

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Pavlína Pechušková

**Individualizace při zajišťování dietního stravování v domovech
pro seniory**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Táboře dne 28. května 2016

Pavλίna Pechuřková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc. za její odbornou pomoc a cenné rady při zpracování mé diplomové práce.

Děkuji také mému manželovi, který mě při psaní diplomové práce a během celých studií obětavě a láskyplně podporoval.

Velký dík patří i mé dceři za to, že mi po celou dobu dodávala vnitřní sílu a optimizmus.

OBSAH

Abstrakt	7
Abstract.....	8
I. Úvod	9
II. Teoretická část	11
1. Individualizace v kontextu sociální služby domov pro seniory.....	11
1.1 Sociální služba – domov pro seniory	12
1.1.1 Historický vývoj pobytových služeb pro seniory	12
1.1.2 Vývoj pobytových sociálních služeb po roce 1989	14
1.1.3 Situace v péči o seniory po přijetí zákona o sociálních službách	15
1.2 Individualizace v domovech pro seniory jako požadavek standardů kvality	16
1.2.1 Standardy kvality sociálních služeb.....	16
1.2.2 Standard č. 5: Individuální plánování a průběh služby.....	19
1.2.3 Individuální plánování péče.....	20
1.2.4 Postup individuálního plánování v pobytových službách.....	22
1.2.5 Role managementu při individuálním plánování.....	24
1.2.6 Význam individuálního plánování.....	24
1.2.7 Překážky při uplatňování individualizovaného přístupu	25
1.2.8 Role organizační kultury při realizaci individualizovaného přístupu ke klientovi	25
1.2.9 Poznatky z výzkumů týkajících se individualizace péče	26
2. Životní styl seniorů a jeho změna v DpS.....	28
2.1 Specifika životního období označovaného jako seniorské	28
2.1.1 Biologické aspekty seniorského věku.....	29
2.1.2 Psychologické aspekty seniorského věku	30
2.1.3 Sociální aspekty seniorského věku	31
2.1.4 Ageismus	33
2.1.5 Životní potřeby seniorů jako výchozí bod pro individualizovanou péči	33
2.1.6 Specifické potřeby seniorů s demencí	36
2.2 Specifika stravování seniorů	37
2.2.1 Nejčastější onemocnění ve stáří a jejich ovlivnění výživou	40
2.2.1.1 Nadváha a obezita	40

2.2.1.2 Diabetes mellitus II. typu.....	41
2.2.1.3 Kardiovaskulární choroby.....	42
2.2.1.4 Dna.....	42
2.2.1.5 Zácpa.....	42
2.3 Fenomény spojené s přechodem seniora z domácího prostředí do pobytového zařízení sociálních služeb	43
2.3.1 Adaptační proces.....	45
2.3.1.1 Poznatky z výzkumů týkajících se adaptace v domovech pro seniory	46
3. Stravování v DpS a možnosti individualizace.....	46
3.1 Systémy stravování v domovech pro seniory	47
3.2 Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory jako východisko pro individualizaci ve stravování	48
III. Praktická část.....	52
1. Cíl výzkumu a výzkumné otázky	52
2. Design výzkumu	53
2.1 Výzkumná metoda	53
2.2 Výzkumný soubor	54
2.2.1 Způsob výběru výzkumného souboru.....	56
2.3 Realizace výzkumu a sebereflexe výzkumníka	56
3. Výsledky výzkumu	57
3.1 Kostra příběhu.....	60
3.2 Jak pracuje organizace s konceptem individualizace péče	61
3.3 Možnosti a limity domovů v poskytování individualizované péče ve stravování.....	65
3.3.1 Nedostatek personálu	65
3.3.2 Finanční rozpočet.....	67
3.3.3 Kapacitní limity	68
3.3.4 Zdravotní stav klientů	69
3.3.5 Možnosti domovů	71
3.4 Postoje klientů k individualizaci péče v oblasti stravování	78
3.4.1 Postoje klientů.....	79
3.4.2 Něco chybí, něco přebývá.....	81
4. Shrnutí.....	85

5. Diskuze	87
IV. Závěr	91
Použité zdroje	93
Seznam tabulek a obrázků	103
Seznam příloh.....	103

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na individualizaci péče při zajišťování stravování ve třech domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Cílem kvalitativního výzkumu bylo odkrýt, jaké jsou možnosti domovů při zajišťování stravování, kde leží hranice a limity individualizované péče a jaký zaujímají klienti domovů postoj k individualizaci.

Výsledky výzkumu ukazují, že domovy pro seniory mohou vyjít klientovi vstříc v základních individuálních požadavcích, jako je například výměna neoblíbeného pokrmu za jiný nebo neoblíbené přílohy za jinou. Zohledňují se také zdravotní omezení klientů v přípravě a podávání stravy. Pro větší individualizaci však nemají domovy kapacitu. Problémem je i nedostatek personálu. Spíše než finančním rozpočtem jsou domovy limitovány zákonnými normami. Konzervativní a konformní postoje klientů nemotivují manažery domovů k rozšíření možností nebo ke změně systému. Pojem individualizace si domovy pro seniory vykládají různým způsobem a v praxi se spíše o individualizaci ve stravování snaží, než že by ji skutečně realizovali. Ukázalo se, že individualizace je komplexní fenomén, jehož míra naplňování závisí na mnoha faktorech, především na celkovém přístupu pracovníků ke klientům a na postojích samotných klientů.

Klíčová slova: senioři, domovy pro seniory, individualizace, stravování, Standardy kvality sociálních služeb

Abstract

Diploma thesis is focused on the individualization in providing diets in three homes for the elderly in the South Bohemian region. The main goal of the qualitative research was to uncover what the options of the homes in providing the diets are, where the boundaries and the limits of the individualized care are and what the clients' attitude toward individualization is.

Results of the research show that the homes for the elderly can accommodate just to the basic requirements of the client, such as replacing unpopular dish or side dish for another one. Medical restrictions of the clients in preparation and serving their food are taken into account. The homes don't have the capacity for greater individualization. Another problem is the lack of staff. The homes are limited by legislation rather than by their financial budget. Clients' conservative and conformal attitudes are not empowering managers to expand some options or to change the system. The concept of the individualization is interpreted by the homes for the elderly in different ways. In practice, they rather just try to individualize the diets, than truly doing it. It turned out that individualization is a complex phenomenon and the extend of its fulfillment depends mainly on organizations' overall approach to the clients and on the clients' own attitude.

Keywords: seniors, homes for the elderly, individualization, diets, Social services quality standards

I. Úvod

Současným požadavkem i trendem v poskytování sociálních služeb se stala individualizace péče. Individualizace péče je součástí standardů kvality sociálních služeb, které jsou závazné pro registrovaná pobytová zařízení sociálních služeb (Zákon, 2006). Cílem diplomové práce je nastínit celou problematiku individualizace péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, nahlédnout do historie i současných trendů v poskytování sociálních služeb pro seniory a zjistit, jaká je skutečná praxe domovů pro seniory v individualizaci péče v oblasti stravování. Především, jaké jsou možnosti domovů při zajišťování péče, co jde v rámci domova zajistit a co už domovy svým klientům poskytnout nemohou a proč tomu tak je. Jaké faktory v této oblasti hrají tu hlavní roli – je to velikost zařízení, množství personálu, finanční rozpočet nebo postoje managementu a pracovníků? A uvítali by větší individualizaci ve stravování samotní klienti?

Jako nutriční terapeutce je mi téma mé diplomové práce velmi blízké. Po skončení rodičovské dovolené plánuji nastoupit do domova pro seniory na pozici nutriční terapeutky, tudíž pro mě zpracování této práce mělo velký význam i z hlediska profesního. Snažím se zde odkrýt limity individualizované péče a hlavní aspekty, které hrají roli v oblasti zajišťování stravování v domovech pro seniory. To pro mě bude velkým přínosem z pohledu prohloubení znalostí v oboru a lepšího pochopení problematiky stravování seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb. Tajně též doufám, že bych na své nové pozici mohla být iniciátorkou změn v systému péče o stravování klientů.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám pojmem individualizace péče, který vyplývá ze standardů kvality sociálních služeb, dále vývojem sociálních pobytových služeb v České republice a současnými trendy v péči o seniory. Dále pojednávám o životním stylu seniorů a o tom, jak se mění se vstupem do domova pro seniory. Zmiňuji se také o specifických potřebách seniorů ve stravování a obecně o stravování v domovech pro seniory a možnostech jeho individualizace. Pro lepší vykreslení problému uvádím i několik výzkumů zabývajících se individualizací péče a stravováním v domovech pro seniory. V praktické části prezentuji výsledky svého kvalitativního výzkumu, ve kterém jsem zkoumala možnosti a limity individualizace ve stravování ve třech vybraných domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Jako výzkumnou techniku jsem zvolila hloubkové polostandardizované rozhovory

s pracovníky i klienty domovů. Cílem výzkumu bylo zodpovězení hlavních výzkumných otázek: Jak domovy pro seniory pracují s konceptem individualizace péče? Jaké jsou možnosti a limity domovů pro seniory při zajišťování individualizované péče v oblasti stravování? Jaký zaujímají klienti postoj k možnostem individualizace péče v oblasti stravování v domově?

Diplomová práce se zabývá dosud málo probádanou oblastí individualizace péče v pobytových zařízeních. Výsledky výzkumu by mohly posloužit domovům pro seniory jako námět k zamyšlení nad jejich možnostmi a limity při zajišťování stravování svým klientům. Práce také může osvětlit široké veřejnosti, jak si domovy pro seniory vysvětlují pojem individualizace péče, co může domov svým klientům nabídnout a co už přesahuje limity institucionální péče. Konečně by mohla být tato práce podnětem k dalšímu zkoumání v oblasti individualizace péče ve stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb.

II. Teoretická část

1. Individualizace v kontextu sociální služby domov pro seniory

Zvyšující se kvalita života celé populace i stále se rozvíjející možnosti medicíny mají dopad na prodloužení lidského života. Stárnutí populace je nevyhnutelný fakt, který dokládají statistická šetření. K 31. 12. 2008 žilo v České republice 1 556 152 osob starších 65 let (Ministerstvo, 2016). K 31. 12. 2013 bylo osob nad 65 let již 1 825 544 (Ministerstvo, 2016) a tento trend bude dále pokračovat. Stárnutí populace je problémem celosvětovým a reagují na něj i největší mezinárodní organizace. Mezi mezinárodní priority týkající se seniorské populace patří například vyloučení ageizmu, integrace seniorů do společnosti, důraz na kvalitu života ve stáří, maximální účelnost všech forem péče o seniory a celkové zvýšení sociálního statusu seniora (Hrozenková, Dvořáčková, 2013).

Častým problémem lidí ve vyšším věku je ztráta soběstačnosti. Rodina ale někdy není schopna péči o ně zajistit. Volbou, která je nasnadě, se stane domov pro seniory. Přejít do domova pro seniory znamená v životě starého člověka razantní změnu, kterou může nést velmi těžce. Cílem celého jeho okolí by měla být snaha o ulehčení takového těžkého údělu, a to prostřednictvím správného přístupu a vytvoření příjemných životních podmínek v rámci pobytového zařízení.

Velká změna v péči o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb přišla s přijetím Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon zavedl pojem individualizované péče, která měla nahradit dosavadní péči skupinovou. Individualizovaná péče si klade za cíl maximálně zohledňovat individualitu klienta a systematicky usilovat o splnění jeho očekávání (Malíková, 2011). Kvalita péče v domovech pro seniory se odráží v životní spokojenosti klientů. Dle Haškovcové (2010) znamená individualizovaná péče, neboli péče orientovaná na klienta, uspokojování potřeb klienta s cílem zajistit jeho maximální psychický i fyzický komfort.

V této kapitole se budu věnovat historickému vývoji péče o staré občany a současným vývojovým trendům v poskytování pobytových služeb pro seniory, následně vymezím, co se skrývá pod pojmem individualizace péče v sociálních službách a jaký vliv na její zavedení do praxe měly standardy kvality sociálních služeb. Na závěr uvedu několik

zajímavých poznatků z výzkumů týkajících se individualizace péče a stravování v domovech pro seniory.

1.1 Sociální služba – domov pro seniory

Domovy pro seniory, jak je známe dnes, představují typickou formu institucionální péče o seniory. V těchto zařízeních je klientům poskytováno trvalé ubytování, celodenní stravování a další spektrum služeb – péče o domácnost, ošetrovatelská a rehabilitační péče i nejrůznější programy pohybových i kulturních aktivit (Matoušek, 2005). Zákon o sociálních službách definuje domovy pro seniory jako místa, kde jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, zejména z důvodu věku (Wildmannová, 2014). Ke konci roku 2013 bylo v České republice registrováno 491 domovů pro seniory, které poskytovaly ubytování celkem 36 598 uživatelům (Ministerstvo, 2016).

Kvalitativní i kvantitativní vývoj těchto zařízení urazil dlouhou cestu a ještě nekončí. Pro pochopení důvodů jejich vzniku a také vzniku myšlenky individualizované péče je potřeba nahlédnout do minulosti.

1.1.1 Historický vývoj pobytových služeb pro seniory

V dávné historii byli staří lidé odkázáni na péči své rodiny, a to za předpokladu, že měli takovou rodinu, která byla ochotna se o ně na sklonku jejich života postarat. Pokud tomu tak nebylo, ocitli se staří lidé na okraji společnosti a živořili v nedůstojných podmínkách. S rozvojem křesťanství se opuštěným starým lidem mohlo dostat pomoci formou charity, která se opírala o myšlenku lásky k bližnímu. Skutečně první instituce pro dlouhodobý nebo trvalý pobyt starých lidí vznikaly až ve středověku. Byly to tzv. špitály. Postupně se odpovědnost za péči o staré lidi přesunula do rukou „světské moci“. Stát začal nejprve zřizovat ústavy, kde žili všichni sociálně znevýhodnění (staří, nemocní, chudí) pospolu. Až koncem 18. století vznikaly samostatné ústavy pro staré lidi – starobince (Haškovcová, 2010; Matoušek, 2011).

Péči o staré a chudé členy společnosti se dostalo legislativního zakotvení v polovině 19. století formou institutu domovského práva. Podle tohoto práva byla domovská obec povinna postarat se o své občany, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. V obcích i městech začaly vznikat starobince a tzv. pastoušky. Pastoušky byly velké domy, které obec postavila pro všechny potřebné, kteří neměli na jídlo ani střechu nad hlavou. O zajišťování alespoň minimální obživy obyvatel pastoušek se starali ostatní obyvatelé obce. Podstatnou část obyvatel pastoušek tvořili právě staří a nemocní lidé. K velkému rozvoji ústavní péče pro staré a chudé dochází v období První republiky. Jako příklad bych zmínila výstavbu pražských sociálních ústavů – Masarykových domů (dnes Thomayerova fakultní nemocnice), které byly jedním z největších a nejmodernějších zařízení v Evropě. Masarykovy domy tvořilo celkem 21 budov, z toho 5 bylo zřízeno jako starobince, vždy s 200 – 250 lůžky (Haškovcová, 2010; Matoušek, 2011).

Další velké změny nastaly po 2. světové válce s příchodem socialismu. Veškerou odpovědnost za sociální zabezpečení svých občanů převzal stát (Haškovcová, 2010). Domovské právo bylo zrušeno a byl vytvořen jednotný systém sociálního zabezpečení. Sociální zařízení pro seniory nesla nově název domovy důchodců. Jejich počet narůstal a na konci 50. let jich u nás bylo bezmála 300 (Haškovcová, 2010).

Kvalita života seniorů v těchto zařízeních v období socialismu je z dnešního pohledu hodnocena spíše negativně. Možná právem, je ale potřeba sledovat celou situaci v historickém kontextu doby. V éře socialismu vyrůstaly nové domovy důchodců jako houby po dešti. Jak uvádí Haškovcová (2010), tento trend byl v té době stejný u nás jako i v ostatních vyspělých státech Evropy. Důvod byl ten, že životní úroveň starých lidí v poválečném období nebyla většinou příznivá. Tísnilo se s ostatními členy rodiny v malých bytech nebo přebývali ve vesnických polorozpadlých staveních v neutěšených hygienických podmínkách. Nabídka relativně pohodlnějšího života v domově důchodců, kde budou mít „o vše postaráno“, byla lákavá. A tak začala éra velkého rozmachu pobytových zařízení sociálních služeb. Přestavěné městské domy již nepokryly poptávku, a tak začal vznikat trend stavění velkých ústavních zařízení na periferiích měst nebo na samotách. Tím, že tato zařízení byla v podstatě izolována od ostatního světa, došlo k tomu, že „zaspala“ i pokrok doby, a to byl dle mého názoru důvod jejich špatné pověsti, která přetrvává dodnes.

Dle Malíkové (2011) byly socialistické domovy důchodců charakteristické nedostatkem soukromí a špatnou hygienou, personál svým paternalistickým, direktivním přístupem a celkově byly ignorovány individuální potřeby seniorů. Klient jen pasivně přijímal poskytovanou péči a nebylo mu umožněno pokračovat v předchozím stylu života. Jeho život se musel přizpůsobit chodu zařízení, nikoli naopak. Pilát (2015) doplňuje, že v tehdejších domovech důchodců dominoval střední zdravotnický personál, což podporovalo ošetrovatelský přístup k seniorům. Běžnou praxí bylo nedůstojné tykání klientům. Haškovcová (2010) ovšem upozorňuje na to, že nelze socialistický systém péče o seniory vnímat pouze negativně. V porovnání s předválečným obdobím zaznamenala péče o seniory významný pokrok a nelze jen očerňovat, a tím devalvovat mnohdy obětavou a pečlivou práci všech sociálních a zdravotnických pracovníků.

1.1.2 Vývoj pobytových sociálních služeb po roce 1989

Změny, které nastaly pro roce 1989, se dotkly i pobytových zařízení sociálních služeb. Ústavní péče již nebyla pro seniory, kteří nadále nemohli bydlet samostatně nebo s rodinou, jedinou možností. Spektrum poskytovatelů i druhů sociálních služeb pro seniory se značně rozrostlo. Rychlost, s jakou vznikaly nové organizace, však předběhla rychlost vývoje legislativy, a tak se stalo, že zařízení nebyla nikým zastřešována a kontrolována. To se odráželo v kvalitě poskytovaných služeb (Horecký, Tajanovská, 2011; Pilát, 2015). V prostředí sociálních služeb se začala skloňovat slova kvalita, lidské potřeby, humanizace a individualizace péče (Štegmannová, Havrdová, 2010). Haškovcová (2010) přidává ještě další pojmy, které do našeho prostředí pronikly ze zahraničí. Jsou to deinstitucionalizace (převedení péče z ústavů do přirozeného prostředí), demedikalizace (nepovažovat klienta za doživotního pacienta), deprofesionalizace (zapojení rodiny do péče o seniory) a deresortizace (provázání jednotlivých oborů v péči o seniory). To vše vyústilo v nutnost celkové reformy sociálních služeb, která probíhala velmi postupně a byla završena až v roce 2006.

Jedním z prvních reformních kroků bylo vydání dokumentu „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“,

který vznikl z iniciativy Ministerstva práce a sociálních věcí. V tomto dokumentu se Česká republika hlásí po vzoru ostatních evropských zemí k deinstitucionalizaci a podpoře práva seniorů žít ve svém přirozeném prostředí. Uvádí se v něm, že cílem transformace je zvýšení kvality a odborné úrovně poskytování služby prostřednictvím individualizovaného a humanizovaného přístupu. Deinstitucionalizaci v našem prostředí chápeme jako omezení počtu ústavů a poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí (Sokol, Trefilová, 2008).

Tato nová situace v prostředí sociálních služeb ovšem neznamena, že by domovy pro seniory měly zaniknout, pouze se vyžadovala přeměna nabízených služeb a přeměna prostředí tak, aby odpovídalo novým přístupům (Haškovcová, 2010; Štegmannová, Havrdová, 2010). Jak uvádějí Štegmannová a Havrdová (2010), stará zařízení architektonicky nedávají možnost uplatňovat nové přístupy k péči o seniory. Individualizovaná péče nejde realizovat ve velkých zařízeních pro několik stovek klientů žijících ve vícelůžkových pokojích se společným sociálním zařízením, navíc někde na okraji města.

Poskytovatelé pobytových služeb jsou tedy podporováni v transformaci zařízení do podoby, která umožňuje poskytování služeb v přirozeném prostředí a individualizovaně. V případě, že to není možné, tak by se měli poskytovatelé snažit alespoň co nejvíce přiblížit způsob života klientů v pobytovém zařízení životu v domácím prostředí. Celý proces transformace byl dále podpořen vznikem standardů kvality sociálních služeb v roce 2002. Konečnou změnu přinesl ale až Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Sokol, Trefilová, 2008).

1.1.3 Situace v péči o seniory po přijetí zákona o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, účinný od 1. 1. 2007, přinesl zásadní změny v pobytové péči o seniory. Mezi „technické“ změny bych zařadila přejmenování *domovů důchodců* na *domovy pro seniory*, zavedení pojmu *uživatelé sociálních služeb* namísto pojmu *obyvatelé* a zavedení příspěvku na péči (Haškovcová, 2010). Největší význam má ale změna hodnot a principů v poskytování péče v domovech. Vzhled domovů se změnil. Jsou preferována menší zařízení, která poskytují klientům možnost co

největšího soukromí. Důraz je kladen na pěkné vybavení připomínající domácí prostředí, individualizovaný přístup personálu, respektování potřeb, zachování důstojnosti, profesionalitu a celkově na co nejvyšší kvalitu služby (Haškovcová, 2010; Štegmannová, Havrdová, 2010; Malíková, 2011; Sokol, Trefilová, 2008). Haškovcová (2010), ale považuje současné pojetí sociálních služeb za ryze zákaznické, což je podtrženo užíváním termínu „klient“ pro seniory žijící v domovech. Upozorňuje na to, že toto pojetí může mít i svá úskalí, protože ne všichni senioři se tomuto pojetí zvládnou přizpůsobit. Dalším trendem v péči o seniory, který podporuje individualizaci, je celkové omezování dlouhodobých ústavních pobytů a rozvíjení nových netradičních forem péče, které umožňují starému člověku co nejdéle zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí (Jarošová, 2007).

Když bych měla krátce shrnout, jaké jsou současné trendy v poskytování sociální služby v domovech pro seniory, použila bych tato slova: deinstitucionalizace, humanizace přístupu k uživatelům a důraz na individualizaci a s ní spojenou kvalitu péče.

1.2 Individualizace v domovech pro seniory jako požadavek standardů kvality

Pojem „kvalita“ v sociálních službách se začíná objevovat na konci devadesátých let minulého století. Postupně vyvstala potřeba tento pojem zakotvit i do legislativy v podobě standardů kvality sociálních služeb, čímž došlo k zásadním změnám v přístupu ke klientům. Kvalita života souvisí s lidskými potřebami a právě znalost klienta a jeho potřeb je základním východiskem pro individualizovanou péči, která je považována za nejlepší praxi v péči o staré lidi v zařízeních dlouhodobé péče (Štegmannová, Havrdová, 2010).

1.2.1 Standardy kvality sociálních služeb

Kvalita ve spojení se sociálními službami je poměrně nový termín, který dostal konečnou podobu s přijetím zákona o sociálních službách (Malíková, 2011). Požadavek

na kvalitu sociálních služeb můžeme nalézt již v Bílé knize v sociálních službách, která definuje „kvalitu“ jako jeden z principů fungování sociálních služeb. Bílá kniha (2003) říká, že poskytovatelé sociálních služeb musí být schopni posoudit, zda jsou jimi poskytované služby v souladu s přijatými standardy a definuje, co pojem standard obsahuje a jaké jsou principy standardů.

K povinnostem registrovaných poskytovatelů sociálních služeb patří mimo jiné dodržovat tyto zákonem stanovené standardy kvality (Zákon, 2006). Standardy kvality vzešly ze snahy Ministerstva práce a sociálních věcí o vytvoření seznamu kritérií, s jehož pomocí by bylo možné poznat, zda služby podporují osobní růst a nezávislost uživatele, jelikož hlavním posláním sociální služby je umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé životní situaci, aby i nadále zůstali rovnocennými členy společnosti, žili nezávisle a v přirozeném sociálním prostředí (Matoušek, 2011).

Standardy popisují to, jak má daná sociální služba vypadat. Je to soubor měřitelných a ověřitelných kritérií, jejichž smyslem je umožnit prokazatelně hodnotit kvalitu poskytované služby. Jejich smyslem není stanovit práva a povinnosti uživatelů nebo poskytovatelů sociálních služeb. Základním rysem standardů je jejich obecnost, tedy použitelnost na všechny druhy sociálních služeb. Kvalita ve standardech je prezentována jako soubor kritérií, které mají naplnit zájmy jak uživatelů sociálních služeb, tak i zadavatelů – tedy těch subjektů, které služby objednávají a platí je z veřejných zdrojů (obec, stát). Tato kritéria se zaměřují jak na výsledek (naplnění potřeb uživatelů), tak na proces (plánování průběhu služeb, způsob vyřizování stížností apod.) (Sokol, Trefilová, 2008).

Dle Bickové a Hrdinové (2011) respektují standardy kvality tyto zásady:

- Nezávislost, autonomie – uživatelům je dle jejich možností a schopností přenechána zodpovědnost za vlastní rozhodování
- Respektování potřeb – poskytovat individuálně služby, které uživatelé skutečně potřebují
- Integrace – podporovat zachování běžného způsobu života uživatelů
- Partnerství – rovnoprávná spolupráce na všech úrovních poskytování služby
- Komunikace – konzultovat s uživateli jejich potřeby, cíle, očekávání

- Subsidiarita – odpovědnost za řešení problémů i běžných situací je přenesena co nejdříve k uživatelům
- Dodržování práv a respektování volby uživatelů
- Individualizace podpory – přizpůsobení služby jednotlivým uživatelům
- Zaměření na celek – hodnotit uživatelskou situaci komplexně
- Flexibilita – pružné přizpůsobování služeb uživatelům

Jak se domovům daří respektovat některé výše uvedené zásady a jak si vybrané domovy pro seniory jednotlivé termíny vysvětlují, je předmětem i mého výzkumu, jehož výsledky prezentuji v praktické části práce.

Standardy kvality by měly zajišťovat uživatelům sociálních služeb určitou míru kvality služby, ochraňovat jejich práva a důstojnost a zvýšit jejich informovanost. Nicméně ani to, že sociální služba naplní požadavky předepsaných standardů kvality, nemusí znamenat, že uživatel bude službu hodnotit jako kvalitní. Důvodem může být přílišná obecnost standardů kvality a subjektivní povaha pojmu kvalita (Mátl, Jabůrková, 2007; Malík Holasová, 2014). Štegmannová a Havrdová (2010) též říkají, že „standardizace“ nemůže být považována za jediný nástroj k dosažení kvality, nicméně zkušenosti ze zahraničí i z České republiky ukazují na její pozitivní efekt v oblasti dlouhodobé péče.

Standardy kvality se zaměřují na 3 oblasti a tvoří je celkem 15 obecných okruhů (uvedeno v příloze č. 2 k Vyhlášce č. 505/2006 Sb.):

Oblast procesní

Standard 1 - Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Standard 2 - Ochrana práv osob

Standard 3 - Jednání se zájemcem o sociální službu

Standard 4 - Smlouva o poskytování sociální služby

Standard 5 - Individuální plánování průběhu sociální služby

Standard 6 - Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard 7 - Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Standard 8 - Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Oblast personální

Standard 9 - Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard 10 - Profesní rozvoj zaměstnanců

Oblast provozní

Standard 11 - Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard 12 - Informovanost o poskytované sociální službě

Standard 13 - Prostředí a podmínky

Standard 14 - Nouzové a havarijní situace

Standard 15 - Zvyšování kvality sociální služby

(Ministerstvo, 2009)

Jednotlivé standardy kvality jsou vzájemně provázány a nelze je vnímat izolovaně, ale následně bych se ráda zaměřila primárně na standard č. 5, ze kterého vychází požadavek na individuální plánování péče o klienta sociálních služeb.

1.2.2 Standard č. 5: Individuální plánování a průběh služby

V příloze č. 2 k Vyhlášce č. 505/2006 Sb. jsou uvedena tato kritéria pro naplnění standardu (Ministerstvo, 2009; Haicl, Haiclová, 2011):

- *Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje*

Toto kritérium klade na poskytovatele požadavek na zpracování vnitřní metodiky pro individuální plánování, která bude přesně popisovat postup tvorby individuálního plánu.

- *Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby*

Pověřený pracovník formuluje společně s klientem jeho přání a potřeby a přizpůsobí jim individuální plán.

- *Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle*

Toto kritérium je chápáno především jako zjišťování spokojenosti klienta s poskytováním služby. Vyhodnocení může vést také k přepracování individuálního plánu na základě nově formulovaných potřeb klienta.

- *Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance*

V domovech pro seniory je tou osobou „klíčový pracovník“.

- *Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám*

Toto kritérium klade na poskytovatele požadavek na vytvoření takového systému komunikace uvnitř organizace, který umožní efektivní předávání informací o uživateli mezi jednotlivými pracovníky.

Standard č. 5 má souvislost se zákonným požadavkem na poskytovatele o povinnosti poskytovat službu takovým způsobem, aby vycházela z individuálně určených cílů, potřeb a schopností klienta. Je to jakýsi návod, jak vést proces, aby byl výsledkem smysluplný individuální plán (Hauke, 2011).

1.2.3 Individuální plánování péče

O konceptu individualizované péče se začíná ve světě mluvit v druhé polovině 20. století. Společnost si žádá novou přátelštější formu sociální péče. Změny v přístupu ke klientům jsou ovlivněny humanistickou teorií, která předpokládá, že každý jedinec je autonomní a zaslouží si být respektován (Matoušek, 2007). Průkopníkem humanistické teorie je Carl Ransom Rogers, který začal používat termín „přístup zaměřený na člověka“. Rogers (1998) říká, že každý člověk ví sám nejlépe, co je pro něj dobré, a sociální

pracovník by měl aktivitu v co největší míře přenechat klientovi. Sám by se měl starat o navození atmosféry bezpečí a důvěry.

Individualizace služeb se stala jedním z hlavních požadavků nové právní úpravy. Prostředkem k dosažení individualizace je individuální plánování (Ministerstvo, 2008). Ministerstvo práce a sociálních věcí (2008:77) charakterizuje individuální plánování jako „kontinuální, záměrný, strukturovaný proces, při němž se stanovují kroky (prostředky), jimiž je třeba dosáhnout požadované změny“ a dále jako „proces sblížení představ a ujednávání o společném zájmu poskytovatele a uživatele služby“.

Tento typ plánování sociálních služeb má již dlouholetou tradici. První publikace s tímto titulním souslovím se objevují už na přelomu 80. a 90. let 20. století. Od svých počátků se vyvinulo v rámci individuálního plánování mnoho různých přístupů k této metodě (Matoušek, 2011; O'Brien, O'Brien, 2000).

Základním rysem individuálního plánování zůstává stavění potřeb klienta nad potřeby organizace (Bicková, Hrdinová, 2011a; Matoušek, 2011; Ministerstvo, 2008). Služba by se měla poskytovat individuálně, v co největším zájmu klienta, měla by se přizpůsobit jeho specifickým potřebám, schopnostem a cílům a měla by v co největší míře směřovat k samostatnosti a nezávislosti klienta. Ideálně by měla být služba pro každého klienta naplánována tak, aby byl co nejvíce zachován způsob života, na jaký byl klient zvyklý před tím, než začal službu využívat (Hauke, 2011). Při čtení těchto řádek mi vyvstalo na mysli, zda lze něco takového vůbec po domovech pro seniory požadovat? Koneckonců jde o instituce. Kde se nacházejí limity institucionální péče? Kam až můžeme v rámci zařízení pro desítky klientů zajít v tom, abychom jim poskytli péči podobnou té, jakou měli doma? Kde jsou hranice individualizované péče? A jak se k tomuto fenoménu stavějí samotní klienti? Mají vůbec zájem o to, aby se o ně v oblasti stravování individuálně pečovalo, nebo své potřeby přizpůsobí ostatním klientům a provozu domova? Na tyto otázky se snažím odpovědět v rámci svého výzkumu.

Dle Štegmannové a Havrdové (2010) je v procesu individuálního plánování důležité hlavně porozumět potřebám klienta, a to vyžaduje od pracovníků přímé péče, kteří jsou nositeli míry individualizace v zařízeních, především schopnost aktivního naslouchání, empatie, komunikace a dostatečné množství času stráveného s klientem. Zavádění procesu individuálního plánování v organizacích poskytujících komplexní sociální služby, jako jsou domovy pro seniory, může být velmi náročný proces a vyžaduje změnu postojů jak

pracovníků, tak klientů. Tento proces se realizuje především prostřednictvím tzv. klíčového pracovníka, který je klientovi přidělen. Klíčový pracovník odpovídá za individuální plánování a průběh služby, dobře zná klientovu minulost a ví, jaká jsou jeho přání, potřeby a životní cíle. Pro klienta představuje klíčový pracovník osobu, ke které má důvěru, která mu rozumí a pomáhá. Klíčový pracovník formou otevřeného dialogu komunikuje s klientem, popřípadě i s jeho příbuznými nebo dalšími osobami, které jsou klientovi blízké, a společně vytvářejí plán, jak bude život klienta v rámci poskytované služby vypadat. Výsledkem je písemně zpracovaný individuální plán (Ministerstvo, 2008). Podle Haukeové (2011) připadá průměrně v domovech pro seniory 2 – 5 klientů na jednoho klíčového pracovníka. Dle Malíkové (2011) je však realita jiná a počet klientů připadajících na jednoho klíčového pracovníka je několikanásobně vyšší, a to se odráží v kvalitě nastaveného systému individuálního plánování.

Výše je několikrát zmíněno slovo „cíl“. Zjišťování životních cílů klientů jako nástroj individuálního plánování je obsaženo ve standardech kvality sociálních služeb. Ale jak ve své práci uvádí Antonů (2007), sociální služba poskytovaná seniorům je velmi specifická a otázka na „životní cíl“, například při jednání s devadesátiletým klientem, se může jevit jako ne zcela na místě. I sám klient by mohl být zmatený a nevědět, jak svou odpověď zformulovat. Proto by klíčový pracovník při jednání s klienty měl používat spíše slova „přání, touhy a potřeby“. Zjišťování konkrétních potřeb a přání klientů je velmi důležitým ukazatelem kvality služby, neboť každý člověk má potřeby odlišné. Kdyby tomu bylo jinak, individuální plánování by pozbylo smyslu (Antonů, 2007). O potřebách seniorů budu konkrétněji pojednávat v samostatné kapitole.

1.2.4 Postup individuálního plánování v pobytových službách

Domovy pro seniory poskytují klientům dlouhodobou sociální službu, proto je i individuální plánování dlouhodobý proces a výsledky je nutné pravidelně vyhodnocovat a podle potřeb revidovat. Malíková (2011) uvádí čtyři základní části procesu: zkoumání situace, tvorba plánu, realizace plánu a vyhodnocení. Dle Tumlířové (2014) začíná individuální plánování již při samotném projednávání žádosti klienta o službu, kdy je zjišťován důvod nepříznivé sociální situace, na kterou má individuální plán reagovat.

U seniorů bývá nejčastějším důvodem pro vyhledání pobytové sociální služby ztráta soběstačnosti nebo osamělost. První individuální plán vzniká při uzavírání smlouvy o poskytování služby, kdy je klientovi přidělen klíčový pracovník. Merhautová a Mrazíková (2011) uvádějí schéma postupu pro klíčového pracovníka, podle kterého by měl postupovat při sestavování individuálního plánu. Základními body jsou:

- **Sběr dat** – zjišťování co nejpodrobnějších informací o klientovi (rodinná a osobní anamnéza, zvyklosti, rituály, důležité životní události atd.). Tyto informace získává klíčový pracovník ve spolupráci se sociálním pracovníkem, rodinou, přáteli klienta a z dostupné dokumentace.
- **Mapování** – zahrnuje informace získané pozorováním klienta. Klíčový pracovník pozoruje, co klient rád dělá nebo co ho naopak netěší, co klient říká a co se s ním celkově děje. V mapování mohou klíčovému pracovníkovi pomoci i ostatní členové pracovního týmu.
- **Přání** – klíčový pracovník si všímá vyslovených přání klienta, dá klientovi najevo, že je bere vážně a zaznamená si je. Nehodnotí.
- **Potřeby** – své potřeby nemusí klient vždy vyslovit. Úkolem klíčového pracovníka je vyhodnotit klientovy potřeby na základě mapování a klientem vyslovených přání.
- **Zdroje** – klíčový pracovník si všímá toho, co klienta motivuje, z čeho čerpá svou sílu. Zdroje mohou být vnitřní (např. vztah k příbuzným, zájem o hudbu) nebo vnější (aktivity v zařízení, příroda, návštěvy příbuzného).
- **Rizika** – znamenají to, co brání klientovi v naplňování potřeb. Může to být například absence vnějšího zdroje. Klíčový pracovník musí při plánování služby všechna případná rizika definovat a pracovat s nimi.
- **Osobní cíle uživatele v jejich konkrétní podobě** (dojednaná podpora) – výsledkem všech předchozích bodů individuálního plánu jsou formulované aktuální cíle klienta sepsané do dokumentu. Klient se na dojednané podpoře aktivně podílí.
- **Hodnocení míry naplňování osobních cílů uživatele v jejich konkrétní podobě** – klíčový pracovník společně s klientem hodnotí jednotlivé body individuálního plánu, ověřuje si, zda správně provedl mapování, zda byly cíle správně definovány, zda a s jakým úspěchem byly naplněny, popřípadě, jestli nedošlo k jejich změně.

1.2.5 Role managementu při individuálním plánování

Individuální plánování je náročný proces a pro jeho realizaci musí být v organizaci vytvořeny optimální podmínky. Management organizace má na starosti řízení procesu individuálního plánování, do čehož spadá nastavení vnitřních pravidel a koordinace procesu po stránce organizační. Vedení organizace je také zodpovědné za vzdělání svých pracovníků a klíčovým pracovníkům zajišťuje v potřebných oblastech podporu. V neposlední řadě má zodpovědnost vůči veřejnosti a za optimální využívání finančních zdrojů (Merhautová, Mrazíková, 2011a).

1.2.6 Význam individuálního plánování

Zajištění možnosti individuálního plánování v organizaci má vliv především na rozvoj a kvalitu poskytované služby a schopnost organizace si tuto kvalitu udržet i v případě změn. Individuální plánování má zajistit, aby služba byla poskytována smysluplně, účinně a efektivně. Z pohledu poskytovatelů má individuální plánování význam pro kontrolu uvnitř organizace a zvýšení profesionality celé služby. Pracovníci mají více kompetencí a z toho plynoucí osobní odpovědnosti. Následně jsou více motivováni k práci a práce s klienty jim poskytuje pocit uspokojení (Bicková, Hrdinová, 2011a). Pro poskytovatele znamená individuální plánování prostředek pro stanovení kapacity služby, kontrolní mechanismus efektivního využívání služby a pracovní doby a také jistotu. Poskytovatel ví, na čem se s klientem domluvil, jaký bude postup péče a může se bránit proti případným neadekvátním požadavkům klienta, které nebyly zahrnuty v plánu péče (Hauke, 2011). Z pohledu uživatelů je individuální plánování významné proto, že jim zajišťuje respektování jejich potřeb, lidský přístup, aktivizuje je. Klienti domovů už nejsou jen pasivními příjemci služby, ale aktivně se podílejí na rozhodování o svém životě, mají prostor vyjádřit svá přání, a to vše pomáhá ke spokojenosti klienta (Bicková, Hrdinová, 2011a; Malíková, 2011). V individuálním plánování vystupuje uživatel jako rovnocenný partner, zná svá práva a povinnosti a má pocit kontroly nad svým životem a cítí se v bezpečí (Hauke, 2011). Právě starý člověk si zaslouhuje, aby mu byla vyjádřena co největší úcta a aby byl respektován, bez ohledu

na situaci, v jaké se nachází. Individuálním plánováním mu zajišťujeme pocit, že nám na něm záleží, a že je stále platným členem společnosti, schopným rozhodovat o sobě samém (Malíková, 2011).

1.2.7 Překážky při uplatňování individualizovaného přístupu

Požadavek individualizace péče a proces individuálního plánování je teoreticky jasně definován. V praxi se ovšem mohou vyskytnout překážky, které individualizaci brání. Jak uvádí Štegmannová a Havrdová (2010), z technického hlediska to může být vnitřní uspořádání domova pro seniory, které má stále prvky typické pro kolektivní zařízení. Další překážkou může být postoj pracovníků domovů ke změně v přístupu ke klientům, který se může projevat výmluvami a nechutí k individuálnímu plánování. Stejně jako pracovníci se ale i klienti musí vyrovnat s hodnotovou změnou, kterou přinesla myšlenka individualizace. Mnoho seniorů žije v domově léta a jsou zvyklí na určitý způsob života a styl jednání. Dřívější přístup je nepodporoval v aktivním zapojování do sebeobslužných činností, a tím mnozí zpohodlněli. Přijmout takovou změnu pro ně nemusí být lehký úkol. Je ale nutné všechny strany podpořit v tom, aby se s novým přístupem postupně sžívaly a přijaly jej (Štegmannová, Havrdová, 2010). Další překážky individualizovaného přístupu odhaluje můj vlastní výzkum, který uvádím v praktické části práce.

1.2.8 Role organizační kultury při realizaci individualizovaného přístupu ke klientovi

Organizační kultura ovlivňuje chod organizace v pozitivním i negativním smyslu. V sociální sféře si zatím organizace nepříliš uvědomují její význam z hlediska kvality péče o klienty. Sociální služby mají určité poslání. To, jak daná organizace na službu nahlíží, se odráží v celkovém přístupu ke klientům. Tradičně je v pobytových zařízeních sociálních služeb obtížnější přizpůsobit službu klientovi. Je to dáno tím, že v mnohých pobytových zařízeních panuje byrokracie, mají hierarchickou strukturu, nastavená rigidní pravidla a tendenci k rutině (Havrdová a kol, 2011).

Organizační kultura je fenomén, který ovlivňuje charakter poskytované péče v sociálních organizacích (Havrdová a kol, 2011). Mnoho výzkumů se snaží odhalit dopady jejího vlivu na přístup k péči o klienty. Jeden z výzkumů, který realizovala Štegmannová (2012), uvádím níže.

1.2.9 Poznatky z výzkumů týkajících se individualizace péče

Jako první bych chtěla uvést rozsáhlý výzkum Ingrid Štegmannové (2012) týkající se faktorů, které působí na míru individualizace v domovech pro seniory, který provedla pro účely své disertační práce. Tento výzkum odhalil, že na míru individualizace nejvíce působí to, jak organizace pojala implementaci standardů kvality. Štegmannová (2012) rozdělila organizace na dva typy podle toho, jak přistoupily k implementaci standardů kvality – typ „administrativní“ a typ „zaměřený na změnu“. Lépe probíhá individualizace v organizacích „zaměřených na změnu“, a to díky jejich organizační kultuře. Dále zjistila, že na míru individualizace nemá vliv to, kolik klientů připadá na jednoho pracovníka, ale to, zda pracovník zastává funkci klíčového pracovníka. Klíčoví pracovníci jsou nositeli míry individualizace. Délka praxe, věk ani vzdělání pracovníků míru individualizace neovlivňují. Na individualizaci dále pozitivně působí kvalita komunikace mezi pracovníky a vedením organizace. Pokud se pracovníci mohou vyjadřovat k pracovním postupům a mají pocit, že jejich návrhy bere vedení vážně, tak mají tendenci více individualizovat. Jako síly působící negativně na individualizaci označila nízké morální hodnoty a mocenské tendence pracovníků.

Další zajímavý výzkum se týkal stravování v domovech pro seniory. Výzkum provedla Jana Hálová pro účely své diplomové práce (2015). Výzkumný vzorek tvořilo 10 respondentů/klientů dvou domovů pro seniory v Jihočeském kraji. Oblast stravování zkoumala jako jednu z dílčích otázek. Konkrétně se ptala, jak klienti celkově hodnotí stravování v domově, jaká je dle jejich názoru kvalita jídla, množství, pestrost, zda mají možnost výběru z více jídel a zda mají na jídlo dostatek času. Z výsledků vyplynulo, že klienti jsou spokojeni s kvalitou i pestrostí stravy v domově. Jsou rádi, že je jim plně zajištěna kvalitní strava. Zmiňují, že doma by si taková jídla neuvařili, protože mnohdy by si museli vařit jen sami pro sebe a to by je nemotivovalo. Spíše by jedli studená jídla nebo

by si vařili na více dní dopředu, a tím by neměli jídelníček tak pestrý. V domovech klienti oceňují čerstvé ovoce a zeleninu a i to, že mají každý den čerstvé pečivo, které by si doma obtížně zajišťovali. Na druhou stranu by někteří klienti uvítali možnost vlastní přípravy stravy, protože jim chybí potěšení z vaření.

Klienti jsou rádi, když mají na výběr z více jídel a také rádi znají jídelníček dopředu, což jim v domovech umožňuje. Množství jídla hodnotili klienti v naprosté většině jako nadbytečné, a to je pro ně spíše stresující faktor. Většině klientů vyhovuje čas podávání jídel, ale někteří klienti byli nespokojeni s pravidelným režimem stravování v domově, který se velmi liší od toho, na co byli zvyklí doma. Doma si mohli určit čas jídel a mohli jíst cokoli a kdykoli, podle toho, jak měli hlad. V domově se musí přizpůsobit režimu. Někteří klienti též negativně hodnotili to, že jim není dán dostatečný čas na jídlo a nemohou si zvolit, jak dlouho budou jídlo jíst, ale většina klientů uváděla čas na jídlo jako dostatečný.

Dle mého názoru je tento výzkum dobrým ukazatelem míry individualizace péče v domovech. Z výzkumu je patrné, že většině klientů režim domova vyhovuje, ale pokud se najde někdo s odlišnými požadavky, tak mu domov není schopen individuálně vyjít vstříc. Ve svém výzkumu navazuji na tyto poznatky a uvádím, jaké jsou možnosti v individualizaci péče ve vybraných domovech pro seniory a dále, jaké jsou překážky toho, aby byly domovy schopny individuální požadavky klientů naplnit.

Na závěr této kapitoly uvádím výzkum, který byl proveden v domovech pro seniory ve Francii (Divert a kol., 2015). Výzkum se primárně týkal toho, jak kontext stravování – velikost porce, prostředí, uvedení názvu jídla u výdeje a kořenky na stolech – ovlivňuje spokojenost klientů se stravováním a množství jídla, které zkonsumují. Výsledky výzkumu ukázaly, že prostředí a uvedení názvů jídel nemá pro klienty zásadní význam. Významné se ukázaly pouze faktory, které přímo souvisí s jídlem na talíři, tedy druh jídla a velikost porce. Pokud měli klienti větší porci jídla, snědli toho více. Pokud si mohli sami zvolit velikost porce, snědli toho obvykle méně. Pokud se v domovech rozšířila nabídka zeleniny, vedlo to k větší konzumaci masa. Umístění kořenek na stoly v jídelnách mělo za následek, že klienti zkonsumovali větší množství přílohy. Autoři článku též uvádějí, že v domovech pro seniory ve Francii mají klienti velké individuální možnosti. Mohou si zvolit skladbu svého jídelníčku, čas i místo, kde budou jídlo konzumovat. V mém výzkumu jsem zkoumala, zda tyto možnosti poskytují i vybrané domovy pro seniory v Jihočeském kraji.

2. Životní styl seniorů a jeho změna v DpS

Stárnutí je nezvratný biologický proces. V pokročilém věku dochází k mnoha změnám, které jsou všem lidem společné. Jedná se o změny tělesné (změna vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny v trávicím systému a smyslovém vnímání), psychické (zhoršení paměti, zhoršení vnímání, emoční labilita) a sociální (odchod do důchodu, ztráta blízkých lidí) (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). I když mají senioři v mnoha ohledech hodně společného, bylo by chybou, kdybychom seniorskou populaci považovali za homogenní a uchýlili se ke stereotypizaci. Matoušek (2005) tento jev popisuje tak, že na člověka, který dosáhl věku kolem 65 let, je pohlíženo jako na neaktivního a neproduktivního důchodce, který trpí mnoha nemocemi a postupně ztrácí soběstačnost. Staří lidé jsou považováni za společenskou zátěž. Tento pohled postrádá snahu najít pozitivní aspekty stáří a dehonestuje početnou a různorodou skupinu dnešních seniorů. Přitom pro staré lidi je velmi bolestné, že panuje nesoulad mezi tím, co prožívají, a tím, jak na ně pohlíží okolí, které vychází z ustálených názorů a představ (Pichaud, Thureauová, 1998).

Každý člověk je jedinečný a chce tak být i vnímán. Populace seniorů je velmi početná a její členové se od sebe liší věkem, zdravotním stavem, životním stylem, rodinným zázemím, zkušenostmi, zájmy, osobnostními rysy, hodnotovým systémem i představami o svém dalším životě. Ke každému starému člověku by mělo být přistupováno jako k individualitě (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Existují však určité specifické aspekty, které provázejí vyšší věk, a s nimiž by mělo být při jednání se starým člověkem předběžně počítáno. Stejně tak příchod do domova pro seniory s sebou nese mnoho změn v životním stylu, které jsou všem společné, jen vyrovnávání se s nimi je záležitostí osobní. Následně se budu věnovat těmto fenoménům provázejícím seniorský věk a přechod do domova pro seniory.

2.1 Specifika životního období označovaného jako seniorské

Každá etapa života se vyznačuje určitými prvky pro ni typickými. Dětství a rané mládí je typické prudkým vývojem ve všech oblastech, dochází k fyzickému i duševnímu

dozrávání. Dětská bezstarostnost přerůstá v etapu hledání svého místa v životě a plánování své budoucnosti. Období dospělosti je charakteristické budováním kariéry, zakládáním rodiny a výchovou dětí. Dřív, než je všem milé, přichází důchodový věk a člověk se musí přizpůsobit roli seniora. Ve stáří dochází k několika velkým životním změnám – odchod do důchodu, odchod dětí z domova a narození vnoučat, fyzické změny, smrt partnera a blízkých lidí, změna bydlení, případně vstup do domova pro seniory (Haškovcová, 2010, Pichaud, Thareauová, 1998).

Seniorské období je v důsledku prodlužování věku dlouhé a člení se na několik etap (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011; Vágnerová, 2007):

- **Rané stáří** (senescence) – je věk od 60 do 74 let
- **Vlastní stáří** (senium) – je věk od 75 do 89 let
- **Dlouhověkost** (patriarchum) – je věk 90 let a více

Rozdělení stáří podle kalendářního věku je sice praktické, ale nemusí skutečně vypovídat o soběstačnosti a zdravotním stavu seniora. Stárnutí je věc velmi individuální. Lidé stárnou různým tempem a více než chronologický věk vypovídá o člověku jeho věk biologický (Dvořáčková, 2012).

2.1.1 Biologické aspekty seniorského věku

Nejvíce znatelné jsou tělesné změny provázející stáří. S přibývajícím věkem dochází k atrofii všech tělesných orgánů, a tím k úbytku síly, snižování výšky a zvyšování váhy. Svalová tkáň ubývá na úkor tkáně tukové. V obličeji přibývá vrásek, vlasy šednou a padají, postoj už není tak vzpřímený. Smyslové vnímání se mění. Zhoršuje se zrak i sluch, ubývá chuťových i čichových receptorů. Změny postihují i oběhový systém. Klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány a zhoršuje se srdeční výkonnost při zátěži. Organismus se hůře přizpůsobuje zátěži i z důvodu snížení vitální kapacity plic. Tělo jinak hospodaří s minerály, což vede ke snížení množství vápníku v kostech a následně vzniká osteoporóza a zhoršuje se kvalita chrupu. Trávení je ovlivněno poklesem tvorby slin

a zpomalením peristaltiky. Biologické změny připomínají člověku jeho postupující věk a úzce souvisí s jeho psychikou (Dvořáčková, 2012; Malíková, 2011).

2.1.2 Psychologické aspekty seniorského věku

Pozvolna se přibývající věk podepisuje i na psychice každého člověka. Dochází ke snížení výkonnosti intelektových funkcí, zhoršují se poznávací schopnosti a paměť. To má za následek pocity strachu, úzkosti a pocit nejistoty z nového a neznámého. Senior se stává introvertnější a okruh jeho zájmů se zužuje (Klevetová, Dlabalová, 2008). Jeho reakce na podněty se zpomalují, hůře zpracovává přijaté informace, a tím se celkově stává méně flexibilním. Při svém projevu má tendence k ulpínavosti a rozvlácnosti a často odbíhá od hlavního tématu (Vágnerová, 2007).

Ve vyšším věku se zvyrazňují typické povahové rysy. Kdo byl v mládí šetrný, ve stáří se stává lakomým. Tyto změny jsou velmi individuální, ale společné je to, že ke stáří se člověk stává citlivější, více prožívá běžné situace a snáze podlehne dojetí. Okolí by mělo brát na citovou zranitelnost seniorů ohled a poskytnout seniorům patřičnou náklonnost, porozumění a úctu (Haškovcová, 2010; Klevetová, Dlabalová, 2008). Negativní vliv na citový život seniora mají i zátěžové situace, které typicky provázejí stáří. Jsou jimi ztráta životního partnera, příbuzných či přátel, odchod do důchodu, zhoršující se zdravotní stav (Vágnerová, 2007). Dle Malíkové (2011) jsou senioři zatíženi ještě strachem ze stáří samotného a z osamělosti a nesoběstačnosti. Osamělost řeší někteří senioři navázáním nových vztahů. Někdy se uchýlí k novému partnerskému vztahu, častěji se ale vytváří izosexuální společenství, a to hlavně v případě ovdovělých žen, které se sdružují, aby sdílely společné záliby, prožitky i zkušenosti. Tato společenství mohou poskytovat psychickou oporu i faktickou pomoc (Vágnerová, 2007).

Senior se hůře adaptuje na změny (i na ty pozitivní), bývá dogmatický a rigidní ve svém úsudku a nedůvěřivý k technickým vymoženostem. Dává přednost rutině a stereotypu. Konzervativizmus se projevuje především při přestěhování do nového prostředí. Senior obtížně navazuje nové vztahy a zvyká si na změnu prostředí i pokrok doby. Postupně ho obklopuje svět, kterému přestává rozumět, ztrácí kontrolu nad vlastní životní situací, ale stále si chce zachovat vlastní autonomii a nechce přiznat okolí,

že něčemu nerozumí (Haškovcová, 2010; Sýkorová, 2007). Jak uvádí Sýkorová (2007), pro seniora je ztráta autonomie největší hrozbou. V určité době však fyzická soběstačnost poklesne natolik, že se stane závislým na druhých a musí přijmout pomoc. Žádost o pomoc a její přijetí považují senioři často za ponižující a nedůstojné. Nechtějí být nikomu na obtíž, a tak redukuje své požadavky a prohlubuje se jejich sociální izolace.

Problematiku „nebýt na obtíž“ uvádím i ve svém výzkumu. Konformní postoj seniorů se ukázal jako jedna překážek individualizovaného přístupu. Senioři nechtějí vyjádřit své individuální požadavky a přizpůsobují se chodu domova a ostatním obyvatelům proto, aby nebyli považováni za přítěž pro personál.

Ve stáří se mění celkový pohled na život. Touhu změnit svět vystřídá touha po tom, co je reálně potřeba. Plány pro budoucnost vystřídají vzpomínky na minulost. Touhu po objevování a cestování vystřídá touha být s rodinou a starými přáteli. Pro to, aby se starý člověk udržel v dobré psychické kondici, je podle Eriksona (dle Klevelandové, Dlabalové, 2008 a Vágnerové, 2007) potřeba, aby dosáhl integrity vlastního života. Člověk by měl přijmout svůj život pozitivně takový, jaký byl. Jako něco, co mělo smysl, a neměl by ničeho litovat. Měl by se smířit s nedokonalostí, vyrovnat se s nepodařenými situacemi a věřit, že v životě dokázal něco užitečného. Vyrovnání se s vlastním životem napomáhá ke snadnějšímu přijetí smrti jako nevyhnutelného konce.

2.1.3 Sociální aspekty seniorského věku

Ve stáří se výrazně mění sociální role člověka. Typická je redukce těchto rolí na role vztahující se k rodině (rodič, prarodič). Běžnou rolí ve stáří je role vdovce nebo vdovy po ztrátě partnera. Další častou negativní rolí je role nemocného. Jedním z největších zlomů v rámci rolí je odchod do důchodu. Odchodem do důchodu nastává pro většinu seniorů izolace od společenského dění, omezení kontaktů a soustředění se na život převážně v rámci své rodiny. Odchod do penze může být až traumatizující událost. Senior musí přijmout roli penzisty, která je pro něj nová, a neví, jak se jí přizpůsobit. Jeho situaci nepomáhá ani převládající negativní postoj společnosti ke starým lidem. Postavení penzisty má nízký společenský status a omezená privilegia. Penzisté jsou považováni za sociální minoritu, která je v majoritní společnosti nevýznamná. Z úspěšného

a produktivního člověka se penzista stane někým, kdo nic nevytváří a je pro společnost zbytečný. Je jedno, čím se v životě stal a co dokázal, nyní je považován za jednoho z mnoha důchodců. Ztrácí perspektivu a neví, jak naložit s přebytkem času (Haškovcová, 2010; Vágnerová, 2007). Sýkorová (2007) též uvádí, že pracovní aktivita má velký význam a ztráta pocitu vlastní užitečnosti je pro staré lidi opravdovým problémem. Vágnerová (2007) a Pichaud a Thareauová (1998) uvádějí, že problémem důchodového období může být to, že tato doba nemá jasně vymezený obsah a obecně platný smysl. Společnost už od důchodce nic neočekává a je na samotném člověku, aby si nějaký smysl našel. Důchodový věk nemá jasně daný program. To může pro mnoho lidí znamenat velkou zátěž. Nejlepším způsobem, jak se vyrovnat s odchodem do důchodu, je neztrácet životní pohodu, mít hodně zálib, kterými lze vyplnit čas, a naučit se vykompenzovat profesní roli hodnotami jako partnerství, rodičovství či prarodičovství. V důchodovém věku je také možné využít čas k realizaci plánů, na které do té doby nebyl čas, a dál se plně rozvíjet. Podle Vágnerové (2007) se lépe s odchodem do důchodu vyrovnávají obecně ženy, neboť muži bývají značně orientováni na svou profesi a s ní spojenou společenskou prestiž. Ženám v penzi zůstává uplatnění v péči o rodinu a domácnost. Každý však může vnímat svou roli penzisty jinak.

Malíková (2011) uvádí jako další negativní sociální aspekty stárnutí změnu ekonomické situace. S tím může souviset i omezená možnost participace na oblíbených činnostech, kterých se lidé účastnili před odchodem do penze. Na to se poté nabaluje omezení kontaktů s přáteli a jinými osobami a vzniká sociální izolace.

Jako pozitivní sociální aspekty stáří hodnotí Vágnerová (2007) zvýšení spokojenosti v manželství, kdy se partner pro druhého stává největší oporou. Stabilizace, popřípadě zlepšení, nastává i ve vztazích s dětmi a sourozenci.

Další změna v sociální oblasti má souvislost se změnou bydlení, která seniorský věk často provází. Změna ekonomické nebo zdravotní situace může vyústit v nutnost odejít z vlastního bytu do domácnosti dětí nebo do instituce pro seniory. To s sebou nese změny, o kterých pojednávám v samostatné kapitole.

2.1.4 Ageismus

Současná doba klade důraz na rychlost, flexibilitu, dokonalost, sílu a krásu. To je něco, co už staří nemůže nabídnout. Proto jsou staří lidé diskriminováni a odsouváni na okraj zájmu společnosti. Tento fenomén se nazývá ageismus. Ageismus představuje formu averze vůči starým lidem, která se projevuje mnoha způsoby. Staří lidé jsou podceňováni, stereotypizováni, zesměšňováni, považováni za společenskou přítěž a musí se potýkat s mnoha předsudky. Jednání vůči seniorům je netolerantní, netaktní a někdy až agresivní. Ageismus pramení ze strachu, který mají lidé z nemoci, bezmocnosti a stárnutí. Média tento problém prohlubují reportážemi poukazujícími na stoupající počet seniorů, kteří neúnosně zatěžují státní rozpočet. Samotní senioři často podlehnou degradujícím názorům okolí, ztrácí sebedůvěru a začnou se s ageismem ztotožňovat. Uzavírají se do sebe a nechťejí vyslovovat své názory a přání, aby nikoho neobtěžovali. Ageismus je běžným jevem i v pobytových zařízeních sociálních služeb, kde může představovat velkou překážku individualizace péče. Zde se projevuje především nerespektováním autonomie, přání a potřeb konkrétního klienta a nevhodnou formou komunikace se starými lidmi (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012; Haškovcová, 2010; Hrozenková, Dvořáčková, 2013; Příbyl, 2015; Sýkorová, 2007; Vágnerová, 2007).

2.1.5 Životní potřeby seniorů jako výchozí bod pro individualizovanou péči

V individuálním plánování péče by se měly co nejvíce respektovat konkrétní potřeby klienta. Potřeby každého mohou být různé a mění se v průběhu života. Senioři v pobytových zařízeních sociálních služeb mají stejné potřeby jako kdokoli jiný, ale liší se tím, že k uspokojování svých potřeb potřebují pomoc okolí.

Potřeba je charakterizována jako pocit nedostatku nebo nadbytku, který je žádoucí odstranit (Mlýnková, 2011; Příbyl, 2015). Uspokojování potřeb přináší vnitřní harmonizaci člověka i harmonizaci člověka s okolím. Základní lidské potřeby jsou potřeby fyziologické (spánek, strava, dýchání, vylučování), psychologické (jistota, bezpečí, respektování vlastní důstojnosti), sociální (kontakt s okolím, potřeba lásky) a duchovní (potřeba smyslu života, odpuštění) (Příbyl, 2015).

Senioři žijící v domovech pro seniory velmi často kladou důraz na uspokojování fyziologických potřeb, především potřeby chutného stravování. Časy denních jídel pro klienty představují důležité milníky. Jídlo je něco, na co se těší. Jídlo je také vítaným tématem k hovoru. Potřeba jídla je u každého seniora jiná. S věkem se mění chuťové vnímání a pocit hladu a nasycení. Společná všem seniorům bývá ztráta pocitu žízně. Z psychologických potřeb dominuje u seniorů potřeba jistoty a bezpečí. Uspokojování duchovních potřeb bývá v institucionální péči problematické. Senioři se potřebují někomu svěřit a dojít k usmíření a pocitu vnitřní svobody. Nemusí jít pouze o duchovního. I ošetřující personál může klienta vyslechnout a pomoci mu (Mlýnková, 2011).

K problematice seniorů se dle mého názoru též hodí dělení potřeb dle Vágnerové (2007):

1. **Potřeba stimulace správnými podněty** – je potřeba přijímat všemi smysly správné podněty ve správný čas. Ve stáří může být smyslové vnímání zhoršeno, což má vliv na poznávací schopnosti člověka. Snížené vnímání může vést k pocitu nejistoty a strachu. Senioři mají následně strach chodit ven, setkávat se s novými lidmi, jsou nedůvěřiví a hůře se adaptují na změny.
2. **Potřeba smysluplného světa** – pro seniora je velmi důležité, aby chápal smysl svého bytí a měl nějaký cíl, ke kterému směřuje. Bez cíle je obtížné vidět smysl života.
3. **Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a druhými** – každý člověk má svůj určitý biorytmus, který je nutné respektovat. Senior potřebuje mít řád v běžných denních činnostech, své rituály, svůj čas, kdy chce být sám.
4. **Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti** – senior chce i nadále někam patřit, být platným členem společnosti nebo rodiny.
5. **Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými** – senior chce mít stále svůj život pod kontrolou a sám rozhodovat o svých záležitostech. Naplnění této potřeby bývá ve stáří a nemoci problematické, neboť dochází k omezení autonomie a pečující osoby často přebírají odpovědnost za seniora.
6. **Potřeba otevřené budoucnosti** – senioři mají často obavu ze své budoucnosti, proto potřebují, aby se měli stále na co těšit.

Pro pracovníky v sociálních službách je důležité, aby si uvědomili, že je nutné naplňovat všechny potřeby, nejen ty fyziologické. Všechny potřeby tvoří celek a jsou od sebe neoddelitelné (Pichaud, Thareauová, 1998). Tito autoři též zdůrazňují, že personál domovů pro seniory by neměl směřovat potřebu s žádostí. I když potřeba může být někdy vyjádřena žádostí, většinou žádosti neodpovídají skutečným potřebám. Například žádost staré obyvatelky domova, aby jí děti přinesly zákusek, může vyjadřovat skrytou potřebu po sociálním kontaktu. Úkolem pomáhajících je skutečné potřeby správně dešifrovat.

Senior potřebuje především pocit jistoty, bezpečí, stability a důvěry. Z hodnot si senioři cení především zdraví, rodiny a vlastní soběstačnosti (Hrozenská, Dvořáčková, 2013; Příbyl, 2015). Z výše uvedeného je patrné, že senioři nemají nějaké „speciální“ potřeby, spíše se mění jejich subjektivní význam a způsob jejich uspokojování. Například seberealizace je spojena především s mimopracovními aktivitami, potřeba stimulace je snížena, protože na starého člověka mohou působit nové stimuly spíše dráždivě. Potřeba učení může být též snížena, ale spíše než by senior odmítal učení, je nutné zvolit správné tempo. Naopak zvýšená může být potřeba jistoty a bezpečí, neboť se staří lidé cítí ohroženi nemocí, ztrátou soběstačnosti a sociálními změnami, jako jsou ovdovění a přechod do domova pro seniory. Senioři se sníženou soběstačností se cítí více v bezpečí, když má jejich den nějaký řád s danými časovými body (jídlo, zprávy, příchod/odchod člena domácnosti). Zvýšená je též potřeba být platný a prospěšný. Senioři nechtějí být přítěží, chtějí dávat. S tím je spojena i potřeba finanční autonomie. Pro mnoho seniorů je otázka financí velmi citlivá, neboť chtějí být materiálně zajištěni a vědět, že mají dostatek financí na živobytí a nemusí se nikoho doprošovat. V opačném případě by je svazoval strach z budoucnosti. Tato potřeba je ovšem často vykoupena velmi skromným způsobem života (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012; Příbyl, 2015).

Zajištění potřeb klientů v domovech pro seniory je úkolem především pro klíčové pracovníky. Uspokojování potřeb má zásadní význam při individuálním plánování. Podmínkou pro to, aby individualizovaná péče byla úspěšná, je poznání potřeb klienta a snaha o jejich saturaci. Problematické může být samotné zjišťování skutečných klientových potřeb. Pokud je to možné, ideálním způsobem je otevřený rozhovor s klientem a jeho příbuznými. U nekomunikujících klientů je nutné zvolit alternativní způsoby získání informací – elektronické přístroje, piktogramy, intuitivní techniky (Malíková, 2011).

Pichaud a Thareauová (1998) upozorňují na to, že při zajišťování potřeb klientů domovů pro seniory má být respektována jejich autonomie. Autoři definují autonomii jako „schopnost vést život dle vlastních pravidel“ (Pichaud a Thareauová, 1998:44). To, že se starý člověk ocitl v situaci, kdy je závislý na pomoci druhých, se nevyklučuje s autonomií. Je důležité umožnit seniorovi, aby si stále co nejvíce věcí obstarával sám, dle svých možností a schopností.

2.1.6 Specifické potřeby seniorů s demencí

Klientelu domovů pro seniory tvoří též senioři s demencí, kteří potřebují v určitých oblastech zvláštní péči. Demence je skupina duševních poruch, jejichž charakteristickým rysem je porucha kognitivních funkcí, především paměti a intelektu. Postupující demence způsobuje postupnou neschopnost vykonávat běžné denní činnosti a nakonec dochází k úplné ztrátě soběstačnosti (Mlýnková, 2011).

Senioři trpící demencí mají problém s orientací v realitě, proto potřebují, aby jim personál domova při orientaci v místě, čase a osobě pomohl a odboural možné překážky v prostředí a vybavení (barevné rozlišovací prvky, označení místností, směrovky, hodiny s ukazatelem času i kalendářního dne). Klient dále potřebuje zajistit denní aktivity podle svých schopností. Při péči o hygienu by měla být zachována co nejvyšší míra důstojnosti klienta. Senior s demencí také vyžaduje zvláštní péči v oblasti výživy, neboť je více ohrožen vznikem malnutrice. Je nutné sledovat příjem stravy a tekutin a případně mu s konzumací stravy pomáhat. Senioři s demencí mají zvýšenou energetickou potřebu, tudíž by tomu měla být individuálně přizpůsobena i dieta. Klient by měl mít možnost jíst kdykoli během dne. Klienti s demencí jsou náchylní k vzniku deprese, potřebují tedy zvýšenou péči o svou psychickou pohodu. Celkově je u klientů s demencí nutná co největší individualizace péče, aby tato péče odrážela konkrétní potřeby seniora vzhledem ke stádiu jeho onemocnění (Veřejný, 2015).

2.2 Specifika stravování seniorů

Kvalitu a délku lidského života výrazně ovlivňuje úroveň zdravotní péče a životní styl – pohyb, strava, spánkové zvyklosti a další návyky (kouření, konzumace alkoholu). S přibývajícím věkem prochází lidské tělo mnoha fyziologickými změnami, které se dějí zcela přirozeně v důsledku procesu stárnutí a mají souvislost se změnou sociálního prostředí a vztahů a se změnou zdravotního a psychického stavu (Floriánková, 2014; Svačina a kol., 2008).

Dle Svačiny (2008) a Stránského a Ryšavé (2010) jsou z nutričního hlediska významné tyto aspekty stárnutí:

- Ztráta pocitu žízně, snížení obsahu vody v organismu z 65 % na 50 %
- Zhoršení renálních funkcí, což vyžaduje zvýšený příjem tekutin
- Úbytek svalové hmoty
- Snížení tělesné aktivity, což vede k poklesu energetického výdeje a riziku vzniku nadváhy či obezity
- Úbytek psychických funkcí a ztráta motivace
- Změny imunitního systému
- Atrofické změny v dutině ústní
- Snížená sekrece zažívacích šťáv a enzymů způsobující zpomalení štěpení tuků a bílkovin
- Snížená tolerance glukózy vyžadující omezení příjmu jednoduchých sacharidů
- Snížení absorpční schopnosti střev

S přibývajícím věkem se nepatrně snižuje potřeba přijaté energie, což je způsobeno změnou tělesného složení. Ubývá kosterní svaloviny, jež je nahrazována tukovou tkání. Potřeba všech základních složek výživy, jako jsou voda, bílkoviny, sacharidy, tuky, vitamíny a minerální látky, zůstává nezměněná nebo v důsledku zhoršeného vstřebávání v organismu nebo nemoci dokonce mírně stoupá (bílkoviny, železo, vitamín D, vápník, vitamín B12, kyselina listová). Během onemocnění totiž dochází k dalšímu úbytku netukové tkáně, a to může dramaticky ohrozit průběh léčby i život seniora (Floriánková, 2014; Svačina a kol., 2008; Svačina et al., 2010). Pokud nejsou všechny složky výživy

dlouhodobě ve stravě zastoupeny, ocitá se senior v ohrožení malnutricí. Klevetová a Dlabalová (2008) uvádějí, že více než 16 % hospitalizovaných seniorů nebo seniorů žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb má velmi nízký kalorický příjem. Nedostatečná výživa se týká 20 % seniorů a až 8 % seniorů je malnutričních (v nemocnicích až 40 %). U seniorů je nezbytné pečovat o dobrý stav výživy a zachování přiměřené fyzické aktivity ještě před vznikem komplikací spojených se špatným nutričním stavem, neboť stav výživy a množství svalové hmoty má zásadní význam pro kvalitu života seniorů a i pro přežití akutního onemocnění nebo chirurgického výkonu, jak dokazují výzkumy (Cederholm et al., 1995; Kagansky et al., 2005; Vannuci et al., 1992 dle Svačiny et al., 2010).

Příčiny problémů s příjmem živin jsou různé a u každého seniora je nutné je posoudit individuálně a následně tomu pak přizpůsobit konkrétní péči. Dle Floriánkové (2014) a Stránského a Ryšavé (2010) jsou nejčastějšími příčinami:

- Změny ve vnímání chuti – je nutné jídla příliš nesolit, kořenit čerstvými bylinkami
- Zhoršení čichu a zraku – jídla by měla být barevná, pěkně upravená, ochucená bylinkami
- Špatný stav zubů – jídlo by se mělo podávat v úpravě adekvátní ke schopnosti klienta kousat (mleté, pokrájené, sekané, mixované), problematické potraviny z jídelníčku vyřadit (syrová tvrdá zelenina, tuhé maso)
- Nízká tvorba slin – dbát na dostatek tekutin
- Potíže s polykáním – menší porce podávané častěji
- Trávicí potíže, obtíže s vylučováním – vyžadují zcela individuální přístup
- Sociální potíže, psychika – podpora v udržování společenských vazeb, pěstování zálib

Svačina a kol. (2008) ještě uvádí jako příčinu malnutrice nechutenství vyvolané farmakoterapií. Některá farmaka mají též vliv na vstřebávání vitamínů a minerálních látek z potravy.

Pracovníci domovů pro seniory by měli brát ohled na změněné a individuální potřeby seniora a přizpůsobit tomu svou péči o něho. Jak uvádí Svačina a kol. (2008) – hlavním geriatrikem je voda. Proto je nutné, aby pečující pracovníci důsledně sledovali hydrataci klientů. Dále je nutné dbát na to, aby senior jedl pravidelně 5 – 6 krát denně, aby strava

byla pestrá, zajišťující dostatek kvalitních bílkovin. Ke každému jídlu by měla být nabízena zelenina či ovoce a z tuků by měly být preferovány nenasycené tuky z rostlinných olejů, ryb a ořechů (Floriánková, 2014). Problematickou složkou výživy seniorů může být vláknina. Na jednu stranu je vláknina důležitá v prevenci zácpy, nádorového onemocnění tlustého střeva, obezity, diabetu II. typu a arteriosklerózy, na druhou stranu je nutné hlídat její příjem u starších osob, kterým hrozí malnutrice, popř. se v malnutričním stavu již nacházejí. Vláknina totiž může způsobit další snížení přijaté energie v důsledku zvýšených nároků na mechanické zpracování potravy v ústech (Svačina et al., 2010).

Výživa je jedním z faktorů, které výrazně ovlivňují pohodu seniora. Stav výživy musí být posuzován komplexně, pomocí výživových anamnéz, klinickým nebo laboratorním vyšetřením (Jarošová, 2007). Nejvhodnějším způsobem, jak zajistit seniorům dostatečný příjem všech základních složek výživy, je dle mnoha autorů (Floriánková, 2014; Stránský, Ryšavá, 2010; Svačina et al., 2010) kvalitní a vyvážená strava. Pro zajištění dokonalé výživy je v domovech pro seniory vhodná spolupráce s nutričním terapeutem a individualizace dietního režimu.

Nesmíme zapomenout i na pozitivní psychologický efekt stravy. Dobré jídlo pro klienty domovů pro seniory představuje často mnohem více než jen zdroj živin. Jídlo jim dává denní rytmus, je pro ně potěšením a má moc navazovat pěkně vzpomínky. Proto mají staří lidé rádi jídla, která jedli v mládí. Typická oblíbená jídla dnešních seniorů jsou polévky, knedlíky, jídla z brambor, chléb, máslo, koláče a sladkosti. Senioři pocházející z venkova mají rádi též zabijačkové pokrmy. Senioři obecně nevynechávají polévku a rádi pijí čaj a kávu. Dávají přednost vařeným či pečeným jídlům před studenými, hlavně z důvodu lepší stravitelnosti. V domovech pro seniory by měli být klienti motivováni ke stravování ve společné jídelně. To, že klient chodí do jídelny, ho aktivizuje a propůjčuje mu status zdravého a soběstačného člověka. Naopak stravování na pokoji je znakem únavy a nemoci a vyvolává úzkost. U starých lidí je někdy lepší porušit pravidla zdravého stravování, pokud to pomůže ke zlepšení jejich psychického rozpoložení. Správné jídlo a vkusné stolování pomůže uchovat nebo navrátit lidem v domovech chuť do života (Pichaud, Thareauová, 1998).

2.2.1 Nejčastější onemocnění ve stáří a jejich ovlivnění výživou

Mnoho lidí se dožije vysokého věku bez nezvladatelných zdravotních potíží, někdy však pokročilý věk provází méně závažné, či závažnější choroby. Existují choroby, které se ve vyšším věku objevují zcela běžně, kdežto u mladších osob je najdeme jen výjimečně. Problémem onemocnění ve vyšším věku nemusí být ohrožení na životě, ale spíše ztráta samostatnosti, což často vede k přijetí seniora do pobytového zařízení sociálních služeb (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Pojem stáří nicméně nelze zaměňovat s pojmem choroba. Čevela, Kalvach a Čeledová (2012) dokonce uvádějí, že ve věku kolem šedesáti let je až 60 % zdravých jedinců, kolem sedmdesátého roku je zdravých asi 40 % a v osmdesáti ještě 20 %, proto zdůrazňují nevhodnost přílišné medicinalizace dlouhodobé péče. Při péči o vlastní zdraví by měla být zajištěna autonomie klienta.

2.2.1.1 Nadváha a obezita

Stárnoucí organismus je v důsledku fyziologických i sociálních změn více ohrožen vznikem nadváhy a obezity. Příčinou vzniku těchto onemocnění u seniorů je nedostatek pohybu a úbytek svalové tkáně, čímž se snižuje energetická spotřeba (Svačina et al., 2010). Nadváha a obezita zvyšují riziko řady onemocnění – srdeční infarkt, hypertenze, inzulínová rezistence, diabetes mellitus II. typu, nádorová onemocnění, žlučnickové kameny, onemocnění kloubů atd. (Stránský, Ryšavá, 2010). Léčba obezity u seniorů je velmi specifická a indikace restriktivní diety musí být posouzena individuálně po konzultaci s lékařem (Svačina et al., 2010). Spíše než na dietu s omezením energetického příjmu je u seniorů vhodné se zaměřit na dostatečný pohyb a pravidelnou a vyváženou stravu odpovídající aktuálnímu zdravotnímu stavu. Nedílnou součástí prevence obezity u seniorů je i podpora dobrého psychického stavu (Rušavý, Žourek, 2015; Svačina et al., 2013). Rušavý a Žourek (2015) též poukazují na tzv. „paradox obezity“ u starých lidí, který byl potvrzen mnoha rozsáhlými celosvětovými studiemi.

Podstatou je, že pokles hmotnosti u seniorů je spojen s vyšší mortalitou a morbiditou. Nejlepší zdravotní prognózu mají senioři s BMI 27 – 30.¹

2.2.1.2 Diabetes mellitus II. typu

Uvádí se, že diabetes mellitus II. typu postihuje ve stáří čtvrtinu (Rušavý, Žourek, 2015) nebo dokonce až třetinu (Svačina et al., 2013) populace. Diabetes mellitus II. typu je chronické onemocnění látkové výměny, pro které je typický nedostatečný účinek inzulínu v organismu, a tím dochází k hyperglykémii. Toto onemocnění provází především vyšší věk. Roli zde hraje i nadváha, obezita, nesprávná výživa a nízká tělesná aktivita (Stránský, Ryšavá, 2010).

Léčba hyperglykémie spočívá především ve farmakoterapii a režimových opatřeních, která se vytváří na základě spolupráce lékaře, nutričního terapeuta a pečujících pracovníků (Svačina et al., 2013). V případě, že diabetem trpí starší člověk, který je jinak zdravý a má předpoklad dlouhého dožití (více než 10 let), pak se doporučení pro jeho léčbu neliší od doporučení pro mladší populaci trpící diabetem mellitem. Péči je ovšem třeba individualizovat v případě starého člověka s přidruženými onemocněními, poruchou vnímání, s krátkou očekávanou délkou života nebo při riziku vzniku nežádoucích účinků léčby. Při nastavování dietních a pohybových opatření postupujeme tedy u takových starších osob vždy individuálně (Laubscher, Regier, Bareham, 2012). Rušavý a Žourek (2015) poukazují na to, že dle nejnovějších studií nemá v léčbě diabetu význam redukce hmotnosti. Daleko důležitějším faktorem se ukázala pravidelná, byť i malá fyzická aktivita (20 min chůze denně). Dále je dle Rušavého a Žourka (2015) důležité předcházet hypoglykemickým stavům a zajistit seniorům vysokou kvalitu života.

¹ BMI= Body mass index – poměr tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé odmocniny tělesné výšky v metrech. Hodnota 27 – 30 spadá na pomezí nadváhy a obezity 1. stupně (Svačina a kol., 2008).

2.2.1.3 Kardiovaskulární choroby

Kardiovaskulární choroby jsou dle veřejné databáze Českého statistického úřadu (2016) nejčastější příčinou úmrtí osob v České republice. Senioři a diabetici jsou vysoce rizikovou skupinou. Pro prevenci i léčbu onemocnění srdce a cév je nejdůležitější správný životní styl – nekouřit, udržovat optimální tělesnou hmotnost, omezit příjem soli, živočišných tuků, jednoduchých cukrů a alkoholu. Naopak je důležité zvýšit příjem vlákniny, ryb a rostlinných olejů (Floriánková, 2014; Stránský, Ryšavá, 2010; Svačina a kol., 2008).

2.2.1.4 Dna

Dna je jednou z nejčastějších chorob závislých na výživě. Její příčinou je porucha látkové výměny bílkovin, které obsahují purinové látky. V krvi se následně zvyšuje koncentrace kyseliny močové. Krystalky kyseliny močové se ukládají do kloubů, šlach či podkoží a vyvolávají velmi bolestivé zánětlivé reakce. Rizikovými faktory pro vznik dny jsou stáří, mužské pohlaví, genetické predispozice, nadváha, obezita a nesprávná skladba jídelníčku s převažujícími masnými výrobky a konzumací alkoholu. Dna se léčí ve většině případů pouze úpravou stravy. V jídelníčku je nutné omezit potraviny obsahující vysokou koncentraci purinů – maso a masové vývary, vnitřnosti, ryby a mořské produkty (hlavně sardinky, sledě, tuňáka, makrelu), luštěniny, droždí, houby, špenát, kakao a alkohol – především pivo (Stránský, Ryšavá, 2010; Svačina a kol., 2008).

2.2.1.5 Zácpa

Nízký příjem tekutin a vlákniny, omezení pohybu a přirozené zpomalení střevní motility je příčinou zácpy, která trápí mnoho seniorů. Pokud lékař vyloučí závažnější příčiny zácpy, je na místě úprava dietního režimu – zvýšení příjmu tekutin, vlákniny, ovoce a zeleniny a zvýšení fyzické aktivity (Floriánková, 2014; Svačina a kol., 2008).

Pro seniorský věk je specifická odlišná potřeba živin související s fyziologickými a sociálními změnami i s často se vyskytující polymorbiditou (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). V pobytových zařízeních tvoří dle Čeveli, Kalvacha a Čeledové (2012) nejpočetnější skupinu senioři se zdravotním postižením nebo s omezenou soběstačností. V těchto zařízeních by měl jídelníček sestavovat nutriční terapeut s ohledem na individuální požadavky a zdravotní potřeby každého klienta, a to ve spolupráci s klientem, který by neměl být jen pasivním uživatelem, ale měl by se aktivně podílet na péči o své zdraví (Hrdina, 2015). Zdravá strava a dostatečné zásobení organismu všemi základními živinami se odráží v kvalitě i délce života seniora a pomůže mu lépe se vyrovnat s případnou nemocí (Svačina et al., 2010). Je ale vždy nutné mít na paměti, že důležitější než striktní dodržování výše uvedených výživových zásad, je respekt k přáním a celoživotním zvyklostem starého člověka.

2.3 Fenomény spojené s přechodem seniora z domácího prostředí do pobytového zařízení sociálních služeb

Přechod do domova pro seniory znamená pro většinu starých lidí jednu z největších životních změn. Důvodů, proč si starý člověk podá žádost do domova pro seniory, je mnoho. Vágnerová (2007) uvádí především:

- Ztráta soběstačnosti
- Naléhání lékařů, rodiny
- Pocit osamělosti
- Bytové a finanční problémy

Ať už jsou důvody příchodu do domova pro seniory jakékoli, vždy je potřeba si na nové prostředí zvyknout, postupně se začlenit do kolektivu a přizpůsobit svůj dosavadní život podmínkám, které domov nabízí. Jak uvádí Matoušek (1999), tato změna prostředí nemusí být vždy jednoduchá. Typickými počátečními reakcemi jsou úzkost, spavost, nechutenství, zhoršení zdravotního stavu nebo dokonce úmrtí. Tyto reakce jsou

dle Vágnerové (2007) zapříčiněny velkou psychickou zátěží, která vzniká ze ztráty soukromí a autonomie a uvědomění si konce svého života prožitého v pobytovém zařízení.

Samotný pobyt v domově pro seniory s sebou nese další problémy, se kterými se musí klient vyrovnat. Dojde ke změně jeho denního rytmu, dietních zvyklostí, může se vyvinout deprese, relokační nebo geriatrický maladaptivní syndrom (Hudáková, 2013). Problémem se může paradoxně stát i to, že je seniorům zajištěna komplexní celodenní péče. Najednou mají spoustu volného času, který neumí využít, jejich okruh zájmů se redukuje – už se nemusí starat o vaření, nákupy, úklid, finanční záležitosti. To může vést ke ztrátě zájmu o okolní svět a snahy se aktivně zapojit do života. Alespoň částečným řešením může být dostatečná nabídka aktivizačních programů (Matoušek, 1999).

Matoušek (1999) uvádí ještě další rizika dlouhodobého pobytu v ústavním zařízení:

- **Hospitalizmus** – neschopnost přizpůsobit se běžnému životu mimo pobytové zařízení
- **Ponorková nemoc** – vzniká jako následek dlouhodobého pobytu ve stereotypním prostředí, ze kterého se nedá uniknout. Po určitém čase, kdy klienti potkávají stále stejné osoby, začnou být uzavření a méně tolerantní k těm, kdo chtějí narušit jejich soukromé teritorium. Mohou se vyvinout i obranné reakce jako agresivita, vztahovačnost nebo ignorace.
- **Šikanování** – je násilné chování klientů vůči sobě nebo násilné chování personálu vůči klientům. Nejnáchylnější k šikaně jsou právě velmi nemocní nebo staří lidé. Šikanování může mít mnoho podob od jemného psychického nátlaku až po agresivní fyzické napadání.
- **Ztráta soukromí** – je daní za pobyt v pobytovém zařízení. Klienti se musí přizpůsobovat režimu domova a i režimu ostatních obyvatel. Klienti musí neustále dodržovat společenské konvence, neboť jejich projevy jsou pod veřejnou kontrolou.

Vágnerová (2007) poukazuje ještě na další riziko pobytu v domově pro seniory. Klienti jsou obklopeni lidmi, kteří jsou mnohdy v horším zdravotním stavu než oni sami, což mohou vnímat projektivně, tedy jako něco, co je v budoucnu také čeká. Dále se musí vyrovnávat se smrtí lidí, se kterými navázali hlubší vztah. V instituci je smrt vnímána

klienty jinak, než když v běžném životě umírali jejich známí. Zde jsou v bezprostřední blízkosti umírajících a celý proces s nimi prožívají.

2.3.1 Adaptační proces

Proces adaptace na život v pobytovém zařízení má několik fází a může u každého seniora probíhat odlišně, a to v závislosti na jeho individuálních osobnostních rysech a i na tom, zda si příchod do domova vybral sám nebo k němu byl nějakým způsobem „donucen“ okolím a okolnostmi. V případě nedobrovolného příchodu do domova se nejprve u klienta vzbudí fáze odporu, následuje fáze zoufalství a apatie a v ideálním případě je adaptace završena vytvořením pozitivní vazby s ostatními obyvateli domova nebo personálem (Vágnerová, 2007). Adaptace neprobíhá bezproblémově ani v případě, že klient přišel do domova dobrovolně. Nejprve pocítuje nejistotu, seznamuje se s novým prostředím a učí se novým stereotypům. Adaptace je završena přijetím nového životního stylu, ale to neznamená, že klient dojde až do fáze, kdy zařízení považuje za svůj skutečný domov (Vágnerová, 2007).

Jak uvádí Haškovcová (2010), senior se při přestěhování do domova musí vyrovnat se zcela jiným životním stylem, musí se sžít s ostatními obyvateli a už nežít s rodinnými příslušníky. Ke stáří patří určitý konzervativismus a nechť k novotám, a proto je taková změna obrovskou psychickou zátěží, kterou často provází nervozita, pláč, nejistota nebo rozčilení. Mnozí senioři mají s adaptací na nové prostředí takové potíže, že se to odrazí v jejich zdravotním stavu. Nejkritičtějším obdobím je prvních šest týdnů, ale celý proces adaptace může trvat půl roku i déle. Adaptace na nové institucionální prostředí je úkolem pro celý pracovní tým, ale především by měl seniorům pomáhat sociální pracovník (Dvořáčková, 2012; Matoušek, 2005).

Po příchodu seniora do domova by měl být vytvořen tzv. adaptační plán, což je individuální pečovatelský plán. Tento plán je potřebný jak pro pracovníky domova, tak pro klienta. Klient by měl získat dostatek informací o prostředí, kde bude žít. Dále by měl být podpořen v tom, aby navázal nové vztahy a našel si své místo mezi ostatními obyvateli a zapojil se do aktivit probíhajících v domově. Poslední fází je kompletní přizpůsobení, ke kterému však nemusí vždy dojít. Při adaptaci mohou seniorovi pomoci též rodinní

příslušníci a přátelé, kteří jsou mostem mezi tím, co bylo a novým životem v domově (Matoušek, 2005).

2.3.1.1 Poznatky z výzkumů týkajících se adaptace v domovech pro seniory

Adaptačním procesem a faktory, které ho ovlivňují, se zabývá mnoho vysokoškolských studentů ve svých výzkumech a závěrečných pracích. Vybrala jsem celkem pět závěrečných prací (Junghansová, 2015; Klinerová, 2015; Pajerová, 2013; Říha, 2011; Stejskalová, 2011), které přinášejí poznatky o tom, co ovlivňuje proces adaptace seniorů v domovech pro seniory. Autoři ve svých výzkumech zjistili to, že adaptaci usnadňuje možnost klienta vybavit pokoj v domově vlastním nábytkem a přinést si oblíbené věci ze své bývalé domácnosti. Dále to, že si klient může zvolit klíčového pracovníka a to, s kým bude sdílet pokoj. Milé a vlídné chování pracovníků a ostatních obyvatel domova k novému klientovi celkově působí na proces adaptace. Adaptaci též ovlivňuje prostředí, ze kterého klient do domova přišel. Hůře se adaptují klienti přicházející z vlastního rodinného domu, kde byli zvyklí na větší prostor. Pozitivní pro adaptaci je to, když je pobytové zařízení blízko jejich bývalého domova nebo domova příbuzných. Adaptaci dále usnadňuje míra autonomie a soukromí, která je klientovi po příchodu do domova ponechána. To, že se klient stále může rozhodovat o osobních věcech a o tom, jak stráví den, značně ovlivňuje to, jak si na nový domov zvykne. Lépe si zvykají klienti, kteří bydlí na jednolůžkovém pokoji. Hůře probíhá adaptace u klientů, kteří se ocitli v domově nedobrovolně na nátlak okolí.

3. Stravování v DpS a možnosti individualizace

Moderní domovy pro seniory si kladou za cíl poskytovat klientům péči na co nejvyšší úrovni. Starost o kvalitní stravování nás provází celým životem a i stárí s sebou nese mnoho specifických nároků na výživu. Senior v pobytovém zařízení byl v podstatě „připraven“ o možnost zajišťovat si stravu sám a je v jistém smyslu „odkázán“ na stravu, kterou mu zajistí personál domova. Cílem domovů pro seniory by tudíž měla být co

nejvyšší míra individualizace při zajišťování stravování jako snaha o kompenzaci klientovy nepříznivé sociální situace a zvýšení kvality jeho života. Každá služba má ovšem své limity a teorie je jedna věc a praxe věc druhá. Musím zde uvést názor Haškovcové (2010), která říká, že individualizovaný přístup je správný, ale měl by mít někde své limity. Jako problematické se mohou jevit právě situace při zajišťování stravy v domovech pro seniory. Ptá se, zda je vůbec možné klientovi v systému hromadného stravování umožnit individuální výběr stravy i doby její konzumace a zda je správné nechat klientovi možnost odmítnout pro něho vhodnou dietní stravu, i když to může mít dopad na jeho zdravotní stav. Vždyť i doma se členové domácnosti domlouvají na tom, co bude k obědu, a dodržují přibližné časy denních jídel. Hranice, kam až může individualizovaná péče zajít, jsou nejasné a je velmi těžké je odkrýt. Možnostmi při zajišťování individualizovaného stravování v domovech pro seniory a hledáním limitů individualizovaného přístupu jsem se zabývala ve svém výzkumu, jehož výsledky uvádím níže.

Na následujících řádcích se budu věnovat tomu, jaké existují způsoby zajišťování stravy v domovech pro seniory a jaký vliv na kvalitu stravování a individualizaci má standardizace nutriční péče.

3.1 Systémy stravování v domovech pro seniory

Domovy pro seniory ze zákona poskytují klientům celodenní stravování. Strava je klientům podávána na základě individuálního nutričního plánu, formou adekvátní k věku, zdravotnímu stavu a onemocnění klienta (konzistence pokrmu, dopomoc při jídle). Jídelní lístek navrhuje nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem, popřípadě vedoucím stravovacího provozu. Všechna jídla musí nutričně odpovídat požadavkům na výživu seniorů a příslušným dietám. Nejčastěji je v domovech pro seniory připravována dieta racionální, diabetická a šetřící. Při podávání stravy má být dodržována kultura stravování a mají být respektovány takové stravovací návyky klienta, se kterými do zařízení přišel. Také mají být zohledněny jeho individuální požadavky či preference v jídle. Omezením může být pouze doporučení lékaře a nutričního terapeuta při případném onemocnění klienta souvisejícím s výživou, ale klient musí vždy s takto navrženou úpravou skladby jídla souhlasit (Malíková, 2011).

V domovech pro seniory existuje několik způsobů, jakými je klientům vydávána strava. Prvním z nich je způsob tabletový, který je typický též pro nemocniční zařízení. Tabletový systém spočívá v tom, že se pokrmy plní do oddělených misek, které jsou součástí termoobalu. Plnění tabletů probíhá na pásech za dodržování přísných hygienických pravidel. Naplněné tablety se ukládají do termoskríní, které jsou rozváženy na určená místa. Pokrmy následně vydává personál jednotlivým strážníkům (Mlejnková, 2009). Tento způsob výdeje stravy se užívá nejčastěji v případě imobilních klientů nebo klientů, kteří se nechtějí stravovat společně s ostatními strážníky v jídelně. Klienti se takto mohou stravovat přímo na lůžku nebo v křesle u stolu ve svém pokoji (Malíková, 2011).

Dalším způsobem může být použití termoportů. Termoporty jsou izolační nádoby, kde je celý pokrm pro všechny strážníky uložen pohromadě a jeho rozdělení na talíře probíhá až v kuchyňkách na odděleních nebo na pokojích klientů (Mlejnková, 2009). Klientům domovů pro seniory může být tímto způsobem vydávána strava i ve společné jídelně.

Naposled zmiňovaný způsob výdeje stravy klientům ve společné jídelně je dle Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky ukazatelem kvality péče v domovech pro seniory a měl by být v těchto zařízeních preferován (Doporučený, 2015). Jak uvádí Malíková (2011), v jídelně se stravují všichni klienti, kteří mají o společné stolování zájem, a to i klienti pouze částečně mobilní, kterým dopomáhají s přesunem pracovníci domova.

Dle Malíkové (2011) je problematickou, ale velmi důležitou oblastí stravování sledování a dodržování pitného režimu klientů. Starší lidé mají totiž snížený pocit žízně, který může vést k dehydrataci. Proto je úkolem ošetřujícího personálu, aby sledoval množství přijatých tekutin, a aby tekutiny v různých formách a často v menších dávkách nabízel.

3.2 Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory jako východisko pro individualizaci ve stravování

Kvalita stravování seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb je a byl velmi diskutovaný problém. Tak, jak vznikaly požadavky na vytvoření standardů kvality péče

v sociální oblasti obecně, byly vytvořeny i standardy pro nutriční péči o seniory v domovech pro seniory. Vytvoření standardů nutriční péče a jejich uvedení do praxe umožňuje identifikovat individuální nutriční potřeby klientů a na tyto potřeby pak následně adekvátně reagovat.

Řízení nutriční péče o klienty v domovech pro seniory je komplexní činností, která přináší zlepšení kvality a zvýšení úrovně poskytované péče. V roce 2006 vznikl v rámci programu pro klinickou výživu NUTRICEPT projekt s názvem „Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory“. Na projektu se podíleli přední čeští odborníci na výživu – Společnost pro klinickou výživu a intenzivní metabolickou péči (SKVIMP) a Česká asociace sester (ČAS) – sekce nutričních terapeutů (Janáková, 2006).

Odborným garantem celého projektu byla nutriční terapeutka a současná předsedkyně sekce výživy a nutriční péče České asociace sester, paní magistra Tamara Starnovská. Ta se zasloužila o vypracování podrobných postupů pro implementaci standardů nutriční péče do domovů pro seniory. Tyto postupy byly vytvořeny na základě platné legislativy – Mezinárodních akreditačních standardů, Národních akreditačních standardů, Standardů kvality sociálních služeb a Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Vytvořené standardy obsahují podrobný popis, metodiku a indikátory, jejichž naplnění se posuzuje při inspekci (Janáková, 2006).

Aplikace postupů v zařízeních probíhala dle Škubové (2008a) v šesti na sebe navazujících modulech:

- Identifikace nutričního stavu klienta
- Identifikace potřeb klienta
- Stravovací provoz a doplňkové formy výživy – řešení stravování klientů
- Podávání stravy a sledování její účinnosti
- Nutriční edukace
- Zavedení a zhodnocení významu standardu nutriční péče

Každý modul byl zakončen auditem. Teprve po úspěšném výsledku auditu u jednoho modulu byla možnost přejít k modulu dalšímu. Zařízením, které úspěšně splní všechny moduly, je udělen certifikát standardizace nutriční péče, který vypovídá o tom, že zařízení poskytují svým klientům vysoce odbornou a kvalitní nutriční péči, která je v souladu

s platnými právními předpisy (Jarošová, Gabzdylová, Kozáková, 2011). V roce 2005 a 2006 proběhl tento projekt pilotně ve třech pražských domovech pro seniory (Malešice, Zahradní město, Chodov). Odborný přezkum standardizační činnosti provedl MUDr. František Vlček, člen Spojené akreditační komise ČR (Janáková, 2006).

Standardizace nutriční péče stále v domovech pro seniory úspěšně probíhá. Dle Starnovské (2016) došlo v letošním roce, 2016, k přepracování modulů a standardizace probíhá v následujících čtyřech modulech:

- Identifikace nutričního stavu klientů
- Identifikace nutričních potřeb klientů
- Stravovací provoz, dietní systém, podávání stravy klientům
- Řešení nutričního stavu klientů

Tematické bloky je možné realizovat samostatně. Každý blok je ukončen zhodnocením realizace. Na závěr je vydán certifikát s platností jeden rok a lze jej prodloužit po kontrolním šetření (Starnovská, 2016).

Cílem vytvořeného standardu nutriční péče je dle Fremrové (2013) zajistit klientům takový systém nutriční péče, který bude odpovídat jejich aktuálním individuálním přáním a potřebám. Nutriční péče znamená dle Starnovské (2008) kvalifikované sestavení individuálního plánu pro klienta, jenž zajistí, že klient bude přijímat všechny živiny v adekvátním množství a formě, dle jeho konkrétních potřeb a zdravotního stavu. Pro realizaci správné nutriční péče je zapotřebí dostatek personálu (zejména nutričních terapeutů) i kvalitní technické vybavení domova.

Význam standardizace nutriční péče spočívá v možnosti účinně identifikovat a následně příslušně uspokojovat nutriční potřeby klientů domovů pro seniory, a tím zvyšovat kvalitu poskytované služby (Janáková, 2006). Pozitivní vliv zavedení standardů nutriční péče na kvalitu poskytované péče v oblasti výživy, a tím i na celkový zdravotní stav a soběstačnost klientů, dokazují závěrečná šetření ze zúčastněných domovů pro seniory i několik již provedených longitudinálních studií (Jarošová, Gabzdylová, Kozáková 2011; Fremrová, 2013; Škubová, 2008). Pro management domovů znamená zavedení standardizace nutriční péče především vysokou prestiž a garanci právní ochrany (Škubová, 2008a).

Na základě projektu Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory došlo v těchto zařízeních k mnohým změnám ve stravování. Strava by měla být pro každého klienta zajištěna individuálně, tedy na základě jeho konkrétních přání a potřeb. Kvalitní strava, která odpovídá individuálním nárokům klientů, pozitivně přispívá k jejich fyzickému i psychickému stavu, a to má za následek snížení nákladů na zdravotní péči (Sekce, 2015). Standardizace nutriční péče je dalším článkem ve vývoji celého konceptu individualizace péče.

III. Praktická část

1. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Pro účely diplomové práce byl zvolen následující **cíl výzkumu**:

Zmapovat, jak domovy pro seniory pracují s konceptem individualizace péče a jaké jsou možnosti a limity domovů v individualizaci péče při zajišťování stravování klientům.

Vzhledem k cíli výzkumu byly stanoveny tyto **výzkumné otázky a podotázky**:

HVO1: Jak dle participantů pracuje jejich organizace s konceptem individualizace péče o klienty?

HVO2: Jaké jsou dle participantů možnosti a limity domova v individualizaci péče v oblasti stravování?

DVO1: Jakou roli fakticky mohou hrát a skutečně hrají klientovy osobní preference v jídle při sestavování nutričního plánu?

DVO2: Co by bylo třeba zajistit, aby byla v organizaci možná větší individualizace?

HVO3: Jaký zauímají klienti postoj k možnostem individualizace péče v oblasti stravování v domově?

DVO4: Co klienti v oblasti stravování postrádají nebo co jim naopak přijde nadbytečné?

DVO5: Jak se klienti adaptovali na režim stravování v domově?

2. Design výzkumu

V této kapitole představím hlavní prvky svého výzkumu. Uvedu, jakou jsem použila výzkumnou metodu, kdo tvořil výzkumný soubor a jakým způsobem jsem soubor vybírala, jak byl celý výzkum realizován a také kriticky zhodnotím sama sebe v roli výzkumníka.

2.1 Výzkumná metoda

Jako výzkumná strategie byla pro diplomovou práci zvolena strategie kvalitativního výzkumu technikou hloubkového polostandardizovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum definují Strauss a Corbinová (1999:10) jako „jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace“.

Kvalitativní výzkum představuje jiné poznání sociální reality. Jeho cílem je induktivní metodou odkrýt význam, který mají sdělované informace a vytvořit novou teorii. Kvalitativní výzkum se snaží vhlédnout do co největšího množství dimenzí problému. Cílem není problém generalizovat. Posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích (Disman, 2000). A právě proto jsem si vybrala kvalitativní výzkum jako nejvhodnější metodu, která může osvětlit problém individualizace péče v oblasti stravování v domovech pro seniory.

Jako techniku sběru informací jsem zvolila hloubkový polostandardizovaný rozhovor. Hloubkový rozhovor charakterizují Švaříček a Šeďová (2007:159) jako „nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek“. Polostandardizovaný rozhovor kombinuje výhody standardizovaného (strukturovaného) a nestandardizovaného (nestrukturovaného) rozhovoru. Strukturovaný rozhovor by participantům nedal dostatečný prostor, aby mohli vznést vlastní témata, náměty nebo poznámky ke zkoumanému tématu, které připravené otázky nepokrývají. Naopak nestandardizovaný rozhovor by mohl vést k tomu, že by se každý jednotlivý rozhovor věnoval individuálním odlišnostem, které by však byly v závěru těžko vzájemně srovnatelné (téma, kterému se výzkum věnuje, je poměrně obsáhlé a komplexní). Proto jsem zvolila polostandardizovaný rozhovor jako kombinaci těchto

dvou přístupů. Scénář výzkumného rozhovoru uvádím v příloze. Součástí výzkumného šetření byly i terénní poznámky, které tvořily okolnosti provázející vedení rozhovorů a další postřehy z domovů pro seniory.

Jako analytický postup jsem zvolila otevřené kódování a techniku „vyložení karet“. Otevřené kódování je podle Švaříčka a Šed'ové (2007) univerzální způsob analýzy dat. Po provedení otevřeného kódování jsem postupovala technikou „vyložení karet“, což znamená, že „výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce nebo linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií“ (Švaříček, Šed'ová, 2007:226). Následně popíše všechny kategorie a vztahy mezi nimi v kostře příběhu. Dle Švaříčka a Šed'ové (2007) je účelem kostry příběhu formulovat klíčová tvrzení, na která výzkumník přišel, a to tak, aby byla soustředěna kolem ústředního zkoumaného jevu.

2.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří pracovníci a klienti tří domovů pro seniory v Jihočeském kraji. Jako první jsem uvažovala o tom, jaká zařízení zvolit pro svůj výzkum. Rozhodla jsem se pro středně velká zařízení s přibližně stejným počtem klientů (110 – 140) z toho důvodu, že jsem předpokládala, že podobně velké domovy pro seniory budou mít podobné podmínky pro individualizaci. Rozhodla jsem se ale oslovit domovy s různými zřizovateli (kraj, obec, soukromý zřizovatel), protože mě zajímalo, jestli se liší přístup ke klientům v rámci konceptu individualizované péče v souvislosti se stravováním podle typu zřizovatele.

Pro zachování anonymity jsem označila domovy písmeny A, B a C.

Domov pro seniory A má soukromého zřizovatele a byl otevřen před necelými osmi lety. V domově je v současné době 110 klientů. Tento domov je na první pohled velmi moderní, vkusně a hezky zařízený, postavený nedaleko centra města, cca 15 min chůze. Nejprve mi atmosféra v domově přišla příjemná, ale postupem času jsem změnila názor. Z paní ředitelky jsem dostala dojem, že chce ukázat svůj domov pouze v tom nejlepším světle, bojí se mého případného negativního hodnocení a odpovídá tak, jak si myslí, že si

přeji, aby odpovídala. Vrchní sestra si přála být přítomna rozhovoru s pracovnící přímé péče a rozhovor s klientkou nakonec také probíhal v přítomnosti ředitelky. Při následujících návštěvách se mi sice podařilo určité bariéry v postojích k rozhovorům odstranit, ale i tak se domnívám, že odpovědi participantů mohou být v určitém smyslu ovlivněny. Tento domov pro seniory není certifikován v rámci standardizace nutriční péče.

Domov pro seniory B byl otevřen v roce 1998. Zřizovatelem je město. Budova domova je umístěna v těsné blízkosti nemocnice a poměrně daleko od centra města, cca 35 minut chůze. Momentálně poskytuje domov celodenní služby 145 klientům. Domov je pěkně zařízen, i když nepříliš moderně, ale celkově ve mně vzbuzoval dojem menšího zdravotnického zařízení. Z vyjádření vrchní sestry je více než dvě třetiny klientů nesoběstačných. Participantů ale byli od začátku v odpovědích otevření a bylo vidět, že se nesnaží o žádnou přetvářku. Certifikát standardizace nutriční péče zde nemají a ani o něm do budoucna neuvažují.

Zřizovatelem domova pro seniory C je kraj. Domov je od roku 2015 umístěn ve zcela nové moderní budově nedaleko centra města, cca 15 min chůze. Služeb domova využívá 122 klientů. Participantů zde byli velmi ochotní a celkově jsem při rozhovorech se zaměstnanci měla pocit, že zde pracují velmi rádi a mají vysoké mínění o zde poskytovaných službách. Po tom, co jsme si vyjasnili, že mi nejde o hodnocení jejich služeb, ale o objektivní náhled do problematiky, byla atmosféra při rozhovorech velmi uvolněná a podařilo se mi získat relevantní odpovědi. Ani v tomto domově zatím nemají certifikát standardizace nutriční péče, ale o standardizaci uvažují v příštím roce.

V každém domově proběhly celkem 4 rozhovory. První s ředitelkou, popřípadě s vrchní sestrou, druhý s vedoucí stravovacího úseku, popřípadě s nutriční terapeutkou, třetí s pracovnící přímé péče a čtvrtý s vybraným klientem. Pro přehlednost uvádím participanty v tabulce:

Tab. 1: Výzkumný soubor

DpS A - soukromý	A1 - ředitelka	A2 - vedoucí stravovacího úseku	A3 - PPP	A4 - klientka
DpS B - obecní	B1 - vrchní sestra	B2 - nutriční terapeutka	B3 - PPP	B4 - klientka
DpS C - krajský	C1 - ředitelka	C2 - vedoucí stravovacího úseku	C3 - PPP	C4 - klientka

Zdroj: Vlastní výzkum

2.2.1 Způsob výběru výzkumného souboru

Výzkumný soubor jsem zvolila na podkladě účelového vzorkování. Tento typ výběru výzkumného vzorku je prováděn za určitým účelem, na základě posouzení výzkumníka. Vzorek je vybírán za tím účelem, aby výzkumník dokázal co nejlépe odpovědět na otázky výzkumné studie (Hendl, 2005). Nejprve jsem se ve svém výzkumu chtěla zaměřit pouze na názory zaměstnanců domovů pro seniory, ale v průběhu výzkumu jsem dospěla k názoru, že pro doplnění celkového obrazu zkoumaného problému je nutné oslovit i klienty. Klienti byli vybíráni víceméně náhodně. Výběr probíhal až na místě. Ředitelka nebo vrchní sestra mi doporučily několik klientů, u kterých usoudily, že jejich zdravotní stav mi umožní provést rozhovor. Já si následně namátkou zvolila, koho oslovím jako prvního. Konečný výběr pak ovlivnilo to, zda byl klient v tu dobu ve svém pokoji nebo ne. Pokud ne, oslovila jsem jiného doporučeného klienta.

2.3 Realizace výzkumu a sebereflexe výzkumníka

Rozhovory s participanty probíhaly od února 2016 do května 2016. Rozhovory probíhaly opakovaně, protože s tím, jak jsem se dostávala do hloubky tématu, se stále vynořovaly nové a nové otázky, na které bylo potřeba odpovědět pro dokreslení výzkumné

problematiky. Postupně jsem rozšířila okruh otázek a změnila styl vedení rozhovoru. Musím přiznat, že jsem se nejprve v roli výzkumníka necítila vůbec dobře. A ještě hůř jsem se cítila po tom, co jsem si pustila první nahraný rozhovor. Po poslechu svého projevu, který byl plný základních výzkumnických chyb, jsem si uvědomila, že musím změnit styl vedení rozhovoru a formulaci některých otázek, protože původní verze mohla vyvolávat v participantech pocit, že jejich domov určitým způsobem hodnotím, a to nevytvářelo příjemnou a uvolněnou atmosféru a ovlivňovalo to odpovědi. Při dalších návštěvách se mi tyto chyby podařilo víceméně odstranit a dostala jsem se lépe k jádru problému. S každým dalším rozhovorem jsem se také cítila jistější a lépe reagovala na odpovědi participantů. Věřím, že svůj vliv na to měl i fakt, že jsem již nepřicházela do zcela nového prostředí a měla jsem lepší ponětí o tom, jaké informace chci od participantů získat.

Pro účely rozhovorů jsem si nejprve připravila scénář výzkumného rozhovoru, abych u každého participanta dodržela přibližně stejnou strukturu dotazování a mohla lépe vyhodnotit data. Scénář rozhovoru měl dvě varianty. Jedna varianta byla pro zaměstnance domovů a druhá pro klienty. Nejprve jsem si vyžádala souhlas od ředitele organizace s provedením rozhovorů se zaměstnanci a klienty. Před zahájením rozhovoru jsem participanty seznámila s cílem výzkumného šetření, poprosila je o svolení k audionahrávce a ujistila je o anonymitě. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do počítače. Ukázkou přepsaného rozhovoru uvádím v příloze diplomové práce. Pro analýzu rozhovorů jsem následně použila metody otevřeného kódování, kdy jsem nejprve v elektronické podobě přiřadila kódy přímo do textu. Texty jsem následně vytiskla, rozstříhala, pojmy seskupila dle tématu a z pojmů vytvořila kategorie.

3. Výsledky výzkumu

Na tomto místě považuji za vhodné připomenout, že mi v tomto kvalitativním výzkumu nešlo o generalizaci a výsledky výzkumu nemohou být vztaženy i k jiným organizacím. Na základě kódování vzniklo mnoho pojmů, z kterých jsem vytvořila kategorie. Další analýzou jsem dospěla k centrální kategorii, která se line jako červená nit všemi rozhovory, k níž se vztahují všechny ostatní kategorie. Nejprve vyložím kostru

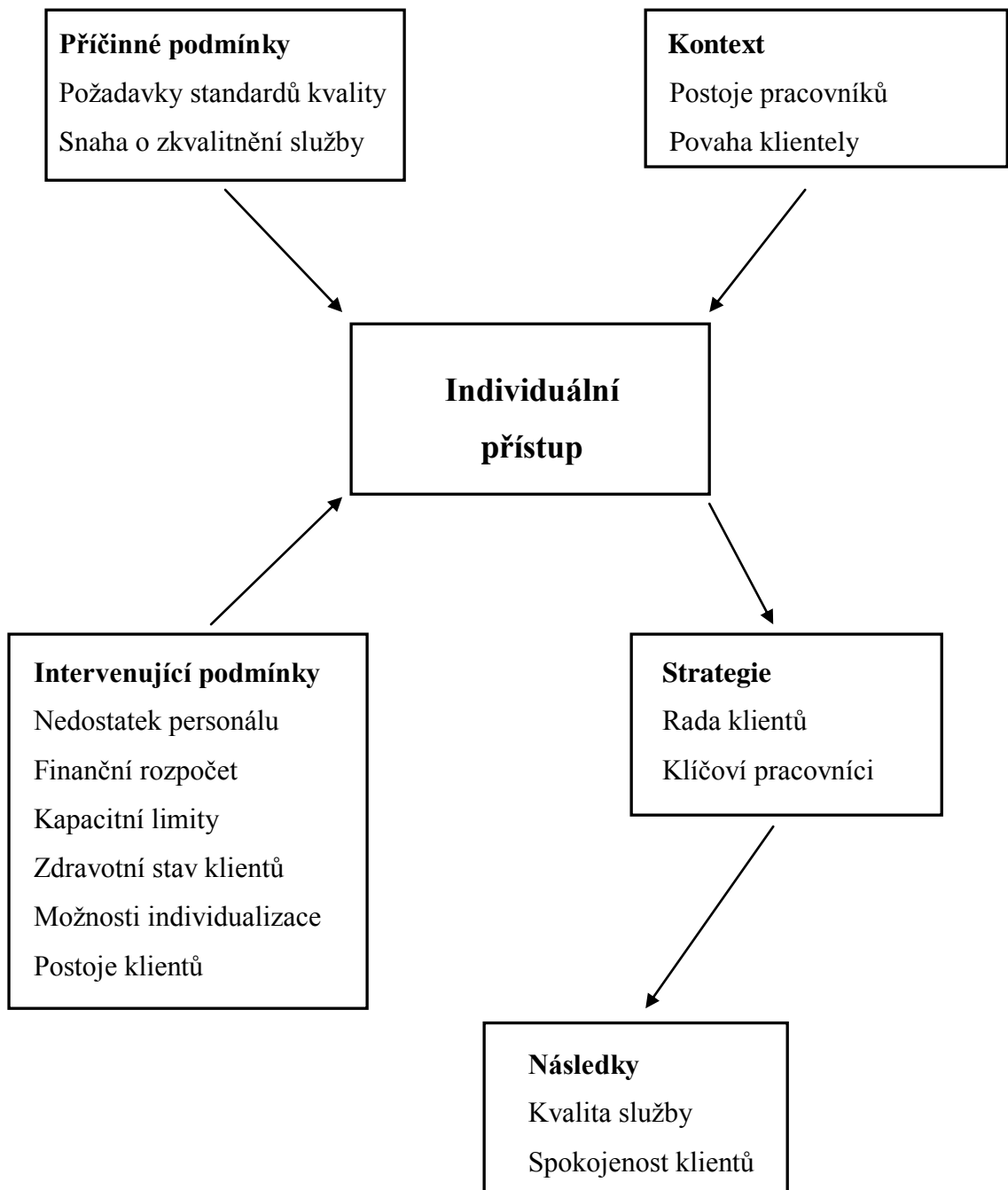
příběhu a následně uvedu výsledky výzkumu uskupené do kapitol podle tématu a v rámci tématu analyzuji jednotlivé kategorie, což je podpořeno výroky participantů.

Kategorie, které jsem vytvořila na základě kódování, jsou:

- **Individuální přístup** – centrální kategorie
- Požadavky standardů kvality
- Snaha o zkvalitnění služby
- Postoje pracovníků
- Povaha klientely
- Nedostatek personálu
- Finanční rozpočet
- Kapacitní limity
- Postoje klientů
- Zdravotní stav klientů
- Možnosti individualizace
- Rada klientů
- Klíčoví pracovníci
- Spokojenost klientů
- Kvalita služby

Pro přehlednost jsem vytvořila následující schéma zobrazující vztahy mezi kategoriemi.

Obr. 1: Výzkumné schéma



Zdroj: Pechušková, 2016

Kategorie jsou vzájemně provázané a dohromady vytváří obraz, díky kterému jsem rozklíčovala jádro problému v daných zařízeních. Vše jsem shrnula do kostry příběhu.

3.1 Kostra příběhu

Individuální přístup ke klientům je ve vybraných domovech pro seniory požadovaným standardem, který se všichni snaží dodržovat. Požadavky pro individualizaci plynou ze standardů kvality. Pracovníci domovů hovoří o individuálním přístupu ke klientům jako o nástroji ke zkvalitňování služby. Tato rétorika je všude přítomná. To, jak si jednotlivé domovy pro seniory vykládají termín individualizace, se případ od případu liší a má souvislost s postoji samotných pracovníků organizace a povahou jejich klientely. Na možnosti individualizace ve stravování v domovech pro seniory působí mnoho vlivů. Z hlediska objektivních vlivů jsou domovy limitovány především nedostatkem personálu, finančním rozpočtem a celkovou kapacitou zařízení. K vnitřním silám ztěžujícím naplňování individualizovaného přístupu v domovech patří postoje klientů. Postoje klientů jsou v převážné míře konformní a konzervativní. Tyto postoje nepodněcují personál domovů k tomu, aby se snažil o větší míru individualizace. Do hry vstupuje i zdravotní stav klientů. Klientelu domovů tvoří i lidé nesoběstační, trpící mnoha nemocemi souvisejícími s věkem a lidé s demencí. Díky zdravotnímu stavu je nutné těmto klientům zajistit vysoce individualizovanou péči. Pro domovy není problém zajistit stravu na základě diety doporučené lékařem, dieta ale musí vycházet z nemocničního dietního systému, podle kterého jsou schopni stravu připravovat. Ve všech domovech je klientům ponecháno právo dietu odmítnout. Pouze v jednom z domovů jsou připraveni naplňovat vysoce individualizované potřeby v oblasti stravování klienta s demencí, jako je například poskytnutí jídla v kteroukoli denní i noční dobu. Jednotlivé domovy nabízejí svým klientům různé možnosti v oblasti zajišťování stravování. Zcela individuální dietu nemohou zajistit v žádném z domovů. Všude ovšem v nějaké podobě respektují klientovy individuální preference a dávají klientům možnost podílet se na tvorbě jídelního lístku. Domovy nabízejí několik míst, kde mohou klienti jídlo konzumovat. Čas podávání jídel v domovech je jednotný. Určit velikost porce si mohou klienti ve dvou domovech.

Všechny domovy nabízejí klientům nějaké prostory pro samostatné vaření, ty však nejsou příliš využívány.

Domovy pro seniory mají vytvořené strategie, které podporují individuální přístup ke klientům. Klienti mají své klíčové pracovníky a sdružují se v radách klientů, prostřednictvím kterých mohou prosazovat své individuální požadavky. Zjednodušeně řečeno spočívají možnosti domovů v naplňování individuálních požadavků klientů pouze v tom, že klienti mají možnost výběru ze dvou daných variant jídel (pouze ve dvou zařízeních), mají možnost zaměnit přílohu a v tom, že si mohou odhlásit jídlo, které vyloženě nejedí.

3.2 Jak pracuje organizace s konceptem individualizace péče

Nejprve bych chtěla představit, jak organizace pracují dle názoru participantů s konceptem individualizace péče. V rámci této oblasti jsem pomocí otázek zjišťovala, co si pracovníci domovů představují obecně pod pojmem individualizace péče a jak se v organizaci projevuje individualizace v péči o klienta. Tyto otázky byly položeny pouze zaměstnancům domovů, nikoli klientům, protože mě primárně zajímalo, jak tento fenomén chápou pracovníci domovů, kteří tuto péči realizují.

Z výroků bylo patrné, že všichni participanté si pod pojmem individualizace péče umějí „něco“ představit, i když si někteří nejsou jisti přesným obsahem tohoto pojmu. Dle názoru všech participantů pracuje jejich organizace s konceptem individualizace péče dobře nebo až nadstandardně. Jinými slovy, dle participantů individualizují všichni, a to tak, jak se to má – dle **standardů kvality**. Někde dokonce nad jejich rámec. Běžná péče je dle názoru participantů klientovi poskytována na základě jeho individuálních přání a potřeb s cílem **zkvalitnění služby**. Participanté uvádějí, že se snaží o přiblížení se domácímu prostředí. To se shoduje s tím, co uvádí Haškovcová (2010:236), že „v domovech pro seniory došlo k dramatickým změnám, které můžeme stručně charakterizovat jako *vpád domova do domovů*“.

Ředitelka domova A říká na otázku, jak pracují v domově s konceptem individualizace péče: „*Tak určitě, zpracovaný to máme ... Každý pracovník přímé obsluhy*“

péče je klíčovým pracovníkem pro pět klientů a součástí jejich péče je pracovat podle individuálního plánu.“

O individualizaci dále říká: *„My to považujeme za standard a je to i o dobrém jménu. Já za to zodpovídám představenstvu, že když se řekne (název zařízení), tak bude vidět, že tam je dobrý pobyt, dobře tam vaří a klienti si ten volný čas užijou. To jsou tři pilíře, na kterých je to postaveno ... klíčem k tomu je ten individuální přístup.*“

Vrchní sestra v domově B uvádí: *„Tak individualizace to je dneska už standard ... děláme to tady jako všude ...*“

Ředitelka domova C uvádí: *„Máme tu tři koncepty péče. Všechny stojí na biografii klienta ... to nám poskytuje dostatečné zázemí pro to, abychom mohli dělat individualizovanou péči. A my jí tedy děláme ... My se snažíme zajistit klientům co nejlepší péči, aby se tu cítili jako doma, nejde nám jenom o to, dodržovat nějaký normy.*“

Pracovnice přímé péče domova C na tuto otázku odpovídá: *„Myslím si, že dobře, že se musíme pochválit. Myslím si, že to sledujeme, jsme v kontaktu s lidma ... ti mnohdy sami říkají, že se tu mají líp než doma.*“

Pracovnice přímé péče v domově B odpověděla: *„Tak víte co, já to dělám tak, jak se to má ... a máme tu ty individuální plány ... Někdy je to sice těžký, ale v rámci možností se snažíme o tu individualizaci.*“

I když participanti obecně vědí, co znamená pojem individualizovaná péče, někdy mají problém pojem hlouběji vysvětlit a odhalit, co přesně skrývá.

Pracovnice přímé péče v domově A si představuje pod tímto pojmem pouze, že: *„... se přistupuje k tomu člověku jakoby individuálně, no.*“

Pracovnice přímé péče v domově C v individualizaci zas vidí, že: „... se jako nedělá všechno šmahem, teda u nás určitě ne ... je to individuální přístup k jednotlivci. Je to zanesený i v individuálních plánech.“

Individuální přístup v péči o klienta je ovlivněn **povahou klientely**, jak dokládají následující výroky.

„Dneska do zařízení našeho typu nebo vůbec zařízení sociální péče už nechodí jenom klient, který je sociálně slabý, ale je to klient, který je inteligentní a dosáhl nějakého vzdělání. Jsou to inženýři, doktoři, právníci, a ti vyžadují určitou úroveň péče, takže už jenom proto je třeba, aby personál byl kvalitní a byl schopen komunikovat.“ (Ředitelka domova A)

„Je to podle jejich stavu ... ten stav klientů není takovej, aby mohli. (T: Takže vy tady máte spíše klienty nesoběstačný?) R: To je tak všude, jo...“ (Vrchní sestra domova B)

Z rozhovorů a mého pozorování lze konstatovat, že velmi významným prvkem, na kterém závisí to, jak je skutečně realizována individualizovaná péče, jsou **postoje** managementu a dalších **pracovníků** ke klientům. Pracovníci domovů jsou v přímém styku s klienty, znají jejich přání a potřeby a to, jak budou tato přání a potřeby naplňovány, závisí především na nich. Na tom, jak si vykládají pojem individualizace, jak jsou empatičtí, jakým způsobem celkově vnímají svou roli v práci a jak vnímají klienta, o kterého pečují. Jejich postoje k individualizaci dokládají následující výroky:

„No, víte, já třeba se snažím, protože si říkám, že taky budu jednou stará, a že bych chtěla, aby se o mě někdo dobře postaral, ale jinak se tady o tom spíš víc mluví, než dělá. Hlavně to musíme mít v papírech.“ (PPP domova B o individualizaci)

Tento výrok pracovnice přímé péče podtrhuje následující výrok vrchní sestry domova B: „A to mě ještě napadá, tady by třeba ani nešlo udělat nějaký individuální nákupy, tady to musí být doložený, i ta doprava musí být zajištěna, dodavatelé ověřený, papírově to musí sedět, ta administrativa musí být.“

Z těchto výroků vyplývá, že pracovníce přímé péče se snaží v praxi naplňovat nějakým způsobem požadavky individualizace, ale vrchní sestra si pod individualizací představuje převážně administrativu.

„Jsme kolektivní zařízení, proto musíme řešit individualizaci ... U nás je klient vždycky na prvním místě, nebereme ho tady jako jednoho z mnoha ... Každý měl své povolání, svoje zvyky, má určitou životní historii ... To všechno zohledňujeme v přístupu ke klientům, všichni třeba vědí, že paní Nováková byla celý život učitelka na základní škole.“ (Ředitelka domova C)

„Klient může zajít za námi i za paní ředitelkou, to je teda krásný přístup, že i ředitelka ví všechno o každém klientovi a udělá si na něj čas ... nebo když je nemohoucí, tak dojde paní ředitelka vyslechnout klienta i na pokoj.“ (PPP v domově C)

„Já se snažím hlavně, aby se tu klienti cítili příjemně. Co nejvíc, aby to tu měli jako doma ... Přistupuju ke každému jako k individualitě, protože tak bych chtěla, aby třeba někdo jednal jednou i se mnou až budu stará ... Jasný, že to asi nikdy nebude, ale když pro to můžu něco udělat, tak to udělám, i když je to třeba nad rámec povinností ... Jako nebudu říkat, že to takhle tady dělají všichni, někdo prostě řekne, tohle tady nejde a na to nemám čas ... Člověk prostě musí mít tu práci rád a vědět, proč to dělá, no ...“ (PPP domova A)

Z výroků vyplývá, že participantů mají povědomí o tom, co je individualizace, i když je pro ně obtížné tento pojem přesně specifikovat. To je možná i příčinou toho, že každý v tomto ohledu přistupuje ke klientovi jinak. Je zde vidět, že individualizaci lze brát pouze jako formalitu. To, jak je v praxi realizován individuální přístup, je ovlivněno především charakterem klientely, která v zařízení převažuje, a postoji pracovníků organizace. V domovech, kde převážnou většinu klientů tvoří klienti nesoběstační, jsou kladeny velké nároky na pečující personál a ten nemá tolik prostoru pro individualizaci. Participantů uvedli, že u těchto klientů je také problém s komunikací a tudíž se obtížně získávají informace o jejich přáních a potřebách. Hlavní vliv má ale to, jak pracovníci k individualizaci přistupují, zda ji chápou pouze jako nutné zlo a administrativní zátěž

nebo jako nástroj k tomu, aby se dostali blíže ke klientovi, zkvalitnili jeho život a zpříjemnili pobyt v domově. Odlišný přístup pracovníků k péči o klienty je zřejmě dán jejich charakterovými vlastnostmi.

3.3 Možnosti a limity domovů v poskytování individualizované péče ve stravování

Hlavním cílem mého výzkumu bylo odkrýt možnosti domovů při zajišťování individualizované péče v oblasti stravování. Především to, kde vidí participanti její limity, a jaké další faktory hrají v této oblasti roli. Zkoumala jsem též, jakou roli hrají klientovy preference v jídlu při sestavování nutričního plánu a pátrala po tom, co dále by bylo potřeba zajistit pro větší míru individualizace v domovech.

Z odpovědí participantů vzešly kategorie, které se vztahují k centrální kategorii **individuální přístup: nedostatek personálu, finanční rozpočet, kapacitní limity, zdravotní stav klientů a možnosti individualizace**. Uvedené kategorie následně analyzuji jednu po druhé.

3.3.1 Nedostatek personálu

Téměř všichni participanti zmínili ve svých odpovědích týkajících se možností a limitů individualizace nedostatek personálu.

„Kdybych mohla přijmout ještě 20 pracovníků, tak je přijmu.“ (Ředitelka domova A)
A ještě doplňuje: *„Jednou chtěl klient k snídani míchaná vajíčka, ale nemohl si je připravit sám, protože už na to nestačil, tak to jsme mu řekli teda, že nejde, protože nemáme tolik pracovníků, aby mu někdo mohl jen tak odběhnout umíchat vajíčka.“*

„Takhle, pracovníků není nikdy dost, protože ta práce v sociální oblasti je náročná, a abychom se mohli věnovat opravdu individuálně všem klientům, tak potřebujeme, aby nás bylo víc, aby se ta práce rozptýlila, to je pochopitelné, takže zaměstnanců nebude

nikdy dost.“ Dále: „Je potřeba dostatek těch pracovních sil, to je další věc, protože podpora soběstačnosti, aktivizace, to prostě je třeba spoustu lidí.“ (PPP z domova A)

„Už teď tady máme tíživou situaci s kuchařema, takže kdyby se mělo třeba ještě vařit víc jídel nebo nějaký speciální diety, tak to bychom nezvládli personálně.“ (Vedoucí stravovacího provozu A)

„No, to když si představíte, to by prostě muselo být ... víc pracovníků.“ (Vrchní sestra domova B)

„Je to o tom personálu.“ (PPP z domova B)

„Na pracovníky klade tenhle systém opravdu velké nároky.“ (Ředitelka domova C)

„Ale možná bych chtěla mít víc možnost se víc individuálně zajímat o jednotlivého klienta. Každý je jiný a každý potřebuje jiný čas a ten čas není. Více času.“ (PPP z domova C)

S nedostatkem personálu se pojí i limity týkající se zásobování domovů, jak dokládají tyto výroky:

„A taky kdo vám na to nakoupí? Na to nejsou lidi. Protože ze dne na den objednat dodavatele, to je nakupování, to nejde ... No, to když si představíte (.) odkud to brát to zboží, kdo vám to sem poveze, třeba půl kila hovězího, když to jinej nebude ten den chtít ... Pokud by to bylo víc klientů, tak to by šlo.“ (Vrchní sestra domova B)

„Ne, ne, musí si vybrat z toho lístku, z toho důvodu, že my nejsme obchod, nemáme na skladu to zboží, který by si třeba zrovna dali a musíme objednávat. Z toho důvodu je ten výběr dělanej na 14 dní dopředu ... Je to kvůli těm objednávkám, individuální nákupy – to by nešlo.“ (Vedoucí stravovacího oddělení domova C)

S nedostatkem personálu se potýká většina sociálních a zdravotních služeb. K poznatku, že limitem pro individualizaci péče v domovech pro seniory je nedostačující počet personálu, dospěl ve svém šetření ve vybraných domovech pro seniory i Veřejný ochránce práv (2007). Nedostatek personálu by ovšem podle veřejného ochránce práv neměl vést k rezignaci zařízení na naplňování požadavků individualizované péče.

Tyto domovy pro seniory zřejmě nejsou výjimkou a skutečně je trápí problém s nedostatkem pracovníků, jak zmiňovali participanti, ale při rozhovorech jsem někdy nabyla dojmu, že odpovědět „málo pracovníků“ je pro participanty nejjednodušší a je to vlastně omluva pro vše, co se v domovech nedaří.

3.3.2 Finanční rozpočet

Pobytová zařízení sociálních služeb se musí držet ustanovení zákona o sociálních službách a prováděcí vyhlášky k tomuto zákonu, kde je stanoveno, že maximální výše úhrady za poskytování celodenní stravy v domovech pro seniory je 170 Kč (Vyhláška, 2006).

Tento limit vnímají participanti jako překážku pro vyslyšení dalších individuálních požadavků klienta. Nebýt tohoto limitu, nepovažují individuální přístup za náročnější na finance, jak je patrné z následujících výroků:

„No, já si nemyslím, že by to bylo v něčem náročnější. Dodržujeme naprosto standardní normy, těch 170 korun na den. Nemyslím, že bysme měli problém se do toho vejít. Nebo co se týče zákusků, tak oni mají 2 – 3 krát týdně pečené buchty. Jo, to si tady pečeme v kuchyni, a tím se ušetří náklady. Protože není to zákusek, ale jsou to třeba nějaké řezy, oni to mají rádi, dostanou to třeba na svačinu a je to otázka i porovnání nákladů na kupované a vyrobené tady.“ (Ředitelka domova A)

„A musíte dodržet i tu stravovací jednotku. Samozřejmě, když ten člověk třeba onemocní a je potřeba, aby měl jinou stravu nebo má stravu, která je náročnější finančně nebo má PEG, tak to je normální, to teda náš standard je, to my zajistíme. Ale jako nejde tady vařit dvakrát týdně lososa, jo, kdo by to doplatil potom?“ (Vrchní sestra domova B)

„Musíme se vejít do nějakýho limitu. My samozřejmě nemůžeme překročit zákonem stanovenou mez 170 Kč na den a tohle bychom se museli pohybovat v úplně jiných platbách. Ale tak, jak je ten systém nastavený teď, tak to si nemyslím, že by to bylo náročnější na finance.“ (Ředitelka domova C)

Participantův odkaz na to, že limitem pro větší individualizaci je zákonem daná částka, kterou nemohou překročit. Klientovi by bylo možné z finančního hlediska splnit individuální požadavky ve stravování, ale pouze pokud by se vešly do daného limitu.

3.3.3 Kapacitní limity

Za překážku individualizovaného přístupu ve stravování považují účastníci také kapacitní limity. Pod tímto termínem si představují technické vybavení domova a počet klientů. Tento jev zmínili například v následujících výrociích:

„Tak tady jsou určitě malé prostory na tyhle požadavky ... Třeba i nádobí, kde byste vzala tolik hrnců, třeba na 70 polívek, 70 kastrolků, z kterých byste to pak dávala na talíř?“ (Nutriční terapeutka domova B)

S tímto výrokem se ztotožňuje i ředitelka domova C: *„Samozřejmě, pokud je to jedinec, tak to by šlo, ale nedokážu si představit, že by to chtělo 122 klientů. To můžu s klidným svědomím říct, že ne. (T: A co by bylo tím důvodem?) R: Kapacitní důvody. Na to prostě nemáme prostory, vybavení atd.“*

Participantka dále pokračuje: *„Jako není problém tady výjimečně dojít koupit něco vedle do obchodu, co není zrovna na skladě, ale nemůže chtít něco extra denně. To bysme nedělali. Na to nejsou kapacity v kuchyni, nejsme na to připravený, jsme instituce, nejsme hotel, nejsme zařízení, který má prioritu stravování, jsme sociální služba. A navíc nehleď na to, že si může kdykoli to jídlo odhlásit, samozřejmě v předstihu. Nebo se může i domluvit v kuchyni, že si místo toho vezme něco jinýho, ale jsou tu ty výběry ze dvou, takže to se nestává.“*

„Samozřejmě, pokud bysme byli zařízení o 20 klientech a ne o 110, tak bysme měli větší možnosti.“ (Vedoucí stravovacího oddělení domova A)

Participanti se shodují na tom, že jsou v domovech schopni vyjít vstříc individuálním požadavkům, pokud se jedná o jednotlivce, ale hranice individuálního přístupu končí v momentě, kdy by takový přístup vyžadovalo klientů více. Instituce není na takovou situaci připravena svým technickým vybavením ani prostory. Tento jev zmiňují již v teoretické části práce, kde uvádím například názor Haškovcové (2010), že současným trendem je transformace pobytových zařízení v menší útvary, neboť v menších zařízeních se snáze zajistí individuální přístup. Dle Haškovcové (2010) ovšem nejde zacházet do extrémů. I v menších kolektivech, jako například v rodině, se lidé domlouvají dopředu, jaké jídlo se bude vařit pro všechny společně.

3.3.4 Zdravotní stav klientů

Zdravotní stav klientů vyžaduje individuální přístup v oblasti stravování. Stáří provází různé fyziologické změny, které jsou nevyhnutelné – zhoršení kvality chrupu, zpomalení trávení, snížená tvorba slin atd. Tyto aspekty stárnutí ovlivňují přístup ke klientům v oblasti stravování. Senioři v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou často omezeni ve své soběstačnosti, trpí nemocemi majícími souvislost s výživou a mnohdy též demencí. Nejinak je tomu ve zkoumaných domovech, jak dokládá výrok vrchní sestry domova B:

„To je tak všude, jo, protože do domovů pro seniory a do pobytových zařízení jsou přijímáni hlavně klienti, kteří mají stupeň závislosti tři čtyři teď už. Jo, takže když tam přijde někdo s jedničkou nebo dvojkou, tak to je světlá výjimka.“

Z tvrzení participantů vyplývá, že je při zajišťování stravy brán ohled na zdravotní stav klienta v mnoha ohledech (požadovaná dieta, konzistence stravy, dopomoc při jídle).

„... protože u klientů, kteří mají třeba mixovanou stravu, tak tam je nutné zabezpečit, aby se jim dalo to, na co mají chuť ... pak obzvlášť u těch ležících klientů, co špatně polykají a tak.“ (Ředitelka domova A)

„... když nemůžou lidi, tak jim namažeme chleba, voloupeme ovoce, samozřejmě podáváme stravu těm, co nemůžou.“ (PPP domova A)

„Vaříme tu diety podle zdravotního stavu klienta, hlavně je tady diabetická a šetrící. Máme tu klasický nemocniční systém.“ (Nutriční terapeutka domova B)

„Máme tady i klienty s demencí a u těch je běžné, že se probudí v noci, tak dostanou najíst. Takhle to tady máme. Je to celkem běžný, máme na patře lednice, kde máme zásobu jídla – jogurty, chleba, rohlíky, mléko. Vždycky dostane najíst, takže tyto zdroje jsou a zajistí se to.“ (Ředitelka domova C)

K tomuto tvrzení ředitelky z domova C musím uvést odpovědi participantů z dalších domovů na otázku, jak se řeší situace, když se klient probudí v noci a má hlad.

Vrchní sestra domova B odpověděla stroze: *„Tak to má smůlu.“*

Ředitelka domova A zase, že: *„Tak to se nám tady teda asi moc nestává, ale případně teda může sáhnout po něčem svém, co má v ledničce. Jinak kuchyně v provozu není, ta je jen od 6 do 18, no, takže jen po jeho vlastních zásobách.“*

Z výroků je patrné, že přístupy ke klientům se v domovech liší. Z rozhovorů také vyšlo najevo, že domovy jsou schopny zajistit klientům jen ty diety, které vycházejí z klasického dietního systému². Ve všech domovech má klient právo předepsanou dietu odmítnout.

² Dietní systém je norma, která se využívá ve všech českých nemocnicích. Byl vytvořen v 50. letech 20. století a skládá se ze čtrnácti základních diet označených čísly a diet speciálních a obsahuje i standardizované postupy přípravy jídel (Informační, 2010).

„Diety individuální neděláme. Jen co jsou v rámci dietního systému.“ (Nutriční terapeutka domova B)

Participantů ještě uváděli, že jsou schopni zajišťovat vegetariánskou dietu, ale pod tímto pojmem si představovali pouze stravu bez masa, například přílohu s omáčkou s vynecháním masa.

3.3.5 Možnosti domovů

V této kapitole shrnu výpovědi participantů ohledně toho, jaké jsou možnosti domovů pro seniory při zajišťování stravování klientům, tedy to, co domovy standardně klientům nabízejí a co už klienti nemohou očekávat. Tyto možnosti se v jednotlivých domovech pro seniory liší, proto jsem je pro přehlednost uspořádala do následující tabulky:

Tab. 2: Možnosti domovů při zajišťování stravování

	DpS A - soukromý	DpS B - obecní	DpS C - krajský
Možnost individuální diety	Ne	Ne	Ne
Respekt k individuálním preferencím	Ano	Ano	Ano
Možnost podílet se na tvorbě jídelního lístku	Ano	Ano	Ano
Možnost výběru ze dvou a více variant jídel	Ano	Ne	Ano
Volba času podávání jídel	Ne	Ne	Ano
Volba místa konzumace jídla	Ano	Ano	Ano
Libovolný čas ke konzumaci jídla	Ano	Ne	Ano
Volba velikosti porce	Ano	Ne	Ano
Možnost odhlásit si jídlo	Ano	Omezeně	Ano
Zajištění lékařem předepsané diety	Ano	Ano	Ano
Možnost odmítnout předepsanou dietu	Ano	Ano	Ano
Možnost samostatné přípravy jídel	Ano	Ano	Ano
Systém výdeje stravy	Jídelna + tabletový systém + rozvoz v termoportech	Jídelna + tabletový systém	Jídelna + rozvoz v termoportech
Možnost používat vlastní nádobí	Ano	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Participantů ze všech domovů uvedli, že nelze všem klientům zajistit zcela individuální dietu. Možné by to bylo pouze v případě jednotlivců, ale tam by se zas naráželo na etický problém, jak poznamenává ředitelka domova C:

„Jo, ale principiálně, ono to svádí k tomu, že ti ostatní klienti žárlí, závidí, ono to nevytváří dobrou atmosféru.“

S tímto zjištěním koresponduje i výzkum v polských domovech pro seniory (Hartman-Petrycka, Lebedowska, Blońska-Fajfrowska, 2015). Zde autorky uvádějí, že v polských domovech pro seniory není realizovatelná příprava individuálních diet. Strava je připravována v kuchyni pro všechny klienty společně. Naopak již zmíněný článek pojednávající o výzkumu ve francouzských domovech pro seniory (Divert a kol., 2015) dokládá, že v této zemi jsou takové individuální možnosti v pobytových zařízeních zcela běžné. Starnovská (2016) říká, že pobytové zařízení by mělo být schopné zajistit alespoň po nějaký čas individuální dietu svým klientům v situacích, kdy to vyžaduje například jejich zdravotní stav. Toto je posuzováno v rámci standardizace. Pokud o ni zařízení usiluje, musí takovéto možnosti ve stravování poskytovat.

Všechny domovy pro seniory mohou zajistit svým klientům individuální přístup v tom, že respektují jejich preference v jídle a jsou schopny zaměnit neoblíbenou přílohu či neoblíbené jídlo za něco jiného, popřípadě vyjdou vstříc v konzistenci jídla.

„... individuální jídelníček? Individuální nemáme, ale řešíme individuální výjimky ... Třeba, když nejí rýži, tak dostanou brambory. Když někdo nejí kuře, tak se mu dá vyhovět. Nebo nejí rajskou, tak se mu dá vyhovět ... takový výjimky. Nebo v případě alergií.“
(Nutriční terapeutka domova B)

„Kdyby třeba chtěl nějakou stravu individuální, třeba vegetariánskou nebo nějakou ještě speciální, tak my to tam ve standardu NEMÁME, schválený jsme jako pobytové zařízení s tímhle, touhleto normou ... takže, to si prostě musí najít jiné zařízení, protože my to neumíme.“ (Vrchní sestra domova B)

„Zjišťuji i jeho stravovací návyky, co klient nejí nebo co preferuje, a to se do toho dotazníku všechno poznamená a z toho si udělám takový přehled pro sebe a ten klient – uvedu příklad – třeba nejí hrachovou kaši, nejedl jí nikdy, tak jí nebude jíst ani u nás, že jo, tak automaticky dostane náhradu.“ (Vedoucí stravovacího oddělení domova C)

„A v těch individuálních potřebách vycházíme vstříc, co se týče i konzistence jídla. Někdo má mletý, někdo má mixovaný.“ (Ředitelka domova C)

Ve všech domovech se klienti mohou vyjádřit ke skladbě jídelního lístku prostřednictvím tzv. rad klientů, kdy zástupci z řad klientů přednesou své požadavky týkající se změn v jídelním lístku a těmto požadavkům domovy dle možnosti vyhoví. Zjišťování jídelních zvyklostí a individuálních preferencí ve stravování klientů je úkolem pro klíčové pracovníky.

V domovech A a C mají klienti na výběr za dvou variant jídel, v domově B je strava jednotná. Jak uvádí Starnovská (2016), výběr z více variant jídel by měl být v pobytových zařízeních sociálních služeb samozřejmostí, neboť je to významný prvek posilování vlastní vůle uživatele služby. Tato možnost výběru se také hodnotí v rámci standardizace.

Domovy A a B dle participantů neposkytují možnost zvolit si čas podávání jídel, jak dokládají následující výroky:

„Takhle, ten čas je standardní, jaký je harmonogram. No víte, to je velká logistika, to vůbec není jednoduchý, tam všechno musí navazovat. Si vezte, že to je týmová práce, protože v 10:45 musí začít nandávat do tabletů, protože v 11 už tam stojí pracovníci, co to odváží nahoru a nahoře už čekají pracovníci, co pomáhají s krmením, takže to je všechno na minuty. Já tomu říkám, že to je koncert a vyladit to, to je (.) no, všichni musí ty časy respektovat.“ (Ředitelka domova A)

„Čas je od – do. Jako zvolit si můžou, ale nemůžou si třeba říct, že by chtěli snídani třeba v 11, jo, to prostě ne.“ (Vrchní sestra domova B)

V domově C klienti tuto možnost mají, jak uvádí ředitelka: *„To může, to není problém, do plánu se to zanesou a zařídí se to i tak, že se to nechá v kuchyni a pečovatelka*

mu to v ten určitý čas přinese. Nebo mu to nechá na pokoji s tím, že v ten čas potom mu donese teplý nápoj.“

To potvrzuje i výrok klientky domova C: *„Jo, to je možný, někdy, když jdu třeba k doktorovi, tak mi jí přinesou dřív nebo naopak, když mám být nalačno, tak mi jí nechaj tady na lince.“*

V domovech nabízejí vždy několik variant, kde může klient konzumovat své jídlo. Je to buď na pokojích, nebo v jídelně. V domově C též v menších místnostech na patře, tzv. respiriích. Klient si místo může zvolit nebo se místo podávání jídla odvíjí od jeho zdravotního stavu.

„Je to podle jejich stavu. Je to i na jejich uvážení, protože, i když jim říkáte, že je to pro ně dobrý, dostanou se i mezi jiný klienty, je to i pohyb, tak když nechce, tak nechce.“
(Vrchní sestra domova B)

Participanti v domovech A a C uvedli, že klienti mohou jídlo konzumovat, jak dlouho chtějí. V domově B mají z kapacitních důvodů klienti čas na jídlo omezený.

„Normálně tak ne, protože jich je víc, tak jsou na skupiny. První skupina, nají se, mají tam rozmezí, no, většinou to trvá čtvrt hodiny až dvacet minut a jde další skupina. Na pokoji to mají lepší, protože tam to rozmezí není takový, tam můžou jíst dýl. (T: Takže je to kvůli tomu prostoru, že to je takhle udělaný?) R: Jo, není velká ta jídelna, takže jsou na ty skupiny daný.“ (PPP domova B)

Otázkou je, zda právě toto časové omezení nemá důsledek v tom, že klienti preferují konzumovat stravu na pokojích, kde mají na sněžení jídla více času.

V domovech A a C si mohou klienti zvolit velikost porce. V domově B tuto možnost nemají, jak dokládají následující výroky:

„... některé klienty stresuje velké množství jídla, když jim nandáte moc, bude vysteresovanej, že to bude muset sníst, že se to bude muset vyhodit nebo tak. Takže i na to se reaguje.“ (Ředitelka domova A)

„Ne, to nemáme. Regulaci porcí nemáme z toho důvodu, že ani redukční diety tady nemáme. Je to daný ta porce. Tu porci dostanou, aby každý měl to, co si hradí.“ (Nutriční terapeutka domova B)

„Každý si tam může říct, že chce jeden knedlík, že chce osm knedlíků.“ (Ředitelka domova C)

Domov B také jako jediný nedává klientům možnost si jídlo kdykoli odhlásit, jak uvádí vrchní sestra:

„Samozřejmě, nějaký systém tam je. Můžou si jí odhlásit, ale je to ošetřený nějakýma podmínkama ... Jako nemůžou každou snídani, aby nám jedli pravidelně a tak.“

Klientka domova B ještě doplnila: *„No, odhlásit oběd jednou za týden, večeri myslím taky jenom jednou.“*

Volbu času podávání jídla, místo a délku konzumace jídla i ponechání možnosti si kdykoli jídlo odhlásit považují za důležité prvky individuálního přístupu. Tato omezení potlačují autonomii klienta, což je, jak uvádí Sýkorová (2007), jedna z nejdůležitějších hodnot pro klienty žijící v institucích. Tento přístup navíc vzbuzuje pocit, že pracovníci mají sklon ke kontrole klientů, a tím nad nimi uplatňují svou moc. O tomto problému širě pojednává výzkum Štegmannové (2012), která dospěla k závěru, že mocenské tendence pracovníků negativně ovlivňují individualizaci péče o klienty.

Zajišťování lékařem stanovené diety považují všechny domovy za standard a participantů potvrdili, že klienti mají právo předepsanou dietu odmítnout.

„Tak to samozřejmě může odmítnout, ale zaznamenává se to. Tu dietu určuje lékař a on mu to vysvětlí, na co ta dieta je. I nutriční mu to pak vysvětlí, co přesně ta dieta

obsahuje, ale pokud odmítá, tak se to zapíše. Nebo pokud se to uzná za vhodný, nechá se podepsat negativní revers.“ (Vrchní sestra domova B)

Možnost samostatné přípravy jídel poskytují též všechny domovy pro seniory. Klienti mohou mít na pokojích varné konvice, lednice i mikrovlnné trouby. V domově A a C by klienti mohli mít i plotýnkový vaříč, takže mají možnost si připravit menší jídla a nápoje přímo na pokoji. Pro složitější vaření nebo pečení mohou využívat společenské místnosti, kde je plně vybavená kuchyň. Participantův vypověděl, že klienti tuto možnost využívají převážně v rámci aktivizačních programů. Využívání této možnosti ovlivňuje především zdravotní stav klientů.

„No, máme tady ve společenské místnosti kuchyňku, kde si můžou uvařit. Případně si na pokoj můžou pořídit mikrovlnku nebo varnou konvici, všechno tady jde. Ale ti klienti to prakticky nevyužívají. Ta kuchyňka je v provozu jen pro aktivizační činnosti.“ (Ředitelka domova A)

Vrchní sestra domova B na otázku, zda klienti tyto kuchyňky využívají, odpověděla: *„Něco s pracovníkama přímé péče v rámci aktivizace, třeba pečou perníky, ale sami ne, ten stav klientů není takovej, aby mohli.“*

„Mají na pokoji kuchyňskou linku. Si přinesou varnou konvici a můžou ... Nebo ve společenské místnosti, to byste koukala, kolikrát oni tady ty ženský pečou.“ (Ředitelka domova C)

V domově B nemají klienti možnost mít na pokoji vaříč z bezpečnostních důvodů, jak uvádí vrchní sestra: *„Jako na pokojích, tam měli, ale jako to vůbec nešlo, to by za chvíli uhořeli nebo upálili se. Tak je to odendáný ze všech pokojů.“*

Co se týče nádobí, tak ve všech domovech mohou používat klienti nádobí vlastní.

„Každý tam má nějak hrnek ... maj tam hrneček, maj tam talířky, maj tam svoje nádobí. Záleží, co jim přinese rodina. Rodina jim většinou tam ty základy dá, takže nádobí mají.“ (PPP domova B)

Ve vybraných domovech je strava klientům zajišťována kombinací několika systémů. V domově A mohou klienti chodit do jídelny nebo je jim strava vydávána na pokojích z termoportů nebo se používá tabletový systém. V domově B chodí klienti do jídelny nebo je jim strava dopravována na pokoj v tabletech. V domově C chodí část klientů do jídelny a zbylým klientům je strava vydávána na pokojích nebo v respiriích přímo z termoportů. Principy těchto systémů jsem přiblížila v teoretické části v kapitole 3.1. V domově C od tabletového systému upustili z toho důvodu, že vyvolává atmosféru nemocnice. I v domově A si uvědomují nedostatky tohoto systému, jak dokládá výpověď pracovnice přímé péče:

„Určitě, já třeba vůbec nepreferuju tabletový systém ... já preferuju podávání stravy klientovi rovnou, někdo mu to pěkně upravené na talíři donese a klient jí jako doma. Dneska se naopak všude rozmáhá to, že přijedete s nějakým strašným monstrem, pak to rozházete po postelích, protože nejsou na to podmínky, kam to uložit, že jo, takže to je (.) neříkám, že to nepoužíváme, ale používá se to u klientů, který mají změnu stravy na nějakou stravu mletou nebo mixovanou nebo nějakou zvláštní dietu. Takže nám to přijde v tabletách, to kuchyně připraví, ale jinak podáváme jídlo buď v jídelně u stolu, nebo v pokojích přímo od kuchařů.“

3.4 Postoje klientů k individualizaci péče v oblasti stravování

V této kapitole odpovídám na třetí hlavní výzkumnou otázku. Zjišťuji, jak se staví klienti k možnostem individualizace v oblasti stravování, jaké jsou jejich postoje k individualizaci, co v domovech postrádají nebo co jim přijde nadbytečné.

3.4.1 Postoje klientů

Postoje samotných klientů hrají v individuálním přístupu velkou roli. Klienti ve svých tvrzeních zdůrazňovali, že nemají zájem o to, aby se s nimi speciálně zacházelo, a že chápou, že se musí přizpůsobit:

„Já jinak sním všechno. Zás to víte, je nás tu hodně, takže se musíme nějak přizpůsobit, ale máme tu na výběr ze dvou jídel, takže se to vždycky nějak dá.“ (Klientka domova A)

„To já bych si ani netroufla, abych to na nich žádala. Jsou to taky jenom lidi v tý kuchyni a mají práce dost, když je tady tolika lidí. Vaří se tolika jídla, vaří se někdy i večer.“ (Klientka domova B)

„Sto lidí, sto chutí, každé by vám řek něco jinýho, ale to nejde, to je jasné, že ... To já bych se cítila i hloupě, však tu nejsem sama.“ (Klientka domova C)

Speciální požadavky by vyslovili jen v případě, že by nebyli sami, kdo by něco takového požadoval.

„No, to si nemůžu stěžovat, že bych něco postrádala, co bych potřebovala já, ale myslím si, že kdybych se třeba ozvala, že bych něco já chtěla, tak třeba kdyby se to domluvilo i s ostatníma lidma a chtělo by to víc lidí, tak by to i ty kuchařky nedělaly jen pro mě, tak je možno určitý věci nahlásit, když by to teda třeba bylo pro víc lidí.“ (Klientka domova C)

„Máme tu radu klientů, a ti můžou říct za nás za všechny, co třeba bysme rádi, já ale do toho nemluví, já jsem tu vždycky spokojená, spíš jim vždycky říkám, co by chtěli, že tu nejsou sami a nejde se zavděčit každému.“ (Klientka domova A)

Z výše uvedených výroků je patrné, že klienti domovů nechtějí vyčnívat, více zatěžovat personál a být na obtíž, jsou konformní. Konformitu charakterizuje Song a kol.

(2012) jako chování, kdy se jednatelce přizpůsobuje dalšímu jedinci, skupině, zásadám, pravidlům nebo řádu. Klienti domovů jsou v tomto případě ovlivňováni skupinou a pravidly domova. O tomto fenoménu v souvislosti se seniory hovoří i Sýkorová (2007), což jsem již uvedla v teoretické části práce.

Z výpovědí participantů vyšlo najevo, že klienti jsou celkem konzervativní, což také může hrát roli při zajišťování stravování.

„... ale je tady jiný problém, že ta skupina těch klientů jsou vychováni nebo vyrostli v určitém období, kdy jsou zvyklí na určitou potravinu, takže když jim zavádíte něco nového do jídelníčku, tak tady může být trošku problém. Oni tomu nedůvěřují a nechtějí to jíst ... Myslím si, že zavádět něco úplně nového a moderního klientům v seniorských domech není úplně na místě ... klient vám řekne: Ne, tohle já nechci, to neznám.“ (Ředitelka domova A)

„Ti klienti zas nemají rádi nic jako nového ... oni ti klienti jsou dost konzervativní, jo, takže je to o tom, trefit se do té chutě.“ (PPP domova A)

„Ne, já jsem na ten čas oběda takhle zvyklá a nechtěla bych to měnit.“ (Klientka domova B)

„Oni jsou takhle zvyklí a já myslím, že by to jako ani neocenili, kdyby si mohli vybrat čas. To by stejně přišli všichni do té jídelny na tu půl dvanáctou.“ (PPP domova B)

„Vaříme tradiční jídla, to je základ. Klienti chtějí to, na co byli zvyklí.“ (Ředitelka domova C)

Konzervativismus klientů (nebo jeho předpoklad) může mít v zařízeních vliv na to, že klientům nejsou nabízeny rozšířenější individuální služby, například variabilita v čase podávání jídel, speciální druhy diet atd. V domovech se předpokládá, že by je klienti nevyužívali z důvodu, že mají své určité návyky, a ty by neměnili. To, že tomu tak skutečně je, dokládá i výše uvedené tvrzení klientky. Jak uvádí též Mlýnková (2011), pro seniory představují časy denních jídel důležité milníky, proto by se měly dodržovat.

Pro klienty trpící demencí je navíc velmi důležité zachovat časový harmonogram dne, neboť potřebují pravidelný režim. To jim usnadňuje orientaci v denním životě. Na druhou stranu klient s demencí může zapomínat, že vůbec jedl, a jeho organismus má vyšší energetické nároky, tudíž by mu mělo být umožněno konzumovat stravu kdykoli během dne, bez ohledu na určený čas (Veřejný, 2015).

Strava je základní lidská potřeba v každém věku. U starých lidí a klientů domovů pro seniory nabývá tato potřeba na daleko větším významu, jak je patrné z následujících výroků:

„Nejvíc se tady z podnětů řeší samozřejmě to jídlo ... jo, klidně by se tu mohlo dít já nevím co, ale hlavně když bude dobrý oběd ... To, jaký byl zákusek po obědě, probírají ještě pak celé odpoledne.“ (Nutriční terapeutka domova B)

„Jídlo je pro nás oblast, které se hodně věnujeme, protože my víme, že pro seniora je jídlo prostě číslo jedna.“ (Ředitelka domova C)

„Co budu povídat, je to od snídaně k večeři. Po snídani už koukám, co bude k obědu, a večer si zas říkám, co asi dobrýho na druhý den uvařej.“ (Klientka domova A)

„No, víte, já mám ráda sladký a vždycky se na to jako těším, co bude zrovna ... Já už špatně chodím, tak jsem je tu poprosila a oni mi tady jídelníček přinesou vždycky napsanej na papíru jako na celej tejden, tak já vím, co bude ... to my si tady s pani vždycky říkáme, že už zas ty buchty by mohly bejt a pak se těšíme, že zas budou ... nebo ta cmunda, na tu čekáme vždycky.“ (Klientka domova B)

3.4.2 Něco chybí, něco přebývá

Závěrečný okruh otázek na klienty směřoval ke zjištění, zda jim něco v oblasti stravování chybí nebo naopak přebývá a jak se přizpůsobovali způsobu stravování v domově. Pro ještě hlubší zodpovězení této otázky, která by reprezentovala větší spektrum seniorů, by bylo potřeba samostatného výzkumu, neboť je to oblast velmi široká. Jeden

z provedených studentských výzkumů na toto téma uvádím již v teoretické části práce (Hálová, 2015). Další výzkum na podobné téma byl proveden v Polsku (Hartman-Petrycka, Lebidowska, Blońska-Fajfrowska, 2015). V tomto výzkumu autorky uvádějí, že senioři v domovech v polském Slezsku preferují sladká jídla a ovoce. V domovech by ocenili častější podávání těchto jídel. Dále preferují tradiční jídla z vepřového, knedlíky, mléko, vejce a uzeniny. Tato jídla se dle názoru respondentů podávají v domovech pro seniory méně často, než by si přáli. Důvodem je, že se domovy pro seniory snaží připravovat převážně zdravá jídla.

Z výpovědí participantů je patrné, že jsou celkově se stravováním v domovech spokojeni. Klienti by ocenili pouze více regionálních jídel, jídel sladkých a lehce stravitelných, jako jsou pokrmy z těstovin nebo brambor.

„Jo, moc spokojená. Máme tu zajištěnou snídani, oběd i večeři, nemůžu si stěžovat.“
(Klientka domova A)

„Jsem spokojená, jsem ... vždycky dostaneme ovoce a zákusek nějaké ... Jsem z jižních Čech tady ... tak mám taky ráda tu cmundu, jak my říkáme ... máme jednou týdně taky sladkýho něco, budou škrubánky s tvarohem a jabkama, to je dobrý taky ... příště, to budou buchty ... v sobotu nebo v neděli máme buď mazanec, nebo vánočku, takže moučník taky je, i je dobrej moučník po obědě, je jejich ten výrobek, takže jsme spokojený.“ (Klientka domova B)

„To se podívejte, můžu si vybrat. Je to možno a není to, aby bylo furt maso. Opravdu se snažej o ty těstoviny a tak.“ (Klientka domova C)

„Kdybyste jim dala volně na výběr, tak to bysme se pohybovali v jídlech sladkých, bezmasých, bez luštěnin, bez ryb ... cmunda ta může být třeba každý týden, to mě asi tak napadá. Nebo tuhle si někdo vzpomněl, že chce pečený jablka.“ (Nutriční terapeutka domova B)

„Ale tady máme třeba, že by ocenili více krajová jídla, krajkovici, česnekovou polévku, knedlíky s vajíčkem, lívance, bramboráky ... my jim tady z jednoho pohledu

vaříme i lépe než byli zvyklí a jim chybí ty jednoduchý jídla. To jsou jídla lehce stravitelná a možná i proto by jim vyhovovaly víc.“ (Ředitelka domova C)

Z toho, co přebývá, uváděli participanti množství jídla.

„Porce jsou tu až moc velký, ale když si řeknu, dají mi míň. To jde.“ (Klientka domova A)

„No, oni dávaj čtyři kolečka, když jsou to jakoby houskový a já už jsem jim řekla, že mi stačej tři, a oni řekli, že to neměňej. To se dělá v kuchyni, se to prostě tak dělá, že se dá ta porce. No, na mě je to moc.“ (Klientka domova B)

Klientka v domově C uvádí, že je pro ni nadbytečné zajišťování večeří, není totiž zvyklá večeřet a stačí jí jen odpolední káva.

„Já teda večeře si neberu, ale to ne proto, že by tady nevařili dobře, ale to víte, já sním odpoledne kafe a nějakaj zákusek a večeři už jakoby nechci, jak mám špatnej pohyb, tak víceméně sedím, tak to by nešlo.“

Klientky v domovech A a B uvádějí, že nadbytečné je pro ně množství jídla. V domově A si ovšem klienti mohou velikost porce zvolit, pokud chtějí. V domově B klientka tuto možnost nemá.

Klientovu spokojenost s jídlem ovlivňuje i možnost zvolit si velikost porce, jak dokládá výzkumné šetření provedené v domovech pro seniory ve Francii (Divert a kol., 2015). Autoři došli ale též ke zjištění, že pokud si klient může zvolit velikost porce, tak sní jídla méně.

Další mé otázky směřovaly ke zjištění, co klientům nejvíce z oblasti stravování chybělo po příchodu do domova, jak se adaptovali na nový režim stravování a zda jim strava v adaptaci napomohla. Participanti shodně uváděli, že z oblasti stravování nepostrádají nic, naopak jsou rádi, že se o ně někdo v této oblasti plně postará, protože v domácnosti už jim dělala příprava stravy problémy.

„Ne, nechybí. Já už jsem byla doma sama. Chodím o holi a bylo pro mě těžký stát u vaření. Spíš jsem si dělala něco studenýho, a to se brzo přejí, vidíte. Pak mi teda syn zařídil aspoň třikrát týdně teplý obědy, co mi dováželi, ale to se vůbec nedá srovnat s tím, co máme tady. Kolikrát mi to přišlo úplně studený a nikdy jsem nevěděla, co mi přinesou. Tady vím jídla dopředu.“ (Klientka domova A)

„Ale já už toho doma taky moc nevařila, to spíš syn mi občas přines třeba cmundu. Nebo o víkendu vařila snacha, tak mi to přinesli. Já už jsem špatná na nohy, tak mi i nákup syn musel vozit. To tady jsem ráda, že mám o všechno postaráno.“ (Klientka domova B)

„Ne, já už mám špatnou chůzi, a kdybych si teď měla něco připravit, tak těžko bych to zvládala.“ (Klientka domova C)

Co se týče adaptace, tyto otázky jsem pokládala pouze klientkám v domově B a C, neboť ty žily v době rozhovoru v domově méně než rok. Klientka z domova A žije v domově už přes 5 let a na své pocity si nepamatovala. Klientky uváděly, že si nejhůře zvykaly na jiný čas podávání jídel. Dle jejich výpovědí jsem usoudila, že druh stravy v adaptaci na nový život v domově nehrál až tak zásadní roli, i když „jako doma to není“.

„No, popravdě, já vstávala celej život kolem ty šestý hodiny a tady snídaně chodí na pokoj kolem půl osmý, tak to bylo na mě zprvu trochu pozdě, ale teď už mi to nepřijde.“ (Klientka domova B)

„Já si tu zvykla dobře, ale to víte, že to jídlo není jako doma, ale moc se tady snaží, nemůžu nic říct.“ (Klientka domova C)

„No, vaří se zase jinak doma, než jako se vaří tady ... ale jak říkám, dá se to jíst všechno. Ne, že by to člověk nechal stát a nemoh to vůbec jíst ... ale jako doma to není.“ (Klientka domova B)

Toto zjištění koresponduje i s výzkumnými zjištěními týkajícími se adaptace, které uvádím v teoretické části práce v kapitole 2.3.1.1 (Junghansová, 2015; Klinierová, 2015;

Pajerová, 2013; Říha, 2011; Stejskalová, 2011). Tito autoři při zkoumání vlivů na adaptační proces v domovech pro seniory nezjistili, že by strava měla významný vliv na přizpůsobení se životu v domově.

4. Shrnutí

V konečném shrnutí prezentuji poznatky, ke kterým jsem dospěla v rámci svého kvalitativního výzkumu. Cílem mého šetření bylo najít odpovědi na otázky, jak pracují domovy pro seniory s konceptem individualizace péče, kde jsou jejich možnosti a limity a jak na individualizaci pohlíží samotní klienti. Kromě těchto hlavních otázek jsem si položila také dílčí otázky, jak jsou zohledňovány klientovy preference v jídle, co by bylo potřeba zajistit pro větší míru individualizace v domovech, co klienti postrádají nebo co jim přijde nadbytečné a jak se adaptovali na režim stravování v domově. Individualizace péče v oblasti stravování v domovech pro seniory byla centrální kategorií mého výzkumu.

Participantů potvrdili, že domovy pro seniory se snaží zajistit kvalitní službu tak, jak to vyžadují předepsané standardy kvality. Domovy pracují s konceptem individualizace péče. Vědí, že jde o důležitý aspekt standardů kvality služeb a celkově se snaží v péči o klienta s tímto pojmem pracovat. Participantů měli však problém vysvětlit význam tohoto pojmu na konkrétních příkladech. Při výzkumu jsem dospěla k závěru, že se jednotlivé domovy liší v tom, jakým způsobem si představují individualizovanou péči. Požadavek individualizované péče je stanoven ve standardech kvality sociálních služeb, ale každý domov pro seniory jej naplňuje svým konkrétním obsahem. V tom lze nalézt mnohdy i značné rozdíly. Domovy pro seniory se musí držet požadavků vyplývajících ze standardizace, ale pokud chtějí, mohou udělat i něco nad rámec svých povinností, a to se pak odráží v kvalitě poskytované služby. To, jak k dané věci přistoupí, je otázkou především postojů pracovníků, kteří by měli individualizovanou péči realizovat. Někteří pracovníci berou individualizaci jako formalitu, ale najdou se i ti, kteří vidí v individualizaci správný přístup a cestu, jak se dostat blíž ke klientovi a zpříjemnit mu pobyt v domově.

Hlavní limitující prvky pro individualizaci v oblasti stravování spatřují všichni participantů v nedostatku personálu, financích a kapacitě zařízení. Nedostatek personálu je

palčivým problémem mnoha institucí v sociální oblasti i ve zdravotnické sféře. Otázkou je, zda se z nedostatku personálu nestala fráze, kterou se omlouvají všechny organizační problémy. Finanční rozpočet určuje limity individualizované péče v tom smyslu, že domovy pro seniory nemohou překročit zákonem stanovenou finanční částku, kterou smějí požadovat na úhradu celodenního stravování klientů. I když tento limit zmiňovali účastníci ve všech domovech, sama ho nepovažují za významný, neboť z dalšího zkoumání vyšlo najevo, že klienti preferují obyčejná, lehce stravitelná jídla (těstoviny, jídla z brambor, sladká jídla). Klienti nevyžadují příliš často maso ani ryby, jedná se tedy o stravu finančně nenáročnou. Limitem je dle účastníků kapacita zařízení, tedy technické vybavení, prostory a počet klientů, kterým je strava zajišťována. I když je trend pobytových zařízení pro několik stovek klientů dávno za námi a v současnosti se preferují zařízení menší a rodinnější, tak i zařízení se sto klienty hodnotí klienti jako příliš velké pro to, aby se mohlo každému vyjít ve všech ohledech vstříc. Domovy nejsou na tuto možnost připraveny ani vybavením kuchyně (nedostatek nádobí a prostoru pro přípravu více druhů jídel).

Co se týče možností individualizace při zajišťování stravování, domovy pro seniory nemohou všem klientům zajistit individuální stravu. Dle účastníků se respektují specifika ve stravování, která vycházejí ze zdravotního stavu klientů a do jisté míry i z některých individuálních preferencí v jídle. Uvedené zohlednění preferencí ve stravování je dle mého názoru na té nejzákladnější úrovni. Pro domovy není problém zajistit stravu na základě diety doporučené lékařem, dieta ale musí vycházet z nemocničního dietního systému, podle kterého jsou schopni stravu připravovat. Dle mého názoru by v tomto ohledu měly být domovy více flexibilní, neboť každý senior může mít různé kombinace zdravotních omezení a také různě subjektivně vnímá svůj celkový zdravotní stav. Tyto rozdíly nemůže tradiční dietní systém pokrýt. Klienti ale mají právo odmítnout lékařem předepsanou dietu. Účastníci uvedli, že domovy poskytují možnost samostatného vaření ve společenských místnostech. Na pokojích mohou mít klienti vlastní nádobí i drobné spotřebiče. Klienti mají možnost podílet se na tvorbě jídelních lístků prostřednictvím rad klientů. Účastníci uvedli, že v domovech je možné zvolit si místo konzumace jídla, ale klienti si nemohou vždy libovolně určit čas podávání jídla a v jednom z domovů dokonce ani čas na sněžení jídla a velikost porce.

Z rozhovorů s participanty z řad klientů vyplynuly jejich postoje k individualizaci ve stravování. Pro klienty je oblast stravování velmi významná. Jídlo je pro ně něco, co jim určuje denní rytmus, něco, na co se těší, o čem si povídají a na co si rádi stěžují. Z výroků participantů je patrné, že pro klienty představuje jídlo důležitou základní potřebu, a že kolem jídla se „točí“ celý jejich den. Klienti jsou celkově se stravováním v domovech spokojeni a jsou rádi, že si již stravu nemusí zajišťovat sami, protože je v tomto ohledu limituje jejich zdravotní stav. Klienti se přizpůsobili pravidlům a chodu domovů a z jejich výroků nevyplývá, že by ocenili větší individualizaci. Z postojů klientů byla patrná určitá míra konformity a konzervativizmu. Klienti by nechtěli prezentovat své individuální požadavky především z toho důvodu, aby nebyli na obtíž personálu. Klienti uváděli, že v domovech z oblasti stravování postrádají pouze častější zařazování některých oblíbených druhů jídel. Naopak to, co jim přebývá, je velikost porcí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že povaha stravy nehrála významnou roli v jejich adaptačním procesu. Náročnější byla nutnost přizpůsobit dlouhodobě zažitý rytmus stravování. Toto zjištění koresponduje i s výsledky dalších studentských výzkumů (Junghansová, 2015; Klinerová, 2015; Pajerová, 2013; Říha, 2011; Stejskalová, 2011).

5. Diskuze

Individualizace péče je pojem vycházející ze standardů kvality sociálních služeb. Vedoucí i řadoví pracovníci domovů pro seniory vědí, co si pod pojmy standardy kvality a individualizace představí. V domovech se ukázalo být problematické to, že tyto pojmy představují pro participanty něco abstraktního a pracovníci je neumějí prakticky aplikovat na péči o klienty. Ukázalo se, že to, jak se konceptem individualizace domov pracuje, je záležitostí postojů pracovníků. Záleží hlavně na tom, jak přistupují k péči o klienty. K těmto závěrům dospěla též Štegmánová (2012) ve svém výzkumu, kde říká, že praktická aplikace standardů kvality je závislá především na konkrétních pracovnících a postojích, které zauímají.

Domovy se v určitých ohledech odchyľují od základních zásad standardů kvality, jako je autonomie, podpora zachování běžného života klientů a respektování volby klientů (Bicková, Hrdinová, 2011). Služba není ani dostatečně flexibilní a nepřizpůsobuje se plně

potřebám klientů. Klienti domovů se spíše musejí přizpůsobit chodu domova. Po svém příchodu do domova si musí zvyknout a musí respektovat zaběhlý systém, který je jistě nastavený tak, aby vyhovoval většině, ale nedokáže se přizpůsobit jednotlivci se speciálními požadavky. Pod respektováním volby klientů si lze určitě představit více, než jen možnost zaměnit neoblíbenou přílohu nebo možnost volby ze dvou variant jídel. Ponechání libovolného času na konzumaci jídla a možnost zvolit si velikost porce považují za zcela základní prvky individualizace péče. To by mělo být všem klientům domovů pro seniory umožněno. Soudím, že splnit tyto požadavky není provozně ani personálně náročné. Jde spíše o ochotu změnit zaběhlé stereotypy. Diskutabilní je možnost zvolit si čas podávání jídel. V domovech jsou pevně daná rozmezí podávání nebo vydávání hlavních denních jídel. Jak uvádějí Čevela, Kalvach a Čeledová (2012), senioři se sníženou soběstačností mají zvýšenou potřebu pocitu bezpečí a pocit bezpečí jim dodává to, když má jejich den pevný řád s pevně danými časovými body, jako je například čas jídla. I klienti s demencí potřebují k lepší orientaci v denním životě pravidelnost a rutinu (Mlýnková, 2011). I ze zdravotního hlediska je žádoucí dodržovat jistou pravidelnost v jídle. Navíc by časová variabilita ve výdeji stravy byla pro domovy organizačně i personálně velmi náročná. Domnívám se, že určené časové rozmezí podávání jídel je i v rámci individualizace akceptovatelné.

Individuální plánování péče má mít dle Haukeové (2011) za cíl co největší zachování způsobu života, na který byl klient zvyklý před tím, než začal službu využívat. Ukázalo se, že tento cíl není reálné po domovech pro seniory skutečně požadovat. Jde o objektivní limit společného zařízení, kde to nikdy nebude jako ve vlastním domově. Klient v domově pro seniory ztrácí část své autonomie. Rozhodování o tom, co, kdy a kde bude jíst, je v určité míře přeneseno na domov. Jak ale uvádí Haškovcová (2010), i v menších kolektivech je běžné, že se vaří jednotné jídlo a členové se domlouvají na tom, co se bude vařit. I Štegmannová (2012) má názor, že individualizace neznamena dát každému, co si přeje, ale že jde spíše o hledání cesty k drobným změnám struktury. Z výzkumu vyplývá, že pro větší míru individualizace v domovech by bylo potřeba především zajistit více personálu na menší počet klientů a přizpůsobit tomu i technické vybavení domovů. Tomu nahrává současný trend deinstitucionalizace.

Na druhou stranu, domovy nemají problém naplnit požadavek standardů kvality, který hovoří o tom, že domovy mají pro plánování průběhu poskytování sociální služby

a pro hodnocení naplňování osobních cílů klientů konkrétní osobu, kterou je klíčový pracovník (Ministerstvo, 2009; Haicl, Haiclová, 2011). Všechny domovy pracují v praxi s klíčovými pracovníky. Klíčoví pracovníci jsou velmi důležitým článkem v konceptu individualizace péče. Vědí toho nejvíce o klientových potřebách a přáních a pomáhají mu je uplatňovat. To, že klíčoví pracovníci jsou nositeli individualizace v domovech pro seniory, zjistila i Štegmánová (2012) ve svém výzkumu, který jsem již uvedla výše. I pro klíčové pracovníky však může být obtížné zjistit skutečné potřeby klienta. Jak uvádí Sýkorová (2007), staří lidé nechtějí své okolí o nic žádat, aby nebyli na obtíž. Chtějí se přizpůsobit ostatním. To může znamenat problém při uplatňování individualizovaného přístupu a bude úkolem klíčových pracovníků s postoji klientů pracovat.

Výzkum ukázal, jaké jsou možnosti individualizace v domovech pro seniory. Klienti domovů trpí často demencí nebo dalšími nemocemi, které mají spojitost s výživou. Jejich zdravotní stav je ovlivněn i dalšími biologickými a psychologickými aspekty provázejícími seniorský věk. Proto se domnívám, že by všechny domovy pro seniory měly své možnosti rozšířit a měly by být schopny zajistit individuální péči o klienty v daleko širším spektru, než jak tomu je v těchto demonstrovaných případech. Požadavkem standardizace nutriční péče je to, aby byly respektovány individuální nutriční potřeby klientů, aby byla strava klientům vhodně podávána a také, aby byl nutriční stav klientů pravidelně monitorován (Starnovská, 2016). Toto je dle Starnovské (2016) nejlepší praxe pro prevenci malnutrice u seniorů a cesta k udržení jejich dobrého zdravotního stavu. Senioři vyžadují specifický přístup ke stravování z toho důvodu, že mají problémy s příjmem a vstřebáváním základních živin, mění se jim vnímání chutí, mají špatný stav chrupu a přidružené choroby zvyšují energetické nároky organismu (Stránský, Ryšavá, 2010). Jejich zdravotní stav vyžaduje, aby jedli pravidelně 5 – 6 krát denně, a aby jejich jídelníček obsahoval dostatek kvalitních bílkovin, vitamínů a minerálních látek (Floriánková, 2014). To se však může rozcházet s dalšími změnami, které provázejí seniorský věk, a to konkrétně s tím, že seniorům ubývá chuť k jídlu, mají potíže s konzumací určitých potravin i s trávením, takže preferují lehce stravitelná jídla, jako jsou moučná jídla, jídla z brambor a sladká jídla (Pichaud, Thareauová, 1998). Mezi těmito dvěma oblastmi je zapotřebí najít kompromis. Úkolem domovů, hlavně jejich nutriční terapeutů, by mělo být nastavit individuálně stravovací režim klientovi tak, aby byly pokryty všechny klientovy nutriční požadavky,

a zároveň, aby byly zohledněny jeho preference v jídle. Až bude tohle možné, pak se domnívám, že se bude dát skutečně hovořit o individualizaci ve stravování.

IV. Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat, jak pracují domovy pro seniory s konceptem individualizace péče a jaké jsou možnosti a limity domovů v individualizaci péče při zajišťování stravování klientům. O individualizaci péče obecně pojednávají již mnohé práce, avšak výzkumy zaměřené na individualizaci ve stravování dosud v rámci České republiky chybí.

V mé práci se mi podařilo odhalit, jaké jsou současné možnosti konkrétních domovů pro seniory při zajišťování dietního stravování. Dále se mi podařilo nahlédnout pod slupku a odkrýt, kde jsou limity domovů při realizaci individualizované péče, co už v rámci pobytového zařízení zajistit nejde a jaké jsou vlivy, které na to působí. Ukázalo se, že domovy pro seniory mohou vyjít klientovi vstříc v základních individuálních požadavcích, jako je záměna přílohy nebo neoblíbeného jídla. Respektují též určitá omezení vyplývající ze zdravotního stavu klienta, pokud si to klient přeje, ale pro větší individualizaci nemají kapacitu. Hlavním limitem pro rozšíření možností domovů je samotná povaha instituce. Domovy pro seniory jsou kolektivní zařízení. Tyto konkrétní domovy zajišťují péči více než stovce klientů a v takovém počtu je obtížné vyjít každému ve všem vstříc a klienti musí do určité míry přizpůsobit své zvyklosti chodu domova. Dnešní pobytové služby dostávají charakter ryze zákaznický, jak uvádí Haškovcová (2010), ale klienti takto na tuto službu nepohlížejí a nemají speciální požadavky. Jejich postoje jsou spíše konformní a konzervativní. Pokud nejsou podněty od klientů, tak ani management domovů nemá potřebu něco na zaběhlém systému měnit. Dalším zásadním problémem je nedostatek personálu a nezbývá tedy prostor pro naplnění všech individuálních požadavků klientů. Spíše než finančním rozpočtem jsou domovy limitovány zákonnými normami.

Závěrem bych chtěla uvést, že mým záměrem nebylo hodnotit to, jak probíhá péče v oblasti stravování v domovech pro seniory a zda domovy dostatečně „individualizují“. Chtěla jsem zjistit, co a jak může hrát roli při realizaci individualizované péče, kde jsou pomyslné „brzdy a páky“, co mohou klienti v domovech pro seniory očekávat a co už je za hranicí možností a také, co skutečně klienti očekávají. Individualizace péče je komplexní fenomén, jehož reálná podoba v praxi je výsledkem vyjednávání mezi organizací, klienty a zákonodárci. Individualizace nezahrnuje jenom viditelné projevy jako možnost výběru z více variant jídel, ale i méně nápadné stránky, jako jsou celkový přístup

organizace ke klientům a postoje samotných klientů. Domnívám se, že tento výzkum přinesl stejně tak nových poznatků, jako vyvstalo nových otázek. Například, jaké kroky by mohl management domovů učinit pro zajištění větší míry individualizace nebo co je hlavní příčinou různé míry individualizace v zařízeních? Proč je pro jedno zařízení určitá věc problém a druhé jí zajišťuje zcela běžně?

Tato práce by mohla být přínosem též pro členy managementu domovů pro seniory, neboť by je mohla vést k zamyšlení, co udělat pro to, aby tyto hranice posunuli zas o kousek dál a tím zkvalitnili svou službu. Věřím, že by moje práce mohla být také podnětem pro další rozsáhlejší výzkumy v této oblasti, neboť tato oblast je zatím ve výzkumných kruzích neprávem opomíjena.

Použité zdroje

Publikace, periodika

Bicková, Lucie, Dana, Hrdinová. 2011. Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním. In: Kolektiv autorů. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 51 – 70. ISBN 978-80-904668-1-4.

Bicková, Lucie, Dana, Hrdinová. 2011a. Význam a přínos individuálního plánování pro organizace. In: Kolektiv autorů. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 87 – 92. ISBN 978-80-904668-1-4.

Čevela, Rostislav, Libuše, Čeledová. 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4745-442.

Čevela, Rostislav, Zdeněk, Kalvach, Libuše, Čeledová. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3901-4.

Disman, Miroslav. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

Divert, Camille, Rachid, Laghmaoui, Celia, Crema, Sylvie, Issanchou, Virginie, Van Wymelbeke, Claire, Sulmont-Rosse. 2015. „Improving meal context in nursing homes. Impact of four strategies on food intake and meal pleasure “. *Appetite* 84: 139 - 147.

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

Floriánková, Marcela. 2014. *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. Praha: Fragment. ISBN 978-80-253-2031-0.

Haicl, Martin, Veronika, Haiclová. 2011. Individuální plánování v sociálních službách ČR. In: Kolektiv autorů. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 21 – 34. ISBN 978-80-904668-1-4.

Haškovcová, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. 2. vydání. ISBN 978-80-87109-19-9.

Hauke, Marcela. 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3849-9.

Havrdová, Zuzana, Olga, Šmídová, Jiří, Šafr, Ingrid, Štegmannová a kol. 2011. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. ISBN 978-80-87398-15-9.

Hartman-Petrycka, Magdalena, Agata, Lebedowska, Barbara, Blońska-Fajfrowska. 2015. „Place of residence affects food preferences and satisfaction with diet among the elderly“. *Social welfare interdisciplinary approach* 5 (1): 114 – 124.

Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

Horecký, Jiří, Andrea, Tajanovská. 2011. Sociální služby v ČR. In: Kolektiv autorů. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 13 – 20. ISBN 978-80-904668-1-4.

Hrozenská, Martina, Dagmar, Dvořáčková. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4139-0.

Hudáková, Anna, Ľudmila, Majerníková. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4772-9.

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

Jarošová, Darja. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2150-7.

Jarošová, Darja, Marcela, Gabzdylová, Radka, Kozáková. 2011. „Standardizace nutriční péče v domově pro seniory“. *Praktický lékař* 91 (12): 714 – 717.

Klevetová, Dana, Irena, Dlabalová. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2169-9.

Laubscher, Tessa, Loren, Regier, Julia, Bareham. 2012. „Diabetes in the frail elderly: Individualization of glycemetic management“. *Canadian Family Physician* 58: 543 – 546.

Malík Holasová, Věra. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4315-8.

Malíková, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.

Matoušek, Oldřich. 1999. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-76-1.

Matoušek, Oldřich. 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.

Matoušek, Oldřich a kol. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.

Matoušek, Oldřich, Pavla, Kodymová, Jana, Kolářková (eds.). 2005. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

Mátl, Ondřej, Milena, Jabůrková. 2007. *Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-499-7.

Merhautová, Jana, Radka, Mrazíková. 2011. Jak individuálně plánovat. In: Kolektiv autorů. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 125 – 148. ISBN 978-80-904668-1-4.

Merhautová, Jana, Radka, Mrazíková. 2011a. Řízení organizace v kontextu individuálního plánování – organizace a klíčový pracovník. In: Kolektiv autorů. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 93 – 104. ISBN 978-80-904668-1-4.

Mlejnková, Lena a kol. 2009. *Služby společného stravování*. Praha: Oeconomica. ISBN 978-80-245-1592-2.

Pichaud, Clément, Isabelle, Thureauová, 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.

Pilát, Miroslav. 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0932-4.

Příbyl, Hugo. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 978-80-7345-437-1.

Rogers, Carl Ransom. 1998. *Způsob bytí: Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-233-5.

- Rušavý, Zdeněk, Michal, Žourek. 2015. „Léčba diabetu u osob vyššího věku“. *Vnitřní lékařství* 61 (4): 321 – 327.
- Sokol, Radek, Věra, Trefilová. 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-316-4.
- Song, Guandong, Qin Hai, Ma, Fangfei, Wu, Lin, Li. 2012. „The psychological explanation of conformity“. *Social behavior and personality* 40 (8): 1365 – 1372.
- Starnovská, Tamara. 2008. „Stravování a nutriční péče v domovech pro seniory (2)“. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství* 4 (10): 381 – 382.
- Strauss, Anselm, Juliet, Corbinová. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-x.
- Stránský, Miroslav, Lýdie, Ryšavá. 2010. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-241-0.
- Svačina, Štěpán a kol. 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2256-6.
- Svačina, Štěpán et al. 2010. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-676-2.
- Svačina, Š., B., Jurašková, I., Karen, A., Šmahelová, J., Olšovský, R., Červený, I., Holmerová, T., Pelikánová. 2013. „Doporučené postupy v léčbě starších pacientů s diabetes mellitus v ČR“. *Vnitřní lékařství* 59 (12): 1088 – 1095.
- Sýkorová, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-86429-62-5.

Škubová, Jarmila. 2008. „První u závěrečného šetření“. *Florence* 4 (3): 112 – 114.

Škubová, Jarmila. 2008a. „Standardizace nutriční péče a její pozitivní vliv na kvalitu života seniorů v DS: konference o výživě seniorů“. *Florence* 4 (11): 445 – 447.

Štegmannová, Ingrid, Zuzana, Havrdová. 2010. Individualizace péče jako lakmusový papírek „nového“ přístupu v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. In: Havrdová, Zuzana a kol. 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, s. 41 – 66. ISBN 978-80-87398-06-7.

Švaříček, Roman, Klára, Šeďová a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vágnerová, Marie. 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

Vágnerová, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Portál. ISBN 978-80-246-1318-5.

Vostatek, Jaroslav. 2013. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. ISBN 978-80-904668-7-6.

Wildmannová, Mirka. 2014. „Podmínky života seniorů v rezidenční péči“. *Aktuální otázky sociální politiky* 8 (1): s. 114 – 126.

Elektronické zdroje

Bílá kniha v sociálních službách. Konzultační dokument [online]. 2003. Praha: MPSV [cit. 5. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf>.

Český statistický úřad. 2016. *Zemřelí – územní srovnání* [online]. [cit. 15. 4. 2016]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&zo=N&pvo=DEM09&katalog=30845&nahled=N&sp=N&skupId=587&filtr=G~F_M~F_Z~F_R~F_P~_S~_null_null_&verze=1&z=T&f=TABULKA&pvo=DEM09&evo=v1314!_VUZEMI97-100_1&c=v30~8__RP2014>.

Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. 2015. [online]. [cit. 2. 4. 2016]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Dostupné z: <http://dataplan.info/img_upload/5c84ed46aa0abfec4ac40610dde11285/doporučeny-standard_final-1-.pdf>.

Hrdina, Josef, Alena, Váňová. 2015. *Pestrost stravy v domovech seniorů*. [online]. [cit. 2. 4. 2016]. Krajská hygienická stanice Středočeského kraje. Dostupné z: <http://khsstc.cz/dokumenty/pestrost-stravy-v-domovech-senioru-3398_3398_161_1.html>.

Informační centrum bezpečnosti potravin. 2010. *Dietní systém v ČR* [online]. [cit. 16. 5. 2016]. Dostupné z: <<http://www.bezpecnostpotravin.cz/dietni-system-v-cr.aspx>>.

Janáková, Anna. 2006. *Standardy nutriční péče* [online]. [cit. 19. 3. 2016]. Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2006/standardy-nutricni-pece-.280/>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2008. *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele*. [online]. [cit. 25. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2009. *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. [cit. 20. 3. 2016]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2015. *Standardy kvality sociálních služeb* [online]. [cit. 5. 3. 2016]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2016. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008*. [online]. [cit. 20. 3. 2016]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/search.php>>.

O'Brien, Connie Lyle, John, O'Brien. *The origins of Person – Centred Planning: A Community of Practice Perspective*. [online]. [cit. 1. 5. 2016]. Dostupné z: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.502.8388&rep=rep1&type=pdf>>.

Příručka dobré praxe Standardů kvality sociálních služeb [online]. 2013. Webový portál komunitního plánování sociálních služeb v Jihomoravském kraji [cit. 22. 12. 2015]. Dostupné z: <<http://www.socialnisluzby-jmk.cz/Articles/2870-2-Prirucka+dobre+praxe+Standardu+kvality+socialnich+sluzeb.aspx>>.

Sekce výživy a nutriční péče. 2015. *Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory* [online]. Praha: Sekce výživy a nutriční péče [cit. 2. 12. 2015]. Dostupné z: <<http://www.sekce-vnpcas.cz/standardizace-nutricni-pece-v-domovech-pro-seniory/>>.

Veřejný ochránce práv. 2007. *Sociální služby v domovech pro seniory stále s nedostatky*. [online]. [cit. 15. 5. 2016]. Dostupné z: <<http://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2007/socialni-sluzby-v-domovech-pro-seniory-stale-s-nedostatky/>>.

Veřejný ochránce práv. 2015. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv*. [online]. [cit. 1. 5. 2016]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf>.

Závěrečné práce

Antonů, Petra. 2007. *Na cestě ke kvalitě: Zavádění individuálního plánování služby do domovů důchodců*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: FF UK. Vedoucí diplomové práce doc. Oldřich Matoušek.

Fremrová, Vladimíra. 2013. *Standardizace nutriční péče*. Nepublikovaná diplomová práce. Plzeň: FZS ZČU. Vedoucí diplomové práce Mgr. Miroslava Moučková.

Hálová, Jana. 2015. *Rozdíly v pohledu na domov pro seniory před a po umístění klienta*. Nepublikovaná diplomová práce. České Budějovice: ZSF JČU. Vedoucí diplomové práce Mgr. Petra Zimmelová, PhD.

Junghansová, Terezie. 2015. *Vliv reminiscenční terapie na adaptační proces v pobytovém zařízení Centru seniorů Mělník*. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: ETF UK. Vedoucí bakalářské práce PaedDr. Marie Vorlová.

Klinerová, Kamila. 2015. *Adaptace seniora na život v pobytovém zařízení sociální péče*. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: LF v Hradci Králové. Vedoucí bakalářské práce Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Pajerová, Lenka. 2013. *Adaptace seniora na umístění do domova pro seniory*. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: ETF UK. Vedoucí bakalářské práce PaedDr. Marie Vorlová.

Říha, Lukáš. 2011. *Problematika adaptace v zařízení pro seniory*. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: HTF UK. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivana Nováková.

Stejskalová, Michaela. 2011. *Adaptace seniorů na podmínky v domově pro seniory*. Nepublikovaná bakalářská práce. Brno: FHS UTB ve Zlíně. Vedoucí bakalářské práce doc. Dr. Stanislav Balík, PhD.

Štegmannová, Ingrid. 2012. *Zavádění standardů kvality v pobytových zařízeních pro seniory – etické aspekty*. Nepublikovaná disertační práce. Praha: FHS UK. Školitel PhDr. Zuzana Havrdová CSc.

Tumlířová, Karolína. 2014. *Význam individuálního plánování a jeho vliv na aktivizaci v domovech pro seniory*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: HTF UK. Vedoucí diplomové práce MUDr. Jiřina Ondrušová, PhD.

Zákony a vyhlášky

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Další zdroje

Starnovská, Tamara. 2016. „Standardy nutriční péče v sociálních službách II“. *Konference - Vývoj nutriční péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 26. – 27. května 2016. Lanškroun.

Seznam tabulek a obrázků

Tab. 1: Výzkumný soubor

Tab. 2: Možnosti domovů při zajišťování stravování

Obr. 1: Výzkumné schéma

Seznam příloh

Příloha č. 1: Projekt diplomové práce

Příloha č. 2: Scénář výzkumného rozhovoru

Příloha č. 3: Ukázka výzkumného rozhovoru