život v pobytovém zařízení sociální péče“.

Věřím, že výsledky tohoto šetření v budoucnu pomohou lépe porozumět nově nastupujícím seniorům do pobytových zařízení a tím jim umožnit snadnější přizpůsobení v novém prostředí.

Předem děkuji za Váš čas věnovaný našemu společnému rozhovoru.

Klinerová Kamila

V Mělníku dne..... Souhlasím.....

Příloha 8: Žádost o provedení výzkumného šetření

Pan
PhDr. Jiří Vronský
ředitel
Centrum seniorů
Fügnerova 3523, Mělník

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážený pane řediteli,

v rámci výzkumného šetření se zabývám adaptací seniorů na pobyt v sociálním zařízení. Chtěla bych zjistit pocity a prožitky seniorské populace v období, kdy opustili své stávající domovy a začali se seznamovat a zvykat si na nový způsob života v centru pro seniory. Mám zájem oslovit vybrané uživatele v domově Penzion a domově Ludmila. Jako techniku výzkumu jsem zvolila případovou studii.

Chtěla bych Vás proto touto formou požádat o souhlas k provedení výzkumu na výše uvedeném pracovišti.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit. Závěr empirického šetření bude využit k vypracování bakalářské práce na lékařské fakultě obor ošetrovatelství v Hradci Králové.

Děkuji.

Kamila Klinerová
všobecná registrovaná sestra



Datum: 6.června 2014

Inuclanlu

9. 6. 2014



CENTRUM SENIORŮ
MĚLNÍK
Fügnerova 3523, Mělník
IČ: 70824282 DIČ: CZ70824282
tel.: 315 630 040 - 9