

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií



Bakalářská práce

Markéta Strbačková

Adaptační proces uživatelů domova pro seniory

Olomouc 2015

vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu použitých zdrojů.

V Olomouci dne 15. 4. 2015

.....

Markéta Strbačková

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky, kterými přispěla k jejímu vypracování a za ochotu a trpělivost při našich konzultacích.

Zároveň bych chtěla poděkovat uživatelům Domova pro seniory Karolinka za jejich vstřícnost a cenný čas, který mi věnovali při zapojení do výzkumného šetření.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Markéta Strbačková
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Adaptační proces uživatelů domova pro seniory
Název v angličtině:	Adaptation process of the elderly to retirement home
Anotace práce:	Bakalářská práce se zaměřuje na adaptaci seniorů v Domově pro seniory Karolinka. Teoretická část se zabývá změnami doprovázející životní období stáří, péčí o seniora společností a procesem adaptace. Praktická část adaptace obsahuje výzkumné šetření realizované v daném domově. Jeho základem jsou kazuistiky a rozhovor s uživateli po adaptačním procesu.
Klíčová slova:	Senior, stáří, stárnutí, adaptace, domov pro seniory, péče o seniory, institucionální péče.
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis is aimed on the senior's adaptation in „Domov pro seniory Karolinka“. Theoretical part is focus on changes which are accompanying with life term old age, care for elderly by society and the proces of adaptation. Practical part includes the research carried out in this retirement home. It is based on casuistries and interview of the users in the adaptation process.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, old age, aging, adaptation, retirement home, care for elderly, institutional care.

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Periodizace stáří Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s paní Ludmilou Příloha č. 3: Přepis rozhovoru s paní Martou Příloha č. 4: Přepis rozhovoru s panem Vladimírem Příloha č. 5: Přepis rozhovoru s panem Andrejem Příloha č. 6: Souhlas uživatele s audionahrávkou rozhovoru
Rozsah práce:	68 stran
Jazyk práce:	český

OBSAH

ÚVOD	8
1 SENIOR, STÁŘÍ, STÁRNUTÍ.....	10
1.1 SENIOR.....	10
1.2 STÁRNUTÍ	12
1.3 STÁŘÍ.....	14
2 SENIOR A SPOLEČNOST	18
2.1 PÉČE O SENIORY V HISTORICKÉM KONTEXTU	18
2.2 NOVODOBÁ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY.....	21
2.3 SENIOR A RODINA	24
2.4 AGEISMUS A PENZIONOVÁNÍ.....	27
3 PROCES ADAPTACE SENIORA	30
3.1 ADAPTACE NA STÁŘÍ	30
3.2 ADAPTACE NA POBYT V DOMOVĚ PRO SENIORY	33
3.3 MALADAPTACE NA POBYT V DOMOVĚ PRO SENIORY	37
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	42
4.1 Stanovení cílů	42
4.2 Metodologie výzkumného šetření	42
4.3 Organizace výzkumného šetření.....	43
4.4 Cílová skupina	44
4.5 Vlastní výzkumné šetření	45
4.6 Interpretace výsledků.....	55
4.7 Závěr výzkumného šetření	59
ZÁVĚR	62
SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ	63
SEZNAM ZKRATEK	67
SEZNAM PŘÍLOH	68



Obr. 1. První novomanželská (vlastní)

„Nejsilnějším prostředkem proti stárnutí je láska.“

John Stuart Mill

ÚVOD

V současné době stále častěji slyšíme o proudu stárnutí populace. Laická společnost sice bere tento fakt na vědomí, ale dokud se nedotkne každého z nás jako jednotlivce, hlouběji o tomto stávajícím, ale především budoucím problému nepřemýšlíme.

Právě i naší rodiny se nedávno dotklo toto ožehavé téma. Byli jsme postaveni do situace rozhodnout se, zda umístit našeho člena rodiny do ústavního zařízení či v sobě najít zbytky sil a i nadále pečovat o nesoběstačného starého člověka na sklonku života. Uvědomila jsem si, že již tak bezmocný člověk je vystaven další zátěži, která mu nenávratně mění život. Rozhodování mezi zajištěním odborného zaopatření a laickou péčí v kruhu svých nejbližších pro nás nebylo jednoduché. Rozhodujete o osudu člověka. Jeho život máte ve svých rukou a přitom víte, že se musíte rozhodnout správně, protože žijeme jen jednou. Složitost situace mě přiměla věnovat se tématu podrobněji, jelikož nevědomost by v takové situaci neměla být na místě.

Ze statistických údajů jasně vyplývá, že věková struktura obyvatelstva se mění, a to nejen v České republice, ale celosvětově. Střední délka života, resp. naděje dožití se zvyšuje díky moderním technologiím medicíny. Skýtá se nám tak možnost strávit na světě o pár let více, než naše předešlé generace. Je na každém z nás, stejně tak jako na státní politice, abychom společnými silami flexibilně reagovali na danou situaci, a zajistili tak alespoň v rámci možností seniorské generaci důstojné stáří ke konci života. Z pohledu samotného seniora je pak nejvýznamnější v případě ztráty soběstačnosti jím očekávaná péče ze strany rodiny. V průběhu 20. a 21. století však dochází k narušení tradičního konceptu rodiny, která na sebe již vzhledem k okolnostem ve většině případů nebere úlohu pečovatele, ale do děje vstupuje institucionální péče. Ta se stává hlavním pilířem a nástrojem v péči o naše rodiče, prarodiče a praprarodiče. Obecně celá síť sociálních služeb je bez diskuze velice významná.

Hlavním cílem bakalářské práce je charakterizovat proces adaptace uživatelů domova pro seniory a prostřednictvím výzkumného šetření zkoumat, jaký dopad má na seniora jeho vstup do instituce domova pro seniory vzhledem ke snížené adaptabilitě.

Díličí cíle vycházející z cíle hlavního jsou následující:

- charakterizovat období stáří a změny spojené s touto životní periodou,
- objasnit postavení seniora v kontextu společnosti,
- analyzovat proces adaptace,
- popsat faktory ovlivňující proces adaptace.

Bakalářská práce je v teoretické části členěna do tří kapitol. Nejprve pojednávám o seniorovi v procesu stárnutí v různých věkových kategoriích z ontogenetického hlediska. Dále popisuji stárání jako jednu z životních etap vyznačující se charakteristickými změnami se stěžejním významem. Následně se zaměřuji na postavení seniora ve společnosti a péči o staré spoluobčany v historickém kontextu, a to sice od dob tradiční společnosti až po současnou podobu zajištění seniorů včetně institucionální podoby i jejího legislativního ukotvení. Pokračuji zmínkou o aktuální ožehavé problematice ageismu a penzionování. A v neposlední řadě věnuji pozornost samozřejmě procesu adaptace v kontextu stárání a zvláště pak v kontextu života v ústavním zařízení s ohledem na možnost maladaptace a její objasnění.

V rámci empirické části jsem zvolila výzkumné šetření kvalitativního charakteru, které bylo provedeno za pomoci techniky analýzy spisové dokumentace, rozhovoru a kazuistik. Cílovou skupinou empirického šetření je kolektiv 4 uživatelů sociální služby Domov pro seniory Karolinka po adaptačním období.

Klíčovou literaturou, ze které jsem při tvorbě této práce vycházela, mi byly odborné publikace mnoha autorů. Z českých odborníků mohu zmínit například Vladimíra PACOVSKÉHO či Zdeňka KALVACHA jako autory děl zaměřených na gerontologii a geriatrii, dále je zde autorka psychologicky zaměřených publikací Marie VÁGNEROVÁ se svým kolegou Milanem NAKONEČNÝM. Vhodné je zmínit i jména jako Eva MALÍKOVÁ, Martina VENGLÁŘOVÁ a Oldřich MATOUŠEK, kteří ve svých monografiích pojednávají přímo o péči o seniory v pobytových zařízeních.

Ze zahraničních zdrojů uvádím Todda D. NELSONA, amerického psychologa a pedagoga na kalifornské univerzitě a Iana STUART-HAMILTONA, který se zabývá gerontologií a procesem stárnutí z psychologického hlediska.

1 SENIOR, STÁŘÍ, STÁRNUTÍ

Stáří má být vyústěním dlouhého a krásného života. Aby však takové opravdu bylo, je k tomu zapotřebí kousek štěstí, kus lásky a také špetka rozumu. Životní osudy jsou spletité a nikdo z nás nemůže s jistotou předvídat, jak bude náš závěr pobytu na tomto světě vypadat. Pokud však budeme věřit v sebe a své schopnosti a navíc znát vlastní možnosti, každý z nás má alespoň tu nejmenší naději zažít hřejivý pocit na srdci a spokojenost ve chvílích, kdy bude naše kůže připomínat kůru starého dubu - ano, bude z nás stařec či stařenka.

1.1 SENIOR

Obecně lze říci, že odborní autoři zabývající se problematikou stáří a stárnutí, konkrétně např. Haškovcová, Heřmanová, Tvaroh, Wolf nebo Pacovský, se shodují na relativitě významu pojmů stáří a stárnutí, a tedy i věkovému vymezení seniora, které určují 60., případně 65. rokem člověka. Uvedeme-li jeden z výkladů ve slovníku HARTLA (2010, s. 688), ten označuje seniora jako občana staršího 60 let. Běžně je však tato věková hranice mylně mladší generací snižována a vize seniora se stává nejen v tomto ohledu pokřivená.

Doslovná charakteristika Světové zdravotnické organizace (in HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 20) popisuje význam slova senior, resp. starého člověka jako osobu ve stařeckém věku neboli tzv. senescenci, „*kdy se poškozením fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlým životním obdobím*“. Na tuto definici, která apeluje spíše na již nesoběstačnou část seniorské populace, navazuje HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 20) argumentem, že za starého člověka je v současné společnosti považován každý, kdo dovršil penzijního věku - bere tedy v potaz ekonomický faktor, který ve 21. století převažuje. I to je důvod, proč mají lidé v povědomí za označení starší generace jako důchodce, což je na straně jedné z praktického hlediska odůvodněno potřebností tohoto sociálního statusu, na straně druhé však až haněním seniorské generace.

Seniora můžeme také definovat jako jedince v určitém lidském věku, kdy hovoříme jednak o věku kalendářním, biologickém nebo také sociálním. Kalendářní věk, nazýván také jako chronologický nebo matriční, je nejběžněji užívaný díky jeho přesnému vymezení datem narození. Nevýhodou však je, že nepostihuje individualitu projevů stárnutí jedince a jejich

příčinu. WHO (in HOLMEROVÁ et al., 2007, s. 27) kategorizuje věkové skupiny následovně:

- 60 – 74 let - rané stáří (senescence),
- 75 – 89 let - vlastní stáří (senium),
- 90 a více - dlouhověkost (patriarchum).

Konkrétní míru involučních změn představuje věk biologický neboli funkční, který hodnotí involuci jako souhrn funkčního stavu, výkonnosti, kondice a dokonce i patologie. Kategorie funkčního věku na rozdíl od věku kalendářního vypovídá o způsobu fungování jedince ve společnosti a jeho soběstačnosti (HARTL, 2000, s. 668). Právě věku funkčnímu odpovídá tzv. věk skutečný. Věk kalendářní a biologický spolu mohou a nemusí korespondovat, jelikož každý člověk stárne jinak, ale faktem zůstává, že každý stárne, a to stále.

Sociální věk vymezuje MÜHLPACHR (2004, s. 15) jako změnu rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění, a stáří je tak chápáno jako sociální událost. Sociální věk nastává konkrétně okamžikem vzniku nároku na starobní důchod, případně skutečným penzionováním, které společně s věkovou diskriminací, poklesem životní úrovně a především pak hrozbou ztráty soběstačnosti představuje riziko pro celou seniorskou generaci. Starý člověk dle AMÉRA (2009, s. 80) *„rázem poznává, že mu svět neposkytuje kredit na budoucnost, že nepřistupuje na to, aby ho viděl jako toho, kým by mohl být“*.

Pokud připomeneme výše uvedený funkční věk, který odráží seniorův skutečný stav, je také vhodné zmínit KALVACHOVO gerontologické členění seniorů dle funkční zdatnosti, rizikovosti a potřeby zdravotnických služeb (in HOLMEROVÁ et al., 2007, str. 28). První, tzv. zdatní senioři, představují tu část starší populace, která se značí výkoností a nepotřebností geriatrické péče. Podrobují se preventivním vyšetřením a jsou edukováni. Další skupinu seniorů tvoří senioři nezávislí, kteří za normálních okolností nepotřebují pečovatelskou či ošetrovatelskou službu. Tu využívají pouze v situaci přechodné zátěže v podobě operace či závažného onemocnění. Skupinou, kterou již lze nazvat také „pacientskou“, jsou křehcí senioři, jedinci se zhoršenými kognitivními schopnostmi, rizikem pádu, psychickou labilitou a celkově nestabilním stavem. Tito lidé nejenže využívají služby zdravotnické, ale i sociální, domácí péči apod. Zcela nesoběstačnou skupinou jsou senioři zcela závislí vyžadující nepřetržitou péči a pomoc jak ze strany pečující organizace, tak ze strany rodiny. Jsou situováni do léčen dlouhodobě nemocných nebo využívají respitní péči a často u nich dochází k hospitalizacím.

I zde lze vidět, jak individuální a specifickou záležitostí je proces stárnutí.

1.2 STÁRNUTÍ

Říká se, že stárnutí je to jediné, co na světě představuje spravedlnost, protože jednou zestárneme všichni. Tento fakt je tedy možné zobecnit, ale samotný průběh stárnutí - sám život - probíhá u každého z nás individuálně v závislosti na průběhu změn fyziologických, psychických i sociálních.

Je to jen a jen čas, nehmatatelný pojem, který se podílí na nezvratném, zákonitém a přirozeném procesu stárnutí. Proces, který dle AMÉRA (2009, s. 61) materializuje a substancializuje tělo, stávající se více hmotou a ztrácející stále více energie.

S odkazem na výše zmíněnou pesimisticky laděnou definici je třeba poukázat na převládající negativní pojetí stárnutí, a to především u laické veřejnosti. Z odborných autorů si teorie našla zastánce například právě u výše uvedeného AMÉRA (2009, s. 53), který tvrdí, že *„stárnutí je nevyléčitelná nemoc a protože je trápením, podléhá stejným jevovým zákonitostem jako každá akutní potíže, která nás přepadá v libovolné životní etapě“*.

Naopak WEBER et al. (2000, s. 13) pojímá stárnutí jako konečnou část přirozeného vývoje procesu každého člověka se změnami přicházejícími v různou dobu a postupujícími různou rychlostí. Právě stárnutí předčasné se označuje jako stárnutí patologické, kdy věk kalendářní je nižší než věk funkční (PACOVSKÝ, 1990, s. 30), a to především v důsledku nadměrného přetěžování organismu škodlivými vlivy, resp. obecně nezdravým životním stylem. Proces stárnutí, který je v období stáří rychlejší, než v předešlých časových úsecích života, je tak mnohonásobně urychlen našim vlastním zapříčiněním. Stárnutí zastavit nedokážeme a stárnout začínáme dříve, než bychom si to opravdu pomysleli. Začátky stárnutí se datují do mnohem dřívější doby, než do okamžiku, kdy na sobě postřehneme jeho první zjevné známky (JEDLIČKA, 1991, s. 7).

I proto je žádoucí neustále apelovat na podporu zdraví populace, které se v periodě stáří odráží na stavu jedince tak razantně. Vítejme proto zavedení konceptů úspěšného stárnutí a zdravého stáří, které reagují na stále rostoucí počet skupiny starších lidí a snaží se takto řešit jednu z otázek současného fenoménu celosvětového stárnutí populace ve vyspělých zemích, a čelí tak expanzi nemocnosti u starších a starých osob. Konkrétně se jedná o dokument OSN Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí a vymezuje úkoly pro současnost i blízkou budoucnost. Na evropském poli působí dále program „Stárnout zdravě v Evropě“, jehož cílem je prodloužení aktivního nezávislého života seniorů a obsahuje informace o zdravém životním stylu i zdravotní výchově v jednotlivých regionech. Cílovou skupinou konceptů nejsou pouze senioři, kteří na straně jedné využívají svého potenciálu ve společenských

aktivitách (a dokonce i na trhu práce) a svým přístupem přispívají ke změně chápání procesu stárnutí a kterým je na straně druhé poskytnut dostatečný prostor a podmínky pro tuto jejich aktivitu, ale také generace dospělých a dospívajících, kteří představují ekonomicky aktivní část společnosti a jsou zodpovědní za vlastní přípravu na stárnutí. (HAVRDOVÁ, 2011, s. 5; KLEVETOVÁ 2008, s. 14)

Stárnutí celkově, nejen jeho zdravotní hledisko, má být předmětem zájmu občanů. Fenomén stárnutí totiž vytváří potřebu měnit způsob organizace práce a s ním i zároveň celý systém sociální péče (HAVRDOVÁ, 2011, s. 5). Pro úplnost uvádím důvody, které ve své knize uvádí HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 86), a sice jde o efektivní zdravotní péči, zdravý způsob života a zvyšování naděje dožití ve vyspělých i rozvojových zemích vlivem dobré životní úrovně. Důkazem je být zmínka STUARTA-HAMILTONA (2012, s. 19) „*It is estimated that in the prehistoric old age was extremely rare, and even up to the seventeenth century. Probably only about 1 per cent of the population was over 65.*“¹

Ať už upřednostníme jakoukoliv verzi charakteristiky stárnutí, jeho podstata dle mého názoru zůstává stejná, a sice že se jedná o sled několika po sobě jdoucích navazujících, nezvratných a přirozených změn. Je chvályhodné, že společnost reaguje na demografický růst stárnoucí populace. Na jedné straně je důkazem realizace různorodých přednášek, besed a kampaní cílených na aktivní populaci seniorů a na straně druhé je to budování nových či rozšiřování a zkvalitňování stávajících sociálních služeb pro seniory. V následujících letech by se mohla stát heslem pro lidi fráze: „*Stárí je naším společným zájmem.*“

¹ „*Odhaduje se, že v prehistorickém stárí je extrémně vzácná, a dokonce až do 17. století. Pravděpodobně jen 1 procentu populace bylo přes 65 let.*“ (volný překlad)

1.3 STÁŘÍ

Stáří je výsledkem procesu stárnutí a poslední tzv. postvývojovou etapou života člověka. Připodobnění, že se rodíme a také v podstatě umíráme jako děti, je to nejvíce vypovídající. A to sice proto, že jak v dětství, tak i ve stáří je míra pečování mnohdy srovnatelná. Zásadní rozdíl však tkví v jejich vnímání společnosti.

Široká diferenciací je zřejmá v samotné **charakteristice** období. KLEVETOVÁ (2008, s. 11) odmítá argument, že stáří znamená konec života. Jeho trvání po dobu 30 - 40 let se staví na rovnocennou úroveň období mládí a dospělosti. Pouze fakt, že ve stáří máme smrt na dosah více, nežli dříve, činí tuto periodu života odsuzovanou a společností nepřijímanou, což je podporováno i celospolečenským systémem, především médii. Vždyť, jak říká STUART-HAMILTON (1999, s. 151), „*v některých primitivních společnostech je stáří chápáno jako odměna za zbožný život*“. Pojetí stáří opravdu záleží na typu společnosti - její vývojové úrovni, kultuře atd. Na jejím základě se v dané společnosti konstruuje užší sebepojetí seniorů, které je pro ně v tomto citlivém období velmi významné (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 37).

Dle VÁGNEROVÉ (2007, s. 299) přináší stáří na jedné straně moudrost, nadhled a naplnění a na straně druhé úbytek energie a celkovou proměnu osobnosti. Stáří představuje období plné ambivalencí - je obdobím svobody, ale i ztrát. ERIKSON (in VÁGNEROVÁ, 2007, s. 229) na základě své teorie psychosociálního vývoje označuje za hlavní vývojový úkol stáří dosažení integrity. Zjednodušeně můžeme říci, že jde o nalezení smyslu života a přijetí části již prožitého života za svůj. Jedině díky tomu se můžeme vyrovnat se smrtí, která je nevyhnutelná.

Lidstvo má ve zvyku vše neustále třídit, členit, obecně systematicky uspořádávat, a tak se ani pojmu stáří nevyhnulo **kategorizování**, protože uznejme si - není stáří jako stáří. Dělení stáří Světové zdravotnické organizace jsme již zmiňovali a také HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 20) jej v současnosti označuje za nejčastěji používané. Existuje široké spektrum dělení periody stáří, uvádím tak pouze vybrané autory, a to v Příloze č. 1.

Na to, jak se stáří jeví navenek, čím je v tomto věku charakteristická psychika a jaké sociální změny u seniora nastávají, se zaměříme nyní. **Specifika změn** popíšeme v holistickém pojetí - souhrnném pohledu na změny biologické, psychické i sociální, které jsou výsledkem střetu vnitřních determinantů - genetických faktorů a vlivu vnějšího prostředí.

Biologické změny probíhající na fyziologické úrovni jsou na první pohled nejvíce znatelné. Stáří se nám doslova vrývá do našich těl. Charakteristický je úbytek vlasů a jejich

šedivění, a to zvláště u mužského pohlaví. Ženy zase denně všemi možnými způsoby bojují proti vráscám a zcelují odstín kůže na tváři, která je poznamenána úbytkem pigmentu. Značný je pokles svalové hmoty (tedy i zákonité snížení váhy), jeho celkové ochabnutí i pružnost. V jejich důsledku dochází ke zpomalení pohybů, nachýlení osy těla a tzv. „růstu do země“. Ve vyšším věku je zvýšená rizikovost pádu a i úrazovost kvůli řídnutí a deformací kostí (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 31). Citelné jsou také změny ve smyslovém vnímání. Snad největším úskalím je v tomto ohledu snížená chuť k jídlu a pocit žízně. Mění se ostrost vidění a zanedbatelná není ani nedoslýchavost. Výjimku nepředstavuje ani snížená schopnost termoregulace. Co se týká fungování vnitřního organismu, KALVACH (in KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008, s. 19) uvádí jako obecný rys atrofii u všech orgánů a tkání, z nichž je nejvíce ohrožen mozek. Životně důležitý orgán srdce společně s cévami postihuje ateroskleróza, která má za příčinu ztrátu tělesných sil i duševních schopností. Z hlediska stravování ubývá množství trávicích šťáv, kdy se potrava pomaleji vstřebává a rozkládá. Časté jsou koliky a s ní spojené bolesti břišní a bederní oblasti. U obou pohlaví dochází k poklesu sexuální aktivity, a to např. z důvodu snížení potence mužů či ukončením cyklu menstruace u žen. (KLEVETOVÁ, 2008, s. 19-22)

Psychické změny ve stáří jsou stejně tak jako změny biologické považovány za běžnou součást stáří a stárnutí. Lze říci, že biologický stav člověka má vliv na psychické procesy a naopak psychický stav se zpětně odráží neboli somatizuje do fyziologické úrovně, což může být také na základě sociální interakce. Hovoříme tedy buď o biologických změnách, nebo změnách psychosociálních.

VÁGNEROVÁ (2007, s. 315-349) člení změny do několika oblastí - proměny kognitivních funkcí, emocionality, motivace, regulačních vlastností a osobnostních vlastností. **U poznávacích procesů** dochází k nerovné proměně dílčích schopností všech kognitivních funkcí. Kognitivní plasticita postupně průběžně klesá, což má za následek zhoršenou funkčnost zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Díky celkovému zpomalení a prodloužená reakčního času mají senioři tendenci klást důraz spíše na zpracování informací. Už méně se jim daří soustředit na jejich uchování, a adekvátně se tak rozhodovat. V důsledku zhoršování zrakových a sluchových funkcí je dále narušena kvalita percepce a s ní související zhoršení pozornosti, především pak v neznámých situacích. Úbytek můžeme zaznamenat také u paměťových funkcí. Krátkodobá paměť ovlivněná narušenou percepcí již neudrží vnímanou informaci ani po nezbytně dlouhou dobu, naopak narůstají reminiscence. Co se týká rozumových schopností, jejich závažnější úpadek bývá podmíněn chorobnými procesy, především demencí. Naproti tomu lze, abychom ve stáří dosáhli moudrosti jakožto

nadhledu a schopnosti komplexního uvažování. Důležité je také zmínit, že pro staršího člověka je důležitá míra kognitivní resilience projevující se odoláváním potížím a jejich zvládání.

Emocionalita je úzce svázána se zdravotním stavem jedince, který se s přibývajícím věkem a úbytkem kompetencí, zhoršuje. Uvědoměním si definitivnosti situace se senior vystavuje negativním emocím jako je úzkost, nejistota a strach. Stáří nutí starší generaci bilancovat nad životem, hodnotit ztracené hodnoty a (ne)promarněný čas. Zde závisí na typu temperamentu člověka a samozřejmě i dalších faktorů, zda dojde u jedince k celkovému zklidnění a útlumu, nebo zda naroste citová labilita a dráždivost. Například ale sebeporozumění, pochopení vlastních emocí, záleží na naší celoživotní zkušenosti, díky které je vyrovnávání se s přicházejícím koncem života snazší. Právě emoční informace se starým lidem zpracovávají i uchovávají v paměti lépe než ty racionálního charakteru. Celkově klesá intenzita a frekvence emočních prožitků a může se měnit i jejich kvalita. Zjevný je větší sklon k úzkostem a depresím a také stoupá emoční ovlivnitelnost - sugestibilita. Opomenout nesmíme ani sníženou schopnost adaptability a s ní související pojem emoční resilience, která vyznačuje odolnost a schopnost adaptovat se pružně a pohotově na stresující situace. (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 315-349)

Znakům stárnutí v oblasti **motivace a regulačních funkcí** většina z nás nevěnuje přílišnou pozornost, přesto je znatelné zpomalení a oslabení různých regulačních funkcí emočního i volního charakteru, které jsou mimo jiné také jedním z faktorů přispívajících ke snížení již zmíněné adaptability. Emoční regulace má u starších lidí převážně obranný charakter, zajišťuje ovládání nálad i prevenci nepříjemných pocitů. Volní regulace je oproti tomu komplexnější a mění se různým způsobem. Pokles potřeby nových podnětů a zkušeností stojí ve stáří v opozici vůči nárůstu vyžadování jistoty a stability. Citová jistota a bezpečí společně s potřebou stimulace a otevřenosti novým zkušenostem, potřebou seberealizací, potřebou otevřené budoucnosti a naděje a potřebou sociálního kontaktu tvoří základní pilník potřeb, na které se jedinec ve stáří nejvíce koncentruje vzhledem k úbytku soběstačnosti a fyzických i psychických kompetencí. (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 315-349)

U změn osobnostních vlastností může nastat několika variant situací. Buď dochází k akcentaci některých stávajících vlastností, tedy prohloubení typických rysů, nebo se začínají objevovat vlastnosti zcela nové, které se u daného jedince v mladším věku nevyskytovaly, anebo nastává změna struktury celé osobnosti, což se odráží i v chování jedince. Pokud jde o změny opravdu nápadné, jde obvykle o symptomy chorobného procesu. Extraverze,

neuroticismus a otevřenost novým zkušenostem s přibývajícím věkem klesá. Co se jednoznačně nemění, je přátelskost a svědomitost. (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 315-349)

Sociální změny a jejich vyvozená interpretace z definice sociálního stáří KALVACHA (in ČEVELA et al., 2012, s. 26) nám říká, že jde o změny týkající se sociálních rolí, postojů a sociálního potenciálu. Zásadním momentem je zde odchod člověka ze zaměstnání, tedy odchod do důchodu, který je spouštěčem mnoha životních událostí, jimž následně starý člověk čelí. Právě práce jako životní jistota mu dávala společenskou prestiž a zvláště pak ekonomickou samostatnost. Nyní ji ztrácí a přijímá novou životní úlohu - roli penzisty, který se většinou potýká s poklesem životní úrovně a celkovou změnou životního stylu. Dochází k nucenému narušení dosavadních stereotypů, což může, jak tvrdí NAKONEČNÝ (2011, s. 688), být pro staré lidi psychicky velmi zatěžující. V některých případech může nastat až tzv. sociální smrt. Jde o situaci, kdy je pro seniora zátěž *„tak velká, že si vyřadí tělesný obraz o sobě, nechce zažít kontakt se sebou a s druhými, využívat své smysly, poznávat okolí a osoby“* (KLEVETOVÁ, 2008, s. 71).

Izolovanost a semknutost seniorů k okruhu svých nejbližších příbuzných a přátel může zapříčinit stagnaci nebo dokonce až úbytek sociálních dovedností (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 350). Mimo již zmíněné faktory uvádí MALÍKOVÁ (2011, s. 22) jako další neopomenutelné nepříznivé aspekty generační osamělost, stěhování, strach ze stáří, samoty nebo nesoběstačnosti a ageismus. JAROŠOVÁ (in MALÍKOVÁ, 2011, s. 22) se oproti tomu zaměřuje na aspekty pozitivní, z nichž vyzdvihuje funkční rodinu s dobrými vztahy a pevným citovým poutem, ekonomickou přípravu na zabezpečení stáří, přípravu na vyplnění volného času a možnost uspokojení potřeb seniora.

Další významná úloha je připisována procesům probíhajících ve společnosti. Mechanismům fungování společnosti se nikdo z nás neubrání, ať už bychom se bránili sebevíc. Aristoteles to svými slovy vystihl již dávno - člověk je totiž tvor společenský.

Shrnutí

Zabývali jsme se osobností seniora jako jednotlivce s charakteristickými rysy a vlastnostmi v procesu stárnutí. Seznámili jsme se se změnami doprovázejícími životní etapu stáří, které představují pouze jeden z několika faktorů ovlivňujících osobnost starého člověka.

2 SENIOR A SPOLEČNOST

Vyskytují se mezi námi jedinci, kteří tvrdí, že stárí se jich netýká. To je však omyl. Nemusí nám být právě 60 let, a přesto jsme přímými účastníky procesu spoluutváření celospolečenského obrázku stárí a stárnutí. Ať už chceme či ne, některým věcem na světě se neubráníme. Zřejmě to tak má být. Bránit se nevyhnutelnému nás připravuje o cennou energii, kterou bychom mohli investovat jiným způsobem. Myslet bychom totiž měli nejen na sebe, ale i lidi v našem okolí bez ohledu na odlišnost, jakou právě věk může být.

2.1 PÉČE O SENIORY V HISTORICKÉM KONTEXTU

Generace seniorů společně se skupinou zdravotně znevýhodněných či duševně handicapovaných osob patří k té části populace, která mnohdy bez pomoci společnosti nemůže dosáhnout na kvalitní a důstojný život. Právě míra zájmu a starosti o uvedené skupiny obyvatel vypovídá o úrovni vyspělosti státu. Přikláním se k názoru, že situace se ubírá správným směrem, přesto je vždy co zkvalitňovat.

Jak uvádí KUTNOHORSKÁ (2010, s. 13), péče o člověka má základy již v předkřesťanských kulturách a pomoc druhému je přirozenou vlastností každého člověka. Dříve připadla úloha péče o starší výhradně rodinným příslušníkům. Rodina znamenala laický předstupeň péče o staré lidi před vývojovou triádou: charita, obec, stát, kterou zmiňuje HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 183). Tato triáda vzniká v podstatě jako reakce na dále neudržitelnou situaci, kdy rodina svou úlohu pečovatele již přestává zastávat, a to z důvodu její úplné absence, nezájmu nebo jiných zábran jako vyčerpání apod. Senior se najednou ocitá na periferii lidského společenství. Zjišťuje, že ani rodina mu nyní není jistotou, toulá se a žije v nedůstojných podmínkách. Není však na ulici sám, nezabezpečených starých lidí přibývá. Ti všichni u ostatních vzbuzují odpor a zároveň soucit. Jsou trnem v oku majoritní společnosti, kterého se rozhodne zbavit až ve chvíli, kdy se stává celospolečenskou hrozbou. MATOUŠEK (2007, s. 7) dokonce upozorňuje na fakt, že nejen ve starověku, ale i po značnou část středověku společnost chudinu, tvořenou právě i starými lidmi, odsuzovala a převážně ji trestala. Tento přístup je označován za represivní a bohužel není vyloučen ani v dnešní paradoxně vyspělé době.

Jak se říká: „házet všechny do jednoho pytle“, by však bylo nespravedlivé. Existovali totiž i jedinci, kteří ač o na sporadické, ale přesto svým způsobem významné materiální

zabezpečení chudých opravdu dbali. Šlo především o bohaté představitele - šlechtické filantropy a kněží. Tato forma péče je označována za péči tradiční, má charitativní charakter a opírá se o principy křesťanské lásky (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 184). Zásada „miluj bližního svého jako sebe samého“ hovoří za vše. Charitativní péče, resp. charitativní ošetrovatelství se zaměřovalo na uspokojování základních potřeb života, konkrétně zajištění přístřeší, poskytnutí stravy, hygieny a duchovní podpory (KUTNOHORSKÁ, 2010, s. 15).

V raném středověku jsou zakládány chudobince, starobince a chorobince, jejichž vedení a provoz zajišťovaly nejprve kláštery a později městské a obecní rady. Zvláštní postavení měly prvotně zbudované špitály, které u nás existovaly od 13. století. Sice zde potřebnou pomoc kromě nemocných dostávali i chudí a přestárlí, ale přednostně zde byli bráni ti, kteří si předem provizí doživotně zaplatili byt, stravu a opatrování (KUTNOHORSKÁ, 2010, s. 29). Druhým typem ústavní péče jsou podle HAŠKOVCOVÉ (2010, s. 185) klášterní nemocnice představující útulky pro vyvolené osoby z řad řeholníků či šlechtických rodin.

Pokud bychom si udělali exkurz do zahraničí, v Jugoslávii jsou např. ve 14. a 15. století zřizovány „domovy pro staré osoby“, v Holandsku pak specifické objekty tzv. „hofjes“. Teprve o století později projevili v Anglii zájem o prvotní legislativní ukotvení sociálního problému starých lidí ochranného charakteru. První chudinské právo zde zavedla královna Alžběta, na jehož základě byl vybírán poplatek na podporu starých lidí. 16. století přináší Evropě předzvěst systematické a cílené péče. Začínají se budovat obecní ústavy pro zchudlé a staré občany, později i „penziony pro staré dámy a pány“ ze zámožných rodin.

Za pokrokový moment v péči o staré osoby vděčíme panovníkovi Josefovi II., který se zasloužil o zakládání farních chudinských ústavů v návaznosti na chudinské právo. Vhodné je vyzdvihnout zejména významnou úlohu práva domovského, dle kterého je domovská obec povinna *„postarat se o chudé, k práci nezpůsobilé příslušníky, tj. poskytnout jim nutnou výživu a opatření v nemocnici ..., ale jen potud, pokud se jim nedostane pomoci od dobročinných ústavů a nadací“* (in HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 189). Začala existovat garance systému péče státem, a tak už můžeme hovořit o institucionalizovaném charakteru poskytované pomoci.

Institucionalizovaná péče se díky své potřebnosti naplno rozvíjí ve 20. století v důsledku 2. světové války. HAŠKOVCOVÁ (2004, s. 34) popisuje, že v 2. polovině 20. století dochází k rozdělení péče o staré a nemocné na péči zdravotní a sociální. Do zřízených domovů důchodců odcházeli sice starší, ale prakticky zdraví lidé. Pro nesoběstačné a nemocné jedince byly budovány tehdy nezbytná ošetrovatelská lůžka.

Zlepšení kvality zdravotní péče přichází se vznikem léčeben dlouhodobě nemocných a specializovaných doléčovacích a rehabilitačních oddělení.

Dalším významným mezníkem je revoluční rok 1989 přinášející svobodu a demokracii. Po listopadovém dění se více začíná mluvit o lidských právech a vytváření kvalitních podmínek pro prožití důstojného stáří. Mění se životní styl všech generací, také stoupá životní úroveň. Ústavní péče již není standardem, ale je akceptována pouze v případě, kdy se seniorovi nenaskýtá lepší možnost (HAŠKOVCOVÁ, 2004, s. 34). Také v legislativě se odráží snahy o zlepšení situace. Důkazem je novela zákona č. 100/88 Sb., o sociálním zabezpečení, v. z. p. p. a dále zejména zákon č. 108/2006 Sb., v. z. p. p., jímž byly vymezeny základní oblasti sociálních služeb a podmínky jejich poskytování.

Vše má svou genezi nebo chcete-li své kořeny, s jejichž podobou jsme se v péči o seniory seznámili. Znat vývoj sociálního zabezpečení seniorů od dob existence lidstva samého má nejen svůj půvab, ale také výhody. Mnohé informace člověka přinucují zamyslet se nad skutečností, jaký blahobyt zažíváme v porovnání s našimi předky v minulosti a navíc si ho nechceme nebo neumíme vážít. Je na místě zamyslet se nad štedrostí našeho prosociálního státu, který nám prostřednictvím sociálních služeb podává pomocnou ruku.

2.2 NOVODOBÁ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY

Současná situace sociální sféry v péči o seniorskou generaci je ovlivňována legislativním ukotvením a průběžnými novelizacemi sociálního zabezpečení. A existují případy, kdy se tyto původně dobře myšlené novelizace stávají spíše překážkou ve výkonu sociální práce. Je tedy na místě připomenout, že dokud není teorie ověřena praxí, je stále čemu věnovat pozornost a co zlepšovat.

Funkci neopomenutelného nástroje sociální politiky momentálně plní rozličné sociální služby, jejichž vznik byl a i nadále je podmíněn trvalým zvyšováním počtu osob vyššího věku, prodlužováním délky života ve stáří a jak upozorňuje ZAVÁZALOVÁ (in KALVACH et al., 2004, s. 467) také „*prodlužováním období, kdy starý člověk potřebuje pomoc a péči*“. Je nutné, aby byly tyto služby přizpůsobovány individuálním potřebám jednotlivce s cílem hledání té nejadekvátnější cesty pro naplnění potřeb starého člověka. Nevylučuje se tedy, aby byla sociální péče kombinována s péčí zdravotní, naopak je to žádoucí. Na provázanost apeluje také KALVACH (in JAROŠOVÁ, 2007, s. 99) zdůrazňující problematiku rozvoje komplexní zdravotně sociální péče o osoby s ohroženou či narušenou soběstačností.

Dochází nejen k navýšení počtu sociálních služeb, ale také vůbec ke změně způsobu jejich poskytování. Úloha poskytovatele již nepřipadá pouze státu, ale také krajům, obcím, nestátním neziskovým organizacím, církvím a dalším fyzickým a právnickým osobám, přičemž právě kraje a obce zřizují více než 85 % všech institucí sociální péče (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 235). Ve své podstatě se jedná o prvek decentralizace, kterému od roku 1989 předchází tzv. „D-strategie“. Jde o HAŠKOVCOVOU (2010, s. 233) nazývaný koncept perspektivních strategií, jejichž cílem je deinstitucionalizovat, demedicinalizovat, deprofesionalizovat a deresortizovat sociální i zdravotní péči. Právě cílové skupině seniorů se tyto perspektivní strategie dotkly velmi významně.

Zaměříme-li na proud deinstitucionalizace v sociálních službách, pak je v kontextu cílové skupiny seniorů nezbytné podotknout úlohu ústavní péče, která zejména v minulosti nesla hlavní břemeno v zabezpečení seniora v případě, že jiné formy zajištění důstojného a kvalitního stáří v rodině či komunitě selhaly. MATOUŠEK (1999, s. 149) již v 90. letech 20. století poukazuje na minimalizaci ústavní péče, která dle jeho slov znamená „*poskytování péče jen těm, kterým žádná široká škála rozvíjených alternativ ústavní péče nemůže pomoci, a to jen na dobu, po níž je ústavní péče z hlediska potřeby klienta a společnosti nutná*“.

Deinstitucionalizace obecně je vyústěním dlouholetých společenských změn postavených na důrazu ochrany lidských práv s cílem zamezení institucionalizace dalších lidí,

transformace ústavní sociální péči a zajištění dostupnosti podpory v komunitě. Má vést ke zlepšení ochrany práv uživatelů služeb, podpoře jejich rozvoje osobnosti a kompetencí, zvýšení účasti uživatelů na běžném životě společnosti, zaměření na konkrétní potřeby uživatele služby atd. (NCPTSS², 2013, s. 15-18) Deinstitutionalizace v souvislosti s péčí o seniorskou populaci přináší přenesení těžiště působnosti z pobytových služeb ústavní péče na terénní komunitní služby poskytované v uživatelově přirozeném prostředí, které je upraveno s využitím kompenzačních pomůcek a má bezbariérový charakter. Pokud se senior nachází v ústavním prostředí, je třeba usilovat o jeho co nejpřirozenější působení. Uživateli služby je zachováno soukromí, osobitost a přirozená komunikace pomocí níž je stimulována aktivita, a předchází se tak smyslové i sociální deprivaci. (KALVACH a HOLMEROVÁ in KALVACH et al., 2004, s. 466)

Legislativní ukotvení nového trendu nalezneme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v. z. p. p., který se svou platností od 1. 1. 2007 přináší mnoho změn. Jen okrajově můžeme vzpomenout zavedení nové dávky příspěvku na péči, formulaci Standardů kvalit sociálních služeb, dále stanovení pravidel pro poskytování sociálních služeb a jejich financování nebo vymezení předpokladů pro výkon sociálního pracovníka (MATOUŠEK, 2007, s. 39-49). Prvořadé je však zavedení široké nabídky sociálních služeb jak sociální prevence, tak především péče. Tyto služby jsou s ohledem na trend využívány ideálně terénní formou v přirozeném prostředí uživatele za spolupráce rodiny. Lze kombinovat formu ambulantní i terénní. Řadíme zde např. osobní asistenci, pečovatelskou službu a centrum denních služeb. Třetí nabízená forma sociálních služeb je poskytována jako pobytové zařízení, z nichž nejdůležitější úlohu plní domov pro seniory.

Domovy pro seniory *„poskytují pobytové služby sociální péče osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“* (§ 49, zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v. z. p. p.). Podrobnou úpravu základních činností i s maximální výší úhrady, jež musí služba domov pro seniory obsahovat, předkládá vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách následovně:

- „a) poskytnutí ubytování (ubytování, praní, drobné opravy prádla a ošacení, žehlení),*
- b) poskytnutí stravy (zajištění odpovídající celodenní stravy,*
- c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu (pomoc při oblékání, svlékání, přesunu, vstávání, podávání jídla a pití atd.),*

² Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

- d) pomoc při osobní hygieně (pomoc při osobní hygieně, při péči o vlasy a nehty, při použití WC atd.,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (využívání dostupných zdrojů, upevnění kontaktu s rodinou, podpora sociálního začleňování atd.),*
- f) sociálně terapeutické činnosti (rozvoj sociálních a osobních schopností a dovedností),*
- g) aktivizační činnosti (aktivní využití volného času, upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností),*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.*

Nároky na oblast péče (nejen) o osoby vyššího věku se neustále zvyšují. Není tedy divu, že se tyto změny odrážejí v neustále obměňované legislativě. Nelehkou pozici pak má člověk pracující se seniory. Na jedné straně mu svazují ruce zákony a na straně druhé jimi má pomáhat druhým. Málokterého seniora však tyto zákony zajímají. A aby došlo ke zdárné spolupráci, často se sociální pracovníci obracejí na rodinu jako prostředníka mezi jím a seniorem.

2.3 SENIOR A RODINA

Rodina je tou nejvýznamnější hodnotou pro většinu z nás. Důležitost její role v životě člověka narůstá se zvyšujícím se věkem a úbytkem schopností u seniora, který si obzvlášť uvědomuje, jak cenné funkce toto společenství osob zastává. Není tedy důvod pozastavovat se nad tím, proč se právě ve stáří obrací člověk na své blízké a chce s nimi zůstat co nejdéle.

Rodin, kde dobře funguje tradiční mechanismus vzájemné generační pomoci, však ubývá. Důvodem je proměna klasického modelu rodiny podmíněná celospolečenským vývojem, který si nyní nastíníme. Tradiční rodina v evropském měřítku měla zejména funkci ekonomickou, kdy spolu všichni členové žili pohromadě. Každý jedinec, tedy i senior, byl pro rodinu jakýmsi přínosem pro společné hospodaření a jeho omezené pracovní schopnosti byly s ohledem k aktuálním okolnostem vždy tolerovány. Starý člověk nikdy neztrácel svou rodinnou roli, byl přijímán takový, jaký byl. Svůj osud bral s pokorou a bez výrazných emocionálních projevů. Oporu nacházel u přímých příbuzných, ale i u pomocníků z hospodářství. Jednoznačnou výhodou v péči již o nemohoucího jedince bylo propojení, jak uvádí HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 58), bydliště s pracovištěm, které zajišťovalo ideální dostupnost poskytování pomoci. Počátek 19. století a příchod průmyslové revoluce však přístup k pomoci seniorům znesnadnil.

Industrializace a urbanizace zavdala vidinou lepší pracovní příležitosti mladším generacím důvod k opuštění svých domovů. Docházelo tak v čím dál větší míře k postupnému odtržení rodinných příslušníků, narušování vzájemných vazeb a úbytku mezigenerační solidarity. Slova HAŠKOVCOVÉ (2010, s. 58) interpretují tehdejší situaci jasně: „*Pozornost lidstva se soustředila na práci, na výrobní proces a samozřejmě také na práce schopné jedince. ... , ten, kdo už nestačil nárokům výroby musel odejít. Tyto odchody se týkaly samozřejmě všech, kteří zestárli*“. KLEVETOVÁ (2008, s. 82) upozorňuje mimo odstranění starých lidí industrializací z výrobního procesu také na „vynalezení“ důchodů. Ve vyspělých zemích, kde vládou moderní technologie, senior jakoby ztratil své místo ve společnosti, dokonce i v tolik vždy ceněném předávání zkušeností a názorů.

Následovala další změna - podoby modelu české rodiny, která se odehrála během socialistického období. Po porovnání možností seniorské populace v zemích tehdejšího Západu a Východu je zřejmé, že české babičky a dědečci neměli kvůli okleštěným možnostem za socialistického režimu dostatečný prostor pro realizaci vlastních potřeb a zájmů. Každá československá rodina měla do roku 1989 v zásadě stejné podmínky pro své fungování a v jistém slova smyslu žily rodiny identicky. Obrázek penze měl každý senior

předem jasně vymezený. Schopní jedinci z řad mužů se stávali domácími kutily, ženy seniorky se zase ujaly péče o svá vnoučata a původní výpomoc v rámci rodiny přerostla ve finanční přivýdělek. Senioři již v době socialismu slýchali o nárůstu nevěř a rozvodů a v neposlední řadě i poklesu porodnosti. Stárnoucí a nemocné seniory překvapovalo odmítnutí poskytnutí péče členy rodiny. V této době to bylo považováno za osobní morální selhání. (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 61-64)

Do současné podoby moderní rodiny se promítla mimořádně naskytnutá porevoluční příležitost svobodného cestování, studia a podnikání, obecně realizace osobních cílů. Nárůst možností měl a stále má za následek především z majetkového hlediska diferenciaci již postindustriální společnosti, nazývanou také společností vědecko-průmyslovou. Kladení důrazu na výkonnostní stránku člověka jednak vyřazuje starší jedince z pracovního procesu a jednak jej nepřímo označuje za pro společnost „nepotřebné“ kvůli překotně se vyvíjejícím technologiím. Celá situace se odráží právě i do rodinných vazeb. Jako příklad můžeme uvést prohlubující se generační propad mezi vnoučaty a prarodiči. Starší lidé i přes svou snahu nechápou hodnoty dnešní doby. Pro mladistvé je zase problém představit si život v době, kdy by bylo omezováno jejich právo na svobodu a kdy by byli pod cenzurou státu. Konfrontace o (ne)výhodách starých časů mohou vést senioři s dnešní mládeží denně a stejně by se témata k rozhovorům nevyčerpala. Otázkou spíše zůstává, zda vůbec budou senioři mít s kým rozhovor vést. Tímto „banálním“ příkladem mířím k apelu na celkové ztížení péče o staré a nemocné seniory. Výše zmíněný pokles porodnosti pokračuje i nadále a neomylná matematická přímá úměra říká, že méně narozených dětí znamená menší počet potencionálních pečujících. Zvyšující se věk prvorodiček a s ním spojené zvyšování míry neplodnosti nebo dobrovolná bezdětnost násobí efekt řetězového mechanismu, na který upozorňuje v souvislosti se zatížením důchodového systému HAŠKOVÁ (2009, s. 18).

Pro moderní rodinu jsou obecně charakterističtější uvolněné vazby. Důkazem jsou nesezdaná soužití (lidé žijící tzv. „single-life“) nebo dominance sexuality v partnerských vztazích nad reprodukci. Ze strany stále pracujících a aktivních seniorů bychom měli zmínit jimi preferované oddělené bydlení nebo efektivní využívání volného času, a tím pádem ne tak velkou vázanost na ostatní členy rodiny. Moderní babičky již nejsou babičky na hlídání, a to se zpětně odráží v peněžence rodičů dětí, které tráví čas v placených předškolních zařízeních. V souvislosti s jeslemi HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 76) trefně podotýká, že do jeslí se dostaneme jako dítě na začátku života a na jeho konci jsme seniorem v domově pro seniory, což se na jedné straně jeví ve složité situaci rodiny jako nejlepší, na straně druhé však pouze jako náhradní řešení. Potřebují-li senioři pomoci, jsou služby neziskových

organizací na posledním místě pomyslného „žebříčku popularity“ při prosbě o její poskytnutí. Nejdříve se obracejí na své děti a partnery a až potom na obec, stát a neziskové organizace. (HOLMEROVÁ et al., 2007, s. 7)

Rozhodnutí o přijetí starého člověka do rodinné péče podstatně ovlivňuje život všech příbuzných, ať už se jedná pouze o alternativu péče nebo jedinou možnost. Každý pečující přináší zároveň se svou pomocí i oběť ve formě potlačení vlastních zájmů a cílů. Není výjimkou, že u členů rodiny dochází ke konfliktu rolí, jejíž rozporuplnost stojí na obavách ze ztráty zaměstnání a osobního pohodlí. V konečné fázi tak můžeme vidět rozlišnost v tvrzeních o zamýšlené a skutečně realizované rodinné péči o stárnoucího jedince. Ze studií JEŘÁBKA (2013, s. 59) vyplývá, že takovou zkušenost mělo nebo ještě má 24 % českých rodin, z čehož 8 % reprezentovalo k roku 2006 počet rodin aktuálně pečujících. Číslo predikující podíl zastoupení starých nesoběstačných osob v populaci hovoří jasně pro výrazné zvýšení angažovanosti rodinných příslušníků, přičemž i sociální a zdravotní instituce státu, obcí a neziskových organizací rozhodně nebudou mít nouzi o práci. Model placených služeb stejně tak jako dnes najde bez diskuze i v budoucnosti své místo. Mimo něj se bude koncepce státu ubírat směrem k samotným pomáhajícím rodinným příslušníkům, kteří nyní patří z celospolečenského hlediska k významnému segmentu tzv. neplacené práce, což by se mohlo změnit (JANEČKOVÁ a NOVOTNÁ, 2013, s. 74).

„Rodina je základ státu!“... tradovalo se v naší zemi za doby socialismu. Ať už je náš názor na onu epochu českého státu jakýkoliv, toto pokrevní uskupení jedinců má ve společnosti primární postavení. Navíc funkce, které tato sociální skupina plní, nejsou nahraditelné jakoukoliv institucí. Již od útlého věku je nezbytné předávat dětem žádané kulturní vzorce chování pro omezení výskytu rizikového jednání, jehož projevem může být právě projevy ageismu či penzionování.

2.4 AGEISMUS A PENZIONOVÁNÍ

Stárnoucí člověk je součástí rodiny i společnosti jako každý jiný, je její přirozenou realitou. Společně s dalšími seniory tvoří subspolečenství seniorů. Plnohodnotné a rovnocenné členství seniorů ve společnosti, nikoliv jejich segregace a potlačování, rolí je rysem humánního chování vyspělé populace. Stejně tak jako rasa nebo náboženství, ani věk by neměl vést k diskriminaci.

Přesto se setkáváme s opakem. Sám ERIKSEN (2008, s. 169) upozorňuje na fakt, že v moderní společnosti nemají staří lidé nijak zvláštní autoritu - neženou se za úspěchem, a proto jsou relativně bezcenní. Zákonitý vztah přibývajících věku a zlepšování společenského postavení jedince už není platný. Stále více jsou kulturní schopnosti a moudrost starých lidí považovány za překonané. Odborníci označili tento jev negativního nálepkování a znehodnocování postavení seniora ve společnosti za ageismus. Z ekonomického hlediska a v kontextu pracovního procesu jde o penzionování. Podrobnějšími okolnostmi obou fenoménů se budeme zabývat právě nyní.

Pokud bychom se zaměřili na zdroj diskriminačních tendencí, je na místě uvést silně ovlivňující roli médií. Právě televize, denní tisk nebo rádio vytváří ne příliš pozitivní mediální obraz o seniorské generaci, který ostatní lidé přebírají někdy i bezmyšlenkovitě. HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 48) mluví o nevhodné prezentaci témat spojených se seniorskými obyvateli přispívající k desolidarizaci populace a absenci zdůraznění zásluhovosti seniorů nebo odpovědnosti vůči nim. Na negativní image stárí se podílí především stále se opakující informace o nákladnosti péče o staré a umírající a také o problematickém fungování našeho důchodového systému. Vinu však nelze hledat pouze na jedné straně. Bohužel i samotní senioři se podílejí na šíření pokřiveného obrazu o svých osobách, a sice pasivním přijímáním tvrzení, že jsou společenskou přítěží, překážkou ve vývoji, osobami bez moci a vlivu (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 50). Nesnaží se bránit i přes to, že vůči sobě postoj médií vnímají velmi bolestně a jako jednu z forem špatného zacházení (HOLMEROVÁ et al., 2007, s. 7). Například STREECK (in GRUSS et al., 2010, s. 187) přitom přichází s myšlenkou, že může nastat doba, kdy bude politická scéna založena na výsledcích volebního práva seniorské většinové části populace, jehož prostřednictvím budou prosazovat své názory a zájmy.

Než ale taková situace nastane, budeme se ve společnosti i nadále potýkat s tak závažným problémem jako je ageismus. Pro toto slovo nenajdeme nikde ve slovníku český ekvivalent. VIDOVIČOVÁ (2008, s. 101) chápe ageismus „jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stárí. ... Staří lidé jsou kategorizováni jako

senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech. Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samotných, a to jim brání, aby se se staršími identifikovali jako s lidskými bytostmi“. BENEŠOVÁ (2011, s. 8) podotýká, že ageismus nemá pouze negativní podobu, ale jeho součástí je i řada pozitivních stereotypů a předsudků, které mohou v jedinci také vyvolat pocity méněcennosti nebo podrážedenosti. Za negativní diskriminaci v rámci ageismu je například považována skrytá averze ve formě vyhýbání se kontaktu se seniorem u pečujícího. Naproti tomu nadměrná péče a podpora představuje diskriminaci pozitivní. Seniorovi je v takovém případě odepírána volba vlastního úsudku, jedinec se pak může chápat jako nekompetentní osoba.

Mezinárodní výzkumu ESS³, do kterého byla zapojena i Česká republika, odhalil, že problematika ageismu je v našem státě nejrozšířenějším typem diskriminace. Nalezení odpovědi na otázku, jak situaci změnit, není snadným úkolem. Dosavadně existující doporučení hovoří o nutnosti porozumění napříč generacemi. Zmírnění (nikoliv řešení) tohoto záporného fenoménu tkví v udržování kontaktu lidí různého stáří, snaze pochopit specifika jednotlivých životních období, vnímání rozdílnosti lidí patřících ke stejné generaci a nepřeceňování významu věku (BENEŠOVÁ, 2011, s. 8-9). Když se zamyslíme nad uvedenými kroky, dojdeme k závěru, že ke zlepšení situace je potřeba osobního zájmu a angažovanosti o samotnou problematiku. Avšak bariér, které nám v tom brání, je víc než dost.

HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 42) pojmenovala tyto překážky mýty o stáří. Mýtus neužitečného času v lidech vyvolává pocit, že nepracující senioři pro společnost nemají žádnou cenu, a tak je ignorují. Další mylná představa se vztahuje k lékařům, od kterých je očekáváno, že za nemocné seniory a jejich rodinu vyřeší všechny problémy. Dle mýtu homogenity je většina populace přesvědčena o totožnosti všech seniorů a jejich potřeb. Fakt, že staří lidé si nárokují hlavně ekonomické a materiální zajištění, je rozšířen díky mýtu falešných představ. A nakonec je tu mýtus zjednodušené demografie vypovídající o přesvědčení lidí, že se člověk stává starým v okamžiku, kdy odchází do důchodu. Právě zde narážíme na další současný fenomén, a sice penzionování.

Postindustriální společnost vychovává jedince ve smyslu přípravy na pracovní kariéru. Jsme zaměřeni na podávání výkonu a dosahování úspěchů s cílem finanční soběstačnosti. Ekonomicky nerentabilní jedinec odchází do důchodů, je společností tzv. penzionován. Mění

³ European Social Survey Round 4 (ESS4), do kterého bylo zapojeno několik evropských zemí včetně ČR, se konal v roce 2009.

se jeho životní stereotypy, přerušují se kontakty, snižují se finanční zdroje, člověk ztrácí prestiž a oslabuje se jeho seberealizace (ČEVELA et al., 2012, s. 95). Co přesně způsobilo tento společenský posun, je předmětem mnoha studií. Například NELSON (2004, s. 12-13) uvádí jako jedno z možných vysvětlení teorii modernizace: „*explains the reduced status of older people as a function of the transformation from traditional agrarian societies to modern, industrial societies. ... Four shifts in social structure are indicted. ...health care, ... technological advances, ... urbanization, ... the implementation of public education.*“⁴

Uvědomění si ztráty hodnoty sebe sama u seniorů je pouze posilněním pocitu přítěže. Čím je kariérní postavení jedince vyšší, tím intenzivněji definitivní ztrátu zaměstnání prožívá. HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 81) to zdůvodňuje tím, že díky přetrhání vazeb se spolupracovníky v penzi jsou si všichni rovni - už nezáleží na funkci nebo druhu povolání, stáváme se důchodcem, je nám připsána role nemít roli. Chodit do zaměstnání znamená pro pracující třídu plnit životní program, mít smysl života, o který ze dne na den přijdou, aniž bychom nebyli traumatizováni. Lze tvrdit, že odchod do penze je pro seniory velmi závažným stresorem, který může vyústit až do rodinných konfliktů, depresí či jiným psychosomatických projevů (ČEVELA et al., 2012, s. 95).

Senior je v situaci, kdy se musí vypořádat s vlastní stárnoucí osobností a se společností, která jej obklopuje. Reakci, kterou senior projeví, nazýváme adaptací.

Shrnutí

Představili jsme historický vývoj péče o seniory společností a podrobněji jsme nastínili současnou podobu služby sociální péče domov pro seniory. Zmínili jsme i legislativní ukotvení a novodobé trendy v sociálních službách, které přebírají roli pečovatele místo rodiny jako tradiční instituce. Proměna rodiny proběhla díky vlivu společenských mechanismů, které jsme si také vyjmenovali. Zaobírali jsme se také společenskými fenomény ageismus a penzionování, konkrétně jejich dopady na osobnost seniora, který v moderní době ztrácí svou roli i autoritu, což může vést až k osobnostnímu konfliktu u seniora.

⁴ „*vysvětluje snížené postavení starších lidí v závislosti transformace z tradičních agrárních společností až po společnosti moderní, průmyslové. ... Na vině jsou čtyři posuny v sociální struktuře. ... Zdravotní péče, ... technologický pokrok, ... urbanizace, ... realizace vzdělávání veřejnosti.*“ (volný překlad)

3 PROCES ADAPTACE SENIORA

Závěrečná část lidského života není vůbec jednoduchá. Každý jedinec zápasí s přijetím zestárlého obrazu sebe samého a společnost mu překonat tento úděl v mnoha ohledech příliš nepomáhá. Celý život je plný změn. A právě ve stáří je vnímáme o to citlivěji, o co s vyšším věkem disponujeme. Obecně můžeme říci, že všichni si musíme neustále na něco zvykat. Každou chvíli nás život zkouší a staví nás do nových situací, se kterými si musíme poradit.

3.1 ADAPTACE NA STÁŘÍ

Při naplnění základní potřeby seberealizace přispívající k prožití plnohodnotného života na sklonku existence záleží na mnoha okolnostech. Klíčový význam pro úspěšné vyrovnání se s biologickými a duševními změnami zde má však schopnost adaptace neboli adaptabilita. Starší lidé slovo adaptace příliš nevnímají. Zaobírají se spíše tím, jestli si zvyknou nebo ne. Mnohdy dokonce tvrdí, že jim nic jiného nezbývá, dostávají se do bezvýchodné situace.

Proces adaptace obecně popisuje KŘIVOHLAVÝ (2009, s. 144) jako přizpůsobení se neměnným a nezměnitelným podmínkám prostředí, v něm člověk žije, a zároveň přizpůsobení se takovému životnímu prostředí, které lze změnit. Osobní zvládání problémů, které jsou před člověka stavěny, se v první řadě odráží na našem duševním stavu. Nelze ale opomenout i biologickou stránku, protože jak ve své adaptační definici osobnosti připomíná NAKONEČNÝ (2009, s. 25) „*osobnost je dynamická organizace těch psychofyzických systémů individua, které determinují jeho jedinečné přizpůsobení se prostředí*“.

Dynamismy adaptace zahrnující rysy, stavy a procesy zajišťují charakteristické způsoby vyrovnání se s požadavky okolí a také ovlivňují uchování vnitřní integrity osobnosti. SMÉKAL (2007, s. 226) rozlišuje mezi adaptací objektivní a subjektivní. Objektivní adaptace je posuzována dle toho, jak je člověk zabydlen, zakořeněn ve své rodině a zakotven ve světě lidí a práce. Subjektivní adaptace vystihuje, jak se v uvedených vztahových oblastech života cítí jedinec spokojeně a šťastně, nebo zda prožívá úzkost, strach nebo obavy. Dobře adaptovaná osobnost řeší úkoly života konstruktivně. Naopak osoba, která v adaptaci selhala, se kvůli své neschopnosti zdolávat překážky dostává do konfliktů s okolím i se sebou. Právě v zátěžových či zcela nových situacích, čímž stárnutí je, se projevuje značná polarita adaptace.

Pokud bychom se zaměřili na konkrétní podobu adaptability v období stáří, ČEVELA et al. (2012, s. 131) popisují, jak při sociální a psychické adaptaci senioři využívají vlastních individuálních asimilačních schémat, do nichž se snaží začlenit nové zkušenosti a podněty z prostředí a z chování jiných lidí. Vymykající se představy či zkušenosti asimilačním schématům narušují jedincovu vnitřní rovnováhu a následně dochází ke kognitivnímu konfliktu dále vyvolávajícímu stres, ten může vést až k tzv. psychické dekompenzaci. Začlenění nové zkušenosti za změny kognitivního schématu se nazývá akomodace. Akomodace je společně s asimilací považována za součást adaptace. Zatímco akomodace je pasivní forma adaptace, kdy „*se organismus přizpůsobuje požadavkům vnějšího prostředí*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 21), asimilace představuje aktivní činnost jedince, jíž si jedinec přizpůsobuje prostředí.

Mnoho odborníků z různých oblastí se zabývá, jakým způsobem dosáhnout nejlepší možné míry adaptability. Odpověď na tuto otázku nám poskytují následující okruhy teorií, z nichž také vycházejí rozličné zásady životního stylu. Teorie aktivního stáří zdůrazňuje předpoklad optimální adaptace za podřízené činností a kontaktů se světem. Oproti tomu teorie postupného uvolňování spatřuje úspěšnost adaptace ve včasném vyvázání se z řady činností a funkcí. A nakonec je zde substituční teorie, která klade důraz na to, aby člověk nahradil ty činnosti, jež ho zatěžují, činnostmi a povinnostmi jinými, vhodnějšími. (ŠVANCARA in KALVACH et al., 2004, s. 106)

Je důležité respektovat jedincovu volbu způsobu adaptace, která je ideálně podpořena udržováním potřebné míry tělesné, psychické i sociální aktivity a kondice. Tímto způsobem je podle ČEVELY et al. (2012, s. 133) možné ne-li dokonce potřebné zabránit nežádoucím jevům, které mohou zásadně urychlit proces stárnutí.

Vyrovňávání se se stářím lze dále uchopit do následujících pěti strategických modelů adaptací dle reakcí jedince na přijetí sociální statusu seniora (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006, s. 208):

Konstruktivní strategie

Aktivita, radost ze života a vřelost ve vztazích nejlépe vystihují konstruktivně jednajícího člověka, který se dokáže s omezením racionálně vyrovnat. Je si vědom svých možností, dle kterých si stanovuje přiměřené cíle a plány s maximálním využitím schopností a sil. Nebrání se neznámému, v myšlení prokazuje flexibilitu, je snášenlivý, optimistický a má smysl pro humor. I nadále rozvíjí své zájmy a neváhá si ani prosadit své potřeby. Tito lidé měli zpravidla šťastné dětství, spokojeně prožitou dospělost a i manželskou nebo rodičovskou roli zvládli v rámci možností uspokojivě.

Strategie závislosti

Lidé tohoto typu mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech, na které spoléhají více než na vlastní osobu. Povinnosti a s nimi spojenou zodpovědnost obvykle přenechávají bez ambicí mladším, sami se pak uchylují do soukromí. V partnerských vztazích upřednostňují submisivní postavení. Nejvíce si cení pohodu, klid a bezpečí.

Obranná strategie

Starosti a myšlenky na obtíže spojené se stářím, blízkostí životního konce a životem obecně zahání brání se jedinec přehnanou aktivitou. Potřebuje si tak dokázat, že je soběstačný a pomoc druhých nepotřebuje. Přijmutí změny ve stáří je pro takový typ člověka o to těžší, že byl zpravidla profesně a společensky velmi úspěšný. Přílišná emoční sebekontrola a dodržování zvyků a konvencí mnohdy hraničí s pedantností.

Strategie hostility

Člověk zaujímá vůči svému okolí agresivní a podezřívavý postoj. Je těžké mu v čemkoliv vyhovět. Považuje se za oběť svého vlastního osudu a chce být ostatními litován. Za své nezdary obviňuje buď druhé jedince, nebo nepříznivé okolnosti. Okolí je často nazývá permanentními stěžovateli.

Strategie sebenenávisti

Nadmíra kritiky a také agresivita vůči své osobě, takové chování vykazují jedinci se sebenenávisním postojem. Svůj doposud prožitý život hodnotí jako naprosté selhání, které si nechtějí zopakovat. Příčinu lze vidět v ambivalentních vztazích vůči rodičům či v manželství. Jedince stále doprovází pocit osamělosti a vlastní neužitečnosti. Smrt je jimi očekávána jako milosrdné vysvobození z neuspokojivého života.

Obecná charakteristika adaptace má mnoho tváří. Nároky na adaptabilitu jedince v seniorském věku jsou o to razantnější, čím specifitější formu adaptace má vzhledem k okolnostem. Jednu takovouto zásadní událost představuje nový život v domově pro seniory.

3.2 ADAPTACE NA POBYT V DOMOVĚ PRO SENIORY

Existuje několik důvodů pro umístění seniora do pobytové sociální služby domov pro seniory. Může jím být jak neochota seniora snášet život v tichu a samotě, tak i strach ze strany rodiny, která cítí, že mu nadále není schopna adekvátně zajistit péči. Málokterý starý člověk, bilancující nad svým životem, opouští domov beze smutku. Říká se totiž, že domov je jen jeden.

Zátěž adaptací je při nástupu do domova pro seniory u psychiky starého člověka znatelná. Ztráta domova se řadí k nejzásadnějším životním událostem. Cizí prostředí plné neznámých tváří prohlubuje seniorovy úzkosti a nejistoty. Starý člověk ztrácí kontakt se svými blízkými. Stojí před ním úkol začít žít nový život, zvyknout si na nové prostředí a budovat s ostatními uživateli i personálem domova kontakty. VÁGNEROVÁ (2007, s. 420) pojmenovala tuto situaci jako specifickou sociální izolaci. Zatímco imobilní senior je uzavřen na pokoji a tráví dny v samotě, mobilní uživatel se potýká s přesyceností společenského kontaktu mnohdy proti své vůli. Za hlavní zátěžové faktory považuje Vágnerová ztrátu osobního zázemí, potvrzení ztráty autonomie a signál blížícího se konce života. Mimo výše uvedené rizika institucionalizace uvádí KALVACH (2004, s. 495) změnu sebehodnocení a životní perspektivy a také možné nevhodné jednání personálu nebo spoluživatelů.

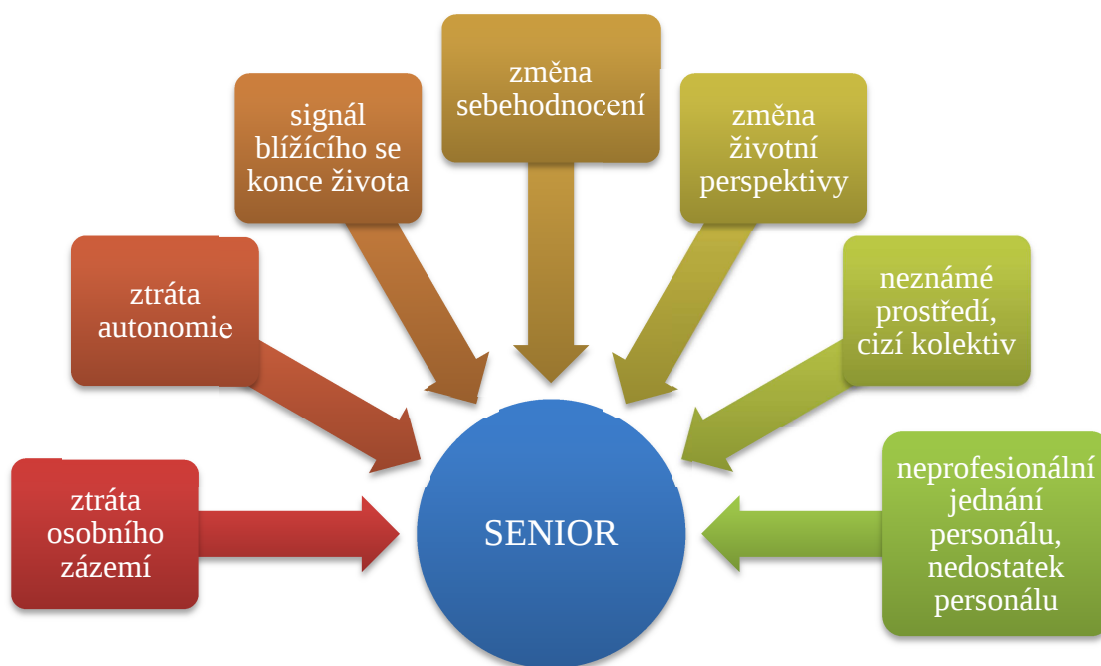


Schéma 1. - Přehled forem zátěže při adaptaci na pobyt v domově pro seniory (vlastní)

Přijetím do pobytové sociální služby začíná seniorovi také vstup do několika **fází adaptačního procesu**. Autoři díla Geriatrie a gerontologie (2004, s. 498) dělí proces na období seznamování, vnitřního a vnějšího přizpůsobení, oslabení vazby na dění mimo domov a ztotožnění se s ústavním prostředím. Druhé, specifické pojetí členění fází adaptace nám nabízí VÁGNEROVÁ (2007, s. 422), která argumentuje: „*průběh závisí primárně na motivaci a postoji starého člověka, respektive na míře dobrovolnosti.*“ Její dělení tedy spočívá v dobrovolném či nedobrovolném umístění a je následující:

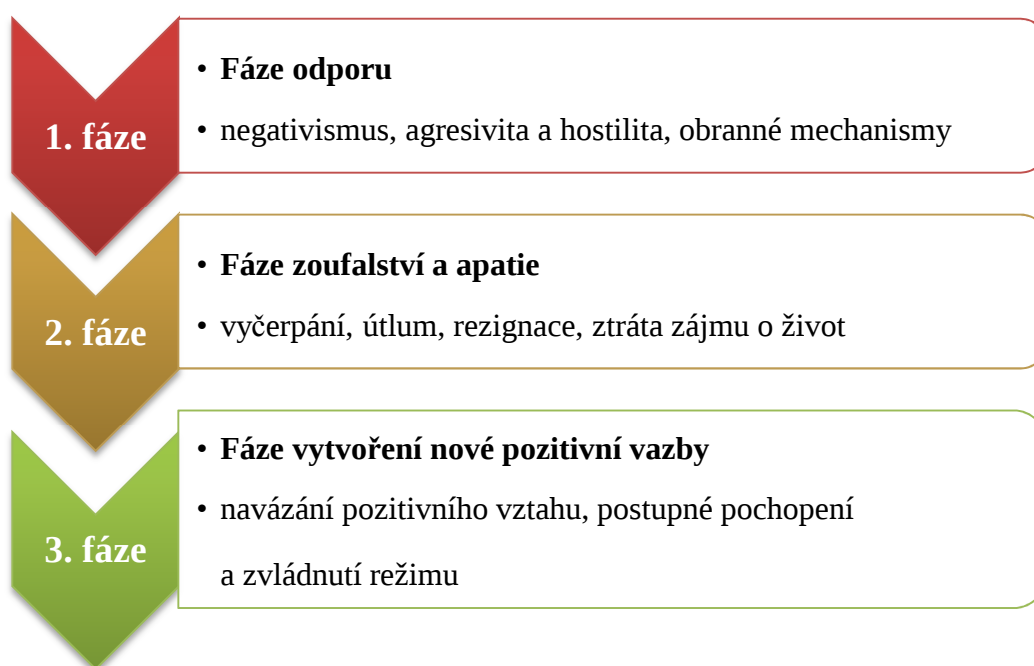


Schéma 2. - **Fáze nedobrovolné institucionalizace** (vlastní)

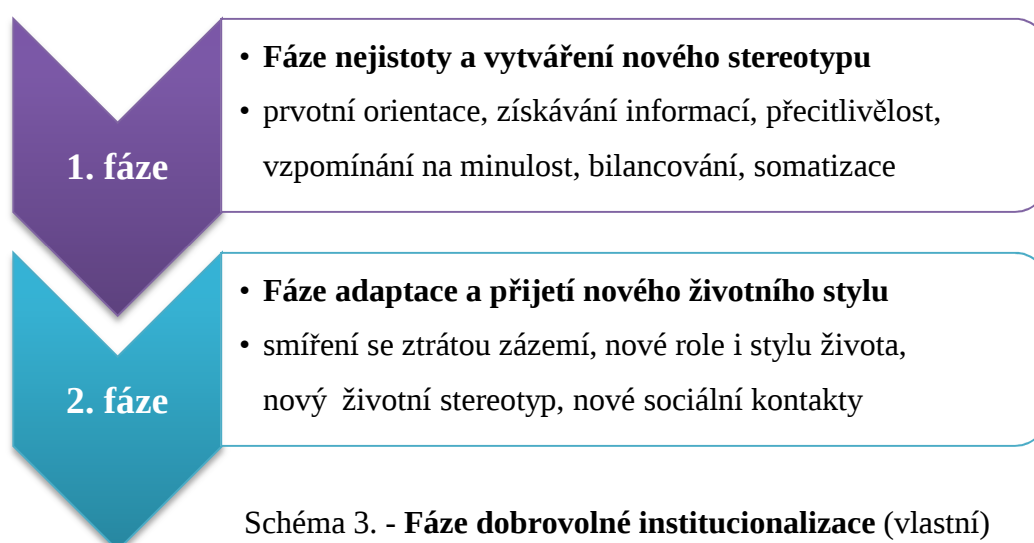


Schéma 3. - **Fáze dobrovolné institucionalizace** (vlastní)

Časové spektrum doby potřebné pro adaptaci se dle různých zdrojů liší. Období zvykání může trvat v řádu měsíců až let. Nezáleží však na odborné literatuře, tak jako na samotném seniorovi.

Průběh adaptace předem nelze odhadnout, je značně individuální a odvíjí se od mnoha okolností. Jedná se o takzvané **faktory ovlivňující adaptaci seniora**. Prioritou každého pobytového zařízení by mělo být zabezpečení takových podmínek, aby senior při přechodu do ústavní péče zvládl počátek pobytu i jeho další průběh bez větších problémů.

Průběh a dojem z pobytu má dle HLAVÁČOVÉ (2003, s. 154) velký význam pro úspěšnou adaptaci na pobyt i na celkovou spokojenost. V rámci výzkumu ZIMMELOVÉ a DVOŘÁČKOVÉ (2007, s. 356) byly za pomoci dotazování uživatelů zjištěny další klíčové faktory, a sice dobrovolnost vstupu, který usnadňuje vnitřní ztotožnění s nástupem. Je však podmíněn dostatkem hodnověrných informací o službě a spoluprací s rodinou. Předání informací o pravidlech chodu domova je nejvhodnější individuální formou. Seznámení s prostředím před vlastním nástupem napomáhá snížit nejen obavy z neznámého. Díky podpoře orientace například prostřednictvím odstranění anonymity personálu v nové realitě je u seniora posílen pocit sebejistoty a sebedůvěry. V posledních letech je apelováno a také kontrolováno, zda jsou klienti přijímáni bez předsudků a moralizování. Právo na lidskou slušnost, zachování důvěrnosti a umožnění prožití důstojného stáří je dnes vyžadováno jako standard. Ze strany personálu by mělo být dále dbáno na důsledné a aktivní eliminování nevhodného zacházení, což platí i pro ostatní uživatele. A nakonec je zde faktor dostatečné nabídky volnočasových aktivit samozřejmě dle možností a schopností jednotlivce.

Také bychom mohli uvést HLAVÁČOVOU (2003, s. 155) zkoumaný vliv rychlosti a organizace přechodu do domova pro seniory, které mají na nové uživatele spíše negativní dopad. Naopak za více než pozitivní je považována účast rodiny na životě seniora v instituci. Zájem rodinných příslušníků uživatele utváří optimální model péče o seniora, a tedy i styčný pilíř při adaptaci (JANEČKOVÁ a NOVOTNÁ, 2013, s. 79). A v neposlední řadě je to role přípravy na stáří, na niž je společně s posilováním kvality života v postproduktivním věku v současné době kladen velký důraz.

Nelze opomenout ani zdravotní stav seniora. V období stáří je výskyt chorob a onemocnění častější. Úbytek sil a celková opotřebovanost těla o sobě dávají znát. Nutno připomenout, že stáří a nemoci nemůžeme pokládat za synonyma. HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 248) také zmiňuje rozdíl mezi obtížemi a nemocemi: *„Toto rozlišení je podstatné a všeobecně uznávané, ... obtíže narůstají, soběstačnost klesá, bolesti se stupňují, nemoci se hlásí ke slovu“*. Bohužel vůbec nejtypičtějším rysem onemocnění je ve stáří takzvaná

polymorbidita. Jedná se o přítomnost několika onemocnění najednou, které se prolínají a dochází k modifikaci klinického stavu pacienta, respektive seniora. Z hlediska výskytu můžeme ze společensky nejvýznamnějších problémů jmenovat poruchu mobility v důsledku degenerativního úbytku svalové hmoty či osteoporózy, z hlediska vysoké nákladovosti je to pak demence narušující kognitivní funkce. Mezi nejčastější onemocnění dále patří onemocnění kardiovaskulárního aparátu, konkrétně ischemická choroba srdeční téměř vždy zapříčiněná aterosklerózou, nebo hypertenze. K chronickým onemocněním patří například diabetes mellitus a ani poruchy v oblasti nervového systému nejsou výjimkou. (HOLMEROVÁ et al., 2007, s. 70-79).

Četnost a rozmanitost uvedených faktorů způsobují, že adaptace uživatele je individuální záležitostí. Z tohoto faktu by měl vycházet především personál zařízení, jehož cílem je adekvátní přizpůsobení seniora novému prostředí. Může však nastat i opačná situace, kdy mluvíme o tzv. maladaptaci.

3.3 MALADAPTACE NA POBYT V DOMOVĚ PRO SENIORY

Vzhledem k poklesu potenciálu zdraví je pro stáří typická kumulace zátěžových stavů. I běžné situace se tak najednou stávají těžce překonatelnými. Osud nám nečekaně kříží cestu, přestože se snažíme život plánovat sebevíc. Některé věci bohužel neovlivníme, ačkoliv bychom si to přáli. Nejvíce si to uvědomujeme ve chvíli, kdy se k nám obrátí štěstí zády.

Spolupodmíněnost biologických, psychických a sociálních stresorů mohou vést až k selhání adaptace, tzv. maladaptaci. (ČEVELA et al., 2012, s. 134) Maladaptaci lze obecně považovat za specifické riziko ústavní péče. Studie prokazují zvýšené nebezpečí spíše u krátkodobé ústavní péče než při dlouhodobé či trvalé institucionalizaci. MATOUŠEK (1999, s. 118) vidí největší problém ve stavu „dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní „civilní“ život“. Pohyb seniora se odehrává v zúženém prostoru, který mu nabízí plné zaopatření. Nastává tak redukce nároků a omezení podnětů, které mají za následek ztrátu zájmu o okolí, zhoršení schopnosti komunikace, regresi, nepřiměřeně dlouhý spánek a jiné reakce.

Určující vliv na významnost zátěžového rizika má zejména důvod, motivace a očekávání přínosu nebo ztráty v dlouhodobé ústavní péči. PACOVSKÝ (1994, s. 91) udává, že pro podání žádosti o přijetí do domova pro seniory se rozhodují sami občané až ve chvíli, kdy žijí osaměle, mají-li vysoký stupeň závislosti, jsou ve špatném zdravotním stavu nebo v nepříznivé sociální situaci.

HEGYI (in KALVACH et al., 2004, s. 362) připisuje etiologii adaptačního selhání chronickému stresu. Klinický projev je znám pod termínem geriatrický maladaptační syndrom a obvykle jej vyvolá psychosociální stresor. Týká se přímo kardiovaskulárního nebo imunitního systému a spočívá ve vážném onemocnění, jako je akutní infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a jiné. Taktéž maladaptační syndrom má svůj jistý průběh. Od rané fáze rozvoje, kdy jsou přítomny úzkostné stavy, se syndrom později rozvíjí v depresivní reakce, projevy hostility a agresivity, apatii, sebevražedné tendence, infekce aj. Příznivý průběh končí doznáním stresu a postupnou úpravou nesnáze. Naopak rezignace, sociální desintegrace osobnosti nebo suicidální pohnutky jsou odrazem průběhu nepříznivého.

Nyní si uvedeme přehled, ve kterém HEGYI (in KALVACH et al., 2004, s. 362) ve formě tabulky shrnuje rizikové faktory geriatrického maladaptačního syndromu dle specifických oblastí.

Psychická rizika	stavy zmatenosti, duševní onemocnění
	pasivní postoj k životu, submisivní osobnosti
Sociální rizika	ztráta soběstačnosti, hrozba vzniku závislosti na jiné osobě
	osamělost, ztráta partnera, život v izolaci, nízký příjem
	hrozba institucionalizace, změna bydliště
	změna životního stylu, ztráta životního programu
Biologická rizika	vysoký věk, vážné onemocnění, imobilita, inkontinence
Vedlejší biologická rizika	obezita, hypertenze, alkohol, kouření

Tab. 1. - **Rizikové faktory geriatrického maladaptčního syndromu**⁵

Pro úplnost je vhodné zmínit také VENGLÁŘOVOU (2007, s. 16) popsané následky v chování seniorů v ústavní péči v závislosti jak na změnách fyziologických, tak kognitivních.

Spánkový rytmus	spánek během dne, noční neklid, rušení ostatních uživatelů ve spánku
Úbytek energie	zvýšení potřeby pomoci od ostatních
Nechutenství	dehydratace, malnutrice
Poruchy paměti a soustředění	nepozornost, hledání věcí, nařčení z krádeží osobních věcí vyžadované opakování informací
Orientace	bloudění v neznámém terénu

⁵ HEGYI in KALVACH et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 362.

Zhoršená komunikace	zhoršená výbavnost, nerozumí obsahu sdělení, déle hledá slova
Zhoršený intelekt	při zvládání neznámé situace

Tab. 2. - Fyziologické a kognitivní změny a jejich následky⁶

Závažným fenoménem souvisejícím s maladaptací na ústavní pobyt je vysoká mortalita. Zvýšená úmrtnost i rozvoj či zhoršení psychosomaticky podmíněných chorob a příznaků byla prokázána zejména v první fázi adaptačního procesu (KALVACH, 2004, s. 496).

Preventivní opatření vzniku či rozvoje maladaptačního syndromu u seniorů v domovech pro seniory vychází z Přílohy č. 2 Vyhlášky č. 505/2006 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde je ukotvena pomoc uživateli v jeho adaptaci a začlenění v prostředí nového domova při zachování jeho osobitosti a kontroly nad vlastním životem. Předcházení však tví také ve znalosti problematiky, aktivní přípravě na tuto životní událost, dobrovolnost rozhodnutí a také v pomoci sociálního pracovníka a rodiny.

Shrnutí

Přiblížili jsme průběh a specifika adaptace ve stáří, které se u jednotlivých seniorů projevují různými postoji. Poté jsme se více zabývali adaptací na pobyt v domově pro seniory z pohledu různých forem zátěže. Adaptační proces má několik fází, které jsme si rozlišili dle dobrovolnosti pobytu. Neopomenuli jsme také faktory mající dopad na průběh adaptace. V případě, kdy dochází k selhání jedince na návyk pobytu v novém prostředí, mluvíme o maladaptaci, jejíž rizika jsme si také uvedli.

⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, s. 16.

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část se věnuje výzkumnému šetření realizovanému v Domově pro seniory Karolinka, jehož předmětem je vlastní proces adaptace uživatelů domova pro seniory. Za pomoci kazuistik objasníme, co předcházelo institucionalizaci seniora a jaké příčiny vedly k potřebě ústavní péče. Popíšeme také současnou situaci uživatelů, která nám pomůže lépe pochopit individuální povahu adaptačního procesu. U jednotlivých seniorů poté zjistíme subjektivní vnímání faktorů ovlivňujících průběh adaptačního procesu.

Domov pro seniory Karolinka

Domov pro seniory Karolinka je zařízení příspěvkové organizace Sociální služby Vsetín, jehož zřizovatelem je za účelem poskytování pobytových sociálních služeb cílové skupině seniorů Zlínský kraj. Organizace Sociální služby Vsetín zaštiťuje mimo jiné provoz dalších pěti pobytových sociálních služeb, a sice domova pro osoby se zdravotním postižením, dvou domovů se zvláštním režimem a dalších dvou domovů pro seniory. (Sociální služby Vsetín, 2013)

Areál sociální služby, který byl roku 1958 vybudován jako první domov důchodců se 32 lůžky v okrese Vsetín, se nachází na klidném pomezí vesnic Karolinka a Velké Karlovice. Objekt je tvořen čtyřpodlažní hlavní a vedlejší bezbariérovou budovou, které jsou vzájemně propojeny. Po četných rekonstrukcích se kapacita služby navýšila na současných 146 lůžek s možností pobytu na jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Vedlejší budovu obývají ve dvoulůžkových pokojích se sociálním zařízením primárně uživatelé, jejichž zdravotní stav vyžaduje zvýšenou ošetrovatelskou péči, hlavní budova pak slouží uživatelům vyžadujícím celodenní péči. Domov disponuje vlastní kuchyní. Fyzicky způsobilí uživatelé se stravují ve společné jídelně nebo na denním pobytu a imobilní na pokojích. Uživatelé domova mají také možnost zapojit se do rehabilitačního programu, a vlastní aktivitou tak přispět k zlepšení a udržení svého fyzického, psychického i sociálního stavu. Z žádaných aktivizačních činností můžeme jmenovat kulturní programy, přednášky, vycházky do okolí, ergoterapie a také duchovní služby. Nově se budou moci uživatelé podílet na úpravě zahradních záhonů a pěstování zeleniny na místní zahrádce. Svůj čas během slunečných dnů mohou uživatelé trávit venku v altánu či na balkonu knihovničky. (Sociální služby Vsetín, 2013)

Personální zajištění se sestává z pana vedoucího, odborného zdravotního a ošetrovatelského personálu, dvou sociálních pracovníků zajišťujících administrativní záležitosti uživatelů a dalších provozně technických pracovníků.

Při nástupu do domova pro seniory je nový uživatel uvítán sociální pracovnící, kterou již zná z předchozího šetření. Ta také v den nástupu příchozímu uživateli zakládá složku s veškerou dokumentací. Senior je předán pracovníkům přímé péče a je mu přidělen klíčový pracovník. Adaptační doba je stanovena na jeden měsíc a po jejím uplynutí je v rámci individuálního plánování upraven Plán péče.



Obr. 2. Domov pro seniory Karolinka⁷

⁷ Sociální služby Vsetín [online]. © 2012-13 [cit. 2015-3-24]. Dostupné z: <http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/domovy/domov-senioru-karolinka/fotogalerie>

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Prostřednictvím výzkumného šetření byla provedena za pomoci kazuistika a rozhovorů s oslovenými uživateli Domova pro seniory Karolinka analýza průběhu, dopadu a faktorů adaptačního procesu po nástupu do zařízení ústavní péče.

4.1 Stanovení cílů

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jaký dopad má na seniora jeho vstup do instituce domova pro seniory vzhledem ke snížené adaptabilitě.

Pro adekvátní vyhodnocení výzkumného cíle jsme stanovili cíle dílčí:

- analyzovat proces adaptace,
- popsat faktory ovlivňující proces adaptace a jejich dopad.

4.2 Metodologie výzkumného šetření

Pro naplnění stanovených cílů byly v rámci metodologie použity **kvalitativní metody**. Ke standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu patří dle HENDLA (2008, s. 131) **studium spisové dokumentace**, jelikož právě analýza dokumentů výzkumníkovi umožňuje přístup k informacím, které by se jiným způsobem získávaly těžko a taktéž se hodí pro doplnění poznatků získaných jinou cestou. Pro účely této bakalářské práce byly použity informace ze sociální dokumentace a Plánu péče, který je součástí individuálního plánování. Údaje sloužily jako podklady pro vypracování kazuistik jednotlivých uživatelů. Získaná data z dokumentace jsem pro úplnost doplnila informacemi z volného rozhovoru s uživateli, ve kterém jsem jim pokládala klíčové otázky dle oblasti anamnézy. Kazuistika obsahuje členění anamnézu rodinnou, osobní, zdravotní a sociální. Zabývám se v nich okolnostmi, které předcházely umístění seniora do ústavní péče a působily tedy i jako faktory ovlivňující průběh adaptace.

Druhou výzkumnou metodu představuje **rozhovor** neboli interview, které patří podle MIOVSKÉHO (2006, s. 155) „*mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získání kvalitativních dat. Při jeho zvládnutí totiž nejde pouze o získání potřebných sociálních dovedností a citlivosti, ale také o kultivaci schopností pozorovat (jak introspektivní, tak*

extrospektivní pozorování) a umění obě metody vzájemně provázat a dokázat z nich vytěžit maximum.“ CHRÁSKA (2007, s. 182) popisuje rozhovor jako metodu shromažďování dat o realitě, „*kteřá spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta.*“ Druhů rozhovorů existuje několik. Například HENDL (2008, s. 174) dělí rozhovor na strukturovaný a polostrukturovaný, neforemní, fenomenologický a narativní. Pro účely empirické části je vhodnou formou **rozhovor polostrukturovaný**, zvaný také rozhovorem expertním. ŠVARÍČEK et al. (2007, s. 160) jej charakterizuje jako interview vycházející z předem připraveného seznamu témat a otázek. Je pouze na tazateli, zda volně pořadí či znění otázek zamění, nebo ponechá určité pasáže rozhovoru v plně strukturované podobě. Vhodné je průběžně si ověřovat, zda jsme odpověď správně pochopili, popřípadě můžeme klást doplňující otázky a tím tak poté rozpracovat téma do hloubky. (MIOVSKÝ, 2006, s. 160) Je také důležitá denní doba a prostředí, ve kterém rozhovor probíhá.

4.3 Organizace výzkumného šetření

V Domově pro seniory Karolinka jsem absolvovala dlouhodobou odbornou praxi. Do terénu jsem tedy přicházela již v roli zasvěceného, kterou ŠVARÍČEK et al. (2007, s. 76) charakterizují jako člověka, „*kteřý se stýká se svými respondenty i mimo rámec výzkumu*“. S uživateli jsem měla možnost být v kontaktu při obvyklém denním režimu i během aktivizačních činností. Dokonce jsem měla příležitost napsat krátký článek o svém působení na praxi v domově do čtvrtletníku „U NÁS“. O nové tváři v domově se tak dozvěděl téměř každý, což mi bylo při oslovování uživatelů ke spolupráci výhodou.

S vytipováním uživatelů mi pomáhaly sociální pracovnice, se kterými jsem diskutovala výběr dotazovaných dle níže uvedených kritérií. Sociální pracovnice se účastnily také oslovování potencionálních účastníků výzkumného šetření, kdy byl uživatel ujištěn o důvěryhodnosti mé osoby a záměru šetření. Individuálně jsem pak již sama se seniory probírala výzkum, jeho záměr a průběh, upozornila jsem na ochranu osobních údajů a anonymity. V neposlední řadě jsem informovala o nutnosti nahrávání rozhovoru na diktafon a podepsání písemného souhlasu.

K vytipování účastníků výzkumného šetření došlo v listopadu roku 2014, kdy byli uživatelé osloveni ke spolupráci. Po jejich souhlasu jsem je jednotlivě navštívila, hovořila jsem s nimi o jejich životě. Získané informace jsem analyzovala později v lednu 2015, kdy jsem začala s vypracováním kazuistik. Doplňující údaje jsem pak dohledala na základě studia

spisové dokumentace. V měsíci únoru 2015 jsem sestavila okruh otázek zaměřujících se na adaptaci seniora. Začátkem března 2015 jsem začala s nahrávkami interview s jednotlivými uživateli a jejich zpracováním. Rozhovory jsem vedla s uživateli v soukromí na jejich pokojích.

4.4 Cílová skupina

Cílem kvalitativní metody je, aby výzkumný vzorek reprezentoval určitý problém, na rozdíl od metody kvantitativní, kde má reprezentovat populaci (ŠVARŤÍČEK et al., 2007, s. 72-73). Tato bakalářská práce se zaměřuje na problém adaptačního procesu uživatelů domova pro seniory. Cílovou skupinu výzkumného šetření tedy tvoří čtyři uživatelé Domova pro seniory Karolinka, senioři ve věku 60 let a více se sníženou soběstačností bez možnosti dalšího pobytu v domácím prostředí. Pro vyvážené zastoupení byli osloveni dva muži a dvě ženy v různém věkovém zastoupení.

Volba výzkumného vzorku probíhala metodou prostého záměrného výběru, který spočívá v tom, že *„vybíráme mezi potencionálními účastníky výzkumu (j. účastníky splňujícími určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí“* (MIOVSKÝ, 2006, s. 136). Kritériem mi při výběru výzkumného souboru byla u uživatelů orientace místem, osobou a časem, dále zachování komunikačních schopností, ukončený adaptační proces a účast na aktivizačních činnostech, které pomáhají službu relevantně hodnotit. Samozřejmě oslovení uživatelé souhlasili, jelikož jak upozorňuje ŠVARŤÍČEK et al. (2007, s. 103), *„badatel totiž musí vybrat nejenom takové jedince (jednotlivé osoby, komunity, instituce apod.), kteří vyhovují jeho výzkumným záměrům, ale zároveň mají zájem i ochotu odstoupit celé „martyrium“ šetření.“*

4.5 Vlastní výzkumné šetření

Případové kazuistiky

Pro účel výzkumného šetření byly vybrány čtyři kazuistiky uživatelů Domova pro seniory Karolinka, kteří nastoupili do zařízení v průběhu roku 2014. U všech uživatelů předcházela institucionalizaci hospitalizace na LDN, kde také proběhlo sociální šetření se zájemci o službu. Důvodem přijetí byla potřeba ošetrovateľské péče nebo nevyhovující bytové podmínky.

KAZUISTIKA č. 1 - paní Ludmila, 91 let

Paní Ludmila byla do domova pro seniory přijata v říjnu roku 2014. Informace o ní a jejím životě jsou získané převážně z osobní dokumentace a z rozhovoru s ní.

Rodinná anamnéza

Paní Ludmila se narodila jako druhé nejstarší dítě z dvanácti sourozenců, měla šest bratrů a pět sester. Otec byl povoláním obuvník, u obce vykonával také funkci obecního hajného. Matka uklízela ve škole, děti jí při práci často pomáhaly. Domov opustila paní Ludmila brzy. Po konci války se vdala za lesníka pracujícího s rezonančním dřevem. Společně se poté přestěhovali na Šumavu, kde strávili 20 let a vychovali 3 děti. Když manžel paní Ludmily umírá, stěhuje se zpět do rodné vsi na Valašsko za dcerou.

Osobní anamnéza

Jako dítě navštěvovala paní Ludmila obecnou školu, poté opustila domov a šla pracovat jako služka do měšťanské rodiny k vdovci s dětmi do Kroměříže. Během války vykonávala v Německu nucené práce v táboře. Kromě péče o děti a starosti o domácnost stíhala paní Ludmila vypomáhat v lesní školce. Vyzkoušela si také práci kuchařky v závodní kuchyni, později i v hospodě. Především byla aktivní členkou Českého červeného kříže. V odlehlých místech Šumavy pomáhala rodit děti a školila mládež pro dobrou věc. Ve svém volném čase nejraději četla knihy, chodila na procházky na Hostýn a věnovala se zvířatům v hospodářství. Nyní se zálibou poslouchá rádio nebo televizi.

Zdravotní anamnéza

V dospělosti podstupuje paní Ludmila operaci. Má nález na hlavě, začíná špatně vidět i slyšet, lékaři mají podezření na rakovinu. Nádor není zhoubný, nicméně zrak a sluch se zhoršují. Následuje operace očí, ale stav se ani po zákroku nemění. Paní Ludmila trpí nedoslýchavostí (používá sluchadlo) a handicapován je i zrak - ztížená prostorová orientace. Dodržuje diabetickou dietu. Je nekuřačka, alkohol nepije. Trpí osteoporózou. Paní je mobilní, chůze za pomoci francouzských holí, rehabilitace. Sebeobsluhy je schopna za podpory, stejně tak jako hygieny. Inkontinence.

Sociální anamnéza

Před nástupem do domova pro seniory bydlí paní Ludmila v rodinném domě u dcery, která se o ni stará při zaměstnání. Ta ale sama musí v březnu podstoupit operaci. Své matce domlouvá hospitalizaci na oddělení LDN, po uzdravení o matku opět pečuje, avšak bytové podmínky (dům je v zimě odpojen od elektřiny i vody) ji péči nadále nedovolují. Šetřením sociální pracovnice domova pro seniory bylo zjištěno, že paní Ludmila potřebuje celodenní ošetrovatelskou péči. Paní Ludmila nastupuje do domova pro seniory v říjnu roku 2014 po sedmi měsících od podání žádosti. Je umístěna na dvojlůžkový, později jednolůžkový pokoj. Pobírá starobní a vdovský důchod. Byl jí přiznán příspěvek na péči III. stupně ve výši 8 000 Kč. Uživatelka má založen depozitní účet. Cílem služby je u paní Ludmily udržení dosavadních schopností a dovedností a zvládnutí adaptace. S rodinou kontakt udržuje, pokoj jí vybavili osobními věcmi a vyzdobili fotkami. Snaží se ji navštěvovat pravidelně, využívají i telefonického spojení. V domově si paní Ludmila našla pár kamarádek, které občas navštěvuje cestou při procházce. Kolektiv uživatelů jí nevadí, ale straní se ho při podávání jídla, jehož konzumace je pro ni vzhledem ke zdravotnímu stavu obtížná. Ráda se dle svých možností zapojuje do dění domova. Každý týden se účastní přednášek na denním pobytu, zavítala i do dílny na ergoterapii. Z fakultativních služeb využívá kadeřníka. S vyřizováním osobních záležitostí pomáhá rodina a sociální pracovník, který pomáhá uživatelce i s hospodařením. Nákupy zajišťuje opět rodina nebo klíčový pracovník. Největší oporu vidí paní Ludmila v ošetrovatelském personálu, který za ni vzhledem k handicapu provádí větší část úkonů, ale jsou zde i činnosti, ve kterých je uživatelka podporována.

Průběh adaptace

Při nástupu do zařízení vnímala paní Ludmila pocit strachu. Od pobytu v domově nic neočekávala, neměla o zařízení žádné představy, přestože byla informována sociálními

pracovnicemi. Orientace uživatelky místem, časem i situací je během adaptačního období v normě, rychle umí používat signalizaci. Komunikuje s ostatními uživateli i s personálem. Přístup zaměstnanců jí v prvních dnech pobyt v novém domově zpříjemňoval. Žádné konflikty s okolím u paní Ludmily zaznamenány nebyly. Dobrá je i spolupráce s rodinou, která jeví o uživatelku zájem. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopna paní Ludmila nadále pokračovat ve svých zájmech, čímž je čtení. Regrese po nástupu se neobjevuje. Péče o vlastní osobu je vykonávána samostatně. Aktivizačních činností se uživatelka od začátku se zájmem účastní, pomáhají jí dle jejích slov „*necítit se tak úplně nečinným.*“ Pozdější přestěhování na jednolůžkový pokoj vnímá kladně. Pozitivně hodnotí i svou adaptaci na život v instituci. Je zde spokojená, nic jí neschází.

Sociální diagnóza

Paní Ludmila je vzhledem ke svému věku velmi vitální a optimistická žena. I přes své znevýhodnění se dokázala vyrovnat s tím, co jí život přinesl. Podařilo se jí to i díky své skromnosti, kterou prokazuje. Je snaživá a jako uživatelka spolupracující. Hodně o svém pobytu v domově pro seniory přemýšlela. Nejprve se ho bála, nevěděla, co má očekávat, ale pak sama pochopila, že je to pro ni i její dceru, to nejlepší řešení. Tato stará dáma je velice uvědomělá.

Vzhledem k umístění paní Ludmily na jednolůžkovém pokoji a zhoršené schopnosti vidění, by bylo vhodné zajištění docházení dobrovolníka, který by jí svým předčítáním kompenzoval nemožnost pokračovat ve svém hobby, a sice čtení knih.

KAZUISTIKA č. 2 - paní Marta, 82 let

Paní Marta byla do domova pro seniory přijata v listopadu roku 2014. Informace o ní a jejím životě jsou získané z osobní dokumentace, z rozhovoru s ní a z rozhovoru se sociální pracovnící.

Rodinná anamnéza

Paní Marta se narodila na velkém statku na venkově. Celé své mládí strávila starostí o hospodářství svých rodičů, kteří na něm pracovali od úsvitu do setmění, aby uživilí rodinu. Zároveň musela jako nejstarší z dětí zvládat péči o své čtyři sourozence - tři bratry a jednu sestru. Měli přísnou výchovu. Než se vdala, jezdila s otcem a jeho pomocníky do lesa stahovat dřevo. V manželství není paní Marta šťastná. Jen kvůli pěti svým dětem manželovi toleruje opakovanou nevěru, odchody z domu a rozhazování peněz. Je obětí domácího násilí

po fyzické i psychické stránce. O děti a domácnost pečovala sama, jak jen mohla. Jeden ze synů zemřel při nehodě. Nyní je nejvíce v kontaktu se svými dcerami, občas vnoučaty. Zůstává vdaná, s manželem nemluví, domů za ním dochází pečovatelská služba.

Osobní anamnéza

Paní Marta říká, že celý život dřela a pokoj má až nyní. Jako malá navštěvovala obecnou školu, čas učit se doma neměla. Hned po výuce chodila pást husy nebo krávu. Na zábavy ji otec pouštěl zřídka, sama někdy ani neměla chuť, protože byla natolik vyčerpaná prací. Zaměstnání si našla, až jí odrostly děti. Získala místo uklízečky v okresní nemocnici, kde zůstala pracovat i po dosažení důchodového věku. Chtěla tak dětem finančně vypomoci. Když měla volnou chvíli, ráda četla knihy, vyšívala, háčkovala a pletla. Nejraději však trávila čas v přírodě a houbařila. Paní Marta je velmi snaživá, aktivní a spolupracující uživatelka.

Zdravotní anamnéza

Po 60. roku věku podstupuje paní Marta bypassovou operaci kvůli ischemické chorobě srdeční. O několik let později je jí nalezen karcinom prsu, následuje mastektomie. Byla dvakrát hospitalizována pro cévní mozkovou příhodu. Zrak i sluch dobrý. Je orientována osobou, prostorem, méně časem. Nemá zubní protézu, je jí podávána mletá strava. Nekuřačka, alkohol nepije. Paní je mobilní. Riziku pádů předchází chůzí za pomoci chodítka, rehabilituje. Zhoršená jemná motorika v důsledku třesu rukou. Sebeobsluhy je schopna za podpory, stejně tak jako hygieny. Inkontinence.

Sociální anamnéza

Paní Marta bydlela před nástupem do zařízení v rodinném domě s manželem, se kterým dodnes nekomunikuje. V době, kdy podává žádost o umístění (červen 2014) je hospitalizována na oddělení nemocnice LDN po mozkové příhodě. První možnost nástupu do domova odmítla, dceři se podařilo zajistit odlehčovací služby a její stav se zlepšil. V srpnu 2014 se hospitalizace opakuje. Příčinou je opět cévní mozková příhoda, nastává regrese. Rodina není schopna zajistit další péči. Do domova pro seniory nastupuje v listopadu roku 2014 na třílůžkový pokoj. Pobírá starobní důchod. Byl jí přiznán příspěvek na péči II. stupně ve výši 4 000 Kč. Uživatelce je založen depozitní účet. Cílem služby je u paní Marty dopomoc při každodenních úkonech péče o vlastní osobu. S rodinou kontakt udržuje, zejména s dcerami. Pravidelně si domlouvají čajové dýchánky na denním pobytu. Kontakt s ostatními uživateli jí nevadí, je nekonfliktní. Do společenských aktivit se zapojuje ráda. Besed se účastní vždy, nejvíce jí však těší bohoslužby. Oblíbila si promítání fotek a sledování

televizního programu „Šlágr TV“. Z fakultativních služeb využívá kadeřníka. S vyřizováním osobních záležitostí pomáhá rodina a sociální pracovník, který pomáhá uživatelce také s finančním hospodařením. Nákupy zajišťuje opět rodina nebo klíčový pracovník. Ošetrovatelský personál dle slov paní Marty ve všem ochotně pomáhá. Je u ní podporována především osobní iniciativa v jednání a péče o vlastní osobu při ranní a večerní hygieně.

Průběh adaptace

Informace o přijetí do Domova pro seniory Karolinka a o domově samotném obdržela paní Marta zejména od své dcery. Nástup do zařízení znamenal pro paní Martu okamžik vysvobození a radosti až k dojetí. Že bude v domově zaopatřená, věděla. Šlo jí především o to mít klid. Uživatelka umí používat signalizaci, orientuje se místem, časem i situací. Komunikace s uživateli i personálem probíhá v pořádku, bez výhrad a konfliktů. Spolupráce s rodinou je dobrá. Paní Marta bez své rodiny nestrádá, pravidelnost kontaktu zachována. Ve svém hobby uživatelka nepokračuje, nejeví zájem o jakékoliv zachování předešlého režimu či zvyklostí. U zdravotního stavu zmiňuje uživatelka zlepšení po psychické stránce, minimálně jedenkrát týdně rehabilituje. K péči o zevnějšek musí být paní Marta vyzývána. Motivována je také k účasti na aktivizačních činnostech. Tu nejprve odmítá, personálem je postupně přesvědčena o jejich významnosti a zapojuje se. V domově pro seniory se paní Martě líbí, se vším je naprosto spokojená, zadaptovala se dobře.

Sociální diagnóza

Paní Marta je velmi silná osobnost. Život k ní nebyl přívětivý a ona si musela mnoho vytrpět. Je jednou z těch uživatelů, kteří našli v zařízení nový, skutečný domov, který jim poskytuje potřebné zázemí, klid a bezpečí. Na svůj život před nastoupením do domova nerada vzpomíná, minulost je pro ni uzavřená. Pobyt v zařízení si užívá. Jako uživatelka je skromná, velmi vděčná za vlídné jednání. Péče si cení.

Do budoucnosti je u paní Marty významné zachování pocitu bezpečí v domově. Dcera avizovala zvažování využití služby domova pro seniory i pro svého otce, který však byl původcem dlouholetého domácího násilí na paní Martě. Případné podání žádosti do Domova pro seniory Karolinka by měla být s rodinou konzultována.

KAZUISTIKA č. 3 - pan Vladimír, 70 let

Pan Vladimír byl do domova pro seniory přijat v únoru roku 2014. Informace o něm a jeho životě jsou získané převážně z osobní dokumentace a z rozhovoru s ním.

Rodinná anamnéza

Dětství prožil pan Vladimír v odlehlé vesnici u přehrady. Jeho matka nechodila do zaměstnání, měli doma malé hospodářství. Peníze rodině vydělával otec, který pracoval jako kameník. Pan Vladimír je nejstarší ze čtyř sourozenců. Po svatbě se odstěhoval do města za práci. Ta je společně i s nevěrou jeho ženy důvodem rozpadu manželství, během kterého stihli vychovat dvě dcery. Se svojí exmanželkou se nyní pan Vladimír nevidá, má nového partnera. Konec jejich vztahu ho mrzí, nechtěl zůstat na stáří sám. V kontaktu je s dcerami, které ho navštěvují.

Osobní anamnéza

Z obecné školy nastoupil pan Vladimír do učení na obor dlaždič. Školu sice dostudoval, ale v povolání neviděl perspektivu. Více ho lákalo dělat v automobilovém průmyslu. Nakonec se rozhodl pro řidičské zkoušky a začíná pro krajskou radu rozvážet studenou kuchyni. Cestuje po Československu i do zahraničí třicet let. Ve volných chvílích rád navštěvoval automobilové závody. Motorismus je jeho koníčkem. Věnoval mu mnoho času, což se podepsalo i na manželství. Pan Vladimír má introvertní povahu, je tichý a přemýšlivý typ. Rád se směje a stará se o rostliny.

Zdravotní anamnéza

Už jako dítě neměl pan Vladimír štěstí a při úrazu si zlomil obě ruce. Léčba neproběhla, dodnes je zjevné pokřivení horních končetin. Jiné vážnější komplikace během mládí či dospělosti neměl. Ve stáří však přichází pád a pan Vladimír je hospitalizován. Zlomená kyčle si vyžádala operaci. Chůze podpořena použitím francouzských holí. Pan Jaroslav chodí na rehabilitace. Později podstupuje další zákrok - operaci rohovek. Léčba nezabírá. Lékař předepsal nošení brýlí. Exkuřák, alkohol nepije. Zubní protéza, jídlo podáváno na denním pobytu. Bez diety. Činnosti péče o vlastní osobu zvládá za podpory. Nutný je dohled nad užitím léků kvůli zapomnětlivosti. Inkopomůcky.

Sociální anamnéza

Pan Vladimír bydlel před hospitalizací sám v městském bytě. Do domova nastoupil z LDN na doporučení sociální pracovnice nemocnice. Důvodem je potřeba ošetrovatelské

péče vzhledem k zdravotnímu stavu. Z úzké rodiny není nikdo, kdo by měl možnost se o pana Vladimír postarat. Před pádem mu dovoz obědů zajišťuje Charita. Do domova pro seniory nastupuje v únoru roku 2014. Je ubytován na třílůžkovém pokoji. Pobírá starobní důchod a byl mu přiznán příspěvek na péči III. stupně ve výši 8 000 Kč. Uživateli byl založen depozitní účet, s financemi zvládá hospodařit sám. Cílem služby je u pana Vladimíra udržení dosavadních schopností a pomoc při zvládnutí adaptace. Z rodinných příslušníků se stýká pouze s dcerami. Umí zacházet s telefonem, ale raději píše dopisy. S ostatními uživateli vychází dobře, rád si s nimi povídá během denního pobytu. Blízcí přátelé, které si v domově našel, byli bohužel přemístěni do jiného zařízení. Pravidelně dochází na přednášky, sleduje s ostatními TV a poslouchá dechovou hudbu. Největší radost má při návštěvě dílny na ergoterapii. Vždy se těší na jaro, až se bude moci zapojit do zahradnických prací. S vyřizováním osobních záležitostí pomáhá sociální pracovnice, nákupy zajišťuje klíčový pracovník. Z fakultativních služeb využívá donášku novin a kadeřníka. Největší oporu vidí ve svém klíčovém pracovníkovi.

Průběh adaptace

Na zařízení domova si pan Jaroslav předem neudělal žádný názor, jistým způsobem rezignoval. Informaci o přijetí do sociální služby přijal od sociální pracovnice z nemocnice. Začátek pobytu nesl těžce, tížila ho především nespavost a nemožnost pohybu mimo budovu kvůli zdravotnímu stavu a zimnímu období. Míra místní, časové i situační orientace po nástupu v normě. Personál svým vystupováním panu Jaroslavovi vstup do zařízení zpříjemnil, komunikaci s nimi navázal ihned. S ostatními obyvateli navazuje kontakt méně. Konflikty v kolektivu nevyvolává. Spolupráce s rodinou je dle zaměstnanců na dobré úrovni, nicméně intenzitu kontaktu vnímá pan Jaroslav významně a citlivě. Pozitivní vliv má na nového uživatele trávení volného času na aktivizačních činnostech, které jsou pro pana Jaroslava zároveň prostředkem a možností, jak zlepšit svůj zdravotní stav. Uživatel rád rehabilituje s pomocí chodítka za podpory rehabilitační sestry i samostatně. Seběpěči zvládá pouze na vyzvání, s motivací. Pan Jaroslav je uživatel, který hodnotí svou adaptaci za ještě neukončenou, dle „Záznamu o průběhu adaptace“ se zadaptoval.

Sociální diagnóza

Pan Vladimír je tichý, nekonfliktní a spolupracující uživatel. Za umístění do domova pro seniory je velmi vděčný, nicméně stále se u něj objevuje rozmrzelost nad situací, do které se dostal, jak sám říká „svou hloupostí“, když ho jeho manželka opustila. Přestože je umístěn

na třílůžkovém pokoji a má možnost komunikace se spolubydlícími, trpí samotou. V zařízení si je vědom určitých omezení, zejména přes zimní období, kdy trpí úzkostmi a nočními můrami. Sám sebe se i přes stavy úzkosti snaží motivovat, největší oporu vnímá v účasti na aktivizačních činnostech.

Dle organizačních možností by bylo vhodné zapojení pana Vladimíra do většiny aktivizačních činností, zejména ergoterapie, ve které v domově našel smysl a radost života. Motivován by však měl být i k ostatním činnostem. V personálu vidí pan Vladimír potenciál své „hnací síly“, která mu schází.

KAZUISTIKA č. 4 - pan Andrej, 64 let

Pan Andrej byl do domova pro seniory přijat v říjnu roku 2014. Informace o něm a jeho životě jsou získané převážně z osobní dokumentace, z rozhovoru s ním a z rozhovoru se sociální pracovníci.

Rodinná anamnéza

Pan Andrej se narodil jako dítě chudých měšťanů. Otec zastával místo dělníka a příliš se mu a jeho třem sourozencům nevěnoval. Vždy byl silně vázán na matku. Ta byla díky své vrozené vadě celý život invalidou a potřebovala pomoci i s běžnými činnostmi. Od mala obcházel sídliště a sháněl si brigády, aby rodině finančně vypomohl. S matkou bydlel až do její smrti. Během života byl dvakrát ženatý. S první ženou se rozvedl kvůli svému časově náročnému zaměstnání. Druhá manželka, o dvacet let mladší žena, rodinu zadlužila. Pan Andrej platí z důchodu několik exekucí. Manželé nejprve žijí v oddělené domácnosti, na podzim loňského roku se rozvedl.

Osobní anamnéza

Po ukončení docházky do obecní školy nastupuje pan Andrej do učení. Má o něj zájem místní zbrojní firma jako o strojníka a montážníka. Žádné jiné zaměstnání nevystřídal. Za prací byl posílán i do zahraničí (Evropa, Mexiko, Irán apod.). Zde získal za čtrnáct let bohaté jazykové dovednosti - domluví se deseti řečmi. Po pádu režimu v ČSSR studoval v Ostravě na vysoké škole psychologii a zahraniční obchod. Je členem Menzy ČR. Pan Andrej je všestranně založený. Hrál fotbal, hokej, dělal atletiku i krasobruslení. Rád bavil ostatní a sbíral vtipy. Povahou je to člověk rázný, přímý, společenský a zároveň nekonfliktní.

Když se rozzlobí, vždy mluví španělsky. O dění ve světě se zajímá prostřednictvím rádia, které poslouchá.

Zdravotní anamnéza

Zlomovým okamžikem je pro pana Andreje pád ze schodů po 40. roku věku. Přestože podstoupil několik vyšetření, lékaři včas neodhalili přetržené vazy v levém koleni. Noha byla amputována, dostal náhradu. Zdravá noha byla po čase zatížení zdeformována a také amputována. Pan Andrej je odkázán na invalidní vozík. Následovala ještě celková reamputace dolních končetin (pochybení nemocnice kompenzuje odškodněním). Není vyloučen ani další zákrok. Od operace trpí syndromem fantomových bolestí. Sluch dobrý, u zraku počáteční stadium šedého zákalu. Lékař předepsal nosit brýle, to pan Andrej odmítá. Ischemická choroba srdeční - dvojitý bypass. Dvakrát prodělal mozkovou příhodu. Exkuřák (nepravidelně), alkohol nepije. Mnoho činností zvládá sám, ale je nutná i podpora, zejména při hygieně.

Sociální anamnéza

Na doporučení lékařky je pan Andrej po mozkové příhodě převezen na oddělení LDN, kde probíhá jednání se zájemcem o službu. V žádosti uvedl, že již není schopen se sám o sebe postarat z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. Sociální pracovnice také zjišťuje, že žije v nevyhovujících bytových podmínkách. Nejvíce mu pomáhala sestra, která domluvila donášku obědů, později i pečovatelskou službu Charity. Tu však pan Andrej odmítl. Nastupuje do domova pro seniory v říjnu roku 2014 po třech měsících od podání žádosti. Je umístěn na třílůžkovém pokoji. Pobírá invalidní důchod III. stupně a byl mu přiznán příspěvek na péči III. stupně ve výši 8 000 Kč. S přijetím do domova zažádal o odejmutí příspěvku na mobilitu, který čerpal. Uživateli byl založen depozitní účet, s financemi hospodaří sám. Cílem služby je u pana Andreje poskytnutí podpory a pomoci při úkonech péče a vhodné bydlení. Nejvíce je v kontaktu se sestrou, méně s dcerou. Využívá i telefonického spojení. Užší vztah k nikomu z ostatních uživatelů nenavázal, návštěvy ale neodmítá. Nejvíce se s ostatními zapojuje do řeči během podávání jídel. Třílůžkový pokoj mu nevyhovuje, žádá o přestěhování. Důvodem je špatný zdravotní stav spolubydlícího - zná ho z mládí a psychicky ho tato skutečnost zatěžuje. S druhým spolubydlícím má taktéž společnou minulost, a sice nepřívětivé povahy. Aktivit se pravidelně účastní, sám se snaží je zpestřovat a bavit ostatní. Protože je věřící, často navštěvuje kapli a účastní se mší. S vyřizováním osobních záležitostí pomáhá sestra, sociální pracovnice poskytuje podporu zejména

při písemných jednáních. Nákupy zajišťuje opět sestra nebo klíčový pracovník. Ze strany personálu i uživatele je kladen důraz na udržení dosavadních schopností a dovedností. Domov pro seniory jeho představy zřejmě nenaplnil, často přemýšlí o své budoucnosti.

Průběh adaptace

Pan Andrej vnímá svůj pobyt v domově pro seniory jako dočasné řešení své situace. O zařízení se sám aktivně zajímal a zjišťoval doplňující informace. Od této sociální služby očekával korektní jednání, soukromí na pokoji a soudržnost uživatelů. Zorientování proběhlo v pořádku ve všech ohledech. Komunikuje s personálem, dále s některými uživateli, se spolubydlícími minimálně. Vzhledem ke společné nepříznivé minulosti pana Andreje a jeho spolubydlících je soukromí všech narušováno, konflikt však přímo nikdo nevyvolává. Rodina je s uživatelem v kontaktu, ne však dle jeho představ. S personálem příbuzní spolupracují. Zdravotní stav po nástupu do zařízení vnímá uživatel zhoršený. Samostatně zvládá dost činností. Personálem je vyzýván k účasti na aktivitách, odrazován je však chováním ostatních uživatelů, kteří mu věnují až příliš pozornosti. Účastní se tedy dle aktuálního zdravotního stavu a nálady. Dle jeho slov adaptace na pobyt v domově pro seniory moc dobře neprobíhala, personál zhodnotil pana Andreje za zadaptovaného.

Sociální diagnóza

Pan Andrej není se vstupem do zařízení zcela smířený. Vzhledem ke své inteligenci si připadá v kolektivu uživatelů nedoceněný. Se spolubydlícími na pokoji nevychází. Přístup personálu hodnotí jako kvalitní. Svůj pobyt v domově hodnotí jako přechodné období.

S ohledem na jeho zdravotní stav a schopnosti by bylo ideální umístění do domova s pečovatelskou službou či schráněné bydlení. Existuje zde však finanční omezení kvůli exekucím a také dostupnost uvedených sociálních služeb je v regionu nevyhovující. Zda si může kvůli exekucím z důchodu dovolit ještě lepší pokoj, je na domluvě pana Andreje se sociálními pracovníci. Tento krok by mohl vést ke zlepšení situace.

4.6 Interpretace výsledků

Na základě rozhovorů a sociální dokumentace jsme získali informace, které sloužily jako podklad pro vypracování kazuistik, jejichž prostřednictvím jsme si přiblížili osudy jednotlivých uživatelů před vstupem do Domova pro seniory v Karolině. Za jejich pomocí společně s odpověďmi z polostrukturovaného rozhovoru vyhodnotíme individuální dopady a rozlišnosti v průběhu adaptace jednotlivého uživatele na pobytové zařízení.

Interpretace výsledků jednotlivých uživatelů

paní Ludmila - „*Už bych nechtěla jít domů nazpátek.*“

Na adaptačním procesu paní Ludmily se výrazně odrazilo její umístění do domova pro seniory z prostředí s nevyhovujícími bytovými podmínkami. Pokud by zůstala doma, byl by její zdravotní stav ohrožen. Paní Ludmila si uvědomovala, že péče ač ústavní jí zabezpečení nabízí. Od zařízení nic neočekávala, a tak později při vstupu do instituce ani nebyla zklamaná. Naopak si pobyt chválila, vyzdvihovala přístup personálu. Pozitivním bylo i přestěhování uživatelky na jednolůžkový pokoj, vyhovělo se tak její žádosti. Kontakt s rodinou udržuje. Výhodou u paní Ludmily v tomto směru je, že se již jako mladá brzy osamostatnila. Úhel pohledu na odloučení od rodiny a příbuzných jí změnil pobyt v táboře nucených prací v Německu. Ku prospěchu adaptace této 91 leté paní tedy jasně hovoří také životní zkušenosti. Na rozdíl od domácího prostředí v domově pro seniory našla uplatnění v podobě účasti na aktivizačních činnostech. Skutečnost, že je paní mobilní, jí také v procesu adaptace nesmírně pomohlo, jak sama uvedla.

paní Marta - „*Jsem tu naprosto spokojená, se vším.*“

Stejně jako u paní Ludmily i prostředí u paní Marty doma bylo nevyhovující. Vstupem do domova pro seniory byl ukončen kontakt s manželem, a tím i domácího násilí, jehož byl právě on viníkem. Instituce domova nabídla paní Martě klid a bezpečí, kterých se jí v manželství nedostávalo. Psychický stav se po institucionalizaci zlepšil, odezněla psychická frustrace. Zdárný průběh adaptačního procesu podpořila svým jednáním dcera uživatelky společně se svými sourozenci. Když se o nešťastných okolnostech dozvěděli, situaci řešili, stáli při ní a matku navštěvovali. Domov pro seniory Karolinka je pro paní Martu ostrovem

jistoty - ví, že zde již nemusí pracovat, tak, jak tomu bylo od jejího brzkého mládí až do hospitalizace. Nečinná však zcela nezůstává. Příznivě na ni zapůsobila motivace personálem, jehož péči oceňuje a váží si jí. Postupně se zapojila do dění domova prostřednictvím aktivizačních činností.

pan Vladimír - „*Děkuji, že je to tady takové dobré.*“

Adaptační proces u pana Vladimíra byl od počátku nepříznivě poznamenán povahou rodinných vztahů. Před nástupem do zařízení trpěl pan Vladimír sociální izolací. Vstupem do instituce, resp. přestěhováním se tato sociální izolace prohloubila a s ní narostla psychická zátěž a bilancování nad životem. Na psychice se významně odrazilo také datum nástupu. Zimní období panu Vladimírovi vzhledem k jeho zdravotnímu stavu neumožňovalo zcela volný pohyb, čímž trpěl. Negativní dopady úskalí během adaptace panu Vladimírovi kompenzoval přístup personálu. Ze sestřiček je přímo nadšený, jsou mu jako novému uživateli radostí. Ještě s větším entusiasmem hovoří o rehabilitaci za pomoci chodítka, která mu pomáhá. Vyžaduje ji a užívá si ji. Cvičením a denními procházkami pan Vladimír krásně navázal na pro něj další užitečnou činnost během aktivizačních činností. Místo svého hobby motorismu v sobě objevil zahrádkáře.

pan Andrej - „*Pořád se tu cítím jako na chvilkové návštěvě.*“

Právě zdravotní stav a zároveň špatné bytové i finanční podmínky se podepsaly na samotném využití a průběhu adaptace pobytové sociální služby. I když pan Andrej spadá do cílové skupiny sociální služby domov pro seniory, není pro něj vzhledem k jeho okolnostem zcela odpovídající. Na rozdíl od ostatních uživatelů jeho míra soběstačnosti není tolik nedostačující. Domov pro seniory se zdravotním postižením či chráněné bydlení je pro něj jako uživatele vhodnější alternativou. Prekérní situace mu však jinak jednat nedovolila. Díky svému vysokému intelektu uživatel celou situaci vnímá velmi citlivě, má na ni jasný názor. Svůj pobyt v domově vnímá jako přechodné období. Proces adaptace mu také znesnadnil kolektiv uživatelů, který nesplnil jeho očekávání. Zejména ze strany spolubydlících je zde negativní dopad na soukromí pana Andreje, se kterými má společnou minulost. A nakonec úloha rodiny v tomto případě také neplní svou funkci dle představ uživatele.

Volba seniorů byla pro získání validních informací provedena prostým záměrným výběrem za pomoci několika kritérií.

Kritérium	Orientace osobou, místem a časem	Zachování komunikačních schopností	Ukončený adaptační proces	Účast na aktivizačních činnostech
paní Ludmila	částečně ano	ano	ano	ano
paní Marta	částečně ano	zhoršená výslovnost	ano	ano
pan Vladimír	částečně ano	ano	ano	ano
pan Andrej	ano	zhoršená výslovnost	ano	ano

Tab. 3. **Kritéria výzkumného souboru**

Zejména kritérium zachování komunikačních schopností a účasti na aktivizačních činnostech je předpokladem pro komplexní zhodnocení, a tedy i pro získání vypovídajících odpovědí tázaných uživatelů. Z tabulky je patrné, že i přes částečně narušenou orientaci - zejména časovou - většiny seniorů proběhlo ukončení adaptačního procesu u všech uživatelů.

Souhrnný přehled výsledků kategorií u jednotlivých uživatelů

Kategorie	paní Ludmila	paní Marta	pan Vladimír	pan Andrej
Věk	91 let	82 let	70 let	64 let
Příchod z	domova	LDN	LDN	LDN
Typ pokoje	dvoulůžkový	třílůžkový	třílůžkový	třílůžkový
Naložení s informacemi	nezájem	přes dceru	přes sociální pracovníci	aktivní zjišťování
Očekávání od pobytu	„Ne.“ nerealizování pobytu	„Žádné.“ klid	„Mně je to volné.“ možnost pohybu	„Korektní jednání.“
Vnímání personálu	kladně „Velice hodné, příjemné.“	kladně „Je to tu zlaté, k pohledání.“	kladně „Pomohly.“	individualizace „Jak kdo.“
Zdravotního stav v adaptačním období	beze změn	zlepšení	mírné zhoršení	zhoršení
Přínos aktivizačních činností	ano seberealizace, posílení sebehodnocení	ano seberealizace, posílení sebehodnocení	ano motivace k pohybu a samostatné rehabilitaci	ne kontakt s kolektivem uživatelů
Zachování soukromí	částečně ano řešeno stěhováním	ano „Normálně.“	narušení „Chrápe.“	značné narušení žádost o přestěhování
Rodinný život	udržování kontaktu, menší míra	zachování intenzity kontaktu s dětmi, zlepšení	ztráta kontaktu	kontakt málo, většinou účelový
Hodnocení adaptace	„Já jsem si velice rychle zvykla.“	„Já si zvyknu brzo všude.“	„Ještě si zvykám.“	„Moc dobře ne.“

Tab. 4. Sledované kategorie u jednotlivých uživatelů

Můžeme potvrdit již dříve zmiňovaný fakt. Průběh adaptace předem nelze odhadnout, je značně individuální a odvíjí se od mnoha okolností, mnoha působících faktorů.

4.7 Závěr výzkumného šetření

Výzkumným šetřením byly zjišťovány dopady vybraných faktorů ovlivňující průběh procesu adaptace. Jednotlivě si je představíme a shrneme výsledky.

Předaným informacím o zařízení Domov pro seniory Karolinka přikládali senioři větší hodnotu, pokud byly kromě sociálních pracovníků domova pro seniory zprostředkovány také rodinnými příslušníky. Předání informací členem rodiny seniora působilo více motivačně, podpořena tak byla funkčnost kognitivních procesů. Ve výhodě jsou tedy ti uživatelé, kteří mají rodinu a udržují s ní kontakt.

Očekávání od pobytu v zařízení neměli senioři žádné. Při odpovídání se spíše zaměřili na emoce, které v nich přechod do instituce vyvolával. V jejich odpovědích se tak potvrdila skutečnost vnímání citové nejistoty, která je v období stáří odrazem zhoršené emocionality. Až po zvážení otázky uváděli požadavky, které vyplývaly z jejich aktuálního zdravotního stavu, od kterého se právě emocionalita odvíjí. Pouze uživatel sice se zdravotním handicapem, avšak intelektově nejzdatnější uvedl požadavek korektního jednání vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku ze strany pracovníků.

Jedním z faktorů průběhu adaptace je také personální zajištění zařízení. V současné době, kdy (nejen) v sociální sféře zůstává otazníkem financování a s ním i přežívání institucí poskytující sociální služby, neziskové organizace pak zejména, je výpověď oslovených uživatelů nadějí. Přestože materiální a rozhodně i lidské zdroje jsou právě financemi limitovány, kvalitní péče je v Domově pro seniory Karolinka na základě mínění uživatelů poskytována. Míra péče i přístup personálu je vnímána kladně. Personálu je seniory připisována zásluha při adaptaci na nové prostředí i na pocitu spokojenosti při péči o jejich osobu. Je vhodné také zmínit, že to byly ženy, které v rozhovoru upozornily na vnímání rozdílu mezi způsobem poskytování péče ve zdravotnickém zařízení a sociální službě. Zdůraznit nezapomněly ani jejich uvědomování si limitů, které zaměstnanci při výkonu práce mají.

Nástup do domova pro seniory byl z hlediska zdravotního stavu pro nové uživatele zatěžující zejména po psychické stránce, jak již bylo naznačeno výše. V průběhu adaptačního období bylo zaznamenáno zhoršení zdravotního stavu u jednoho uživatele. Vliv institucionalizace ze zdravotního hlediska za významné považují všichni. Upozornila bych zde na fakt, že přestože všichni uživatelé před pobytem v domově pro seniory sice pobývali na LDN kvůli zdravotním komplikacím, rozhodně nebyli ve stejné situaci. Okolnosti rodinných poměrů a domácího zázemí se před vstupem do sociální služby lišily, stejně tak

jako činitelé po vstupu do zařízení, které individualizují aktuální stav a pohled uživatele na věc.

Pestrá škála aktivizační činnosti, které jsou v domově pro seniory zajišťovány, přispívá adaptačnímu procesu zejména možností seberealizace, a tedy i posílením sebehodnocení i sebevnímání seniorů. Účast na besedách, přednáškách, kulturních a sportovních akcích či ergoterapiích má také seznamovací funkci, kdy je nový uživatel představen zbytku kolektivu. Tento okamžik je pro seniora psychickou zátěží. Do účasti by neměl být nucen, ale postupně motivován, což se u tázaných uživatelů osvědčilo. Senioři by zcela jistě ocenili větší míru zájmu ze strany personálu ohledně denních aktivit a zájmových činností.

Citlivým tématem bylo pro oslovené seniory zcela jistě jejich soukromí. Do jisté míry je (resp. u paní Ludmily bylo) narušováno kvůli umístění na vícelůžkový pokoj. Domov pro seniory v Karolince sice nabízí jednolůžkové pokoje, je jich však nedostatek a zájem o ně je velký. Sociální pracovníce v zařízení s celkovou kapacitou 146 lůžek, tedy se 146 uživateli, kteří potřebují individuální péči, mají velmi zúžené možnosti a složité kritéria, ze kterých musí vycházet, aby ovlivnili umístění daného seniora na nejideálnější pokojovou jednotku tak, aby vycházel se spolubydlícími a zároveň míra náročnosti péče pro personál byla na odděleních vyrovnaná. Řešení tkví v přebudování pokojů na lůžka s nižším počtem, kdy však narážíme opět na problém financování sociálních služeb. Personál si je tohoto faktu vědom, záleží tedy na vedení organizace, jak s informací naloží do budoucnosti, např. při výstavbě nového pobytové sociální služby domova pro seniory.

Další činitel, na který jsme se zaměřili a může adaptační proces v ústavní péči ovlivnit, je rodina a rodinné zázemí. Adaptace je snadnější ve chvílích, kdy je situace v rodině nevyhovující. Prostředí nového domova uživatel přijímá snáze, a sice o to lépe, když je nedostačující také zázemí sociální, např. bytové podmínky. Vlivy jednotlivých faktorů se pak mohou na sebe vzájemně nabalovat a proplétat. Příkladem je vliv na rodinný život rolí dostupnosti sociální služby v daném okrese. Jedinci, kteří s rodinnými příslušníky či jinými známými ať už kontakt udržovali nebo neudržovali, mají obecně pro osobní kontakt zhoršené podmínky. Ten se na straně jedné snažíme za pomoci moderní techniky kompenzovat, na straně druhé ho však bohužel zcela nenahradíme. Přednostně jsou do Domova pro seniory Karolinka samozřejmě přijímáni zájemci ze vsetínské regionu. Nic však nemění na faktu, že senioři jako uživatelé sociální služby jsou ze svého původního přirozeného a domácího prostředí vytrženi ze všech svých vazeb a vzpomínek a jsou umístěni do instituce.

Závěry výzkumného šetření vycházejí z individuálního posouzení adaptačního procesu jednotlivého uživatele, nelze je tedy generalizovat. Jistá specifika však budou platit vždy, a to sice ohledně adaptace obecně - zvykat si na lepší podmínky jde snáze než na podmínky horší. Ať už bychom se v procesu adaptace zaměřili na cokoli, je zřejmé, že jeho průběh závisí na mnoha okolnostech, z nichž jen část můžeme ovlivnit my sami.

Oslovení uživatelé až na výjimku jednoho ambivalentního postoje jsou v Domově pro seniory Karolinka spokojeni. Dle záznamů personálu byli během měsíčního adaptačního období zadapťováni všichni čtyři dotazovaní.

Doporučení pro pracovníky přímé péče

Na základě zjištěných výsledků výzkumného šetření v Domově pro seniory Karolinka navrhuji pracovníkům přímé péče, aby:

- zdůrazňovali rodinným příslušníkům jejich úlohu a potřebnost udržování kontaktu v období před, zejména pak po nástupu seniora do zařízení,
- vytrvali ve snaze zajistit docházku dobrovolníků do zařízení, která by vyplňováním volného času motivovala nové uživatele bez rodiny či přátel a zpříjemňovala v domově pro seniory celkový pobyt,
- včas a citlivě reagovali na klima v pokojích uživatelů během adaptačního období,
- si zjišťovali zpětnou vazbu od uživatelů a na jejím základě zvažovali, zda jsou aktivizační činnosti vzhledem k personálnímu a materiálnímu zázemí dobře v individuálním plánování nastaveny,
- si i nadále udrželi k uživatelům jimi tolik chválený profesionální, ale přitom lidský přístup, který je jedním z významných faktorů úspěšné adaptace na pobyt.

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářská práce pojednávám o osobnosti seniora v životním období stáří, vyznačujícím se četnými charakteristickými změnami, a také postavením seniora v kontextu společenských mechanismů historických i současných. V empirické části jsem pak na základě analýzy spisové dokumentace, kazuistik a rozhovorů vyvodila u jednotlivých uživatelů průběh, faktory a dopad institucionalizace. Hlavní a dílčí cíle bakalářské práce byly naplněny.

Prostřednictvím výzkumného šetření jsem dospěla ke zjištění, že zásadním faktorem podepisujícím se na adaptaci uživatele je rodina a rodinné zázemí, ze kterého senior do ústavní péče přechází. Stejně tak i sociální podmínky hrají významnou roli. Pozitivní dopad shledávám v účasti na aktivizačních činnostech, které pomáhají život v domově pro seniory nejen dožít, ale prožít a být aktivně činným i ve vysokém věku. Dále je zde přístup personálu, který adaptačnímu procesu vytváří podmínky vhodné atmosféry. Významný je zásah do soukromí spojený s problematikou počtu lůžek pokojů. V neposlední řadě vyvolává komplikace také dostupnost pobytových sociálních služeb v regionu.

Zajímavým rozpracováním tématu bakalářské práce pro účely práce diplomové bylo zaměření se na specifika adaptace uživatelů domova pro seniory, kteří do zařízení přicházejí z jiného druhu ústavní péče - například z domova pro osoby se zdravotním postižením, kde je režim poskytování služby nastaven zcela odlišně.

Vzhledem k tempu růstu seniorské populace lze očekávat, že se obdobná či jiná další témata zaměřená na cílovou skupinu starých lidí budou stávat čím dál frekventovanějšími. Současná situace ještě je zvladatelná, avšak měli bychom být vždy o krok napřed. Řešením by mohlo být podpoření nynější kolísající úlohy instituce rodiny právě v péči o nejstarší generaci v podobě školení rodinných příslušníků v pečovatelské úloze. Stále by totiž mělo platit pravidlo o primárním využití možností péče v domácím prostředí.

Ráda bych už jen závěrem dodala, že kdokoliv kdo pracuje v sociálních službách zaměřených na cílovou skupinu seniorů, může svým přístupem adaptaci po vstupu do zařízení alespoň částečně ovlivnit a udat tomuto individuálnímu a složitému procesu správný směr. Adaptaci oslovených uživatelů svým působením již neovlivním. Nicméně věřím, že pro každého z nich měly naše rozhovory svůj význam a hodnotu.

SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ

Literatura

AMÉRY, Jean. *O stárnutí*. 1. vyd. Praha: Prostor, 2009. ISBN: 978-80-7260-207-0.

ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

ERIKSEN, Thomas Hylland. *Sociální a kulturní antropologie: Příbuzenství, národní příslušnost, rituál*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-465-6.

GRUSS, Peter et al. *Perspektivy stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.

HAŠKOVÁ, Hana. *Fenomén bezdětnosti*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7419-020-9.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HASTRMANOVÁ Š., L. BOČKOVÁ a E. HAVRDOVÁ. *50+ aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. 1. vyd. Praha: Respekt institut, 2011. ISBN 978-80-904153-2-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-8710-919-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLMEROVÁ, I., B. JURÁŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ, et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, spol. s r. o., 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80247-1369-4.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

JEDLIČKA, Václav et al. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

- JEŘÁBEK, Hynek et al. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013. ISBN 978-80-7419-117-6.
- KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN: 80-210-3345-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie - přehled základních oborů*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-443-8.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Manuál transformace ústavů*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0. Dostupné také z: <http://trass.cz>
- NELSON, J. Todd. *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. 1 st Edition. London: A Bradford Book, 2004. ISBN 978-0262640572.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

SMĚKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti*. 3. vyd. Brno: Barrister &Principal, 2009. ISBN 978-80-87029-62-6.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

STUART-HAMILTON, Ian. *The psychology of ageing: an introduction*. 5th Edition. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd., 2012. ISBN 978 1 84905 245 0.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246.1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2007. ISB 978-80-247-2170-5.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.

WEBER, Pavel et al. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-701-3314-7.

Legislativa

ČESKO: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In *Aktualizace k zákonům III/2006*. 2006. ISBN 80-7365-174-2. Dostupný také z: <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/>

ČESKO: Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD.

ČESKO: Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/vyhlaska/505-2006-sb-kterou-se-provadeji-nektera-ustanoveni-zakona-o-socialnich-sluzbach/>.

Časopisecké statě

HLAVÁČOVÁ, Gabriela. Přejít seniorů do domova důchodců. *Sociální práce*. 2003, č. 2, s. 154. ISSN 1213-6204.

JANEČKOVÁ, Hana a Renáta NENTVICOVÁ NOVOTNÁ. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce*. 2013, č. 1, str. 72. ISSN 1213-6204.

ZIMMELOVÁ Petra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Faktory ovlivňující adaptaci klientů v domově pro seniory Máj, p.o. *Kontakt*. 2007, č. 2, s. 353. ISSN 1212-4117.

Elektronické zdroje

BENEŠOVÁ, Romana. Ageismus. *Socioweb* [online]. 2011, č. 1 [cit. 2014-17-12]. ISSN 1214-1720. Dostupné z: http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186_SOCIOWEB_01_2011_.pdf

SOCIÁLNÍ SLUŽBY VSETÍN. O domově. *Sociální služby Vsetín* [online]. © 2012 - 2013 [cit. 2015-26-02]. Dostupné z: <http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/domovy/domov-senioru-karolinka/o-domove>

SEZNAM ZKRATEK

ČR	-	Česká republika
ČSSR	-	Československá socialistická republika
ESS	-	European Social Survey
NCPTSS	-	Národní centrum podpory transformace sociálních služeb
LDN	-	Léčebna dlouhodobě nemocných
v. z. p. p.	-	ve znění pozdějších předpisů
resp.	-	respektive
např.	-	například
apod.	-	a podobně
tzv.	-	takzvaná
tj.	-	to je

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Periodizace stáří

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s paní Ludmilou

Příloha č. 3: Přepis rozhovoru s paní Martou

Příloha č. 4: Přepis rozhovoru s panem Vladimírem

Příloha č. 5: Přepis rozhovoru s panem Andrejem

Příloha č. 1 - PERIODIZACE STÁŘÍ

Autorem nejstaršího dělení lidského věku je J. A. Komenský, který poslední dvě kategorie nazývá starý muž a kmetství. Pojmem senium nazývá poslední fázi své periodizace Příhoda a dělí je do tří kategorií:

1. senescence od 60 do 74 let,
2. kmetství od 75 do 89 let,
3. patriarchum od 90 let. (KALVACH et al., 2004, s. 47)

Odlišné dělení předkládá ŠVANCARA (in KŘIVOHLAVÝ, s. 18), který pracuje s pojmem stárnutí a zasazuje ho do doby před dovršením padesáti let:

1. stárnutí (presenium) od 46/48 do 65 let,
2. stáří (senium) od 65 let,
3. vysoký věk od 75 let.

Zmínit můžeme také periodizaci, která vychází z dělení B. L. NEUGARTENOVÉ (in KALVACH, 2004, s. 861). Ta reaguje na zlepšující se životní podmínky a funkční stav organismu. Jednotlivé etapy jsou charakterizovány ústřední problematikou periody následovně:

1. mladé stáří od 65 do 74 let,
2. období starého stáří od 75 do 84 let,
3. velmi staré stáří ve věku 85 let a více.

Mladé stáří je typické pro problematiku penzionování, nárůst volného času a prostoru pro aktivity a seberealizaci. V období starého stáří se senioři nacházejí v procesu adaptace a jejich život je provázen stonáním a osamělostí. Ve věku 85 let a více u starých lidí nejčastěji vyvstává otázka zabezpečení a soběstačnosti.

Příloha č. 2 - PŘEPIS ROZHOVORU S PANÍ LUDMILOU

Jak jste se o Domově pro seniory v Karolince dozvěděla?

„No, byla jsem na Vsetíně v nemocnici a dost dlouho už, několik měsíců a přijely tam takové dvě paní a přišly, přivedla je sestřička na pokoj a ony říkaly, že jsou z domova - já nevím, jak se to přesně jmenuje... pro seniory... a že by se chtěly zeptat, jestli až mě propustí z nemocnice, jestli jsem uvažovala nad tím, jestli někam půjdu nebo budu doma. Já říkám, že na to odpovědět nemůžu nijak, že sama zatím nevím, jak to bude. Ale kdybych chtěla, měla jít někam, tak jestli bych nechtěla jít sem k nim. Tak se o tom domově trochu rozmluvily no a já sem říkala, že to ponecháme zatím, až jak bude, až jak to dopadne doma, jestli budu moct být doma. Přes léto doma být určitě můžu. My nemáme doma v chalupě ústřední topení, topí se jenom v kamnech, muselo by se tam topit. A dcera, u které bydlím, tak hlídá děti svojí dceři, protože oni oba dva jsou zaměstnaní na dráze, takže mají směny, takže toho času ... prostě jsem nevěděla, tak mi říkaly, že se potom přijdou zeptat. Tím to jako skončilo a potom přišel pan primář a povídá: „Tak co, půjdete pryč?“ A já říkám: „To záleží na Vás“. A on říká: „Ještě si Vás tu necháme“. No tak, že si mě tam ještě nechají. A na druhý den ráno přijela vnučka s manželem a s kufrem, že jedu domů, že jim telefonovali, že ...oni asi dostali peníze na opravu toho pavilonu, kde jsem ležela, takže potřebovali volné lůžka. Kdo byl trochu schopný, tak ho posílali domů, jinak je překládali na druhé oddělení. ... No a usoudili, že já jsem schopna být v domácím léčení, tak mě poslali domů. Tak a tím to začalo.“ (reakce - A když za Vámi přijely paní sociální pracovnice do nemocnice, řekly Vám dost informací?) „No ani tak moc ne, protože já jsem zatím neměla nějak zájem.“ (reakce - Takže jste se sama ani nedoptávala?) „Jsem říkala, že až kdybych měla zájem, jít někam, že dcera by se určitě informovala. A bylo léto, začínalo, takže já jsem říkala, že přes léto určitě ne.“ (reakce - Takže přes dceru jste potom zjišťovala například, jak to tu funguje, bližší informace?) „Dcera se tu potom jela podívat a líbilo se jí to tu. Ona sama byla v nemocnici, ještě když jsem já byla v nemocnici. Měla zlomené koleno, tak jí to léčily a ještě potom šla na rehabilitaci, no tak pomalu se to táhlo do té zimy. Ted' jsme nevěděli, jestli sem půjdu nebo nepůjdu, tak se sem dcera jela podívat. A líbilo se jí to tu.“ (reakce - Věřila jste jí, když Vám řekla, když vám o tom řekla?) „Já jsem věděla, že doma být nemůžu. To pochopíte, když ona sama ještě nebyla v pořádku, chodila s holemi.“

Měla jste od pobytu při nástupu do domova pro seniory nějaké očekávání?

„Ne, neměla jsem, vůbec jsem si to neodvedla představit. Ale měla jsem hrozný strach. Strach jsem měla! Do neznáma, tak na čisto. Tak jsem si říkala, jaké to bude, co, ...? Ale nelituju toho. Tak jak jsem se toho bála, tak jsem tady spokojená.“ (reakce - Ani když Vám dcera říkala, že se jí to tu líbí, přesto jste měla strach?) „No to víte, protože když někde bydlíte prakticky celý život, tak je to takový veliký skok. Neměla jsem vůbec ponětí, protože jsem nikdy nic takového nezkusila, takže jsem jela úplně do neznáma. Já jsem si nepřála nic, já jsem neuvažovala vůbec, protože, to víte, mě se ani nechtělo jet. Vnuci říkali: „My tě nedáme, my tě nedáme.“ Ale žádný z nich neřekl: „Babičko, my si tě vezmeme!“ Takže ono je to rozdíl. Já jsem sice nebyla vyloženě ležák, ležela jsem přes den, nebo seděla v křesle, třeba tak jak tady. Dcera mě pustila televizi nebo rádio, a aby to velice neřvalo, tak jsem měla sluchátka, abych jich nerušila. Celý den mi to hrálo. A pokojový záchod mi taky koupili (židli s tím kýblem), to je jak v dřevěném baráku starém, záchod venku.“

Jak byste popsal tu samotnou adaptaci, zvykání si na domov. Jak to probíhalo?

„Vzhledem k tomu, jak sem se toho bála, tak jsem to zvládla velice dobře. Přijela jsem, zabydlela jsem se velice rychle. Sestřičky byly velice hodné, takové příjemné všechny, takže já jsem si velice rychle zvykla.“ (reakce - A nějaké úskalí, které jste tady musela překonat, se našlo?) „Ne, ne, opravdu ne. Říkám, jak jsem z toho měla strach, tak jsem se brzy zabydlela a jsem spokojená, už bych nechtěla jít domů nazpátek.“ (reakce - Jak byste popsala první den nástupu, pamatujete si ho ještě?) „No tak přijeli jsme, manžel od vnučky nesl kufr, veliký. Tak jsme přišli, uvedli nás do toho pokoje, byly jsme tam dvě, ta paní tam byla o něco mladší než já, ale o moc ne. Tak jsme se představily a už to začalo.“ (reakce - Mělo to rychlý spád? „No, já si zvykám poměrně rychle, všude se zabydlet, nedělá mi to potíže. No, než se trochu otrkáte, a když jsou na Vás hodní lidi, tak ty sestry opravdu, to se musí nechat, se ke mně chovaly velice pěkně.“

Právě, že jsem se Vás chtěla zeptat, jak Vám v adaptaci/zvykání si pomohl personál? Takže říkáte, že hodně, tím svým přístupem?

„Ano, velice, velice, i teď, prostě si připadáte spíš jak doma, než jak v nemocnici. V nemocnici jsou sestřičky hodné, ale mají toho asi moc, víte, tak to je. Tohle je víc takové přístupnější, nebo já nevím, jak bych to řekla. Že nemusíte mít strach, že Vás někdo bude okřikovat nebo něco, prostě je mi tu dobře.“ (reakce - Cítíte se tu uvolněně?) „Ano, cítím se tu opravdu dobře.“ (reakce - A míra péče ze strany personálu Vám vyhovuje?) „S tím jsem

velice spokojená, jsou hodné sestřičky všechny, já třeba s tou baterkou, já si ji tam sama nedám. A když je tam špatná baterie, tak já sem úplně, úplně hluchá. Před tím, než jste sem přišla, po ránu sem přišla jedna známá, paní. Něco chtěla, ale já říkám: „Já tě vůbec neslyším!“ „Jak to? Vždyť sedím u tebe?“ Já říkám: „Ale opravdu neslyším“. Tak potom sestřička přišla a sem ji poprosila, jestli by mně vyměnila baterku. Ona položila hned všechno, vyměnila baterku, jinak bych s Vámi mluvit nemohla.“

Jak ovlivnil Váš zdravotní stav pobyt zde v domově?

„Tak já jsem prakticky nemocná nebyla, když to tak vezmete, já jsem sem jela zdravá. A zatím chvála bohu je to pořád. Ted' sem trochu nachlazená, prostě nevím, ty průdušky, na tom hlase je to poznat. Ale jinak se tu cítím velice dobře. Mám dvě hole, chodím s nimi, jinak bych teda byla úplně vyřízená, chodím, tady přes chodbu. Takový chodník jsme měli kolem baráku, asi délku, jak je tady přes celý ten... Tak to sem vždycky doma dělávala třeba desetkrát za den. Jsem to přešla sem a tam, tak něco podobného dělám tady, chodím, tak si to třeba přeju dvakrát sem a tam, odpočinu, zase potom...“(reakce - A cítila jste se před nástupem po psychické stránce líp?) „Tak celkem dobře, ale strach jsem měla. Strach. Ne, ani strach bych tomu neřekla, prostě takový pocit... Nevěděla jsem, do čeho jdu.“ (reakce - Po nástupu do domova se to zlepšilo, mám to tak chápat?) „No, já jsem si zvykla velice brzy.“

Jak Vám pomohly při zvykání si na domov aktivizační činnosti, kterých se účastníte?

„Tady nahoře nic, ale dole v těch dílnách, tak co vím, většinou lepím nějaké ty pásky na řetězy, nebo jsem natírala barvou. Takové vystřižnuté ptáčky mi dali a ty jsem natírala barvou, to jsem si položila papír, na to ten obrázek a ted' jsem ho natírala bílou barvou, oni to potom ještě vymalovávali. Takové blbosti, ale zaměstná Vás to a řeknete si, že ještě k něčemu jste. No, jediné, co mi chybí, je čtení. Já jsem strašně ráda od mala od školy četla. Opravdu jsem velice ráda četla. V nemocnici jsem měla knížky, byla tam televize, ale já sama, když nevidím ...chodit. Sestřičky nemají tolik času, aby mě vodily na televizi.“ (reakce - Zkoušela jste jim říct?) „Ne, to poznáte sami, vidíte, kolik mají práce, to bych se ani neodvážila povědět. No zkoušeli to s jídlem, začali mě vodit do jídelny. Já jsem jinak jedla na pokoji na posteli. Dali mi táč na postel, zvedli mi to tu. Najedla jsem se sama, jen když bylo to maso tlustší, tak mě to rozkrájeli. A jedla jsem, že sem ten příbor nezahládla. Byla sem tam asi dvakrát a asi zjistili, že sem se už nehlásila, že tam chci jít, tak se radši neptali, protože přišli na to, že je to pro ně víc práce, než když mi to jídlo dají na pokoj. Od té doby sem jedla pořád na pokoji, na posteli. Tady mi to přitáhli k posteli, tady jsem seděla, Tady mi dali takovou

stoličku pod nohy, tak jsem se docela pohodlně najedla a nikdo nekoukal. Když to maso bylo větší, tak mi to rozkrájela, takže jsem si to napichovala. No bylo to pro obě strany lepší.“ (reakce - Zeptám se ještě, pomohly Vám aktivity seznámit se s někým, když jste tu byla nová, když jste byla např. v dílně?) *„No to ani moc ne, protože když... já znám tady ty lidi, co jsou tu kolem, od vidění, ale tak blíž na kamarádění tu mám asi jen dvě nebo tři.“* (reakce - A jak jste se s nimi teda seznámila?) *„Tak na těch sezeních, když se tam něco probíralo, já nevím co.“* (reakce - Takže vlastně Vám to pomohlo?) *„Pomohlo, necítíte se tak úplně nečinným.“*

Jak teď vnímáte své soukromí? Vy jste předtím byla na dvojlůžkovém pokoji, než jste dostala jednolůžkový.

„Tam nebylo zle, ale ta paní, co tam se mnou byla, měla zvláštní zvyk, ve dne spí a v noci je vzhůru. Ona v noci zpívala o dušu, ona zpívala, ona pěkně zpívala, ale když to máte poslouchat... Ve dne se to dá vydržet, ale v noci je to dost otravné. Nebo křičela na sestřičky, vždyť nic nechtěla, ona měla všechny výhody, pokojové WC jí dali až k posteli, ona nemusela nic. A zpívala, všechny budila. Naši původně chtěli, abych měla jednolůžkový pokoj, ale nebyl volný. To se uvolnilo, přišli, že jestli než to řeknou, kdo by chtěl, že je zájemců víc, tak mě sem zavedli. Mně se to tady líbilo. Záchod tu mám, umyju se tu, tak mám všechno, co potřebuju.“ (reakce - Takže jestli to dobře chápu, tady na jednolůžkovém pokoji to soukromí máte zachované?) *„Akorát říkám, jediné co mi tu chybí, je to čtení.“* (reakce - A nějaké zvyklosti, které jste uplatňovala doma, než jste tady do domova přišla, nějaký domácí rituál, který jste měla a co tady dělat nemůžete? To je to čtení?) *„To čtení nemůžu, jinak ne. Sestřičky jsou hodné, naučili se pouštět mi televizi, než mi přivezli. Toto je moje vlastní, v tom dvojlůžkovém televizi jsme měli taky televizi, ta byla ale ústavní, nebo to tam někdo nechal, než až si to někdy vezmou domů, tak zatím tam byla, tak jsme ji používali. A tady dovezli tu televizi, já si to neumím pustit, když to nevidím, tak mě to sestřičky pouštějí, opravdu si nemůžu stěžovat.“* (reakce - I personál Vás respektuje, co se týká soukromí, když např. nechcete být rušena?) *„Ne, tak ony nemají čas, aby mě chodily rušit. Pustí mi TV a udělají co je potřeba, pomůžou mi při oblákání, prostě co je potřeba, když sem po snídani, potom jenom přijdou, uklízečka... každý si svoje udělá.“*

Jak byste popsala Váš současný rodinný život? Předtím jste bydlela doma s dcerou, teď jste tu sama za sebe.

„Já jsem zvyklá celý život prakticky být sama.“ (reakce - Jste spíš samotářský typ?) *„Nejsem tak ani samotářský typ, já mám ráda společnost, ale já když sem mohla číst, tak mi*

*nechybělo nic. To čtení, to je jediné, co mi chybí, že opravdu nemůžu číst. Ale s tím už jsem se taky smířila, protože nemožné věci nežádá ani Pán Bůh. ☺“ (reakce - Jste v kontaktu s Vaší rodinou?) „Ano, se všemi. Vnučky sem jezdí občas, když mají čas. Jedna bydlí na *****, nemá to tak daleko, tak ta mi sem jezdila dělat manikúru a pedikúru. I stříhat mě chodila, teď sem chodí holička na denní pobyt a stříhá nás. To nás přihlásí, sestřičky už vědí, jestli potřebujete ostříhat nebo ne. Je to asi 14 dní nebo 3 neděle co nás stříhala. Syn je ještě zaměstnaný, dcera byla s kolenem nemocná, sotva chodila, tak podle možnosti sem jezdí. Jezdili a jezdí, jak kdo může, tak dojede. Když jsem byla na *****, tak tam jezdili skoro každý den, tam to měli blízko, bydleli na *****, měli to kousek. Ale i tak, pokud můžou, přijedou.“*

Nakonec bych se Vás chtěla zeptat, jak dlouho byste řekla, že jste si tu zvykala? Troufnete si říct časové období?

„Ne, ne ani zvykala dlouho. Tak bych to neřekla.“ (reakce - Jestli byste to řekla jinak, zkuste.) „Řekla. Zvykla jsem si poměrně dobře. Snad tím, že mi tu nic neschází. Doma je doma a ústav je ústav. Ale když jsou na Vás lidi hodní, žádné sekýrování, nebo když něco potřebujete, že pomůžou, tak vám to už ani nepříjde, tak jsem to myslela. Že jsem si zvykla opravdu dobře.“

Chtěla byste něco dodat, co je pro Vás důležité zmínit a neptala jsem na to ohledně adaptace?

„Já tím, že můžu chodit, tak kromě toho teda, že teď nesmím, tak když můžu chodit, tak nic víc nepotřebuju. Já si to projdu, když mě někdo pozdraví, odpovím, nebo pozdravím je, ale tak blíž žádné kamarádství jsem nehledala. Tady s jednou paní jsem se seznámila. To pár lidí, tak 6, co znám, že k nim zajdu nebo oni sem. Když chci jít, jdu ven, tam bydlí hned jedna naproti, s těma se už znám, chvílku tam zajdu, posedíme, něco povíme.“

Příloha č. 3 - PŘEPIS ROZHOVORU S PANÍ MARTOU

Na úvod bych se Vás chtěla zeptat, jak jste se o Domově pro seniory v Karolince dozvěděla?

„Všechno mi to zařídila moje dcera. Kde se to dozvěděla, já nevím. Já jsem ležela na LDN.“ (reakce - Takže o domově Vám řekla dcera?) „Ne. My jsme se nějak doma nepohodli s naším, protože on chtěl po mě takové věci, které já bych nedokázala dopustit. On tak pořád mnohoženství a já? Už jsem na to prostě neměla. Pak jsem mu jednou řekla, že: „Mnohoženství mít budeš.“ Ale mě to nenapadlo, že dcera to někde slyší někde pod okny nebo já nevím, kde se to dozvěděla, nebo jsem jí to já řekla, já nevím. Jenom jsem mu řekla, buď půjdu do domova důchodců, nebo do nebe. Dcera se to nějak dozvěděla. Možná, že jsem jí to i já řekla, ale já si to prostě neuvědomuju. Tak ona se mě zastávala, aby si mě na té LDN nechali, já nevím, jak dlouho sem tam byla. A jednou za mnou přišla ta paní, co to zařizuje, do nemocnice a říkala mi: „V pondělí nastupujete do domova důchodců do Karolinky“. To jak kdyby mi dal někdo kus zlata. Jsem si říkala, konečně budu mít klid, konečně si tu můžu dělat, co chci. A tím to skončilo.“ (reakce - A jaké informace Vám třeba řekla, řekla Vám, jak to tady funguje?) „Samozřejmě mě to řekla, ale já si už z toho nic nepamatuji. Pamatuju si akorát, že jsou tu třílůžkové pokoje, jinak je to tu ke spokojenosti. A nevím, jestli tu nebyla dcera předtím dojetá. A přišla za mnou na LDN: „Mamko, v pondělí asi nastupujete do Karolinky.“ A že je to ta opravdu pěkná. A říkám, no jak si se to dozvěděla? „No to Vám nebudu vykládat.“ To si nechala pro sebe. Já už sem hlavně věděla, že pojedu. Já jak jsem myslela, že už pojedu v pondělí, tak jsem myslela, že se toho pondělka nedočkám, že budu mít konečně klid. Konečně, by se řeklo, takový náhradní domov.“

Měla jste od pobytu v domově nějaké očekávání, představy?

„Žádné. ... Tak třílůžkový pokoj, že nemůže být velký, že tam nemůže být výtah. Já jsem potřebovala, aby byl klid. Jinak mě nezajímalo, jestli je tu přepych nebo chudoba, ta by mi nevadila, hlavně, že jsem už byla pryč. Jak mě to pondělí odváželi, jsem to pondělí pomalu brečela, od radosti! No těm pacientkám jsem všem řekla, co tam se mnou byly, sbohem, na shledanou někde jinde, ale v nemocnici už ne.“ (reakce - Takže takové přání Vaše bylo, jestli to dobře chápu mít klid, ani Vám nezáleželo na tom, jak to tu vypadá.) „Ne, na ničem mi nezáleželo, jenom zmiznout z tamy za včasu.“ (reakce - Nějaké očekávání, že se tu i o Vás postarají, na to jste myslela?) „No to sem věděla, jsem si říkala, to je něco podobného jak

na té LDN, tak Vám donesou jídlo, tak vám donesou oblečení, tam vám přebalí, to jsem si tak nějak představovala, že to nějak bude. Nebála jsem se ničeho.“

Vybavujete si ještě, jak probíhala samotná adaptace, Vaše zvykání si tady?

„Nepamatuju. Prostě mě tu dovezli, tu mě položili na postel, přijela dcera se synem, dovezli mě věci a pak přišla ještě jedna dcerka, ta jim to pomohla naskládat do skříně, jinak mě nic nezajímalo, jenom jsem si říkala, „Už jsem v dobrých rukou“, jak jsem viděla ty sestřičky, jak se starají. Třeba jsem říkala, sestřičko, já jsem strašně moc počůraná, ona říká, to nevadí, hned Vás hned přebalím. Já jsem si říkala, tu je člověk v dobrých rukách, člověka nenechají pracovat. Mě přebalila, jsem poděkovala. Jinak jsem tu naprosto se vším spokojená.“ (reakce - Takže nebylo tu nějaké úskalí? Co se Vám nelíbilo?) „Ne, nic.“ (reakce - Bylo to pro Vás teda, jak říkáte, spíš radostné?) „Vysvobození! To víte, že jo!“

Jak Vám v adaptaci/zvykání si pomohl personál?

„Tak prostě se o mě starali, neměli na mě nějaké takové nejisté věci, které bych já dokázala nebo něco takového. Jenom vždycky sestřičky se mě ptaly, jak jsem spokojená. Já říkám: „Sestřičky nad zlato! Já už vím, že jsem doma, jinak mě tam nic nezajímá.“ (reakce - Takže Vám vyhovuje ta míra péče ze strany personálu?) „Vyhovuje, fakt je to tu zlaté, je to tu k pohledání. Málokde... ležela jsem kolikrát v nemocnici, ale takové toto to jsem ještě nezažila. Tak sestřičky, to prostě.... Když můžou, podle svých možností, když nemůžou, tak je přední jejich práce a po nich jsou druzí.“

Jak ovlivnil Váš zdravotní stav pobyt zde v domově?

„Tak to víte, ze začátku to pro mě byl takový šok. Takové jiné všechno, prostě změněné, doma jsem byla zvyklá na to tak a na to tak. Pak jsem si říkala, ať se děje vůle boží, už jsem tu, tady, už to mám všechno za sebou a to ostatním na to snad někdy zapomenu... Ne, na to nezapomene člověk nikdy na ty, prostě na to všechno nezapomenu. Si říkám, už jsem tady doma, už mám klid, už mi nemusí nic vykládat. Bud' chtěl to, nebo ono. Víte, dovezli mě z nemocnice, den před mým svátkem, a já jsem chodila o berle a uvařila jsem si v kuchyni kafe, on ležel a já jsem šla za ním a říkám: „Prosím tě, mohl by si vstanout a donést mi to kafe do obývacího pokoje?“ Nic víc jsem po něm nechtěla. On z té postele vstal a říká: „No, to si můžou takové zdechliny, jak si ty, to si můžeš i z kuchyně do obývacího pokoje donést.“ Ho to nezajímalo. No a já mu říkám, neboj se nic, snad se Pá Bůh smiluje a snad mi odtud pomůže. Tak jsem šla do kuchyně. Na druhý den přijela dcera, mi popřát na svátek. A už jsem se necítila nějak

na dvakrát. Potom se mi zatemnila tak hlava no. Poobědvali jsme, mně dováželi oběd. Chvilí jsme poseděli a už jsem věděla, že je zle. Tak jsem volala 155. Věděla jsem, že je dcera na šichtě, že na ni nemůžu čekat, než mně pomůže. Nevěsta, ta dělala, protože je soukromnice. A nemůže se někomu tak věnovat, musí se věnovat svojí práci. No a jela ta rychlá sem, přijela, naložili mě a říká mi ten doktor v té sanitce: „No paní ... nejvyšší čas, kdoví, jak byste po hodině dopadla.“ No a vyjžděli jsme na křižovatku na hlavní a zrovna jela dcera z práce. Hned přijela, otce se ptala, kde jsem a že oni ji kdesi odvěkli a že on ani neví kde. Tak mě to potom říkala: „Mami, já jsem se o tom všem dozvěděla.“ Víc jak měsíc tam za ním ani po dva krát nebyla, co potřebuje nebo něco takového, protože ji to zamrzelo. Přijela za mnou, říká mi: „Mami, už je dobře, už jsem mu zařídila pomocnice z Charity, aby mu udělali pořádek, aby se na něho dohlédlo, na jídlo a takové věci.“ (reakce - A Vás odvezli na LDN do nemocnice?) „Jo, rovnou a zůstala jsem tam.“ (reakce - Váš zdravotní stav těsně před nástupem - a když byste to měla zhodnotit, zlepšilo se to nebo zhoršilo?) „To víte, že mi tady už bylo dobře. Už jsem na to nemyslela. Tady, když mě i něco bude bolet, vždycky je tu pomoc, nemusím vždycky volat rychlou, aby mě odvezli nebo doktor aby mě vyšetřil, tak už je to vždycky líp přístupné. Jinak jsem tu naprosto spokojená, se vším.“ (reakce - To jsem ráda, že to říkáte, že to slyším.) „No, opravdu, necigáním Vám, že bych nějak přeháněla nebo něco. Když člověk potřebuje a ony mají možnost, třeba někdy mají moc práce, nemůžou ji odložit, třeba něco s pacienty něco, něco. To já prostě zazvoním, když nepřijde, nepřijde, přijde podruh, no naštěstí se mi vždycky podařilo, že když jsem někdy potřebovala, sestřičky vždycky přišly a pomohly mně. Jinak jsou tady opravdu hodné.“

Jak Vám pomohly při adaptaci/zvykání si na domov aktivizační činnosti? Myslím různě přednášky, besedy, chodíte, účastníte se?

„Chodím, včera jsme byli i v jídelně, měli jsme tam i před Vánocemi nějaké posezení pro pacienty. Všichni tam byli svezení. Potom jsme měli, ...tam je taková kaplička, v ní nám promítali zase filmy o horách a o takových těch starosvětských chalupách. No a chodíme vždycky ve středu, tady jak je ta TV, tam míváme vždycky takové posezení, chvilku nás tam cvičí, na rehabilitaci. Tam nám o něčem vykládají, o ledajakých hercích a my si je máme pamatovat. Oni nám ho pustí na nějakém videu, nebo co to je a jestli poznáme hlas toho zpěváka. Tak někdy jsme to ustihli a někdy jsme na to nepřišli. To vždycky tam ve středu.“ (reakce - A když jste na těch aktivitách, pomáhá Vám to nějak?) „Tak to víte, že na to nezapomenete, si řeknete: Aha, to je ten zpěvák, ta se jmenovala tak.“ Že jsem to nevěděla, ale už bylo pozdě, už jsme byli pryč, už jsme jim nemohla říct: „Já jsem ji poznala.“ (reakce -

Důležité je, že alespoň Vy víte, že jste si vzpomněla, že Vy máte ten pocit, že jste úplně nezapomněla.) „Včera jsme taky měli to cvičení a paní nám ukazovala fotky ptáčků všelijakých, někdo ho poznal, někdy jsme nemohli přijít na to, co to je až ona nám to řekla, co to je, asi to pod tím měla napsané. Tak nám řekla, no, ale kde to je, já už jsem tolik roků od hory, ne od hory, to jsem kousek. Ale teď nám tady taky ještě nějaký zazpívá.“

Vy jste teď umístěna na třílůžkovém pokoji, jak vnímáte vaše soukromí?

„Normálně.“ (reakce - Neomezuj vás to nějak, že ještě dvě další uživatelky s Vámi sdílí pokoj?) „Ne, ta jedna u těch dveří je taková, ta za to ale chudera nemůže. Naprosto spokojená s nimi. Ta babička tu vedle tu věčně spí, takže nemám tu žádné problémy s nimi. Jsem naprosto, jsem tu spokojená.“ (reakce - Jsou nějaké zvyklosti, nebo váš rituál, který jste doma uplatňovala a tady nemůžete?) „Ne.“ (reakce - Máte zachovaný ten režim, co jste měla doma? „To mám tak v myšlenkách, všelijaké ty... jak jsem to měla doma zařízené a co sem dělala v tedy a v tedy, ale říkala jsem, už na to musím zapomenout, protože jsem říkala, někdy by se člověk zbláznil. Ale mě se o tom tak zdálo, ale pak jsem si říkala: „Nebud' blbá, vzpamatuj se, vždyť si na jiném domově, tady už jsi šťastná.“ Tady co jsem chtěla, to se mi splnilo, co bych si víc přála. Jinak jsem tu naprosto spokojená i s těma pacienty.“

Jak byste teď popsala váš rodinný život? Předtím, než jste tady do domova nastoupila, jak to bylo před a jak nyní?

„Děcka za mnou chodili do našeho bytu nebo jsme židličky měli venku, tak jsme si sedli, uvařili jsme si kafe. Nebo oni opékali, tak jsem si tam s nimi něco dala. S děckama jsem neměla žádné problémy, děcka za mnou chodily a chodí tady furt. Takže v tomto se nic nezměnilo. To víte, že Vás to potěší, když vidíte děcko. Tak jak třeba nevidíte 14 dní maminku a pak ji vidíte, tak potěšilo by Vás to? Tak mě to vždycky potěší, když přijedou. Říkala jsem jim: „Děcka, nedělejte si nějaké násilnosti, nejsem malé dítě, pochopím, to, že máte moc práce. Chod'te, jak to komu vyhovuje, já po vás nevyžaduju nějaké přesné návštěvy nebo dny, já to po Vás po žádném nechci.“ Včera bylo škaredě, předevcírem přišel syn za mnou. My jsme měli dole kafe, tam mě pozvala jedna dole, uvařila nám bylinkový čaj. Tak jsme si chtěly povykládat, přijel syn i s nevěstou. Tak ta paní co nás tam vedla, říkala, paní ... můžete odejít, já už vím, že je to vaše návštěva. Oni za Vámi přijeli. Tak jsme vyjeli, nahodili mi kabát, jako bundu, šátku na hlavu a takovou káru, hodili mě na to a jeli jsme tady do takového údolí. Tak jsme ušli, tak kilometr jsme byli daleko. Tak říkám, vraceli jsme se, furt světlo, tak jsme přijeli, vnuk říká: „Babino, trvalo nám to hodinu, než jsme dojeli sem, kde jsme chtěli být.“

Jinak jsem byla šťastná, že aspoň ten jeden den. Bylo tak nádherně, že jsem mohla... prostě, že mě vyvezli ven na čerstvý vzduch. Včera bylo škaredě, byla změna.“

Ještě se Vás zeptám, jak dlouho jste si tady zvykala?

„Tož brzo, já si zvyknu brzo všude. Mě to tak 2,3 dny vadilo, než jsem se vzpamatovala, kdy přijde jídlo, kdy přijde to, kdy to, ...než jsem se trochu zapracovala. Ted' už je mi to jedno, kdy přijde oběd, jestli o půl 12 nebo o půl 1 mě je to jedno. Víím, že přijde a nemusím se starat.“

Příloha č. 4 - PŘEPIS ROZHOVORU S PANEM VLADIMÍREM

Jak jste se o Domově pro seniory v Karolince dozvěděl?

„O domově? Přes Vsetínskou charitu.“ (reakce - Přes Vsetínskou nemocnici?) „Byl jsem tam na 2. patře, jak se to jmenuje...?“ (reakce - Na LDN myslíte?) „Ano.“ (reakce - Kdo Vám tam o domově přišel říct?) „Sestřička, že půjdu do Karolinky, že je to lepší tu pro mě. Co jsem tam byl, to jsem ležel. Mám domov tady teď.“ (reakce - Pamatujete si, co vám tak o domově řekla, jaké informace?) „No nic moc, jak to tady je. No základní věci.“ (reakce - Informační leták jste dostal?) „Jo, to jsem dostal, i řád, jak se tady chovat.“

Co jste od pobytu při nástupu do domova pro seniory očekával?

„Mně je to volné. Nic víc, než takové počasí, jak je tady. Nebo jak chodíme pojišť, na denním pobytu. Když je pěkně, tak člověk vyjde ven, to je zajímavější.“ (reakce - Měl jste nějaké přání, co by tu mohlo v domově být?) „To ani nic, jaké přání? Ven se dostat, pokud je pěkně, tak sestřičky s námi chodí ven. Já mám tu hůl, tak ji musím jedině o té holi a se sestřičkou. Sám se nepustím.“ (reakce - Pamatujete si ještě, jak probíhalo to zvykání si tady, ty první dny?) „To bylo hrozné, jsem se nevyspal. Změna no. Ted' už jsem si zvyknul.“ (reakce - Byly tu i nějaké příjemné momenty pro vás při nástupu? „Sestřičky.“ (reakce - A naopak něco s čím jste bojoval?) „Ne, prozatím ne. Sestřičky jsou příjemné.“

Jak Vám v adaptaci/zvykání si pomohl personál?

„Tak ty sestřičky kdykoliv všechno zajistí.“ (reakce - Můžete říct tedy, že pomohl?) „Pomohly.“ (reakce - Jejich přístup k vám jak hodnotíte?) „Kladně, protože co jim řeknete, pomůžou hned. Kdykoliv, co potřebujete, pomůžou.“ (reakce - Vyhovuje vám tu míra péče, která je vám tu poskytována?) „Jojo, to jo.“ (reakce - Nejste nějak omezován?) „Ne, v žádném případě.“

Jak ovlivnil Váš zdravotní stav pobyt zde v domově?

„Chodit, chodit mě chybí. Chodit, jenomže už nejste tak pohyblivý, jak jsem byl a po té operaci to je. A změna počasí, to je hrozné.“ (reakce - Rozdíl před nástupem do LDN a tady?) „Tady je to lepší, na té LDN byl trochu větší pohyb, člověk mohl jít ven, sednout si na lavičku.“ (reakce - Takže ta volnost tu je, je větší.) „Je větší.“

Vy se účastníte aktivit, které se tu konají. Jak Vám pomohly při zvykání si na domov?

„Jojo, na každou chodím. V čem mně pomohly? V tom, že si můžu líp chodit. To sem měl takový vozíček, to se říká chodítko nebo jak. To bylo úžasné, já jsem ani mezi židle si sednout. Kdepak! Já jsem jenom chodil. Tam dáte ruce. Akorát jsem dělal dlouhé kroky, jsem jim utíkal pořád. Mám je dlouhé no. To bylo dobré to chodítko.“ (reakce - Takže Vám pomohlo, když jste se tam na to šel podívat?) „No, i když jsem neměl, já jsem si to vyžadoval, jsem se šel projít. ... Ven, na jaře, když se opékaly špekáčky, na harmoniky, se psiskama tam přišli, to je takové dobré.“ (reakce - Jste rád venku, že?) „No.“ (reakce - Jak jste to teď zvládal přes zimu?) „Přes zimu, to jsem tady po první, je to horší přes zimu. Se nedostanete ven na chvíli tady. No aspoň tady toto. Děkuji, že je to tady takové dobré no.“ (reakce - Seznámil jste se díky aktivitám s kolektivem?) „Jo, jo. Jsem se všema kecal. Necháávají mě chodit.“

Jak teď vnímáte své soukromí?

„Chrápe, chrápe moc. A tak to je každý, když je už starý. Pokud nám bylo dvacet roků...“ (reakce - Jsou nějaké zvyklosti, které jste uplatňoval doma, a tady nemůžete?) „Auto. Třicet let jsem jezdil a teď nemůžu no.“ (reakce - Tak to je otázka i věku určitě.) „No, jsem dělal šoféra z povolání. Jsem byl na to zvyklý a teď je člověk na důchodu.“

Jak byste popsal Váš současný rodinný život? Má Váš nástup do domova na tom nějaký vliv?

„Doma byly dvě holky a manželka, tak jsem s nima byl denodenně a tady... Tož už to musím doklepat. Moc toho nemám před sebou, už čekám na smrt.“ (reakce - Jejich návštěvy jsou časté nebo jak to berete?) „No prozatím ne, jsem s nimi domluvený, že přijedou, ale nevím kdy. Já jsem jim psal, že jsem tady. Ještě jedna sestřička mi říkala, že jim zkusí napsat sama, že jsem tady v domově. Nemůžu psát, ruce mám ztuhlé, nenapíšu nic, jen noviny čtu.“

Ještě bych se Vás chtěla zeptat, jak dlouho jste si zvykal, nebo si ještě pořád zvykáte?

„Ještě si zvykám pořád, protože to není všechno. Nevím, jak bych to řekl? Třeba každý čtvrtek máme, to bylo minulý týden. Ty dny se provedou a uteče to. To trvá do oběda a uteče to. Člověk si i ... na jinčí věci přijde.“

Chtěl byste mi ještě něco říct ohledně vašeho zvykání si, nástupu tady?

„Zvyknout si musím na všechno. Já jsem takový, že se přizpůsobím hned.“

Příloha č. 5 - PŘEPIS ROZHOVORU S PANEM ANDREJEM

Ráda bych se Vás nejprve zeptala, jak jste se o Domově pro seniory v Karolince dozvěděl?

*„O domově jsem se dozvěděl prakticky na LDN, kdy za mnou přijeli, dali mi prospekt a ukázali mi, jak to tu asi vypadá.“ (reakce - Takže jste od nich obdržel takové základní informace?) „Na LDN, no.“ (reakce - Co Vám ještě řekli?) „Nic, jen prostě že by byla možnost, s tím ukázali ten prospekt, že by byla možnost nebýt na LDN, ale že by byla možnost přejít do domova důchodců, protože já doma sám být nemůžu.“ (reakce - Pomohly Vám ty informace?) „Tak okrajově ano.“ (reakce - Sám jste se i doptával?) „Ano, pacientů jsem se ptal, jestli někdo něco ví, to víte, že ***** je daleko. Ty informace, jak to vypadá. Byl se mnou spolubydlící na pokoji na LDN, ten je odsud z Karolinky, tak mi říkal, jak to tady vypadá asi. Tak jsem asi věděl, o co se asi jedná.“*

Co jste od pobytu zde očekával?

„Očekávání, takové korektní jednání k mému zdravotnímu stavu a vzhledem k věku. Nic víc.“ (reakce - Máte svůj standard a chcete, aby byl zachován, že?) „Ano, na to jsem zvyklý celý život.“ (reakce - Měl jste nějaké vyložené přání, které byste chtěl? Např. měl jste požadavek na jednolůžkový pokoj?) „No, tak protože já nevím, jestli to tady můžu říct. Já jsem myslel, že tady budu na pokoji a že budu mít soukromí. A nemůžu si pomoci, tady není větrání, co by mělo být, když jsme tady takoví ležáci, tak já si tady připadám jak na WC.“ (reakce - Já se na Vaše soukromí ještě budu ptát, tak k tomu se tedy vrátíme. Jinak Vaše představy byly naplněny?) „Já jsem myslel, že tady bude.... Tak celkem jo a ne no. Víte co, jednu chvíli to je lepší a myslel jsem si víc, že tady bude větší soudržnost mezi lidmi. Tady je všechno individualismus udělaný a je to horší, jak malé děcka na pískovišti.“

Jak probíhala samotná adaptace?

„Moc dobře ne.“ (reakce - Byla tam nějaká úskalí, která jste musel překonat?) „Já jsem takový člověk, že to co musím dodržovat, nějaký řád, tak se ho snažím dodržovat ve všech bodech.“ (reakce - Je tady denní režim jiný, než jak jste měl vy. Dělá vám problémy si na něj zvyknout? „Tak já jsem byl doma předtím, já jsem předtím chodil jenom do práce, takže pořád v práci, práce domů, takže já jsem to měl jednotvárné a tím, že sem byl takovou

dobu v cizině, tak to úplně narušilo ten můj harmonogram, protože já jsem byl odkázán, když jsem jel do světa, nucený dělat od rána do noci. Sobotu i neděli. Prostě celý týden, pátek svátek, pořád se natíralo. To bylo o něčem jiném, prakticky mě řídilo velvyslanectví a i další instituce v těch zemích.“ (reakce - Prakticky jste to měl nalinkované, že.) *„No, to nešlo jinak. To jsem se musel postavit na rohy a být nepřítel s velvyslancem.“* (reakce - Vy jste říkal, že adaptace tedy neprobíhala moc dobře. V čem vidíte vinu, na čem to podle Vás záleželo?) *„Těžko můžu někoho vinit, ... těžko říct. Na toto slova nejsou.“* (reakce - A nějaké příjemné okamžiky? Něco co Vás potěšilo v souvislosti se zvykáním si, něco co Vám tu pomohlo?) *„Já jsem, abych se přiznal, pořád se tu cítím jako na chvilkové návštěvě, jak se říká. Já jsem přece jen *****, jsem patriot, ten patriotismus tam odě mě ještě pořád je, že prostě ***** jsem.“* (reakce - Takže chápu Vás, že je to tu pro Vás jakési přechodné období ?) *„Asi tak.“*

Jak Vám při zvykání si pomohl personál?

„Jak kdo.“ (reakce - Záleží to individuálně na určité osobě?) *„Ano.“* (reakce - Vy rozlišujete, vidím. Takže i přístup personálu k Vám je individuální?) *„Ano.“* (reakce - Míra péče, která je Vám tu poskytována Vám vyhovuje?) *„Ta je celkem na úrovni, ta je v pohodě.“*

Jak ovlivnil Váš zdravotní stav pobyt tady v domově?

„Strašně moc. Po psychické stránce, jak po fyzické stránce, to se prolíná mezi sebou. Protože já tím, že se mi zhoršuje zdravotní stav, tak se mi zmenšuje fyzická síla a přenáší se i do psychicky. Takže nestíhám to, co bych stíhal, když jsem na tom byl trochu líp. I to přesezení, pohyb na posteli, všechno je úplně jinačí. Si nedovolím to, co jsem si dovolil dejme tomu před půl rokem a co si dovolím teď. Doma jsem si dělal všechno sám.“ (reakce - Takže nástup tady je pro Vás ze zdravotního hlediska významný.) *„To určitě. Doma mně donesli oběd, co jsem si platil přes obec, to mi dovezla paní, co to roznášela, já jsem nachystal jenom jídlonosiče. Bud' mi nabrala ona oběd, nebo přišla moje... půlku jsem snědl já, ... menší půlku já, větší půlku jsem jí dal. Nebo děckám. Já sním málo, já sním 2 knedlíky, jsem slabý jedlík. Já bych 5 knedlíků nesnědl, kdyby mi za to slibovali hory, doly, já bych to nemohl. Dneska je svíčková, tak vím, že sním 2 knedlíky.“* (reakce - Ještě něco co se týká zdravotního stavu, co byste chtěl zdůraznit, když jste nastoupil do zařízení?) *„Akorát toto (ukazuje na amputované končetiny). V tu středu jedu na Vsetín (neurologické vyšetření dolních končetin) a já jsem se ptal, jestli mi dají občanský a zdravotní průkaz. To jsem jim dal, občanský průkaz mi vystavovali nový. A bez občanky, bez dokladu do nemocnice nemůžu jít. Se na mě dívali, že co to chci. Já říkám, jen doufám, že jsem svéprávný. To Vám jen*

vysvětluju, kdy jsme si malinko nasedli, oni se na mě dívali, co to chci.“ (reakce - Takže tady jste viděl konflikt kvůli Vašemu zdravotnímu stavu.) „No, prý co to chci, jsem říkal, jak můžu jít k doktorovi do špitálu, bez občanky, bez kartičky pojišťovny. Bych si připadal, jak kdybych nebyl svéprávný, jak mi to nechtěli dát. To mě trochu zarazilo.“

Můžete říct, v čem Vám pomohly besedy, setkání vzhledem k adaptaci?

„No tak chodívám, když je mi dobře, tak jdu. Já kdy mě trnou v noci pahýly a bolí, sedět tam dvě hodiny skoro, to není taky dobré. Akorát jsem tam zahlednul nějaké ty lidi tady z domova, ale já nevím ani odkud jsou, já se přiznám. Já tady co je, tak jsem se s nimi potkával při jídle a teď to samé dům, když jezdím tam do té hlavní jídelny. Tak jinak.“ (reakce - Jak Vám to tedy pomohlo při adaptaci, když jste tu byl nový? Jestli to vůbec nějak pomohlo?) „Jsem si připadal jak papoušek v ZOO.“ (reakce - Nelíbilo se vám to, ano?) „Ne! Protože mě očumovali jak papouška v ZOO.“ (reakce - Byl jste pro ně nový.) „Nový. Ale díky třeba tomuto pánovi, který mě pomlouvá kdesi cosi. Přitom kdybych já takové věci řekl na něj na plno. Kdybych to tady řekl, tak to by byla hrůza. Tady ten, jak jsou ty noviny, já si ho pamatuju ještě, když jsem ležel ve špitále, on se mnou. Ale kluk, jak jsem bydlel v ***, já jsem mu vzpomněl to jméno a on mi říká, jak ho mlátil, jak ho našli tam a tam. To byl největší podrazák, který se vůbec může najít. Pane Bože! Já mám s takovým být na pokoji a O. to samé. On všem dělal naschvály prostě. S těma říkám, budu na pokoji.“ (reakce - Takže jestli to za Vás můžu shrnout, chápu to dobře, že jste se tady na pokoji sešel s takovými lidmi, se kterými jste se v minulosti znal a není to pro vás zrovna jednoduché tu být.) „No to není, je to, ... já tomu říkám, že jsem se dostal mezi nože. Víte proč říkám, že mezi nože? No když máte dva křiváky, je to těžké.“

Já na to navážu právě vaším soukromím, Vy jste to už předtím zmiňoval. Takže své soukromí vnímáte, že je omezováno? Vy jste na třílůžkovém pokoji, kde jsou s vámi další dva uživatelé, s kterými navíc nevyhazíte, jak říkáte.

„Ne, já jsem ... já je nezdravím, nic. S ním se bavím, pořád chce pomoci. To je těžké no, on je nesvéprávný. Já se můžu jít klouzat. On tím, že já ho znám od patnácti let, protože bydlel vedle mě, proto se obrací pořád na mě.“ (reakce - Shrnul byste ještě krátce, jak nyní vnímáte své soukromí?) „No, slabě, moc velké není.“ (reakce - Souvisí s tím Váš požadavek na sociální pracovnice, že se chcete přestěhovat?) „No, asi tak nějak. Jestli by bylo možno, jestli se něco uvolní. No prostě dvoupokojový, někam do klidnějšího prostředí.“ (reakce - Necítíte se tu v bezpečí. „Ano,... ten se pohybuje, on si přejde. Ke stolu, k tomu chodítku a

čaruje, může si jít kde chce.“ (reakce - Prostě mu nevěříte, že.) „Ne, to jak se choval před tím... a když mě to říkal, ten pán z nemocnice, pak mě to říkal i kluk, co jsem u něj bydlel.“ (reakce - Nevěříte mu, protože s ním máte špatné zkušenosti z minulosti.) „Každý mě řekl, že se s ním nikdo nebaví ani tam, ani tam, on se odstěhoval do Karolinky,... Nečekal jsem, že se s tím člověkem potkám na pokoji.“ (reakce - Vidím, že je tady napětí.) „To je.“ (reakce - Jsou nějaké zvyklosti, které tady můžete/nemůžete uplatňovat? „Já jsem byl doma zvyklý na TV. Mě tam hrála TV, i když mám šedý zákal, tak jsem si ji pustil, a tak jsem se průběžně poslouchal zprávy a další věci a tady vůbec, jsem o ni ztratil vůbec zájem.“

Jak byste popsal svůj současný rodinný život?

„No, ten nestojí za nic. Asi tak nějak. Sestra sem jezdí, děcka když potřebuju, tak teď mě přivezla Š. Přijela tady bývalá. Potřeboval jsem jim dát peníze, na koupi oblečení. Vybral jsem, ať si něco nakoupí. Něco dceři, něco synovi. I když syn můj není, ani druhá dcera není moje. Takže já mám prakticky jedno dítě.“ (reakce - Takže ten Váš kontakt, přál byste si, aby byl častější?) „Š. sem tam, když tady za mnou přijede něco domlouvát, tak i kluka tady bere. I nevlastní dceru, kterou jsem vychovával od dvou let. Ted' má dvacet, tak přijde, i když není moje. Tak jsem se o ni staral, skoro až do teďka.“ (reakce - Jde vidět, že jste si vybudovali dobrý vztah.) „Ona, když má volnou chvíli, tak tady vletí. Ještě když chodila s klukem, tady z Karolinky, to se tu stavila vždycky. To je těžké. Já sám do života nikomu nemluvím. Akorát dceři... to jsem jí řekl, že se mi něco nelíbí. Šla dělat do ochodu, výplata žádný, dlužili jí a přišla s břichem. Já to řeknu, jak to je.“

Vrátíme se ještě k adaptaci, jak dlouho byste řekl, že jste si zvykal?

*„Já si pořád ještě zvykám. Já jsem tím, že jsem byl zvyklý adaptovat se na kdejaké prostředí ve světě, tak mi to nedělá problém, já jsem dost tvrdý na sebe. Když se někdo ke mně chová slušně, já se k němu taky chovám slušně, a tím pádem si nějakou vazbu s těmi lidmi po trochách najdu. Takže tím, že jezdím do té druhé jídelny, tam jsou odjinud, tak s nimi se víc dám do řeči a vykládáme. Už tam mám i jednoho z *****, z vesnice. Takový... sedím s ním u stolu, on mně pomůže, já mu zas nějak jinak se snažím revanšovat. Já mu třeba nechám věci, pomeranče, které nejím, to mu všechno dávám. Jídlo, které nesním, to mu všechno předávám, on si to vezme, vynese nahoru. On mi zase vezme talířek, protože já ho nemám, jak odnést. My se podporujeme. Akorát to se mně totálně nelíbí, tak každý člověk tady povídá na dalšího, na toho, na toho, že je to blázen. A já když se podívám na ně, tak skoro z 90 % je tu samý blázen, podle toho jak to vykládají oni. Dá se konverzovat i s lidmi, kteří jsou*

kultivovaní lidé, dobře společensky na úrovni, s vystupováním, se vším. A jsou lidi, kteří za to svým způsobem nemůžou. Oni se chovali dřív, dokud byli mladí.“

Příloha č. 6 - SOUHLAS UŽIVATELE S AUDIONAHRÁVKOU ROZHOVORU

SOUHLAS UŽIVATELE S AUDIONAHRÁVKOU ROZHOVORU

Souhlas uživatele Domova pro seniory Karolinka s audionahrávkou na diktafon

Souhlasím, aby Markéta Strbačková nar. **. **. ****, bytem ***** ***, studentka 3. ročníku oboru Pedagogika – sociální práce Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, v rámci bakalářské práce na téma Adaptační proces uživatelů domova pro seniory, nahrávala pro zachování autentičnosti naše rozhovory na diktafon.

Svůj souhlas podmiňuji faktem, že v žádném rozhovoru nebude uváděno mé jméno, ani mě jménem při dotazování nebude oslovovat.

V Karolince dne

podpis uživatele