



Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Pavla Romanová

***Uspokojování potřeb a požadavků seniorů žijících v rezidenčním zařízení
dlouhodobé péče Malešice***

*Satisfying the needs and demands of senior citizens living in nursing
and retirement home Malesice*

Praha 2015

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková

Poděkování :

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Olze Havránkové za vedení mé bakalářské práce, a za cenné připomínky a poradenství při její realizaci.

Prohlášení:

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

V Praze, dne 5. ledna 2015

.....
Pavla Romanová

Klíčová slova

Stáří, proces stárnutí, senior, sociální statut, životní situace, adaptace, ageismus, fyzické a mentální schopnosti, rezidenční zařízení, služby, potřeby, specifické potřeby, kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor, analýza, výzkum.

Keywords

Age, aging, senior, social status, living situation, adaptation, ageism, physical and mental abilities, residential facilities, services, equipment, specific needs, qualitative research, semi-structured interviews, analysis, research.

Abstrakt

Bakalářská práce „ *Uspokojování potřeb a požadavků seniorů žijících v rezidenčním zařízení dlouhodobé péče Malešice*“.

V teoretické části je obecně pojednáno o problematice stárnutí, o změnách, které proces provázejí a také o adaptaci seniorů na tyto změny.

Zmiňuje se o postavení seniora ve společnosti, podpoře státních soukromých a církevních institucí v procesu aktivního stárnutí a obecně pojednává o problematice této věkové kategorie.

Odkrývá specifické i obecné potřeby klientů a jejich uspokojování v návaznosti na konkrétní zařízení dlouhodobé péče – Domov pro seniory Malešice.

V metodologické části jsou na základě teoretických poznatků podrobněji vymezeny výzkumné otázky.

Praktická část se zabývá kvalitativním výzkumem, na základě polostrukturovaného rozhovoru s vybraným vzorkem probandů.

Analýzou získaných dat se v závěrečné části stanoví míra schopnosti uspokojování skutečných potřeb klientů a další možnosti, jak zkvalitnit nabízenou službu, a tím zlepšit život seniorů v konkrétním rezidenčním zařízení.

Abstract

Bachelor's thesis „ *Satisfying the needs and demands of senior citizens living in nursing and retirement home Malesice* “.

The theoretical part is generally discussed in the aging process, the changes that accompany the process of adaptation and seniors to these changes. He mentions a senior position in society, support government and private religious institutions in the process of active aging and generally deals with the problems of this age group.

It reveals both specific and general needs of clients and their satisfaction following a specific long-term care - Home for the Elderly Plant..

The methodology section are based on theoretical knowledge specifies research questions.

The practical part deals with the qualitative research based on semi-structured interview with a selected sample of probands. Analysis of the data obtained in the concluding section provides the ability to measure the satisfaction of the real needs of clients and other ways to improve the service offered, and thus improve the lives of seniors in specific residential facilities.

Obsah

Úvod

Problematika stáří

- 1.1. Stáří a jeho specifika - periodizace
- 1.2. Aspekty a změny v procesu stárnutí
 - 1.2.1. Biologické aspekty stárnutí
 - 1.2.2. Psychické aspekty stárnutí
 - 1.2.2.1. Demence
 - 1.2.3. Sociální aspekty stárnutí
- 1.3. Ageismus

2. Potřeby seniorů

- 2.1. Fyziologické potřeby
- 2.2. Potřeba bezpečí
- 2.3. Sociální potřeby
- 2.4. Potřeba autonomie
- 2.5. Potřeba seberealizace, sebenaplnění

3. Zájmy a volný čas seniorů

- 3.1. Trávení volného času seniorů v rezidenčním zařízení

4. Empirická část

- 4.1. Formulace řešeného úkolu a hlavní cíl výzkumu
- 4.2. Metody získávání dat a popis realizace výzkumu
- 4.3. Vymezení analytické jednotky
- 4.4. Operacionalizace cíle práce a hlavní výzkumné otázky
- 4.5. Analýza dat a jejich interpretace
 - 4.5.1. Vstup do zařízení a změna životní situace
 - 4.5.2. Změny spojené se zdravotním omezením a stárnutím
 - 4.5.3. Uspokojování potřeb a požadavků seniorů v rezidenčním zařízení
 - 4.5.4. Další požadavky a náměty seniorů
 - 4.5.5. Diskuze

5. Závěr

6. Seznam použité literatury

Příloha č. 1: Zjištění osobních cílů, přání a potřeb pro individuální plánování služby s klientem

Příloha č. 2: Individuální plánování služby s klientem

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě profesního zájmu, a to vzhledem k několikaletému působení v sociální oblasti.

Při své práci jsem se setkávala s mnoha klienty seniory, kteří byli nuceni řešit novou životní situaci a zvolit některou z variant dalšího žití. Především šlo o novou životní situaci způsobenou odchodem nejbližšího člověka a zároveň tedy i o změnu sociální statutu. Tito lidé se ocitli v další životní etapě, již museli akceptovat, každý podle svých možností, schopností a zkušeností. Zároveň se ocitli v pozici, ve které bylo nutné přehodnotit své vlastní potřeby a ve které bylo nutné je uspořádat znovu a jinak.

Zachování potřeb seniorů, kteří mají sníženou soběstačnost a jsou úplně, nebo částečně odkázáni na pomoc okolí, ať se již jedná o rodinnou, nebo profesionální péči, je problémem, který prolíná všemi souvislostmi života těchto lidí.

Helena Haškovcová (2010) označuje uvedený systém potřeb pojmem „Dům životních potřeb.“

Dle její teorie je v nejvyšších patrech domu celá řada hodnot, které je třeba neopomíjet a respektovat, například sebeúcta. Rovněž potřeby, jako je seberealizace, pracovní a tvůrčí potřeby, od kterých je možné v případě péče o seniory ustoupit částečně, ale přesto by se na tyto hodnoty nemělo zapomínat a úplně na ně rezignovat. Haškovcová dále v této souvislosti upozorňuje na to, že v nejvyšších patrech domu potřeb je celá řada položek, na které je vhodné při poskytování péče pamatovat, například informovat, a to nejen o léčbě, ale i o dalších možnostech pomoci, také sebeúctě, pochopení, důstojnosti a autonomii. Dle jejího názoru bývají totiž při poskytování péče zcela naplňovány zejména potřeby fyziologické, které jsou sice chápány správně jako prioritní, ale bývají také někdy jako jediné saturovány. ¹ (Haškovcová, 2010, s. 253)

Stále více starých lidí, klientů denních rezidenčních zařízení, jsou velmi často postiženi závažnými psychickými potížemi a demencí.

Senioři jsou po příchodu do zařízení vystaveni nejen změně prostředí, změně denního režimu, ale mění se radikálně i jejich zájmy v daném rezidenčního zařízení.

Individuální plánování péče, které je součástí poskytování sociální služby, ukládá všem poskytovatelům vést individuální plány klientů.

V procesu tohoto plánování je třeba porozumět potřebám uživatelů služeb. K jejich rozpoznání je nezbytná dovednost aktivního naslouchání, různých způsobů komunikace, empatie a také dostatek času s klientem. Porozumění potřebám klienta a jejich naplnění, závisí na schopnostech a dovednostech pracovníků v přímé péči.

Je otázkou, jakým způsobem je naplňováno individuální plánování péče, jak je toto plánování převedeno do praxe, a jak tento proces vnímají senioři, kteří jsou přímými účastníky děje. Jejich vyjádření mohou pomoci nahlédnout, mohou přinést řadu podnětů, mohou pomoci zvýšit kvalitu poskytovaných služeb. Mohou také umožnit klientům bez ohledu na jejich věk a na různá omezení aktivně stárnout, a tak zachovat jejich chuť do života.

1. Problematika stáří

Stáří je poslední etapou života, fází, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje seniora. Období stáří je rozděleno na dvě etapy: rané stáří, které trvá od 60 do 75 let a pravé stáří, které označuje období po 75. roce. Dověšením 80 let dosáhne senior tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace. Toto období je spojené s nárůstem problémů a se zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které mohou někdy subjektivně těžko zvládnutelné.

Starší člověk je ve větší míře zaměřen do minulosti. Jeho postoj ke světu i k sobě samému je převážně bilancující, už nemá tendenci něco změnit. Svůj život změnit nemůže, ale zároveň nechce, aby se měnil okolní svět. Je to jeho svět, dobře se v něm vyzná a může se cítit jeho spoluvůrcem. V mezích možnosti jej přizpůsobil svým potřebám. V tomto věku už nemá důvod se domnívat, že by změny byly k něčemu dobré. Ve stáří se musí vyrovnat se svým životem i proto, že nyní už nic zásadně měnit nemůže. Na druhé straně to, co přežil a uskutečnil, zůstane v nějaké formě zachováno. Dosažené zkušenosti, úspěchy a pozitivní zážitky staršímu člověku zůstávají navždycky, jsou jeho nezměnitelnou součástí.

Postoj současné společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní, odmítavý a podceňující. Stáří je možné chápat jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepším případě si schopnosti udržuje. Jeho zkušenosti i kompetence ztrácejí svůj význam a z pragmatického pohledu není takový člověk společnosti ničím přínosný. Aktuálně platný hodnotový systém, který klade důraz na zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládí (mladistvého vzhledu, výkonu atd.), staré lidi silně znevýhodňuje. Tuto tendenci podporují i média, která různým způsobem potvrzují důležitost vnějšího vzhledu a proklamované svěžesti jako současnou normu. To zároveň znamená, že cokoliv, co takové není, je považováno za podřadné. Z uvedeného hodnotového systému vychází *ageismus* – postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetenci stáří. Z hlediska ageismu je stáří období ztrát, celkového úpadu a zhoršení kvality života. Společnost za těchto okolností od starých lidí nic pozitivního nečeká a jsou jim přičítány převážně neimponující osobnostní vlastnosti a nízké kompetence.²(Vágnerová, 2008, str. 104 – 105)

O způsobu života ve stáří, jak uvádí Pacovský,³ (Pacovský, 1990, s. 48, s. 62.)

rozhoduje především zdravotní stav a stupeň soběstačnosti. Rozumíme tím soubor funkcí umožňujících seniorovi, aby se dovedl v daném prostředí pohybovat.

Obecně je možné říci, že kvalitu života ve stáří lze pozitivně ovlivnit, a to především prevencí se zaměřením na fyzické, ale i na psychické zdraví. Není to však jediná možnost, další možností je přizpůsobení se změnám, které nevratně nastaly. Toho je možno dosáhnout několika způsoby např.: selekcí (co je pro nás důležité), redukcí (omezení množství, snížení rychlosti), optimalizací (tělesný nebo duševní trénink, trénink paměti, kompenzací (nalezení východiska, např.: změna bytu).

1.1. Stáří a jeho specifika - periodizace

Lidský život má určitý průběh, ale v samotném faktu, kdy nastává stáří, se odborníci rozcházejí a různí. Periodizace stáří se ukázala jako důležitá, především z důvodu prodloužení období stáří. Nejčastěji se k vymezení pojmu stáří používá periodizace WHO, která je sice vyjádřena chronologickým věkem, ale vychází z dalších změn, ke kterým v tomto období dochází.

45 - 59 let: **střední věk**

60 – 74 let: vyšší (starší věk), **rané stáří**, předpolí stáří

75 - 89 let: pokročilý čili stařecký věk, vlastní **stáří**, sénium

90 a více let: **dlouhověkost**

Topinková s Neuwirthem⁴ uvádějí, že někdy je využito dělení věku v cyklech deseti let.

⁴ (Jarošová, 2006, s. 12)

65 – 74 let: **mladí senioři** (problémy adaptace na penzionování, volného času, aktivit a seberealizace)

75 – 84 let: **staří senioři** (změna funkční zdatnosti, specifické medicínské problémy, atypické průběhy chorob)

Nad 85 let: **velmi staří senioři** (důraz na sledování soběstačnosti zabezpečení)

Podle E. Eriksona⁵ je žádoucí dosáhnout v pojetí vlastního života integrity. To znamená, že člověk přijímá svůj život jako celek, jako ukončené dílo, hodnotí jej pozitivně a chápe jeho smysl.

„Dosažení integrity vede k pochopení vlastního života jako nedílné součásti generační posloupnosti.“⁵ (Vágnerová, 2000, s. 445)

Kalendářní věk, však často není identický s věkem biologickým a není tak nejvhodnějším ukazatelem stavu jedince a také nevyovídá nic o jeho zdravotním stavu. Je to důvod, proč se v odborné literatuře objevuje častěji termín biologický věk. Je to věk, který koresponduje s funkčním stavem orgánů a to v porovnání se standardním stavem v určitém věku, jde proto o pojetí fyziologické.

Je třeba mít na paměti, že každý člověk, tak i procesy jeho vývoje a stárnutí jsou individuální a ne vždy schopnosti člověka odpovídají jeho chronologickému věku. Z hlediska lepší orientace je toto dělení potřebné.

Stáří ve smyslu životní etapy vnímám spíše jako stav (člověk je starý) a nutno ho rozlišit od procesu, který ve stáří probíhá a tímto procesem je stárnutí.

1.2. Aspekty a změny v procesu stárnutí

Stárnutí je proces změn. Proces změn v celé lidské osobnosti, které se týkají stránek fyzických, psychických, sociálních i duchovních. Stejně jako na vymezení stáří existuje více názorů, nalezneme tento jev i u vymezení stárnutí.

Člověk je tak starý, jak staře myslí což znamená, že nemůžeme posuzovat kvalitu života a spokojenost jen podle délky života.

Můžeme říci, že člověk je relativně mladý, dokud je schopen se učit, snášet nové odlišné názory, získávat nové zkušenosti a nechat se jimi ovlivnit. ⁶ (Štílec, 2004, s. 12)

Pokud se chceme zabývat problematikou starých lidí, musíme si nejprve říci, co to vlastně stárnutí a stáří je.

V encyklopedickém slovníku ⁷ (Jarošová, 2006, s. 7.) je stárnutí definováno jako přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti). Proces stárnutí je přirozeným procesem zakódovaným nejspíš již geneticky v našich buňkách.

Tento proces je nevratný, ale jak již bylo uvedeno může ho ovlivnit mnoho vlivů, mezi které patří vliv prostředí, zvolený životní styl ale i dědičnost.

Podle Haškovcové⁸ (Haškovcová, 1990, s. 59.) je stáří přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti. Je třeba si však uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku.

Vágnerová⁹ (Vágnerová, 2000, s. 448) uvádí, že stáří přináší zhoršení tělesného a duševního stavu. Tento proces bývá variabilní z hlediska času, rozsahu i z častosti projevu.

Proces stárnutí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledku různých vlivů prostředí, které se v organismu stárnoucího člověka postupně nahromadily.

Pacovský¹⁰ (Pacovský, 1990, s. 30.) rozlišuje fyziologický typ stárnutí, kdy stárnutí je normální součástí života, zákonitou epochou jeho ontogeneze. Stárnutí je podle něj vlastně cestou do stáří, přechodným vývojovým obdobím mezi dospělostí a stářím.

Tvrdí, že oba jevy jsou geneticky dány, že podléhají formativním vlivům prostředí a vzniklé změny jsou neopakovatelné a nezvratné.

Zjednodušeně lze tedy stárnutí považovat za přirozený a biologicky zákonitý proces, ve kterém se sčítají změny, k nimž dochází během celého života organismu, který se projevuje sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv.

Musíme mít na paměti, že stárnutí můžeme zpomalit, ale zastavit ho není možné, patří k životu stejně jako změny, které ho provázejí.

Hlavní změny pozorované obecně u stárnoucích lidí lze stručně popsat v následujících bodech.¹¹ (Langmeier, Krejčíková, 1998, str. 185 – 190)

- **Zhoršuje se smyslové vnímání.** Asi u 90 % osob lze po 60. roce jejich věku zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a asi u 30 % se výrazně zhoršuje sluch. To přináší s sebou ovšem nejen pokles jejich výkonu při některých pracovních činnostech, ale omezují se proto často i jejich možnosti rekreace (četba, naslouchání hudbě atd.). Kromě toho poruchy sensorické percepce často významně stěžují dostupnost komunikace s druhými lidmi, což může být provázáno podezíravostí, nejistotou, úzkostí nebo hněvivostí.
- **Zhoršuje se paměť.** Především však paměť pro nové události, zatímco dávno minulé zážitky (např. z dětství) zůstávají většinou dobře v paměti uchovány. Kromě toho však bývají vzpomínky i obsahově a emočně zkresleny: minulé je obecně hodnoceno spíše pozitivně a starý až nepochopitelně na tom, čím byl a co měl, ať už je to postavení, majetek, zvyklosti nebo získané výsady. Často jde o určitou obranu proti pocitu ohrožení ze strany mladších, která je však z neporozumění hodnocena jako nepříznivá charakterová vlastnost.
- **Intelligence měřená běžnými inteligenčními testy zřetelně klesá ve vyšším věku.** sedmdesátipětiletý muž, které dosahuje ve Wechslerově testu pro dospělé (WAIS) průměrné inteligence má tedy podle definice IQ 100, odpovídá svou výkonností mladému dospělému s IQ 76 (jeho výkonnostní koeficient je 76). Jestliže má nadprůměrnou inteligenci s IQ 130, pak jeho výkonnostní koeficient bude 112.
- **Afektivní prožívání nabývá ve stáří zřejmě poněkud jiné kvality.** Citové prožívání se většinou stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita nemocí – člověk se již tak snadno nenadchne pro nové, ale současně řadu situací dokáže hodnotit klidněji a racionálněji. Mnoho záleží ovšem na hodnotové orientaci každého člověka – pro

mnohé je delší život příležitostí k tomu, aby člověk přehodnotil svůj dosavadní život a dosáhl nového porozumění smyslu svých činů. Taková moudrost je ovšem založena na celkové integritě osobnosti každého člověka a ne však u všech lidí vysokého věku.

- **Tvořivost.** Měřena podle počtu nejvýznamnějších uměleckých, vědeckých a jiných prací klesá zároveň s procesem stárnutí. Četné statistiky totiž ukazují, že ve všech odvětvích lidské tvořivé činnosti dosahují lidé svého vrcholu mezi 25. a 40. rokem a pak jejich produktivita zpravidla klesá.
- **Osobnost starého člověka.** Jeho jednota duševních vlastností, která je založena na jednotě tělesné konstituce a utváří se v jeho společenských vztazích – je ovšem výsledkem předchozího vývoje, ale i současně adaptace na nezbytné obtíže vyššího věku. Právě z hlediska přizpůsobování se problémům stáří můžeme rozlišit několik typů.
 - **Konstruktivní strategie**
 - **Strategie závislosti**
 - **Strategie obranná**
 - **Strategie hostility**
 - **Strategie sebenenávisti**
- **Citové vztahy ve stáří.** Síla vztahu k blízkým lidem se ve stáří většinou nijak významněji nemění a význam rodiny s věkem naopak znovu stoupá. Stejně jako v dětství je člověk i ve stáří více ohrožen sociální izolací či emoční nebo podnětnou deprivací.
- **Sociální zařazení starého člověka.** Problematika stáří se stává v současné společnosti stále závažnějším celospolečenským problémem, protože z hlediska demografického vývoje dochází postupně ke stárnutí populace (tj. k nárůstu procentuálního zastoupení seniorů v populaci) vlivem prodloužení délky života při současném poklesu počtu narozených dětí.

1.2.1. Biologické aspekty stárnutí

Biologické stárnutí úzce souvisí s pojmem biologický věk, kterého se užívá k označení celkového stavu lidského organismu. Je to proces, který probíhá u každého jedince

individuálně a je ovlivněn jednak genetickými dispozicemi, ale i zvoleným životním stylem. S věkem se snižuje činnost téměř všech orgánů.

Vrcholu efektivnosti dosahuje člověk kolem třicátého roku a poté začíná trvalý pokles. Stárnutí primárně přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalování a úbytek).¹² (Pichaud, Thareauová, 1998, s.25)

Řičan uvádí,¹³ (Řičan, 1989, s. 371) že po šedesátém pátém roku života rychle stoupá počet gerontů, kteří jsou ve svých denních činnostech více či méně omezeni srdečními chorobami, chronickým zánětem kloubu, vysokým krevním tlakem, nemocemi páteře a nohou. Po sedmdesátce je častý výskyt více než jedné chronické nemoci. Objevuje se častější výskyt nemocí a smrti následkem úrazu a tělo je méně odolné vůči infekcím. Ještě častěji se však umírá na nemoci srdce a celé oběhové soustavy.

Pichaud a Thareauová uvádějí,¹⁴ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 23) že můžeme s pokročilým věkem pozorovat více či méně zjevné fyziologické změny, zejména:

- kůže se svrašťuje, vysušuje;
- vlasy a chlupy šediví a ubývají;
- uši obtížněji vnímají vysoké tóny a jsou citlivější na šumy;
- zrak slábne, obtížněji se adaptuje na světlo a tmou, obsáhne menší šířku (zúžení vizuálního pole)
- svalstvo ochabuje, ubývá kostní hmoty;
- dýchací soustava se rychleji unaví, hlavně při námaze;
- mění se hormonální produkce, sekrece a aktivita;
- přetváří se imunitní systém.

Smyslové orgány

V tak vysokém věku dochází ke snížení výkonnosti smyslových orgánů což zásadním způsobem ovlivňuje život seniorů. Všechny smyslové orgány mohou být postiženy stářím, vedle čichu, chuti a hmatu je však z hlediska psychologického nejzávažnější postižení zraku a sluchu. To přináší nejenom pokles výkonu v práci, ale omezují se i možnosti trávení volného času, jako např. poslech hudby, četba a další.

Kromě toho poruchy smyslů často významně ovlivňují komunikaci s okolím. U klientů, kteří trpí zhoršením zrakové a sluchové percepce se může projevat podezřívavost, nejistota, úzkost a podrážděnost, která může skončit depresi nebo stažením se ze sociálních kontaktů. Jak už bylo řečeno zhoršení zrakového a sluchového vnímání

významně ovlivňuje kvalitu života stárnoucího člověka, proto hledáme možnosti jak jejich podmínky zlepšit. V dnešní době je k dispozici již řada kompenzačních pomůcek (brýle, sluchadla apod.), které mohou pomoci seniorovi překonat nežádoucí změny ve stáří a vyrovnat se tak se svým postižením.

Zrak - změny zraku se mohou objevit v jakémkoliv věku, avšak běžné jsou hlavně ve stáří, kdy se zhoršuje především ostrost zraku. Nejčastější příčinou slepoty a závažného poškození zraku je makulární degenerace, šedý a zelený zákal. Kromě těchto nemocí se však s příchodem stářím snižuje schopnost oka zaostřit na blízké předměty a zhoršuje se také vnímání intenzity světla. Za normální a téměř nevyhnutelnou součást stáří je považována také stařecká dalekozrakost.

Sluch - sluch v průběhu dospělosti postupně slábne. Každý třetí člověk starší šedesáti let a polovina lidí nad osmdesát pět let trpí ztrátou sluchu.¹³ Většině lidí se nejprve začíná zhoršovat sluch v oblasti vysokofrekvenčních zvuků. Už ve třiceti letech, člověk přestává slyšet ženské hlasy, telefony apod., později se přidá špatné slyšení a vnímání řeči. Tato selektivní (výběrová) hluchota je způsobena kombinací degenerativních změn v různých částech ucha. Důležitým faktorem ovlivňujícím sluch může být i prostředí. Senioři nepříjemně vnímají překrývání řeči nebo jiných tónů rušivými zevními šelesty. Proto se stává, že starý člověk velmi špatně slyší v prostředí, které je plné šumu. Jediným způsobem, jak kompenzovat sluchovou ztrátu je používání sluchadla nebo jiné sluchové pomůcky zesilující zvuk.

Chut' - člověk má přibližně 9000 chuťových papil, které jsou zodpovědné za vnímání chutí - sladké, slané, kyselé a horké. Tento počet se s věkem snižuje. Pokud se tak stane, obecně se nejdříve ztrácí vnímání sladkých a slaných chutí a teprve později hořkých a kyselých. Tyto změny mohou u člověka omezit prožitek z přijímání potravy.

Čich - slábne s věkem, hlavně po šedesátém roce života (jak vnímání, tak identifikace) mimo jiné opotřebením buněk. Může však také jít o ztrátu mozkových buněk zúčastněných na vyhodnocování čichových vjemů. Ztráta schopnosti rozeznávání čichových vjemů není záležitostí, která život pouze znepříjemňuje (někteří lidé začnou zanedbávat osobní hygienu, ve velké míře používat parfémy apod.), ale může život i

ohrožovat a to v případě, že si v důsledku ztráty čichu senior nevšimne unikajícího plynu nebo kouře.

Hmat - díky hmatu pocítujeme dotek, teplotu, tlak a také vnímáme vibrace a bolest. Tyto pocity se s věkem snižují, ale je těžké ověřit, zda jsou důsledkem stáří nebo souvisí s poruchami, které se ve stáří objevují častěji.¹⁵(*Zdraví pro třetí věk*, 2006, s. 159.)

Zhoršené smyslové vnímání spolu se sníženou pohybovou koordinací omezuje jedince v sociálním začlenění, reakce na podněty jsou často zpomalené a neadekvátní dané situaci. Stoupá nebezpečí úrazu a úbytek vnímání může mít dopad i na duševní zdraví seniora. Menší příjem zevních informací vede k postupnému odtržení od reality, omezení činností a může vyvolat stavy nudy až deprese. Často se vyskytují stavy úzkosti, nejistoty a strachu¹⁶.(Wolf a kol., 1982, s. 135)

Vzhledem k tomu, že k oslabování smyslů dochází postupně, může je starý člověk kompenzovat a to zpomalováním tempa, opatrností a větším úsilím.

1.2.2. Psychické aspekty stárnutí

Stejně jako dochází ve stáří k tělesným změnám, dochází také ke změnám v psychické oblasti. Tyto dvě složky jsou neoddělitelné a úzce spolu souvisí. Tělesný stav pak často ovlivňuje i změny psychiky. Prožití a poznání hranic a omezenosti nejen vlastní, ale i ostatních potom mohou vést k sníženému sebehodnocení. Strach před závislostí, bezmocností a životem určeným cizími okolnostmi vede ke snaze vyhnout se všem změnám a odmítat je. To, co je známé a zažité, dodává pocit hodnoty.

Jak uvádí Říčan¹⁷(Říčan, 1989, s. 376) senior má rád svůj pořádek v čase i prostoru, protože mu dodává jistotu. Říčan¹⁸ (Říčan, 1989, s. 375.) k psychickým aspektům stárnutí uvádí, že duševní činnost je především zpomalena. Což může být zapříčiněno aktivitou mozkových buněk, které jsou ve stáří pomalejší, ztrátou motivace nebo jednoduše opatrností seniorů, kteří více dbají na přesnost ve svém počínání. Jak už bylo uvedeno nejobecnější charakteristikou stárnutí je zpomalení psychické činnosti. Čím náročnější je podnět, tím se snižuje rychlost reakce. To je také jeden z důvodů, proč starším lidem nevyhovují činnosti vyžadující rychlé rozhodování a činnosti pod tlakem.

Intelektové schopnosti: dosahují vrcholu v raném období dospělosti. S nástupem stáří se samozřejmě úroveň zhoršuje, ale u jiných tomu může být i naopak. Je prokázáno, že stárnutí intelektuálních složek lze oddálit a to především jejich stálým posilováním aktivní činností (jedná se především o verbální schopnosti apod.). U jiných schopností jako např. zpracování nových informací může dojít k prokazatelnému úpadku.

Paměť: rozlišujeme paměť epizodickou a sémantickou. Informace epizodické paměti se váží k určitému místu a době, týkající se faktu. Tato epizodická paměť se s nástupem stáří zhoršuje, především potom paměť pro nové události, zatímco dávno minulé zážitky např. z dětství zůstávají v paměti uchovány, ale mohou být obsahově a emočně zkresleny.

Naproti tomu sémantická paměť obsahuje osvojené znalosti, celoživotní zkušenosti a slouží jako základ dalšímu učení. Představuje jistou výhodu a snad i kompenzaci ztrát a změn přicházejících se stářím.

Citové prožívání: ve stáří dochází k celkovému oploštění emotivity a snižuje se intenzita emocí. Jarošová uvádí ¹⁹(Jarošová, 2006, s. 27), že oslabeny jsou především vyšší city a snižují se rovněž city sociální a estetické.

Na druhou stranu jsou staří lidé citově zranitelnější, mají větší potřebu náklonnosti a očekávají ohledy a porozumění od svého okolí.

Pacovský připomíná²⁰ (Pacovský, 1990, s. 23 – 24), že změny ve stáří nejsou jen sestupného charakteru ve smyslu zhoršení (pokles vitality, omezování tvůrčích schopností, vzrůst úzkosti a nejistoty, pokles sebehodnocení).

Mohou naopak vykazovat zlepšení (vytrvalost, trpělivost, životní stereotypie, schopnost úsudku). Některé funkce zůstávají nezměněny (slovní zásoba, jazykové dovednosti, intelekt), jiné mohou naopak vykazovat zlepšení (vytrvalost, trpělivost, životní stereotypie, schopnost úsudku). Upozorňuje, že většina českých psychologů se shoduje na inter – a intraindividuálních rozdílech stárnutí.

1.2.2.1. Demence

Do procesu psychologického stárnutí zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji. Typickou psychickou poruchou stáří je demence. V psychiatrii to znamená větší úbytek rozumových schopností, než odpovídá věku.²¹ (Říčan, 1989, s. 379)

Podle Thareauové²² (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 90 -92) je demence důsledkem pomalého a nezvratného (tudíž nevléčitelného) mozkového poškození, které ničí paměť, řeč, soudnost a všechny rozumové schopnosti.

Demenci může způsobit rada příčin. Nejčastěji je demence způsobena Alzheimerovou nemocí, a to až v 60 % případech. Dále demence vaskulárního typu, což je narušení cévního zásobení mozku, které může souviset s vysokým krevním tlakem nebo postižením mozkovou mrtvicí.

Demence může také provázet i jiná onemocnění mozku, jako je například Parkinsonova a Huntingtonova nemoc nebo roztroušená skleróza mozkomíšní. Dalšími příčinami stařecké demence mohou být jiná tělesná onemocnění jako např. infekční choroby, srdeční či jaterní selhání, dýchací onemocnění nebo pokročilá nádorová onemocnění apod. Tyto typy však nejsou tak časté a postihují jen malé procento populace.

Demence není normálním projevem stárnutí, ale je důsledkem chorobného procesu. První příznaky, jsou často špatně rozpoznatelné a tak se většinou na chorobu přijde až v pokročilém stádiu. Mezi typické příznaky patří pokles paměti (nejmarkantnější v procesu učení se novým informacím), úpadek úsudku a myšlení (plánování, organizování a všeobecné zpracování informací), úbytek emoční kontroly a motivace, poruchy chápání, uvažování, orientace a řeči.

Příznaky demence, jak je uvádí Pichaud a Thareauová.²³ (Pichaud, Thareauová, 998, s. 91-92)

- ***Poruchy paměti,***
- ***Potíže s orientací v čase a prostoru***
- ***Poruchy rozumových schopností***
- ***Motorické potíže (apraxie)***
- ***Poruchy při poznávání předmětů a lidí***
- ***Poruchy řeči:***
- ***Poruchy chování***

Demence se může projevit kdykoliv v průběhu celého života, ale s přibývajícím věkem se zvyšuje pravděpodobnost, že touto nemocí člověk onemocní. Mýlně se však často domníváme, že demence je pouze nemocí stáří, její nejčastější příčinou je ale Alzeimerova choroba.

1.2.3. Sociální aspekty stárnutí

Stejně jako existují změny psychické a biologické, objevují se změny i v oblasti sociální. Sociální stárnutí provází hned několik změn. Stěžejní změnou je jistě ukončení aktivní pracovního života a odchod do důchodu.

Tento mezník je spojen s určitými změnami. Mohou život člověka velmi ovlivnit. S odchodem do důchodu se mění sociální potřeby člověka, životní způsob i ekonomické zajištění.

Člověk je často zařazen do nepopulární skupiny důchodců, kteří jsou v dnešní době z hlediska společností posuzováni negativně. Mnohdy je s tímto pojmem spojen obraz neproduktivního a neaktivního člověka, který je pro společnost pouze přítěží a žádným přínosem.

Musíme si však uvědomit, že stáří k nám nepřichází najednou, ale také to, že se neobjevuje u každého ve stejném věku. Stárnutí je individuální záležitostí.

Proto bychom neměli na stáří pohlížet jen jako na konečné období životního cyklu, ale zaměřit se především na hledání nových rolí a možností jak se s touto novou životní situací vyrovnat a smířit.

Odchod do důchodu však není jedinou změnou, se kterou se musí senior vyrovnat a kterou musí zvládnout. Jednou z takovýchto změn je odchod dětí z domova a narození vnoučat, s čímž souvisí nové role babičky nebo dědečka.

Dalšími změnami potom mohou být např. smrt partnera nebo blízkých lidí. Vrstevníků v průběhu procesu stárnutí také pomalu ubývá. Se změnami biologickými a fyzickými bývá omezena samostatnost, vzniká potřeba něčí pomoci. Nastává období, kdy se starší lidé stěhují do různých typů rezidenčních zařízení (např. domovů důchodců, penzionů pro důchodce, apod.), popřípadě navštěvují denní stacionáře, aby nezůstávali sami doma, pokud se o ně rodina nemůže postarat.

Změn, se kterými se musí starý člověk vyrovnat není málo, ale neodlučitelně patří k životu. Pokud má senior okolo sebe lidi, kteří mu pomohou vyrovnat se s novou životní situací, kteří ho podpoří a kteří mu pomohou nést tíhu nevyhnutelnosti, je to

velká podpora, je to první krok ke smíření. Dokáže se tak nové roli přizpůsobit, pociťovat radost z nových možností, být aktivní ve svém dalším životě. Může být snadnější vyrovnat se s faktem, že stárnutí je nevratný proces a že jeho cesta je u konce.

1.3. Ageismus

Ageismus se dá vysvětlit jako věková diskriminace především starých lidí, která v nejhorších případech může vést až k úplné segregaci starého člověka, tedy vyčlenění ze společnosti. Bohužel je ageismus podporován sociálně ekonomickými podmínkami. Zcela jistě závažnějším problémem je také nahlížení společnosti na stáří jako post produktivní věk.

Zakořeněné stereotypy o stáří, které stále ovlivňují mínění společnosti vycházejí podle Traxlera ze čtyř základních zdrojů.²⁴ (Tošnerová, 2002, s. 12-13)

Strach ze smrti

Nejenom staří lidé se obávají smrti, stáří je společností často chápáno jako konečná fáze života, tedy čekání na příchod nevyhnutelného. Nikdo si však rád nepřiznává vlastní smrtelnost a tak bývá často používáno eufemizmu jako např. „odešel“, „spí věčným spánkem“ apod.

K ageismu přispívá důraz na mládí a fyzickou krásu

Dnešní společnost, která je zaměřena na kult krásy, do jisté míry neponechává prostor pro staré. Staří lidé jsou ignorováni a pokud jsou zobrazováni, tak často v negativním světle a s despektem. Důraz na mládí nespočívá jen ve skutečnosti, jak jsou staří lidé vnímáni, ale také, jak vnímají sami sebe.

Produktivita je těsně spjata s ekonomickým potenciálem

Oba konce životního cyklu jsou vnímány jako neproduktivní. Děti jsou vnímány jako jistá investice, naproti tomu stáří spíše jako dluh nebo závazek.

Způsob jak je zjišťován skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu.

Ageismus znamená věkovou diskriminaci (a nemusí se vztahovat jen ke stáří, seniory však postihuje především).

Ageistický přístup znamená např. jednat se staršími lidmi, jako by byli jednodílnou skupinou bez individuálního rozlišení, a sice “lidí obtížných, málo chápavých, nad kterými musí být dozor, aby něco nepokazili, kteří mají obvykle stejnou úroveň myšlení i stejně pokleslý vkus, ale už toho moc nepotřebují, a proto by měli ustupovat mladým, protože důchodci přece zatěžují ekonomiku, aniž by společnosti něčím přispívali”... Stává se, že seniorům dokonce bývají odebírány i peníze, předměty, prostor pro osobní věci, vlastní pokoj, byt či dům a mohou být i posíláni do domovů důchodců a podobných zařízení – a to vše tzv. „dobrovolně“.

Ageismus se může projevat - od nevraživých postojů a opovržlivých pohledů až po slovní a fyzické útoky, hrubé projevy, omezování pohybu a osobní svobody, násilné činy, zastrašování, týrání atd. Ageistický přístup se svou závažností dá přirovnat k jiným “-ismům”, jako je např. rasismus nebo antisemitismus.²⁵ (<http://www.dcs-zop.wz.cz/htm/KtAgeisON.htm>)

V naší společnosti bývá problém ageismu často bagatelizován a nedostává se mu takové pozornosti, jakou by si zasloužil. Je to problém, se kterým se dříve nebo později může setkat každý z nás. Co s ním ale můžeme dělat?

V první řadě bychom měli začít změnou negativního postoje ke stáří a podporou aktivního stárnutí, jako formy boje proti předsudkům, mýtům a zavedeným stereotypům.

2. Potřeby seniorů

Nejrozšířenější hierarchií potřeb je teorie motivačního systému od představitele humanistické psychologie Maslowa, který definoval základní lidské potřeby, rozdělil je do pěti kategorií a vytvořil z nich pyramidový tvar, kdy základnu tvoří tělesné, fyziologické potřeby, především uspokojení hladu a žízně. Další kategorie se skládají do pater a až na samotném vrcholu pyramidy je umístěna potřeba seberealizace, sebenaplnění.

- *Fyziologické potřeby*
- *Potřeba bezpečí*
- *Sociální potřeby*
- *Potřeba autonomie (ve smyslu svobody)*
- *Potřeba seberealizace, sebenaplnění*

Specifické problematice starých lidí se tuto teorii pokusili přizpůsobit Pichaud a Thareauová.²⁶ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 36-41)

Pomoc starším lidem vyžaduje od pomáhající profese věnovat pozornost jejich potřebám.

Potřeba je pojem poněkud neurčitého významu. Nakonečný²⁷ (Nakonečný, 1997, s. 109) definuje potřebu jako projev určitého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí a nezbytné. Je to něco, co živá bytost nutně potřebuje pro svůj život a uspokojivý vývoj.

Pichaud a Thareauová²⁸ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 36) se zabývají potřebami starých lidí a tuto problematiku vnímají takto: Staří lidé některé své potřeby téměř nepocítují a proto potřebou nerozumíme pouze něco, co člověku chybí, ale také hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje, „potřeba je projevem bytostného přání.“

Maslow upozorňuje, že vyšší stupně lze realizovat teprve po dosažení těch nižších. Je třeba uspokojit základní potřeby na nižších stupních, jinak nelze naplnit ty vyšší.

Těchto pět základních lidských potřeb ovlivňuje takřka veškeré lidské konání. Jakmile přichází jedna z potřeb zkrátka, naruší se rovnováha a pyramida se zhroutí.

²⁹ (Merten, 2014, s. 45)

Staří lidé potřebují uspokojovat lidské potřeby jako každý z nás. Nejsou důležité jen fyziologické potřeby (jídlo, pití, spánek...), ale také potřeby psychologického rázu (pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost, smysl života).

Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou a psychickou a sociální stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné.³⁰(Pichaud, Thareauová, 1998, s. 41)

2.1. Fyziologické potřeby

Patří mezi nejzákladnější lidské potřeby, vyjadřují potřebu organismu a nemusejí mít psychickou odezvu. Jsou to:

- *hygiena (jako podmínka zdraví)*
- *výživa (jídlo a pití)*
- *vylučování*
- *dýchání*
- *spánek, odpočinek*
- *pohyb, chůze*
- *správná teplota*
- *zdraví*
- *tíšení bolestí*
- *smích, pláč (jako fyzická záležitost)*
- *fyzický kontakt*

Neuspokojení jedné z těchto nejzákladnějších potřeb se může odrazit na našem celkovém stavu a zdraví.

Proto jsou také výchozí a tvoří základnu Maslovovy pyramidy potřeb. Pokud nastane situace a u jedince nejsou fyziologické potřeby alespoň v základní míře uspokojovány, jedinec strádá a není schopen uspokojovat jakékoliv další potřeby, nejsou pro něj v tuto chvíli důležité. Je jasné, že těmto základním fyziologickým potřebám a jejich uspokojení věnujeme času nejvíce.

2.2. Potřeba bezpečí

Potřebu bezpečí vnímá každý člověk, U starých lidí se tato potřeba ještě zvyšuje, chtějí mít jistotu domova, zabezpečení potravy, touží po řádu a zdraví. Starý člověk není již schopen neustálých změn, vždy ho to vykolejí ze zažitého rytmu, psychicky strádá a téměř pokaždé dojde zároveň i ke zhoršení zdravotního stavu jedince.

Lze rozlišit tři stupně potřeby bezpečí:

- ***Potřeba ekonomického bezpečí***

Tato potřeba je důležitá hlavně pro staré lidi, kteří zkusili nějaká strádání, žili po určitou dobu v hmotné nouzi, např. po zkušenostech s válkou strádají jídlo, předměty, dělají si nadbytečné zásoby.

Vědomí, že nemají dostatek prostředků na živobytí, může vést k pronikavé úzkosti a strachu z budoucnosti.

- ***Potřeba fyzického bezpečí***

S věkem se zhoršuje mobilita seniorů, stabilita a jistota při různých denních činnostech, při chůzi a pohybu. Pocit bezpečí zde mohou posílit různé druhy kompenzačních pomůcek a prostředků, např. hole, chodítka, vozíky apod. Někdy je dostačující přítomnost dalšího člověka a někdy také rámě, podaná ruka pečovatelky, ochotného souseda nebo někoho z rodiny.

Pocit jistoty většinou posílí i pocit bezpečí.

- ***Potřeba psychického bezpečí***

Zažívat pocit jistoty, necítit se ohrožený, nemuset se strachovat, necítit se sám a ztracený. Chceme – li starému člověku usnadnit orientaci a pomoci mu cítit se bezpečně, je dobré uspořádat a rozvrhnout činnost a aktivity, aby měl jednotlivé záchytné body. Pokud má klient plán a ví, jak jeho den proběhne, snadněji se orientuje, a tedy si připadá bezpečně.

2.3. Sociální potřeby

Tyto potřeby vystupují do popředí především v situacích, kdy je člověk osamělý. Ani starý člověk nemůže žít dlouho sám, má potřebu začlenit se do nějaké sociální skupiny nebo celku, prožívat dobré vztahy s ostatními, komunikovat s nimi a mít informace o tom, co se kolem něj děje.

Sociální potřeby bychom mohli dále kategorizovat. Můžeme sem zařadit potřebu sociálního kontaktu, komunikaci, potřebu informovanosti, potřebu náležet k nějaké skupině a v neposlední řadě potřebu moci se vyjádřit a být vyslechnut.

- ***Potřeba sociálního kontaktu.***

Senior se v rezidenčním zařízení setkává s vrstevníky. Staří lidé cítí silněji generační solidaritu a lépe se mezi sebou chápou.

Staří lidé preferují kontakty se známými lidmi, kterých však s jejich postupujícím věkem ubývá, umírají. To, že člověk ztrácí své přátele, s nimiž měl společné zážitky a vzpomínky a kteří byli svědky jeho života i v době jeho mládí, spolu se skutečností, že staří lidé mají menší schopnost navazovat nové kontakty, může vést k tomu, že se starý člověk cítí osaměle a postrádá sociální kontakty.

- ***Potřeba informovanosti***

I starý člověk si přeje vědět, co se děje ve světě, ve městě, v okolí jeho bydliště, chce mít zprávy o blízkých lidech. Bez těchto zpráv by se cítil vyčleněn, odtržen od světa a celospolečenského dění.

Právě toto se často stává starším lidem, kteří nemají možnost být v kontaktu s vnějším světem (např. už nemohou vycházet z bytu). Velmi obtížně se dostávají k informacím lidé s nějakým handicapem, např. s postižením zraku nebo sluchu. Zmíněné obtíže vedou často k uzavírání se do sebe, pocitům osamělosti, méněcennosti nebo podezíravosti vůči okolí.

- ***Potřeba náležet k nějaké skupině***

Být součástí nějaké sociální skupiny, ať je to rodina, přátelé, vrstevníci, zájmové sdružení apod. Problémy v této oblasti vznikají při přestěhování do jiného města nebo do jiného zařízení, které je vzdálenější a neumožní člověku kontakty udržovat.

Ale i tehdy, kdy např. ze zdravotních důvodů, už není možné se zúčastňovat setkávání s přáteli, vrstevníky, chybí možnost navštěvovat rodinu, přátele a ani oni už kontakt neudržují.

Pocit, že člověk už nepatří do žádné sociální skupiny, může být zvláště bolestný a zneklidňující a je obtížné se s ním vyrovnat.

- ***Potřeba lásky***

Milovat někoho, mít rád, je velmi důležité, nic není bolestnější, než vědomí, že mou náklonnost nikdo neopětuje, že ji nemám komu poskytnout.

Je velmi důležité, aby s člověkem druzí lidé počítali, aby byla tato potřeba naplněna. Často si staří lidé jako náhradu opatřují psa nebo jiného živého tvora a veškerou lásku věnují právně tomuto němému příteli.

- ***Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut***

Starý člověk chce mít možnost s někým komunikovat (verbálně i neverbálně), konverzovat, vyjadřovat svůj názor, sdělovat ostatním své myšlenky, vzpomínky atd. Je to však ryze individuální záležitost. Záleží především na způsobu předchozího života. Někdo raději tráví čas převážně osaměle, jiný musí být stále středem dění, někomu postačí jen být ve společnosti ostatních lidí.

2.4. Potřeba autonomie

Je chápána jako autonomie ve smyslu být svobodný, což znamená rozhodovat sám za sebe, vést život podle vlastních pravidel. Člověk může být fyzicky závislý na pomoci druhé osoby, ale zároveň může být plně autonomní.

Tři podmínky, aby se člověk cítil svobodně:

- Mít schopnost sebeurčení, tzn. schopnost volby, jednání v souladu s potřebami.
- Chtít tuto schopnost uplatnit své, tedy být motivován k samostatné péči o sebe a k rozhodování o sobě.
- Mít možnost autonomii uplatnit, tedy žít v prostředí, které bude pro uplatnění autonomie příhodné. ³¹(Pichaud, Thareauová, I. 1998, s. 46)

Součástí autonomie je také potřeba uznání a vážnosti. Lze sem zařadit také potřebu pocitu užitečnosti. Staří lidé chtějí být užiteční, nejen aby si dokázali, že ještě k něčemu jsou a že něco dovedou, ale chtějí se uplatnit a vyplnit tak čas užitečnou prací. Proto se také můžeme setkat se seniory dobrovolníky, kteří chodí vypomáhat do stacionářů i do Ostatních typů zařízení.

2.5. Potřeba seberealizace, rozvoje vlastní činnosti

Člověk touží po seberealizaci, po nalezení smyslu života. Může být spojena s rodinou, prací, koníčkem, vírou apod. Přání dát svému životu smysl zasahuje člověka v každém věku a ve stáří snad ještě více. Starý člověk by měl cítit, že jeho život není zbytečný, že má význam.

Staří lidé potřebují v životě uspokojovat všechny potřeby, stejně jako každá jiná věková skupina. Není důležité naplnění jen fyziologických potřeb (jídlo, pití spánek atd.), ale také potřeb sociálně - psychologických (pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost, smysl života), a to proto, protože fyzická, psychická i sociální stránka života člověka jsou od sebe neoddělitelné.

3. Volný čas a zájmy seniorů

Volný čas je pojmem velmi obecným, proto budeme uvažovat o volném čase seniorů bydlících v rezidenčním zařízení. Jak oni prožívají a jak naplňují svůj volný čas, jaké mají zájmy a jakou mají možnost je v rámci zařízení uplatnit?

A co si vlastně můžeme představit pod pojmem volný čas?

Pávková ³² (Pávková, 2000, s. 9) uvádí, že ve volném čase je možnost věnovat se činnostem, které máme rádi, baví nás, uspokojují, přinášejí radost a uvolnění. Prostě dělat to, co chceme a můžeme.

Činnosti zahrnované do sféry povinností vykonávat musíme, ať již chceme, či nikoli. Volný čas je možno chápat jako opak doby nutné práce a povinností a doby nutné k reprodukci sil.

Pod pojem volný čas se běžně zahrnuje odpočinek, relaxace, zábava, zájmové činnosti, zájmové vzdělávání, dobrovolná společensky prospěšná činnost i časové ztráty s těmito činnostmi spojené. ³³ (Pávková, 2000, s. 13)

3.1. Trávení volného času seniorů v rezidenčním zařízení

Seniorům je v zařízeních s rezidenční péčí nabízena všestranná péče, do které se řadí i nabídka volnočasových rekreačně - terapeutických programů.

Obsahem a cílem těchto programů je zkvalitnění života ve stáří. Tedy snaha o posílení pocitu hodnoty žití, posílení funkčnosti seniora, podpora fyzické zdatnosti, pohybových a kognitivních schopností a podpora nejlepší možné kvality života navzdory různým handicapům, jež způsobuje nemoc či zdravotní postižení.

Programy jsou koncipovány tak, aby naplňovaly potřeby seniorů, tedy potřebu blízkosti, potřebu přijetí, vyřešení problému, vyjádření emocí, potřebu uznání vlastní hodnoty, dostatečného množství podnětů, a to i v případě, že se jedná o klienty upoutané na lůžku, anebo handicapované i jiným způsobem.

H. W. Opanowski ³⁴ (Vážanský, Smékal, 1995, s. 30) vytvořil přehled nejdůležitějších potřeb, které člověk uspokojuje trávením volného času:

- **Rekreace** – potřeba zotavení, osvěžení, zdraví
- **Kompenzace** – potřeba vyrovnání, rozptýlení, potěšení
- **Edukace** – potřeba poznání a dalšího učení
- **Kontemplace** – potřeba uvědomění si sama sebe
- **Komunikace** – potřeba sdělení, kontaktu a družnosti
- **Integrace** – potřeba společnosti a kolektivního vztahu
- **Participace** – potřeba sociálního sebepojetí a angažovanosti
- **Enkulturation** – potřeba účasti na kulturním životě

V rámci těchto volnočasových aktivit však nelze vždy a za každých okolností vyhovět všem klientům. Přesto by bylo vhodné, vytvářet takové programy, které by byly lákavé, motivující a obsáhly by co nejširší spektrum zájmů seniorů.

Rekreačně – terapeutické programy jsou důležitou součástí aktivizace starých lidí, a ta má za úkol podněcovat k intenzivní činnosti.

Toto všeobecné podněcování aktivity u osob využívajících služeb rezidenčního zařízení vede je snižování sensorické deprivace a sociální izolace a umožňuje posilování sebedůvěry a v neposlední řadě pozitivně ovlivňuje proces stárnutí.³⁵ (Matoušek, 2005, s. 35)

4. Empirická část

4.1. Formulace řešeného úkolu

Teoretickým obsahem práce bylo definovat a pojednat o problematice stárnutí, o změnách, které tento proces provázejí a také o adaptaci seniorů v kontextu k jejich sociálnímu statutu a životní situaci. Teoretická část dále zmiňuje postavení seniora ve společnosti, podpoře instituce v procesu aktivního stárnutí a obecně pojednává o problematice této věkové kategorie. Odkrývá základní i specifické potřeby seniorů, možnosti jejich uspokojování také možnosti a způsob trávení volného času v rezidenčním zařízení dlouhodobé péče Malešice.

Empirická část se zabývá kvalitativním výzkumem, zde jsou na základě teoretických poznatků vymezeny výzkumné otázky a s vybraným vzorkem probandů jsou pomocí polostrukturovaného rozhovoru sbírána a shromažďována data.

Analýzou získaných dat se v závěrečné části stanoví míra schopnosti uspokojování potřeb klientů.

Hlavní cíl práce

Hlavním cílem této práce je definovat a vymežit postoje seniorů k vlastním potřebám, pokusit se pomocí získaných dat zformulovat důležitost jednotlivých potřeb probandů a nalézt odpovědi na operacionalizované otázky.

Hlavní výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka, se kterou se pokusím pomocí vhodně zvolených výzkumných metod a technik pracovat, zní: „Jaké skutečné potřeby mají obyvatelé rezidenčního zařízení?“

V průběhu polostrukturovaného rozhovoru mohou být kladeny doplňující otázky. Protože je však nemožné, aby jeden výzkumník prozkoumal všechny aspekty zkoumaného problému, je důležité dílčími výzkumnými otázkami zúžit výzkumný problém na velikost, která je reálně zkoumatelná.

Proto jsem vymežila následující dílčí otázky, které pomocí operacionalizace převedu do otázek, které budou sloužit jako podklad k sestavení scénáře rozhovoru.

³⁶ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 156)

1. Cítí se senioři z hlediska svých potřeb uspokojeni?
2. Jaké další požadavky z hlediska těchto potřeb uvádějí?
3. Co postrádají, aby mohli své potřeby naplnit?
4. Jaké mají další náměty a doporučení?

Hierarchie potřeb, jak vyplývá z teoretické části této práce je pojem mnohorozměrný, nelehce uchopitelný a proto jsem se rozhodla tento pojem zkonkretizovat a zformulovat. Domnívám se a z teoretické části čerpám pro tento názor oporu, že potřeby seniorů v rezidenčním zařízení lze charakterizovat jako stěžejní téma, od kterého se odvíjí kvalita života jednotlivých obyvatel rezidenčního zařízení.

Výsledek výzkumu přinese porovnání názorů a chápání potřeb u jednotlivých seniorů. Při vhodném uplatnění může být výzkum vhodným zdrojem informací pro zkvalitnění péče o obyvatele rezidenčního zařízení.

Volba výzkumné strategie

Jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvalitativní výzkum, který využívá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Cílem aktivního výzkumu je získat popis zvláštností a odlišností jednotlivých fenoménů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. ³⁷ (Hendl, 2005, s. 63)

Základním přístupem kvalitativního výzkumu v této práci je fenomenologický přístup. Hlavním cílem fenomenologického přístupu je popsat a analyzovat prožitou zkušenost, kterou má určitý jedinec, nebo skupina se specifickým fenoménem. Snahou fenomenologického přístupu je vstoupit do vnitřního světa jedince a porozumět významům, jež zkoumanému fenoménu přikládá. ³⁸ (Hendl, 2005, s. 129)

4.2. Metody získávání dat a popis realizace výzkumu

Výběr metody pro sběr dat se zakládá na požadovaném typu informace, i na tom od koho data budeme získávat a za jakých okolností. Zajímalo mě, co si myslí a jaký mají názor jednotliví obyvatelé rezidenčního zařízení, proto jsem zvolila kvalitativní dotazování, metodu rozhovoru.

Data jsem se rozhodla shromáždit především pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sadou připravených otázek. Rozhovor je jednou z nejčastěji používaných metod sběru,

klade na výzkumníka značné nároky, protože je nutné učinit řadu rozhodnutí ohledně otázek, jejich formy i pořadí.

Existuje šest základních typů otázek.³⁹ (Hendl, 2005, s. 167 - 168.)

- **Otázky vztahující se ke zkušenostem nebo chování** se týkají aktivit zpovídané osoby. Jejich úkolem je zjistit to, co by vypozeroval tazatel, kdyby byl neustále přítomen s osobou a sledoval ji.
- **Otázky vztahující se k názorům** jsou zaměřené na porozumění kognitivním a orientačním procesům jedince. Odpovědi na tyto otázky nám objasňují, co si lidé myslí o světě, jaké jsou jejich cíle, záměry touhy a hodnoty.
- **Otázky vztahující se k pocitům.** Jde o otázky směřované k poznání citových reakcí lidí na jejich zkušenosti a prožitky. Získáváme přitom přirozené, emotivní odpovědi na to, co se stalo nebo děje, Je nutné, aby tazatel rozlišoval mezi názory a citovými reakcemi.
- **Otázky vztahující se ke znalostem.** Odpovědi na tyto otázky mají objasnit, co subjekt skutečně zná. Předpokladem je, jisté věci jsou známé, nejde tedy o názory nebo pocity, ale o fakta o případu.
- **Otázky vztahující se k vnímání.** Tyto otázky zjišťují, co dotazovaný viděl nebo slyšel. Odpovědi na ně mají objasnit stimuly, kterým byl dotazovaný vystaven.
- **Otázky demografické a kontextové.** Tyto otázky se týkají identifikačních charakteristik jedince (věk, vzdělání, zaměstnání, plat apod.) Odlišují se od znalostních otázek, protože se týkají rutinních záležitostí.

Rozhovor je jednou z nejčastěji užívaných metod sběru dat, umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, což je jeden ze základních principů kvalitativního výzkumu.⁴⁰ (Švaříček, 2007. s. 178)

Rozhovor je způsob získávání ústních odpovědí na ústně položené otázky, v přímém kontaktu výzkumníka s účastníky výzkumu. Tento způsob dotazování jsem shledala

vzhledem k specifickým požadavkům jako nejpříhodnější, protože umožňuje přímé reagování na výpověď probanda. Výhodou rozhovoru je také možnost otázku přeformulovat v průběhu rozhovoru a případně se doptat na informace související s výzkumem. Při sestavování scénáře rozhovoru jsem také musela zohlednit komunikační schopnosti probandů (u klientů s demencí jsem volila pouze jednoduché věty, protože otázky jak je mám v příloženém scénáři, by tito klienti nejspíš nepochopili). V rozhovoru jsem se snažila o pokládání především otázek otevřených, tedy takových, které nenabízejí žádné alternativy a dávají možnost probandům odpovědět. Otázky zaměřené především na postoje, názory, pocity a zkušenosti dotazovaných.

Také jsem se snažila otázky situovat v čase (otázky směřované k minulosti, přítomnosti a budoucnosti).

Posloupnost pořadí otázek je následující: ⁴¹ (Hendl, 2005, s. 167 – 168)

Otázky týkající se přítomnosti jsem uvedla hned na začátku, protože pro probandy je snazší je zodpovědět, nežli otázky směřující k budoucnosti. Ty obsahují určitou spekulaci a odpovědi na ně jsou méně spolehlivé. Kromě toho můžeme otázek na přítomnost využít jako opory pro otázky do minulosti. Nakonec jsem zařadila otázku, která všechny tyto časové dimenze z pohledu probandů shrnuje.

Rozhovory probíhaly na základě telefonického upřesnění mé návštěvy, která byla již předjednaná vedoucím pracovníkem. Probíhaly v rezidenčním zařízení dlouhodobé péče, v bytech klientů, v předem sjednanou denní dobu, stanovenou podle možností jednotlivých probandů. Po mém příchodu do zařízení jsem byla očekávána vedoucí pracovnící sociálního oddělení, která mě vždy doprovodila, případně určila sociální pracovníci, která měla uvedený úsek v kompetenci a představila klientovi, se kterým měl rozhovor probíhat. Tento postup byl pro následný pocit bezpečí probanda velmi podstatný, v těchto případech při mé žádosti o souhlas s nahráváním rozhovoru všichni zúčastnění bez problému souhlasili. Bez tohoto uvedení jsem budila zpočátku velkou nedůvěru a prosba o možnost nahrání rozhovoru byla nejprve zamítnuta.

Ještě než došlo k rozhovoru s klientem, po představení mé osoby vedoucí sociálního oddělení případně sociální pracovníci, vysvětlila jsem téma rozhovoru a k čemu budou získaná data použita. Také jsem požádala probanda o souhlas s nahráváním veškerých dat na diktafon. Po pár úvodních pár slovech přibližujících téma jsem na vyhovující tempo, které by umožnilo vybudovat a vytvořit prostředí vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu.

Největší pozornost jsem se během rozhovoru snažila věnovat srozumitelnosti, větám, kdy v úvodu jsem slíbila anonymitu našeho rozhovoru, s tím že nebudu uvádět ani jméno ani jiné identifikační údaje a také jsem představila svou výzkumnou otázku, kterou bych chtěla. Aby náš rozhovor proběhl klidně, jeho sympatie. Rozhovor s každým probandem trval okolo 60 – 90 minut, jak bylo řečeno výše vždy přímo v jeho bytě, případně pokoji, který obývá. Rozhovor jsem nahrávala na diktafon, k čemuž jsem si předem vyžádala souhlas. Následně jsem rozhovory přepsala a podrobila analýze. Pro přípravu rozhovoru jsem použila schéma základních témat, která vychází z cíle mého výzkumu. Témata pro rozhovory jsem čerpala z teoretických zdrojů, které byly této problematice věnovány. Cílem výzkumu je zjistit, jaké potřeby mají obyvatelé rezidenčního zařízení dlouhodobé péče Malešice. Pokusit se pomocí získaných dat zformulovat důležitost jednotlivých potřeb probandů a nalézt odpovědi na operacionalizované otázky.

4.3. Vymezení analytické jednotky

V kvalitativním výzkumu jsou účastníci výzkumu vybíráni podle toho, jaké mají zkušenosti se zkoumaným jevem, cílem výběru je to, aby reprezentovali výzkumný problém.

V tomto případě byla kriteria výběru předem známá, podstatné bylo zajistit, aby výzkumné jednotky byly ochotné se zúčastnit, aby porozuměly předkládaným výzkumným otázkám a byly ochotny a schopny spolupráce. Protože se jedná o kvalitativní výzkum, stanovila jsem si počet deseti výzkumných jednotek, který zhruba odpovídá jedné dvacetině obyvatel rezidenčního zařízení. Ve vybraném vzorku probandů jsem se snažila obsáhnout různé druhy omezení, která se u klientů objevují nejčastěji. Jak již bylo řečeno, výzkumu se zúčastnilo 11 obyvatel obojího pohlaví, věku, zdravotního omezení i doby pobytu v tomto zařízení.

Protože se jednalo o výzkum a protože jsem požádala o svolení používat diktafon, vždy jsem předem slíbila účastníkům výzkumu, že oni sami, ani jejich odpovědi (při relativně malém počtu osob by se dalo vydedukovat, kdo a jak odpověděl), nebudou v mé práci přesně specifikovány. S ohledem na etiku výzkumu nebudu probandy v žádném případě konkretizovat a při interpretaci rozhovorů budu pracovat pouze s pojmy proband, senior, obyvatel a pro odlišení jednotlivých výpovědí označím písmeny A – I.

Klientka A: 73 let, osamělá, pasivní, Parkinsonova choroba, aktivit se účastní jen výjimečně, bydlí v rezidenčním zařízení 18 měsíců, oddělení B.

Klientka B: 91 let spíše pasivní, velké omezení v pohybu, bydlí v domově důchodců 6 let, oddělení B.

Klientka C: 79 let velmi aktivní a samostatná, bydlí v rezidenčním zařízení 2 roky, zúčastňuje se téměř všech aktivit, nemá výraznější fyzické ani psychické omezení, oddělení A.

Klientka D: 83 let a je velmi aktivní, omezení v pohybu (chodí s chodítkem), bydlí v rezidenčním zařízení teprve 6 měsíců, oddělení B.

Klientka E: 80 let trpící Alzheimerovou chorobou, vzhledem k zhoršování zdravotního stavu se brzy přestěhuje do specializovaného zařízení pro klienty trpící touto chorobou.

Klientka F: 81 let bez výraznějších psychických nebo fyzických omezení, doba pobytu 4 roky, pasivní přístup, oddělení A.

Klientka G: 87 let, nejzávažnějším omezením je ztráta zraku a zhoršující se mobilita (v současné době používá chodítko), je však stále aktivní, bydlí v domově pro seniory 6 let, oddělení B.

Klient H: 82 let, spíše pasivní, trpí lehkou formou demence, bydlí v zařízení dlouhodobé péče 1 rok, oddělení B.

Klient I: 78 let, velmi aktivní, ztráta sluchu, jinak bez výraznějšího omezení, používá naslouchátko a umí velmi dobře odezírat, oddělení A.

Klientka J1: 83 let, velmi aktivní, přestože má velké pohybové omezení (po oboustranné výměně kyčelních kloubů) a také ještě onemocnění páteře, bydlí zde 4 roky.

Klient J2 : 83 let, velmi aktivní, bez výrazných zdravotních omezení, bydlí zde rovněž 4 roky.

Poslední dva klienti jsou manželé, žijící v tomto rezidenčním zařízení ve společném bytě, oddělení A.

Rezidenční zařízení je rozděleno do dvou oddělení A a B, oddělení A obývají senioři bez potřeby 24 hodinového dohledu, relativně samostatní, využívající služeb pobytového zařízení podle svého vlastního uvážení a podle smluvního vztahu.

Oddělení B slouží klientům, kteří svým zdravotním omezením využívají 24 hodinový dohled a péči, podle svých potřeb a také podle uzavřené smlouvy mezi oběma subjekty.

4.4. Operacionalizace cíle práce a hlavní výzkumná otázka

Cílem výzkumné části mé práce je zjistit, jaké potřeby mají obyvatelé rezidenčního zařízení dlouhodobé péče Malešice. Pokusit se pomocí získaných dat zformulovat důležitost jednotlivých potřeb probandů a nalézt odpovědi na operacionalizované otázky.

Hlavní výzkumná otázka: „Jaké skutečné potřeby mají obyvatelé rezidenčního zařízení?“

V koncipování dílčích výzkumných otázek jsem vycházela z teoretické části. Z této úvahy vplynuly 4 dílčí výzkumné otázky, označené jako 1 – 4 VO. Znění uvádím níže:

1. Cítí se senioři z hlediska svých potřeb uspokojeni?
2. Jaké další požadavky z hlediska těchto potřeb uvádějí?
3. Co postrádají, aby mohli své potřeby naplnit?
4. Jaké mají další náměty a doporučení?

Analýza je pořádání a třídění dat do skupin, tak abychom obdrželi odpovědi na otázky výzkumu. K analýze dat jsem využila otevřeného kódování, bez zakotvené teorie. „Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby.“⁴¹(Strauss, Corbinová, 1999,s.39)

Informace, které jsem získala z rozhovorů, jsem v této kapitole pomocí kódování rozkryla a pokusila se je interpretovat. Následující podkapitoly odpovídají stanoveným kategoriím a obsahují kromě interpretace i dílčí závěr, který mi posléze pomůže při zodpovězení hlavní výzkumné otázky: „Jaké skutečné potřeby mají obyvatelé rezidenčního zařízení?“

První pilotní rozhovor proběhl s *klientkou A*. Sloužil mi jako zkušební vzorek, podle kterého jsem zjistila, zda dotazům rozumí, jak se jí na ně odpovídá a později podle toho upravila otázky, u kterých jsem zjistila, že by jiná formulace byla vhodnější a lépe posloužila svému účelu.

Samotný rozhovor probíhal v průměru kolem 60 minut a kromě otázek ze scénáře obsahoval i demografické a kontextové otázky, které mi pomohly dotvářet celkový obraz a poskytly mi určitý vhled do způsobu života probandů. Tyto otázky jsem se

snažila vkládat během rozhovoru nebo i na samotný závěr, kdy jsem si byla jistá, že nebudou nepříjemné a kdy byla již vytvořena atmosféra vzájemné důvěry.

Také jsem se snažila dotazovaným poskytnout dostatek času na formulaci jejich postojů a názorů. Protože se klienti výzkumu účastnili dobrovolně, dostali samozřejmě nabídku odmítnout odpověď, kdykoliv by jim bylo nepříjemné na otázku odpovídat. Této možnosti však ani jednu nevyužili.

4.5.1. Vstup do zařízení a změna životní situace

Většina probandů se shoduje na tom, že velkým zlomem v jejich životě bylo přestěhovat se do domova pro seniory. Také se shodují na tom, že se jim podařilo adaptovat na současné prostředí a nyní to vidí spíše jako pozitivum. Uvědomují, že je pro ně pobyt v zařízení lepší variantou, nežli být osamělý ve svém původním domově.

Klientka A:

„Doma jsem se cítila osamělá, bylo to kolikrát k nesnesení. Sousedé byli většinou přes den v zaměstnání, odpoledne a večer nemávali čas. Tady mám spoustu přátel, necítím se osamělá, jsem klidná a spokojená.“

Klient I:

„Zemřela mi žena, byl jsem najednou sám, nikdo mě nepotřeboval. Neměli jsme děti, přátelé měli své vlastní starosti a já jsem ztratil chuť žít. Byla to náhoda, ozvala se mi bývalá spolužačka, že máme třídní sraz, ať přijdu. A tak jsem šel. Dozvěděl jsem se od ní, že žije v domově důchodců a je spokojená. A já jsem tu dnes také spokojený.“

Manželé J1, J2:

„Byli jsme šťastní, že se uvolnilo místo a mohli jsme se nastěhovat. Manželka byla velmi nemocná, na invalidním vozíku, náš byt nebyl bezbariérový, pokaždé jsme byli nuceni žádat o pomoc někoho, kdo se zrovna vyskytl, bylo to deprimující. Byli jsme psychicky vyčerpaní, a i když naše děti i naše vnoučata fungovala, měli jsme neustále pocit, že se doprošujeme, že jsme na obtíž.“

„I za pomoci pečovatelské služby jsme byli pořád závislí a tato situace nám nevyhovovala. Několikrát jsme se pokusili o výměnu bytu, ale neuspěli jsme.“

„Tady jsme spokojení, a když nám to chvíli trvalo, než jsme si zvykli. Manželka podstoupila několik operací kyčelního kloubu a teď chodí sama, jen s hůlkou. Jsme samostatní, byt je bezbariérový a to nám vyhovuje. Cítíme se tu doma.“

„Personál je tu velmi ochotný, můžeme se na ně kdykoliv obrátit s prosbou o pomoc, či radu“

Většina z klientů si také dobře uvědomuje, že s nástupem do zařízení přišli o některé své koníčky, že jejich potřeby, které byly uspokojovány určitým navyklým způsobem, budou po určitou dobu zredukovány jen na ty základní, že budou muset pro ně znovu objevovat místo, znovu je uspořádat.

Dílčí závěr:

Probandi se shodují na tom, že adaptace na nové prostředí pro ně nebyla lehkou záležitostí, protože si museli zvykat na nové skutečnosti, jako je změna životního stylu a jiné uspořádání denních činností. Museli se podřídít určitým vnitřním pravidlům, zvyklostem, např. pravidelnému časovému rozvrhu jídelny, stanovenému jídelníčku, rozvrhu v koupelně, prádelně. Bylo to často proti jejich dlouholetým zvyklostem, přesto bylo nutné se přizpůsobit. Často museli zapomenout na své záliby a koníčky. Zároveň se nabídka aktivit pro některé z nich podstatně rozšířila a třeba pomohla znovu objevit jejich zálibu. Dotazovaní se shodují, že jim s adaptací na nové prostředí pomohl ochotný personál rezidenčního zařízení, že jim v prvních dnech a měsících věnoval zvýšenou pozornost. I v dalším období pomocí klíčových pracovníků a individuálního plánování služby s klientem bylo potřebám i požadavkům seniorů vyhověno

4.5.2. Strukturování hlavních požadavků seniorů z hlediska jejich potřeb

Všichni probandi byli velice vstřícní a nebáli se hovořit otevřeně o změnách, které doprovázejí proces stárnutí, většinou se jednalo o změny biologické, některá funkční omezení, např. omezení pohyblivosti, zrakové omezení, sluchové omezení.

Z toho se dá usuzovat, že fakt vlastního stáří respektují a považují své stáří za přirozenou etapu svého současného života.

Stáří je obdobím změn, jak už fyzických, psychických tak i sociálních. A tyto změny se na aktivitě seniorů podepisují. Většina probandů uvedla ve výpovědích, že největší záporné, které jsou spojené se stářím, vidí ve změnách zdravotního stavu což potvrzují:

Klientka D:

„ Stáří zanechává hodně následků, málo platné tomu se neubrání vůbec nikdo.“

Klientka G:

„ Mám zdravotní potíže, nemůžu chodit, pokud nemám dobrý den, tak nevyrazím raději vůbec nikam, přibyly potíže s tlakem a závratě, tak nemůžu dělat všechno, co bych chtěla.“

Klientky se cítí omezeny, jejich potřeba seberealizace a sebenaplnění není zcela uspokojena, cítí se omezeny a důvodem jsou změny zdravotního stavu.

Klient I:

„Mám vysoký tlak, potíže se srdcem a nohy mě bolí skoro pořád, ale to co dělám, se snažím dělat tak, jako dřív.“

Klientka J2:

„Vidím hlavně hodně záporů, protože nemůžu dělat všechno, co chci kvůli zdravotním potížím. Jela bych ráda na nějaký pěkný výlet, ale tím, že chodím velmi špatně, jsem dost omezená.“

Klientka popisuje život ztížený určitým handicapem, ten jí postihl až ve stáří. Velmi těžko si zvyká na změny s touto situací spojené a pokouší se adaptovat na nové podmínky.

Různost odpovědí svědčí o různé adaptabilitě těchto probandů. Všichni poukazují na omezení spojená se stářím, i když z jejich výpovědí vyplývá, že někteří z nich se snaží dělat vše jako dříve, jiní se pasivně tomuto handicapu poddávají. Dokazují to následující citace z rozhovorů.

Klient J1:

„Co jsem dělal, dělám i teď a budu dělat, dokud budu zvládat.“

Klientka C:

„Ne, nemám žádné překážky, ani si je nepřipouštím, zapojuji se do veškerého dění tady v domově.“

Většinou se probandi zmiňovali o různých kompenzacích, kterými si vynahrazují handicap, které jim stáří přineslo. Kromě dvou klientů, kteří se sami přiznali, že jsou velmi pasivní, ostatní i s handicapem žijí aktivním životem. Akceptovali, že se musí naučit žít jiným způsobem, přehodnotit své potřeby a snažit se najít jiné zájmy, a to s ohledem na svá postižení.

Klientka G:

„Já jsem nečetla už alespoň dvacet až třicet let, ale chodila jsem do zvukové knihovny a tam jsem si půjčovala nahrané knihy, to bylo moje hobby, když jsem neměla fyzickou práci. Díky tomu a rozhlasu jsem všechno získávala jenom sluchem, naštěstí mám dobrou paměť.“

Probandi se většinou snažili na stáří a změnách potřeb a koníčků najít něco pozitivního např. to, že mají více času, protože v zařízení je postaráno o všechny základní potřeby.

Klientka D uvádí, že má více času na své koníčky, které kvůli práci a rodině zanedbávala. Zjistila, že se umí realizovat v mnoha činnostech a že ji toto zjištění velmi uspokojuje.

Klientka F zase udává jako klad, že nemusí ráno brzo vstávat, může si víc pospat a nikdo ji do ničeho nenutí.

Dílčí závěr:

Probandi ve svých výpovědích respektují fakt svého stáří i změny, které je provázejí. Zejména si uvědomují změny spojené s biologickým stárnutím, ale za zanedbatelné nepovažují ani změny sociální, které se týkají především rodinných vztahů a změny prostředí.

Nesmíme však zapomenout na klady, které probandi na stáří shledávají, jsou to především klady spojené s trávením volného času, kterého v domovech pro seniory mají podstatně více, nežli tomu bylo doma, s potřebou seberealizace a sebenaplnění, které tu bývají často uspokojeny. Také s pocitem bezpečí a se sociálními kontakty se skupinou a se svými vrstevníky.

„Stáří lidé mají strach z opuštěnosti a osamocení a uvědomují si, že pobytové zařízení představuje způsob, jak se těmto pocitům vyhnout.“⁴² (Vágnerová, Praha 2000, s. 163)

Většina klientů se také snaží i přes různé handicapy trávit svůj čas aktivně, vyrovnat se svojí současnou situací a života si užívat.

4.5.3. Uspokojování potřeb a požadavků seniorů v rezidenčním zařízení

Z výpovědí jednotlivých probandů vyplývá, že většina z nich si ponechá v rámci možností a v rámci nabídky své původní zájmy a koníčky, nové většinou nevyhledávají. Změnám se však dokážou také přizpůsobit a když někdo přijde s nabídkou, rádi se zúčastní. Řada z nich našla nové uplatnění, novou náplň volného času. Potřeba seberealizace je v těchto případech naplňována.

Klient I:

„Když jsem se nastěhoval, měl jsem pocit, že si tu snad nikdy nezvyknu. Předtím mi zemřela žena, žili jsme dlouhou dobu jen sami dva, neměli jsme děti. Nevyhledávali jsme ani společnost, měli jsme rádi svoje pohodlí a trávili jsme volný čas společně. Jezdili jsme pravidelně na chatu a starost o zahradu, různé opravy a budování zabraly veškerý čas. Byli jsme spokojení.“

„ Tady jsem měl dlouhou dobu pocit, že sem nepatřím. Sousedí mi lezli na nervy, a i když jsem nedoslýchavý, byl jsem pořád podrážděný a všechno mě rušilo. Asi mě zachránila mě moje bývalá spolužačka, která mě sem vlastně přivedla. Nedala mi pokoj a pořád mě do něčeho nutila. Tak jsem začal chodit na výlety, trochu mě to začalo bavit, ale necítil jsem se využít, jen tak chodit a prohlížet. Tak mě napadlo, že jsem v mládí rád fotil, začal jsem si ukládat peníze a za pár týdnů si koupil v bazaru foťák. Prošel jsem od té doby kus cesty, dneska uvidíte moje fotky všude kolem, na stěnách, nástěnkách, měl jsem i výstavy mimo domov, už tak nějak se mnou všichni počítají a já mám radost, že to nedělám nadarmo.“

Klientka D:

„Baví mě košíkaření, ale tam, kde jsem bydlela, žádná možnost nebyla a já jsem omezená někam se vůbec dostat. Tady jsem se na začátku nemohla dlouho rozhoupat, ale přesvědčila mě sousedka, která musí být u všeho, co se děje. Zjistila jsem, jak jsem šikovná na ruce a začla dělat i keramiku a další výrobky z různých materiálů. Podařilo se mi i některé moje výrobky prodat, ale o to mi nejde, mám radost, že něco dokážu a že si mě všichni víc všímají.“

Tito klienti našli své uplatnění v zájmových činnostech, objevili své nové kvality, Naplnili svoji potřebu seberealizace, sociální potřebu kontaktu, potřebu být členem nějaké skupiny, potřebu informovanosti a také právo svobodné volby. Uplatnili v těchto činnostech svoji individualitu.

Klientka B:

„ Jsem už stará a nerada se někam vydávám, všechno mě bolí, hlavně v zimě. Mám svůj samostatný pokoj a v něm se cítím dobře. Hodně koukám na televizi, rodina mi pořídila sluchátka, protože slyším hůř než dříve, ráda koukám z okna, nebo když je teplo a hezky sedím na balkóně a jen tak koukám. Ráda čtu. Necítím se sama, pořád je tu rušno a mně ani nechybí sousedky, nemám už na nikoho náladu.“

Klientka A:

„Ať mi vlezou všichni na záda, já si vystačím sama. Nelíbí se mi některé sestřičky, nestarají se o člověka, jak by měly. Pořád na něco čekám. Vadí mi i společné jídlo u stolu, minule jsem se pohádala s jednou takovou, která do mě pořád strkala. Nikam chodit nechci, nebaví mě to.“

Klientky jsou pasivní, jedna z nich je se svojí situací spokojená, její potřeby se zdají být naplněny, tráví čas podle svého vlastního uvážení. Druhá bohužel z nějakého přesně neurčeného důvodu rezignovala, nevidí pro sebe žádnou možnost, připadá si jako v pasti. Protože trpí Parkinsonovou chorobou, je možné, že její zdravotní stav je jednou z příčin jejího postoje. Rozhodně by potřebovala pomoci se zvládnutím své situace, např. pomocí individuálního plánu a klíčového pracovníka, případně návštěvy odborného lékaře.

Dílčí závěr:

Celkově se probandi vyjadřují příznivě, především se to týká naplnění potřeb seberealizace, kontaktu s druhými, potřebou někam patřit a informovaností o dění v domově. Nabídka rehabilitačně – terapeutických programů, dalších aktivit a akcí je podle jejich mínění dostačující a jsou s ní spokojeni.

Samotní senioři podporují trend aktivního stárnutí, což jen přispívá k myšlence, že tato věková skupina opustila pomyslné „ghetto“, kam se je současná společnost svým stereotypním myšlením snaží umístit.

4.5.4. Další požadavky a náměty seniorů

Téměř všichni probandi uvádějí prostředí domova jako příznivé a to především z hlediska uspokojování svých základních potřeb. Přesto z jejich výpovědí vyplynulo, že se tu vyskytují určité problémy, které je trápí a které se stále opakují. Funguje tu výbor obyvatel a vydávají také svůj časopis, k dispozici jsou individuální plány seniorů, psycholog, zdálo by se tedy, že vše probíhá podle pravidel a bez problémů. Jak ze slov některých probandů níže zjistíme, není tomu tak úplně.

Klient J1:

„ Byli jsme od začátku s manželkou nadšení, bezbariérový byt, malá předzahrádka, služby přímo v domově, např. bufet, kadeřník, pokladna, knihovna se společenským sálem, jídelna s celodenní nabídkou stravy a další. Jsme tolerantní lidé, kteří se snažili vždy s každým vycházet a domluvit se, ale až tady jsme zjistili, že to někdy skutečně

nejde ani s dobrou vůlí. Manželka má vzhledem ke svému zdravotnímu stavu stanovenou pevnou dobu odpočinku, a když jsme se chtěli domluvit na jiný termín používání koupelny, nebylo nám vyhověno. Zjistili jsme až potom, že v té době do koupelny chodil klient, který by si bez problémů dobu koupání s námi vyměnil. Když jsme se na sesterně obrátili na staniční, slyšeli jsme samé výmluvy. Od té doby se k nám nechovají vstřícně, nedostáváme informace, obáváme se, aby se to ještě všechno neobrátilo proti nám.“

Klientka J2:

„Já mám zase špatné zkušenosti, co se týče stravy. Mám jen půlku žaludku a musím jíst dietně, ale porce a to co uvaří, nestojí za nic. Vůbec nechápu, že mají nutriční certifikát. Někdy je k hlavnímu jídlu jen nějaká špatně ochucená kaše, studené večeře to je taky horor, třeba konzerva paštiky a k tomu krajíček chleba a pořád jen ta samá vánočka. Nejhorší na tom je, že si platíme celodenní stravu a musíme ji odebírat. Naše finance nejsou tak úžasné a hodně stojí taky léky. Zmínila jsem se o jídle sousedce z výboru obyvatel a několikrát jsem v jídelně nahlas kritizovala, něco se skoro nedalo jíst, ale teď už se bojím, zatím se sice nic nestalo, ale cítím, že se něco změnilo. Nestalo se vůbec nic, jen je tu to napětí. Budu holt zticha a nějak se s mužem zařídíme.“

Probandi se shodují, že se necítí psychicky bezpečně. Na něco poukázali, chtěli to zlepšit a ono se to podle jejich pocitů obrátilo proti nim. Jsou s tím nespokojení, nervózní, necítí se bezpečně. Jejich sociální potřeby a potřeba bezpečí nejsou naplněny. Také se cítí omezení, protože musí odebírat stravu, která jim nechutná a někdy ani nedostačuje k nasycení. Protože je to manželský pár, situaci ve dvou lépe zvládají a necítí se zatím v úplném ohrožení.

Klient H:

„Já se bojím jet do nemocnice, už tam nikdy nechci. Udělalo se mi špatně, tak přijela sanitka a odvezla mě. Cestou se mnou narazili do dveří, udělala se mi na ruce velká modřina a bolelo to. V nemocnici mě nechali skoro celý den čekat. Nedostal jsem nic k jídlu, jenom mi po obědě dali napít z kohoutku. Mám cukrovku a bylo mi špatně. Už tam nikdy nechci. Mám tady sousedku a ta se o mě stará, já už si nic nepamatuju. Mám malou vnučku a děti za mnou taky chodí, ale plete se mi to už všechno

dohromady. Někdy je mi špatně, ale k doktorovi nepůjdu, zase bych musel do nemocnice. Ještě že mám sousedku.“

Klientka G:

„ Jsem vždycky nenaladěná a v panice, když musím navštívit zdejšího doktora. Je to divnej pavouk, nemá rád ženský, jak si na vás jednou zasedne, je to špatný. Skoro vůbec nemluví, anebo vás uráží. Nikdo neví, co udělá dobře a co ne, co se panu doktorovi zase znelíbí. Já jsem s ním zatím žádný výstup neměla, ale pořád na to čekám. Všichni to vědí, sousedi, personál, pan ředitel, ale nikdo s tím nic nedělá. Taky se říká, že sem žádnýho doktora nemůžou sehnat, ale mi za to přece nemůžeme?“

Oba obyvatelé se cítí ohroženi, jejich základní potřeba psychického bezpečí je porušena. Nevědí si s celou situací rady, myslí si, že je to beznadějný stav a každý z nich si našel své prozatímní řešení. Opora druhého člověka, zvládnutí situace překonáním sama sebe. Ani jeden z nich nechce situaci řešit aktivně.

Dílčí závěr:

Z rozhovorů s probandy vyplynulo mnoho užitečných informací. Zdá se, že zásadní je komunikační bariéra v určitých oblastech života rezidenčního zařízení. Senioři mají možnost uplatnit některé z výše zmíněných prostředků (výbor obyvatel, časopis, schránka na stížnosti, individuální plánování služby, psycholog, personál) k tomu, aby se situace stabilizovala nebo zlepšila. Mohou své náměty uplatnit na besedách s panem ředitelem, které se uskutečňují pravidelně, i když v delších časových intervalech.

Většina z nich však pociťuje určité obavy o svoji další existenci, mají strach, že by si upozorněním na tyto nedostatky způsobili psychickou újmu. Pokud se to dotýká jejich zdraví a kvality života je to zcela jistě velmi závažný problém, i kdyby se týkal jen malého počtu obyvatel zařízení.

Je tedy na zaměstnancích a vedení domova, aby pracovali se všemi dostupnými prostředky a poskytli svým obyvatelům kvalitní službu vykonávanou v přátelském a životaschopném prostředí.

4. 5. 5. Diskuze

Na základě výzkumu, který jsem realizovala, je možné říci, že senioři obývající rezidenční zařízení dlouhodobé péče Malešice naplňují svůj volný čas aktivně, snaží se uspokojovat své potřeby a vyvrací tak stereotypní názory a mýty o stáří. Navzdory různým omezením, především zdravotním se snaží nebýt pasivní a postavit se změnám čelem. Také hledat východiska, jak si udržet dobrou psychickou i fyzickou kondici.

To je také jeden z důvodů, proč vyhledávají rekreačně - terapeutické programy, není však jediný. Dalším důvodem je samotné uspokojování potřeb, jako např. potřeba být součástí nějaké skupiny, být vyslechnut a mít potřebu naslouchat a i mnohem banálnější důvody jako je radost z kontaktu s ostatními, nebo zábava. Podstatnou se jeví potřeba seberealizace. Nabídku programů, akcí a dalších aktivit, považují probandi za optimální a přiměřenou pro svůj věk, někteří našli novou náplň, další znovu objevili zapomenutého „ koníčka“ a potřebu seberealizace se jim daří prostřednictvím této nabídky naplnit.

Také potřeba bezpečí, ekonomického, fyzického i psychického je zmiňována probandy ve všech výpovědích. Přání, cíle a potřeby klientů jsou součástí individuálního plánování služby. Po příchodu do zařízení je sociálním pracovníkem uskutečněn rozhovor s klientem a na jeho základě vypracován individuální plán péče. Ve stanovených intervalech je individuální plán aktualizován, tak aby sloužil potřebám seniora, co nejlépe.

Je otázkou, zda v zařízeních stejného typu jsou naplňovány potřeby, požadavky a zájmy klientů stejnou měrou a stejným způsobem, jako se to uskutečňuje v tomto konkrétním rezidenčním zařízení. Domnívám se, že záleží nejen na konkrétním rezidenčním zařízení se standardní nabídkou služeb, ale také na složení jeho obyvatel z hlediska věku, pohlaví, zdravotního stavu, typu temperamentu, životního stylu a na skladbě jeho zaměstnanců. Všechny tyto proměnné utvářejí konečnou podobu života obyvatel rezidenčních zařízení.

5. Závěr

Tématem mé bakalářské práce je uspokojování potřeb a požadavků seniorů v rezidenčním zařízení dlouhodobé péče Malešice. Pomocí výzkumu jsem se snažila odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: „ Jaké skutečné potřeby mají obyvatelé rezidenčního zařízení?“

V teoretické části jsem se blíže seznámila s problematikou seniorů, stárnutím a stářím, změnami, které tento proces doprovázejí, základními a specifickými potřebami, obecnou charakteristikou pojmu volný čas a možnostmi trávení volného času seniorů v rezidenčních zařízeních.

V části empirické části jsem se snažila pomocí kvalitativního výzkumu odpovědět na hlavní a dílčí výzkumné otázky.

Hlavní metodou sběru dat se stal polostrukturovaný rozhovor, jehož scénář jsem sestavila pomocí operacionalizace dílčích výzkumných otázek a následně ještě upravila po provedení pilotního rozhovoru. Záměrně jsem vybrala probandy, kteří museli splňovat podmínku být klienty v zařízení dlouhodobé péče Malešice. Snažila jsem se obsáhnout ve vybraném vzorku různé druhy omezení, která se v těchto zařízeních u klientů vyskytují nejčastěji.

Analýzou získaných dat jsem došla k následujícím závěrům:

Senioři se snaží o aktivní trávení volného času a to vyvrací stereotypní názory a mýty o stáří, snaží se navzdory různým omezením, které jim přináší jejich zdravotní stav být stále platnými členy společnosti a hledají východiska, jak si udržovat své schopnosti i ve vysokém věku. Tím jsou naplňovány jejich základní potřeby a oni mohou žít spokojený a plnohodnotný život.

Většina klientů je s nabídkou služeb zařízení s rezidenční péčí Malešice spokojena a konstatují, že programy a péče odpovídají jejich potřebám, cílům a přáním. Podíl starých lidí na počet obyvatel se zvyšuje, důsledkem je, že vzniká početná skupina obyvatel, která má své specifické požadavky a nároky.

Zajímavým zjištěním je také skutečnost, že většina starých lidí navzdory všem negativním změnám si své stáří užívá a je v této životní etapě spokojena. Stárnutí společnosti je fenoménem dnešní doby a my bychom se měli snažit aktivně podílet na jeho řešení, třeba jen tak, že se budeme podílet na výchově jedinců se zdravým přístupem k tomuto tématu, bez předsudků a ageismu.

Člověk je ve stáří postaven před úkol přizpůsobovat se nejen řadě změn ve vlastním organismu, ale i řadě změn vnějších (změny sociálního postavení, životního stylu a sociálního prostředí, včetně úmrtí blízkých lidí apod.). Adaptace na změny však v každém případě probíhá ve stáří pomaleji a každá nemoc či stres přizpůsobivost ještě zhoršují. Dramatická změna životního způsobu, jakou je nástup do rezidenčního zařízení, je v tomto věku samo o sobě mnohdy až život ohrožující, úmrtnost starých lidí po přijetí do trvalé ústavní péče je vysoká a s věkem narůstá. K poruchám adaptace a závažným zdravotním obtížím ovšem může dojít i při pouhém přemístění starého člověka z lůžka na lůžko ve stejném pokoji. Zásady duševní hygieny ve stáří by proto měly být zaměřeny na udržování a posilování přizpůsobivosti. Švancara (1997) v této souvislosti uvádí následující předpoklady optimální adaptace ve stáří na stáří

(zás., „pět P“): ⁴³(Langmeier, Krejčíková, 1998, str. 190)

- **perspektiva** (udržující orientace na budoucnost osobní i nadosobní),
- **pružnost** (pohotovost přijímat nové podněty, měnit své životní zvyky, včetně schopnosti sebekritiky),
- **prozíravost** (včetně schopnosti organizovat si život přiměřeně svým možnostem, kompenzovat dílčí deficity i úbytek sil apod.),
- **porozumění pro druhé** (včetně tolerance odlišných názorů a postojů)
- **potěšení** (schopnost udržet si svoje radosti a uspokojení).

Jako další důležitý problém jsem zaznamenala odlišné postoje k individuálnímu plánování služeb. (příloha č. 1, příloha č. 2).

Jsem přesvědčena o tom, že tato metoda by se měla stát nedílnou součástí poskytované péče a měla by být vnímána jako jedna z opor podpory individualizace péče seniorů. Ze strany vedoucích pracovníků je třeba s individuálním plánováním jako nezbytnou

součástí práce počítat. Význam individuálního plánování je třeba zdůrazňovat a pravidelně poskytovat metodickou podporu odborníkům, týkající se tohoto tématu. Výsledky výzkumného šetření ale přineslo dle mého názoru mnoho nových pohledů na tuto problematiku.

Většina klientů se také snaží i přes různé handicapy trávit svůj čas aktivně a kompenzovat tak ztráty, ke kterým dochází v souvislosti s procesem stárnutí, uspokojuje tak své potřeby, větší či menší měrou.

Výzkum přinesl porovnání s faktickým prostředím a situacemi tak jak existují ve skutečné realitě a ačkoliv není možné tento kvalitativní výzkum, vzhledem k malému vzorku dotazovaných nijak zevšeobecňovat, přesto je pro práci v sociálních službách přínosný. Výsledky výzkumu lze využít jednak pro poskytovatele na místní úrovni, kteří z těchto výsledků mohou čerpat informace, které lze v pozitivním smyslu využít pro zlepšení kvality poskytované služby.

6 Seznam použité literatury

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. přep. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-808-7109-199.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2

<http://www.dcs-zop.wz.cz/htm/KtAgeisON.htm>

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2

KOLEKTIV autorů. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Praha: Rebo. 2007. 27 s. ISBN 80-7234-536-2

LANGMEIER, Josef. KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 3. vyd.

Praha: Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X

MATOUŠEK, Oldřich., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*.

1.vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-x

MERTEN, Michaela. *Koučink duše*. 1.vyd. Olomouc: Anag, 2014. 200 s.

ISBN 80-7263-878-9

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia,

1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum 1990. 135 s. ISBN

80-201-0076-8

PÁVKOVÁ, Jiřina. *Základy pedagogiky volného času*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002.

221 s. ISBN 80-7178-711-6

PICHAUD, Clément. THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd.

Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, Portál 1989. 432 s. ISBN 80-

7038-078-0

STRAUSS, Anselm. CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. 195 s.

ISBN 80-85834-60-x

Portál, 2000. 522 s. ISBN 807178-308-0

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus - průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV, 2002. 45. s. ISBN 80-238-9506-0

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 807178-308-0

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. 1.vyd. 2008. Liberec: TUL, 2008. ISBN 978-80-7372-307-1

VÁŽANSKÝ, Mojmir. SMÉKAL, Vladimír. 1. vyd. Brno: Paido, 1995. ISBN 80-86384-00-4

WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1982. 368 s. ISBN 80-7229-042-8

Příloha č. 1 Zjištění osobních přání, cílů a potřeb klienta pro individuální plánování služby s klientem

Příloha č. 2 Individuální plánování služby s klientem