

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

**Vliv nežádané změny prostředí na úmrtnost
klientů v domově pro seniory**

**The influence of unwanted environmental changes on the
mortality in elderly home for the elderly**

Bakalářská práce

Vlasta Ulrychová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.
Olomouc 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 13. 3. 2014

Vlasta Ulrychová

Děkuji PhDr. Evě Klimentové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a poskytování rad k práci.

OBSAH

Úvod.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	4
1 Vymezení pojmů stárnutí, stáří.....	4
1.1 Stáří	4
1.1.1 Pohled společnosti na stáří	6
1.1.2 Pozitiva stárnutí	8
1.2 Změny v průběhu stárnutí.....	8
1.3 Adaptace na stáří.....	10
1.4 Periodizace stáří.....	13
2 Právní vymezení péče o seniory	15
2.1 Právní ukotvení pobytové služby a domova pro seniory	15
2.2 Pobytové služby	16
3 Změny spojené s odchodem do důchodu	19
3.1 Odchod do důchodu.....	19
3.2 Adaptace na důchod.....	21
4 Změny spojené s odchodem do domova pro seniory	24
4.1 Odchod do do mova pro seniory	24
4.2 Rizika ústavní péče	25
4.3 Adaptace na nové prostředí v domově pro seniory	26
4.4 Problémy s adaptací v domově pro seniory	27
5 Umírání a smrt	30
6 Shrnutí teoretické části	32
EMPIRICKÁ ČÁST.....	33
7 Úvodní seznámení s problematikou	33
7.1 Souvislosti.....	33
7.2 Popis zkoumaného souboru	34
7.3 Popis prostředí.....	34
8 Cíl práce.....	38
8.1 Výzkumná otázka	38
8.2 Formulace pracovních hypotéz	38
8.3 Metodika empirického šetření a použitá technika	39

8.4 Průběh šetření	40
9 Analýza a zpracování dat.....	43
9.1 Přehled základních kategorií a počtů DS rok 2010	43
9.2 Umístění uživatelů DS po dobu rekonstrukce v roce 2010.....	44
9.3 Počty úmrtí uživatelů po dobu rekonstrukce v roce 2010	45
9.4 Počty úmrtí uživatelů DS před rekonstrukcí v roce 2009.....	48
9.5 Počty úmrtí uživatelů DS po dobu rekonstrukce v roce 2010.....	50
9.6 Počty úmrtí uživatelů DS po rekonstrukci v roce 2011	52
9.7 Informace získané během empirického šetření	54
9.8 Výsledky výzkumu – shrnutí	55
10 Diskuze výsledků	58
ZÁVĚR	65
Anotace	67
Seznam tabulek a grafů.....	71

Úvod

V rámci studia oboru sociální práce jsem absolvovala několik praxí v různých sociálních zařízeních. Jedna z těchto praxí se uskutečnila v domově pro seniory. Při rozhovorech se sociálními pracovníci mě velmi upoutala informace o vysoké mortalitě klientů během rekonstrukce zařízení. Tato rekonstrukce se uskutečnila v rámci první etapy procesu zkvalitnění poskytovaných služeb a humanizaci bydlení domova pro seniory. Přestavba se týkala prvního ze dvou pavilonů zařízení, a to pavilonu „A“. Část uživatelů tohoto pavilonu byla po dobu rekonstrukce umístěna do pavilonu „B“, kde se z několika jednolůžkových pokojů udělaly pokoje dvoulůžkové. Část uživatelů si do své péče převzaly rodiny a ostatní uživatelé byli umístěni do jiných sociálních zařízení v okolí. Jak mi sdělil personál domova pro seniory, při průběžném návratu uživatelů zpět do zrekonstruovaného křídla vyšlo najevo, že velká část uživatelů během náhradního pobytu zemřela. Tuto skutečnost připisovali snížené schopnosti adaptace na změny u seniorů. Domnívám se, že ověření nebo vyvrácení této teorie, a to formou zmapování mortality uživatelů během nežádané změny prostředí, by mohlo pomoci při projektování lepší strategie práce s cílovou skupinou – se seniory. Touto prací chci upozornit na vliv změny prostředí na zdravotní stav starých lidí.

Stáří a stárnutí má tak jako jiné vývojové etapy ontogenetického vývoje svá specifika. Jedním z těchto specifíků je snížená schopnost adaptace na změny.¹ Pokud se teorie vlivu změny prostředí na zdravotní stav potvrdí, mohl by tento výstup mimo jiné inspirovat pracovníky v pomáhajících profesích k většímu důrazu a zaměření pozornosti na adaptační mechanismy u seniorů.

Stáří se týká každého z nás. A to nejen v kontextu vlastního stáří, ale i starých lidí kolem nás. Potkáváme je nejen v rámci rodiny, ale i na ulici, v obchodech, na úřadech, ve zdravotnických zařízeních, při společenských

¹ Vágnerová 2000, s. 401

událostech. Vlivem rozvoje společnosti, v oblastech technických, ale i humanitních dochází ke změnám kvality života. Tato skutečnost má dopad na všechny oblasti naší společnosti. Mění se pohled na člověka hlavně v oblasti sociální.²

Vzhledem k prognostickým úvahám souvisejícím s demografickými změnami a již nyní reálnému růstu počtu seniorů se mění populační struktura společnosti.³ Vědecký pokrok, životní standard a materialistický přístup k životu má za následek mimo jiné nižší porodnost, ale také nižší úmrtnost. Důsledkem toho se lidstvo dožívá průměrně vyššího věku a v kontextu s nižší porodností dochází ke stárnutí populace. S tím souvisí rozvoj zdravotní a potažmo i sociální politiky. To mimo jiné vede k diferenciaci, rozvoji a vyššímu objemu nabídky sociálních služeb.⁴ Počet domovů pro seniory roste, zvyšuje se profesionalita personálu, kvalita poskytovaných služeb, ale i kvalita prostředí.⁵ To vše by mělo vést k lepší adaptaci seniorů na životní změny spojené s odchodem do domova pro seniory a adaptaci na nové prostředí.

Předložená bakalářská práce je zaměřena na zmapování následků dočasné změny prostředí na klienty v domově pro seniory. Z důvodu citlivosti tématu a možnosti negativního vlivu na současné i budoucí uživatele domova pro seniory a jejich rodiny jsem byla požádána vedoucím zařízení o anonymizaci všech zainteresovaných zařízení.

Empirickým šetřením budou zjišťovány počty klientů a míra jejich úmrtnosti ve skupinách: nestěhovali se, stěhovali se k rodině, stěhovali se do jiného zařízení. Míra mortality bude porovnávána s mírou mortality v tomto

² Priority [online] dostupné

z [WWW.http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP_2013-2017_070114.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP_2013-2017_070114.pdf)
[cit. 10. 2. 2014]

³ Český statistický úřad [online] dostupné

z WWW.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby061213.doc [cit.10.2. 2014]

⁴ Projekt Týden sociálních služeb [online] dostupné

z [WWW.http://WWW.apsscr.cz/cz/projekty/tyden-socialnich-sluzeb](http://WWW.apsscr.cz/cz/projekty/tyden-socialnich-sluzeb) [cit. 13.3. 2014]

⁵ Hodnocení kvality soc. služeb [online] dostupné z WWW. <http://www.znackakvality.info/>
[cit. 12.2. 2014]

zařízení rok před rekonstrukcí a rok po rekonstrukci. Porovnání a vyhodnocení jednotlivých výsledků by mohlo napomoci při logistické koncepci posuzování umístění uživatelů do náhradních zařízení v rámci druhé části rekonstrukce, která proběhne v roce 2014.

Teoretická část práce je zaměřena na sumarizaci informací o stáří, adaptačních mechanismech, právním ukotvení, funkci ústavní péče, problémy spojené s odchodem do domova pro seniory a tematikou umírání a smrti. Jejím cílem je předložit teoretické podklady pro empirické šetření.

V první části empirického šetření jsou popsány souvislosti daného empirického šetření, dále jsou zde představena jednotlivá náhradní sociální zařízení, kam byla po dobu rekonstrukce dočasně umístěna část klientů a popsán průběh a cíl šetření.

Ve druhé části empirického šetření budou zjišťovány počty klientů a míra jejich úmrtnosti v jednotlivých kategoriích. Následně bude provedeno vyhodnocení a ověření hypotéz.

TEORETICKÁ ČÁST

„Nikdo nemiluje život tak jako starý člověk.“

Sofoklés

1 Vymezení pojmů stárnutí, stáří

1.1 Stáří

V kapitole **Stáří** je popsán průběh stárnutí a specifika tohoto životního období. Pro porovnání jsou zde uvedeny definice stáří z různých pohledů odborné veřejnosti. K celistvějšímu obrazu stáří slouží i pohled na toto období ze strany společnosti s akcentem na negativní přístup a zároveň jsou zde vyzdvihnuta pozitiva tohoto období.

Pojem stárnutí a stáří je nemožné přesně definovat, je výrazně kulturně determinován. Každý z řad odborné veřejnosti má na tento fenomén svůj pohled a tudíž i svou definici. Langmeier a Krejčířová ho uvádějí jako *„souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.“*⁶

Říčan se ke stáří vyjadřuje více filozoficky. Podle něj je to *„období, v němž ubývá tělesných i duševních sil, ale zatímco jedni už klesají pod tíhou svých pracovních úkolů a nedočkavě vyhlíží „den D“ (důchod), druzí si dělají – důchod nedůchod – odvážné plány v práci i v soukromém životě.“*⁷

Stuart-Hamilton konstatuje, že *„stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Což znamená, že konkrétní okamžik, ve kterém člověk zestárne, nelze určit.“*⁸

⁶ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 184

⁷ Říčan 1990, s. 343

⁸ Stuart-Hamilton 1999, s. 18

Z hlediska ontogenetického vývoje je stáří poslední etapou lidského života. Stárnutí a stáří není nemoc, i když tato etapa může být provázena kulminací chorob. Je to etapa, která má své specifické znaky, tak jako ostatní období života. Můžeme ho popsat a definovat mnoha způsoby. Souhrnně se dá říct, že stárnutí je nezvratný, přirozený, fyziologický proces, který je geneticky naprogramovaný, má časovou dynamiku a je ovlivněn individuálním životním přístupem, osobní historií a prostředím, ve kterém se jedinec pohyboval. S rozvojem vědecko-technického pokroku, medicíny a vyšší životní úrovně se prodlužuje délka i kvalita života.⁹

Z laického hlediska se hlouběji nad stářím začínají pozastavovat až generace zralých dospělých (45 let a výše). Je to z důvodu úbytku fyzických i psychických sil, začínají si všimnout příznaků zdravotních problémů a změn ve fyzickém vzhledu. S přibývajícími lety začínají být pozornější ke svým potřebám. Říčan vztahuje stáří už k padesátníkům, což vzhledem k prognózám vyššího dožití může působit nepatřičně. Argumentuje tím, že po padesátce zřetelně klesá tělesná výkonnost plic, srdce a dalších základních orgánů. Ubývá svalových tkání, čímž ochabuje držení těla. Zpomaluje se metabolismus (látková výměna). Začíná se dostavovat nespavost, špatné usínání a časně buzení. U žen se ke slovu hlásí menopauza, u mužů problémy s prostatou. U některých padesátníků se zvyšuje citová zranitelnost, jiní jsou naopak psychicky v životní formě. Padesátníci mají rádi své děti, i když se jim odcizily, a milují vnoučata, která ani pořádně neznají. Vyvíjí se generativa.¹⁰

Vágnerová spojuje stárnutí s rizikem ztráty možnosti užít si dosažené sociální pozice, prostředků i citového zázemí. Všimá si i souvislosti mezi zhoršením některých funkcí organismu a z toho plynoucí zvýšení nejistoty a obav ze selhání, což narušuje sebehodnocení.¹¹

⁹ Příprava na stárnutí [online] dostupné z WWW. <http://www.mpsv.cz/cs/2856> [cit. 12.2. 2014]

¹⁰ Říčan 1990, s. 344 - 355

¹¹ Vágnerová 2000, s. 401

1.1.1 Pohled společnosti na stáří

Pohled společnosti na stárnutí, stáří a potažmo seniory je stále presentován spíše v negativní rovině, vlivem řady předsudků o stáří. Hlavní roli stále hraje „kult mládí.“ Přes média, je většina společnosti atakována informacemi o zvyšujících se nárocích na zdravotní a sociální péči seniorů. O naivitě ztotožněné s vyšším věkem při okrádání a klamání seniorů a jejich neschopnosti adekvátně reagovat. Také je velmi exponovaná diskuse o čím dál vyšší zátěži důchodového systému a jeho negativním dopadu na odchod do důchodu pro generaci dnešních dospělých. Méně se už prezentuje, že odvody na důchod vzrostly, ale docházelo k odklonu těchto financí do jiných oblastí. Lidé, kteří celý život pracovali, mají najednou pocit, že jsou dlužníky mladších generací, neboť jejich zabezpečení na důchod je nejisté.¹² Zatímco ceny rostou, důchody jdou nahoru velmi skromně.¹³

Haškovcová mezi výčty **mýtů o stáří** uvádí i obraz stáří, který je ztotožněn s demencí ve spojení s Alzheimerovou chorobou. Celý kontext vyznívá v tom smyslu, že staří lidé jsou bráni jako nemocní, nemohoucí, zmatení, neschopni jakýmkoliv způsobem přispět společnosti tudíž nepotřební a tím pádem trpění.¹⁴

V naší společnosti orientované na výkon jsou staří lidé často prezentováni jen z perspektivy pasivních pobíratelů důchodových dávek. S tím, jak populace stárne, se mění struktura obyvatelstva, snižuje se počet produktivních lidí, kteří přispívají do důchodového systému. Nemalou zásluhu na tom má i světová hospodářská, respektive ekonomická krize. Je nepopíratelným faktem, že reforma důchodového zabezpečení je nutností.¹⁵ Nepřátelské postoje mladších generací se projevují i formou syndromu zavírajících se dveří. Při uplatňování na trhu práce mají mladí padesátníci problém najít si navzdory svým zkušenostem a praxi nové zaměstnání.¹⁶

¹² Haškovcová 2010, s. 48-50

¹³ Vývoj starobních důchodů [online] dostupné z WWW. <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/duchody-v-cislech/vyvoj-starobnich-duchodu/> [cit. 12.2. 2014]

¹⁴ Haškovcová 2010, s. 45

¹⁵ Haškovcová 2010, s. 108-109

¹⁶ Špatenková a kol. 2011, s. 88, Vágnerová 2000, s. 414

V médiích je pozitivní prezentace stáří a starých lidí jen sporadická. Tyto faktory mohou vést ke snížení participace na veřejném dění a k sociálnímu vyloučení. Geronti se stahují z veřejného života, stávají se introvertnějšími. Pro odmítání a podceňování stáří, které může přerůst až v odpor nebo dokonce agresivitu vůči starým lidem, se používá pojem **ageismus**. Haškovcová definuje **ageismus** jako averzi vůči starým lidem i všemu, co stáří připomíná.¹⁷ Vágnerová **ageismus** rozvedla jako postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, eventuálně až odporem ke starým lidem.¹⁸ Jinými slovy je **ageismus** diskriminace z důvodu věku.

Z perspektivy budoucnosti v naší společnosti orientované na výkon je diskriminace stáří neudržitelná. Díky populační explozi v sedmdesátých letech minulého století půjdou tyto silné ročníky zhruba za dvacet let do důchodu. Je zákonité, že senioři budou velkou společenskou, politickou i kupní silou. Ekonomika je svázaná s konzumním stylem života. Nabídka se přizpůsobí poptávce. Dojde k rozvoji trhu zaměřeného na seniory. Ať již v oblasti sociální, kulturní, enviromentální či výrobní. Stárnutí populace se odrazí na socioekonomickém vývoji. Z toho se dá vysoudit, že celospolečenský přístup ke stáří je důležitým faktorem sociálního smíru.¹⁹ Krásně se k tématu ageismu vyjádřil Stuart-Hamilton. Těm, kteří stále trvají na předsudcích vůči starým lidem, vzkázal: „*Všichni starí lidé dokázali přežít. To je úspěch, jehož se třetině dnešních mladších lidí dosáhnout nepodaří. Toto je jediná vlastnost, kterou mohou být charakterizováni starí lidé jako celek a bez rozlišení.*“²⁰

¹⁷ Haškovcová 2010, s. 34

¹⁸ Vágnerová 2000, s. 443

¹⁹ Haškovcová 2010, s. 328-337

²⁰ Stuart-Hamilton 1999, s. 246

1.1.2 Pozitiva stárnutí

Stáří je většinou společností viděno pod úhlem ztrát a méně se zdůrazňují pozitiva a klady tohoto období.²¹ Mezi pozitiva stáří můžeme uvést: staří lidé mají cenné znalosti ověřené životními zkušenostmi, mají více času, trpělivosti, jsou nositeli tradice a hlavně mají větší časoprostorový rozhled. V mezigeneračních diskusích při vyprávění o svém dětství či mládí dokáží ke svým osobním, niterným zážitkům vztáhnout dobové události, a tím mladším generacím zprostředkovat historické, společenské a sociální souvislosti. Každá informace, která není z tištěných médií, ale osobně podaná, má větší výpovědní hodnotu a emocionální náboj. K tomuto tématu můžeme uvést slova Haškovcové, která uvedla v jiných souvislostech: „*To, co člověk prožije, se stává jedinou jistotou, kterou mu nikdo nemůže vzít. Prožitek okamžiku se stává tím, co nelze ztratit ani odejmout.*“²² K dalším pozitivům stáří se připisuje čas i trpělivost věnovat se svým koníčkům a zájmům, užívat si radost a potěšení z vnoučat, životní nadhled, větší stálost v názorech a vztazích, životní zkušenost. Odpadají stresy a úzkosti spojené se zaměstnáním a objevují se nové hodnoty a poznání.²³

1.2 Změny v průběhu stárnutí

Tato kapitola se věnuje **změnám v průběhu stárnutí**, které jsou svázané s fyzickým a psychickým stavem starých lidí. Průběh změn ve struktuře a funkcích organismu se odráží na celkovém prožívání stáří, kvalitě života a míře závislosti na druhých lidech.

Stárnutí probíhá u každého jedince individuálně. Jak přehledně uvádí Matouš, Matoušová, Kalvach a Radvanský, dochází k fyziologickým změnám, především k snížení odolnosti organismu vůči nepříznivým

²¹ Haškovcová 2010, s. 156

²² Haškovcová 2010, s. 41

²³ Říčan 1990, s. 353 – 366, Haškovcová 2010, s. 156

vlivům, k úbytku energie, snižování senzorické kapacity a to zhoršení kvality zraku a sluchu, k pomalejším reakcím, snižuje se výkonnost kardiorepirační funkce, zhoršuje se funkce nervového systému a klesá adaptabilita. Senioři mají odpor ke všemu novému a raději lpí na stereotypch. Ke změnám dochází také v oblasti poznávací. Po šedesátce se začíná individuálním tempem projevovat biologická involuce. Dochází k morfologickým změnám, které nesou tyto znaky:²⁴

- **Změny tělesné výšky.**
- **Změny tělesné hmotnosti.**
- **Snižování procenta celkové tělesné vody.**
- **Ztráta pružnosti vazivových struktur a atrofie tkání.**
- **Pokles svalové síly.**
- **Mění se organická hmota kostí.**
- **Degenerativní kloubní změny.**

Langmeier a Krejčířová uvádí ke změnám v psychice mimo již výše zmíněné problémy i další znaky. Patří sem:²⁵

- **Zhoršení paměti** – snižuje se vstřípivost a pohotovost vybavování nových zážitků.
- **Oslabení jednotlivých funkcí v myšlení** – logika, pružnost, šíře, kritičnost, objektivita, ztrácí se plynulost.
- **Tvořivost** – která je ovlivněna motivací, entuziasmem a vytrvalostí.
- **Mění se citové vztahy a emoce** – odklon od vnějšího světa a příklon spíše ke svým problémům, citová vlažnost, větší zranitelnost, pocity osamění.
- **Osobnost starého člověka** – kdy dochází k zvýrazňování typických vlastností.

²⁴ Matouš, Matoušová, Kalvach, Radvanský 2002, s. 11-12

²⁵ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 185-191

- **Sociální zařazení starého člověka** – zde hraje roli nezávislost, participace, seberealizace a důstojnost.

Věda, která se zabývá problematikou stárnutí a stáří, se nazývá **gerontologie**. **Gerontologie** je tedy věda o stárnutí a stáří.²⁶ Další pojmy, které se vztahují k tomuto tématu, jsou **geriatrie a senium**. **Geriatrie** je lékařský obor zabývající se zvláštnostmi chorob ve stáří.²⁷ **Senium** je odborný termín pro stáří.²⁸

V minulosti se problémy se stárnutím řešily pouze z pohledu medicínského, a to medikací.²⁹ S postupem času se o stáří začali více zajímat i odborníci z oboru sociálních a psychologických věd. Díky dostupnosti informací se každý může zapojit do prevence pozitivního, zdravého stárnutí. V této souvislosti se mluví o prevenci závislosti a zlepšování funkčního a zdravotního stavu. Trendem doby je aktivita. Dnešní padesátníci se věnují sportům, jako je cyklistika, turistika, plavání, procházky se psem, mnozí z nich pravidelně navštěvují posilovny. Díky společenským změnám začínají více dbát o své zdraví. Přehodnocují životní styl, zaměřují se na zdravou výživu. Kvalita života se zvyšuje.³⁰

1.3 Adaptace na stáří

Tato kapitola navazuje na předešlou kapitolu a v souvislosti s cílem této práce se zabývá problematikou adaptace gerontů na změny v seniu. Jsou zde klasifikovány základní strategie reakcí na stáří a faktory, které ovlivňují průběh adaptace na stáří.

Senium provází změny, se kterými se musí každý člověk nějakým způsobem vyrovnat. Míra adaptace, neboli přizpůsobení se novým

²⁶ Haškovcová 2010, s. 201

²⁷ Haškovcová 2010, s. 172

²⁸ Říčan 1990, s. 370

²⁹ Haškovcová 2010, s. 44

³⁰ Haškovcová 2010, s. 175 – 182, Vágnerová 2000, s. 403

podmínkám je individuálně rozdílná. Langmeier a Krejčířová uvádějí studii Rejchardové, která popisuje pět základních strategií vyrovnávání se s vlastním stářím:³¹

- **Strategie konstruktivního přijetí stáří** – jedinec se na stáří dobře adaptuje. Má dobrý pocit ze svého života, je spokojený, tolerantní, otevřený, přizpůsobivý. Jeho začlenění do sociálních vztahů je dobré. Stále ještě má plány a cíle do budoucnosti. Netrpí sebelítostí. Jeho okolí ho přijímá jako milého staršího člověka.
- **Strategie závislosti** – jedinec spoléhá na druhé, že se o něho postarají. Zastává názor, že když celý život pracoval, je řada na těch druhých, aby se postarali a zaopatřili ho. Může se jednat jak o stát, tak o rodinu. Je spíše pasivní, upřednostňuje klid a pohodu. Odchod do důchodu mu nečiní žádný problém.
- **Obranná strategie** – jedinec se nechce smířit s tím, že zestárnul a nechce si přiznat změny svých schopností ani změny svých rolí. Necítí se jako geront, dědeček nebo důchodce. Všem ve svém okolí chce za každou cenu dokázat, že se o sebe dokáže postarat po všech stránkách. Jakoukoliv pomoc odmítá a reaguje na ni podrážděně až zlostně. Týká se to především lidí, kteří byli celí život velmi aktivní jak v práci, tak ve společenském životě.
- **Strategie hostility** (nepřátelství vůči druhým) – používá jedinec, který má odpor ke svému stáří. O to více nepřeje mladým. Je zlý, nevrlý, podezřívavý a často i agresivní. Jsou to lidé, kteří nejsou spokojeni s dosavadním životem, a proto se snaží odpovědnost za své neúspěchy připsat někomu jinému.
- **Strategie sebenenávisti** – jedinci používající tuto strategii svou nelibost a nepřátelství obrazejí na sebe. Z problémů ať skutečných nebo domnělých viní sami sebe. Své úspěchy nevidí, soustřeďují se na své chyby a selhání, nemají se rádi, cítí se být osamělí, zbyteční, jsou depresivní a lítostiví.

³¹ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 189

Uvedené reakce na senium jsou značně zjednodušené. V dnešní době se potvrzuje velká interindividuální variabilita adaptace na stáří. Způsoby, jak se staří lidé přizpůsobují náročným situacím, jsou závislé na kognitivním zpracování. Úroveň celkové adaptace na stáří je závislá na schopnosti i motivaci aktivizovat přiměřené a účelné obranné mechanismy. Lze je vymezit v rámci základních osobnostních dimenzí:³²

- **Aktivita – pasivita**
- **Optimismus – pesimismus**
- **Přijetí reality – popření reality**

Ukazuje se, že úspěšné stárnutí je ovlivněno posilováním kvality života, formou udržení dostatečné aktivity, která vede k úspěšné adaptaci na stáří. Langmeier a Krejčířová uvádějí, že „*nečinnost je patogenní tělesně (atrofie svalů, smyslových orgánů z nečinnosti; imobilizační syndrom, kdy člověk ztrácí pohybové i další dovednosti, je-li po delší dobu upoután na lůžko) i psychicky a sociálně. Negativní vlivy nečinnosti nebo podnětové, ale i emoční deprivace jsou přitom ve starším věku daleko výraznější než dříve a vedou k urychlení přirozených involučních změn.*“³³

Aktivizační programy jsou součástí psychoterapeutické péče o osoby s poruchami adaptace. Tyto poruchy často doprovází přechod do domova pro seniory nebo do jiné ústavní péče. Pomoc při aktivaci starých lidí musí respektovat individuální možnosti a přání každého člověka. To platí zejména v ústavních podmínkách. Pokud není dodržena tato zásada, může mít nadměrná aktivace charakter týrání starých lidí. Langmeier a Krejčířová považují za důležité:³⁴

- **Pomoc nalézt motivaci pro vytváření krátkodobých i delších cílů.**
- **Umožnit prožít zážitky úspěchu.**
- **Posilovat sebeúctu.**

³² Vágnerová 2000, s. 446 - 447

³³ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 195

³⁴ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 195

Úspěšné stárnutí, jak dále tvrdí Langmeier a Krejčířová, odpovídá obecným zásadám duševní hygieny. Doporučuje se:³⁵

- **Udržet se v aktivitě, v rovnováze s nezbytným odpočinkem.**
- **Zachovat si a uspořádat životní náplň, tak aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost.**
- **Být otevřen novým poznatkům a usilovat o adaptaci na nové požadavky.**
- **Udržovat pozitivní přátelské vztahy a navazovat nové vztahy.**
- **Mít potěšení z dobrých věcí, které život dosud dává, a plně jich užívat.**
- **Vyhýbat se emočně rozrušujícím situacím a používat získanou moudrost.**

1.4 Periodizace stáří

Tato kapitola ukazuje, jak je těžké specifikovat datování stárnutí. S ohledem na potřeby této práce je zde definováno jen základní vymezení.

Také stanovení pevné věkové hranice, kdy u jedince můžeme konstatovat, že je starý, je nereálné. Každý člověk je jedinečná bytost, která má svůj individuální životní příběh a vývoj, který ovlivňují faktory biologické, psychologické a sociální. Proto se mimo věk chronologický, rozlišuje věk biologický a psychosociální.³⁶

- **Chronologický věk** je dán datem narození a lze ho přesně vymežit. Je to znak osobní identity ve vztahu k institucím.
- **Biologický věk** ovlivňuje geneticky daný program biologického stárnutí. Dále ho ovlivňují různou rychlostí se zhoršující funkce

³⁵ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 194

³⁶ Haškovcová 2010, s. 24 - 25

jednotlivých orgánů, předcházející způsob života, vlivy vnějšího prostředí apod.

- **Psychosociální věk** je identický se sociálně historickým osudem člověka.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se stáří datuje od 60/65 let. Dále ho členíme na tyto kategorie:³⁷

- **Ranné stáří** 60/65 – 74 let.
- **Vlastní, pravé stáří** 75 – 89 let.
- **Vysoký věk, dlouhověkost** 90 a více let.

Jak uvádí Haškovcová, pevně určený začátek stáří je sociálním konstruktem.³⁸

³⁷ Haškovcová 2010, s. 20

³⁸ Haškovcová 2010, s. 25

2 Právní vymezení péče o seniory

„Tak někdo zraje, někdo hnije věkem.“

Miroslav Horníček

Tato kapitola je věnována vymezení právního rámce sociálních služeb, pobytové služby a domova pro seniory, který formálně zaštiťuje funkci a provoz těchto institucí. Doplnuje komplexní pohled na specifikaci prostoru empirického šetření.

2.1 Právní ukotvení pobytové služby a domova pro seniory

V roce 2006 byl přijat dlouho očekávaný zákon o sociálních službách – zákon č. 108/2006 Sb. (dále jen zákon o sociálních službách). Základním cílem tohoto zákona je zajistit lidem v nepříznivé sociální situaci pomoc a podporu prostřednictvím sociálních služeb a stanovit pravidla pro jejich poskytování. Vedle práv a povinností jednotlivců zákon také vymezuje práva a povinnosti obcí, krajů, státu a také poskytovatelů sociálních služeb. Je zde upravena oblast podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí. Díky právnímu vymezení došlo k řadě změn, které vedly ke zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb a větší profesionalizaci.³⁹

Na základě zákona o sociálních službách s účinností od 1. 1. 2007 mohou být sociální služby poskytovány po získání oprávnění k poskytování těchto služeb. To se získá splněním předepsaných podmínek registrace. Registr poskytovatelů sociálních služeb vedou v listinné a elektronické podobě Krajské úřady. Ty také rozhodují o registraci žadatele. Zařazení do

³⁹ Zajištění kvality sociálních služeb [online] dostupné z WWW.
<http://www.mpsv.cz/cs/9#zkss> [1.2. 2014]

registru je jedním z předpokladů pro čerpání finančních prostředků z veřejných rozpočtů.⁴⁰

Smyslem zákona o sociálních službách je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů, jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin.

Předložená bakalářská práce se zabývá mortalitou uživatelů domova pro seniory. Přehled základních činností domova pro seniory je vymezen § 49 zákona o sociálních službách.⁴¹ Konkrétní výčet úkonů a výše úhrad za tyto úkony v domovech pro seniory je uveden v § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb. ze dne 15 listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.⁴²

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Tato práce je zaměřena na výzkum v rámci pobytové služby, proto je tato služba dále rozvedena.

2.2 Pobytové služby

Společným cílem všech poskytovatelů sociální péče je co nejdelší možné setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí. Ve chvíli, kdy potřeba medicínské, ošetrovatelské, nebo sociální pomoci je nezbytnou nutností a v domácím prostředí je neudržitelná, je jedinec nucen ke změně ve formě ústavní péče, neboli pobytové služby. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Patří sem například domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory, kterými se budu zabývat podrobněji.⁴³

⁴⁰ Registr poskytovatelů sociálních služeb [online] dostupné z WWW.
http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1393942831533_1
[cit.1.2.2014]

⁴¹ § 49 zákon č. 108/2006 Sb.

⁴² § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

⁴³ Zákon č. 108/2006 Sb.

§ 49 zákona o sociálních službách – Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.⁴⁴

Pobyt je sjednán na základě uzavřené písemné smlouvy mezi poskytovatelem služby a uživatelem. Tyto služby jsou podle zákona poskytovány za částečnou nebo plnou úhradu. Poskytovatel je vázán prováděcí vyhláškou k zákonu, která reguluje maximální ceny za služby.⁴⁵

Tato služba obsahuje tyto základní činnosti:⁴⁶

- a) **Poskytnutí ubytování** – zde spadá ubytování, úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení.
- b) **Poskytnutí stravy** – zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám denního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.
- c) **Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu** – pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo na vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání a změně poloh, pomoc při podávání jídla a pití, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.
- d) **Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu** – pomoc při úkonech osobní hygieny, základní péči o vlasy a nehty a při použití WC.
- e) **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** – podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, při obnovení nebo upevnění kontaktů s rodinou i při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

⁴⁴ Zákon č. 108/2006 Sb.

⁴⁵ Zákon č. 108/2006 Sb.

⁴⁶ Zákon č. 108/2006 Sb.

- f) **Sociálně terapeutické činnosti** – socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.
- g) **Aktivizační činnosti** – volnočasové a zájmové aktivity, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.
- h) **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí** – pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Zákon vytváří prostředí pro rozvoj individuálního přístupu k uživatelům těchto služeb ze strany poskytovatelů sociálních služeb s důrazem na spolupráci mezi poskytovateli sociálních služeb, uživateli těchto služeb a osobami jim blízkými.

3 Změny spojené s odchodem do důchodu

„Zestárnout není umění, umění je to snést.“

Johan Wolfgang von Goethe

3.1 Odchod do důchodu

Tato kapitola popisuje změnu životního stylu spojenou s odchodem do důchodu. Nová role důchodce je spojená s omezením privilegií a nižším sociálním statutem. Tato změna se projeví v prožívání, uvažování a chování. Jedinec je nucen postupně změnit hodnoty ve svém životě.⁴⁷

Odchod do důchodu může být pro některé radostným přechodem na dlouho očekávaný odpočinek, ale u mnohých, jak uvádí Špatenková, může také vyvolat smutek nad ztrátou.⁴⁸

- **Identity** („Kdo teď jsem?“)
- **Sebeúcty** („Teď jsem k ničemu...zbytečný...“)
- **Prestiže**
- **Sociální role**

Po prvních dnech, kdy si jedinec užívá volnosti a svobody, pomalu zjišťuje, že mu chybí každodenní rutinní kontakt s kolegy v práci, známými, se kterými sdílel cestu „do“ nebo „z“ práce či s klienty. Sociální kontakty se omezují. Najednou má spoustu času a neví jak jej naplnit. Struktura náplně dne se hroutí.⁴⁹

Vágnerová popisuje odchod do důchodu jako významný sociální mezník. Mění se a přehodnocují nejen role, ale i hodnoty a postoje. Dochází ke **ztrátě profesní role**, kdy nová role důchodce má **horší sociální status a**

⁴⁷ Vágnerová 2000, s. 464-466

⁴⁸ Špatenková a kol. 2011, s. 101.

⁴⁹ Špatenková a kol. 2011, s. 101

omezená privilegia. Důchodce „odchází“ ze společnosti do svého soukromí. Pokud profesní role tvořila významnou součást identity člověka, může vzniknout pocit ztráty a ohrožení osobně významných hodnot. Reakce jedince na odchod do důchodu odráží celoživotní postoj k profesní roli a hodnotu jakou pro člověka měla. Role důchodce zasahuje všechny složky lidské osobnosti, mění prožívání, uvažování a chování daného jedince. Ovlivňuje jeho postoj ke světu i k sobě samému. Celková změna se projeví i v oblasti základních psychických potřeb:⁵⁰

1. **Potřeba stimulace** – pokud nemá přijatelnou činnost, chybí dostatek smysluplných podmětů.
 - V důchodu se narušuje zafixovaná struktura denního režimu.
 - Důchodce má méně sociálních kontaktů, stýká se s menším počtem lidí než dříve.
2. **Potřeba orientace a učení** – jedinci se musí učit novým adaptačním strategiím, které potřebují ke zvládnutí tak velké změny. Hledají jiný dostupný a zvládnutelný způsob života, který jim přináší nějaké uspokojení.
 - Důchodci se obvykle zaměřují na rodinu, čímž si potvrzují svou přijatelnost a potřebnost.
 - V důchodu se mění postoj k různým činnostem a situacím, jejich význam je jiný.
 - V důchodu se mění aktivity. V obecné rovině platí, že ty schopnosti a dovednosti, které jedinec nevyužívá, postupně upadají.
3. **Potřeba aktivity** – v důsledku postupných změn osobnosti se zužují záliby, dochází k oploštění a zúžení motivace k různým činnostem. Roli zde hraje větší unavitelnost, úbytek tělesných sil a sklon k pohodlnosti.

⁵⁰ Vágnerová 2000, str. 464 - 470

4. **Potřeba citové jistoty a bezpečí** – starý člověk potřebuje být někým akceptován a někam patřit. K zvýšení nejistoty vede ztráta profesní role, která byla spojována s pozicí ve společnosti.
5. **Potřeba seberealizace** – ztráta profesní role a sociální pozice, která z ní vyplývá, může snížit pocit osobní hodnoty. Práce je totiž důležitou součástí osobní identity. Důchod zhoršuje i ekonomickou situaci. Vystává situace, kdy jedinec musí hledat nový způsob seberealizace a sebepotvrzení. To vede k nutnosti změnit některé postoje a hodnotovou hierarchii.
6. **Potřeba otevřené budoucnosti** – pro budoucí období je nutné se vyrovnat s tím, že jedinec již nebude mít žádnou profesní roli. Důchodce se musí zaměřit na jiné hodnoty, než je výkon a jeho společenská prezentace.

Odchodem do důchodu je omezeno širší uplatnění ve společnosti. Staří lidé potřebují být užiteční a tím si potvrdit svou hodnotu. Proto svou aktivitu zaměřují na své nejbližší okolí což je většinou rodina. Tento vztah se rozvíjí, hlavně směrem k vnoučatům se kterými mají jiný vztah než se svými dospělými dětmi. Vnoučata do života seniorů přinášejí podněty a zážitky, které by jinak nezískali. Jsou zdrojem uspokojení potřeby citové jistoty a bezpečí. Děti a vnoučata jsou symbolickým pokračováním jejich života, tedy i naplněním potřeby otevřené budoucnosti.⁵¹

3.2 Adaptace na důchod

Tato kapitola popisuje jednotlivé fáze adaptace na důchod, které se projeví i v oblasti psychických potřeb. Adaptace na status důchodce trvá určitou dobu.

⁵¹ Vágnerová 2000, s. 483-484

Adaptace na odchod do důchodu probíhá v několika fázích:⁵²

1. **Fáze přípravy na důchod** – je spojená se stereotypem hodnocení života v důchodu. Jedinci už v určitém předstihu uvažují o změnách, které jsou spojeny s odchodem na důchod, a o svém vlastním pojetí života v důchodu.
2. **Fáze bezprostřední reakce na změnu, spojená s pocitem vykořenění a ztráty zafixovaných jistot** – bezprostřední emotivní reakce může být různá, od pocitů smutku až k euforii. Důchodce si může po určitou dobu uchovávat staré zvyklosti, které už nemají smysl, jako je například brzké vstávání. Toto neúčelné chování signalizuje potřebu postupného přizpůsobování. U některých jedinců je důchod chápán jako doba nekonečné dovolené, kdy dohánějí činnosti, na které dříve neměli čas. U jiných jedinců může být důchod akceptován jako doba odpočinku, kdy dochází k omezení aktivity a zdůraznění potřeby klidu.
3. **Fáze deziluze a postupného přizpůsobování nové životní situaci** – po odeznění prvních reakcí začíná důchodce pociťovat nudu a prázdnotu. Chybí mu pravidelná činnost a sociální kontakty. Cítí se být zklamán. V této době je nutné se zaměřit na problém jak využít čas, který mu zbývá. Cílem je nalézt druhý program, který by udržoval kompetence starého člověka na přijatelné úrovni.
4. **Fáze adaptace na životní styl důchodce a stabilizace nového stereotypu** – adaptace na novou životní situaci vede ke stabilizaci nových rolí a postupně dochází k strukturalizaci nového životního systému.

Odchodem do důchodu se mění i hodnota statusu mužské a ženské role. Oba manželé nyní tráví více času v domácnosti, která je doménou spíše žen. Mužská role v domácnosti důchodců je méně významná než role ženy. Proto má nižší sociální status, což může negativně ovlivnit mužovo

⁵² Vágnerová 2000, s. 470-472

sebehodnocení. Tlak na vyrovnání se s touto situací může pro manželský vztah představovat zátěž. Dalším nebezpečím je propuknutí konfliktů, které dosud dřímalý, protože manželé spolu trávili mnohem méně času. Překonání těchto „krizí“ vede k přehodnocení manželství, které se stává sociálně významnějším. Je zdrojem potencionální jistoty a bezpečí.⁵³

⁵³ Vágnerová 2000, s. 474

4 Změny spojené s odchodem do domova pro seniory

*„Se špatnou náladou se stárne velmi rychle.“
Ivan Sergejevič Turgeněv*

Odchodem do domova pro seniory se symbolicky uzavírá další etapa života a přichází nová etapa spojená se ztrátou dosavadního domova, sociálního zázemí a nutností adaptovat se na jiný způsob života. Tyto změny jsou spojeny se značnými riziky, ale taky možnostmi získat nové životní zkušenosti a nové sociální kontakty.

4.1 Odchod do domova pro seniory

Tato kapitola se věnuje problematice odchodu do domova pro seniory. Pro staré lidi je tato změna spojená se zásadní změnou navyklého stylu života a změnou prostředí. Je provázena velkou zátěží psychiky.

Odchod do domova pro seniory je pro každého seniora velkou změnou. Nejen v případě, že tam odešel pod tlakem nežádoucích okolností, ale i v případě, že odchod do domova byl jeho osobní, svobodné rozhodnutí. Mezi důvody, jako je snížená soběstačnost, je často s odchodem do domova pro seniory spojena ztráta životního partnera, který byl danému jedinci životní oporou. Vyrovnání se s touto situací si žádá čas. Zvláště v těchto případech často dochází k problémům s adaptací na nové prostředí a jiný životní styl. Mnohé problémy s adaptací mohou nastat i v případě kolize vztahů mezi obyvateli zařízení nebo i v případě neuspokojivých vztahů s rodinnými příslušníky. V případě, že je senior umístěn ve dvoulůžkovém pokoji s náhodným spolubydlícím, může být atakována jeho potřeba intimity. Velkou roli zde hraje míra akceptace mezi spolubydlícími.⁵⁴ Jak

⁵⁴ Haškovcová 2010, s. 219

uvádí Haškovcová, odchod do domova pro seniory je provázen **syndromem poslední štace**.⁵⁵

4.2 Rizika ústavní péče

Téměř každý člověk začíná svůj život krátkým pobytem v ústavní péči, a to pobytem v porodnici. Pro některé je to bohužel začátek série ústavních pobytů směrem ke kojeneckému ústavu, dětskému domovu a jiných ústavních zařízení, jako je například domov pro osoby se zdravotním postižením, popřípadě nemocnice, zařízení pro dlouhodobě nemocné, v dospělosti nápravné zařízení, protialkoholické léčebny a ve vyšším věku domov pro seniory. Pokud je to možné, je v dnešní době trend nahrazovat ústavní péči formou péče neústavní. Místo umělého ústavního prostředí je tendence poskytnout klientovi sociální služby v jeho přirozeném prostředí. Jak říká Matoušek, „*klienti se do ústavní péče dostávají proto, že jsou v debaklové životní situaci. Skoro vždy jsou pod nějakým tlakem.*“⁵⁶ Většina našich ústavů byla původně stavěna pro jiný účel než poskytování ústavní péče. Řeší se zde teritoriální nedostatky, včetně redukce klientova osobního teritoria, problémy bariér mezi územím personálu a územím klientů. Problémem je vytvoření pocitu domova, neboť klienti jsou často omezeni v možnosti dovybavení svým osobním inventářem. Pocit soukromí je narušen i faktem, že si uživatel nemůže sám vybrat s kým bude sdílet svůj pokoj. Stolování probíhá ve velkých, hlučných jídelnách bez možnosti domácí autonomie. Také přijímání návštěv je problematické.⁵⁷

Jak dále uvádí Matoušek, ústav je organizace, která je byrokratická. Má svá pravidla, která nejsou funkční, tudíž jsou jen na papíře, popřípadě se dodržují jen formálně, naznačeně. Matoušek je označuje za balastní, protože

⁵⁵ Haškovcová 2010, s. 218

⁵⁶ Matoušek 1999, s. 138

⁵⁷ Matoušek 1999, s. 87 - 90

otravují ovzduší zdůrazňováním nepotřebného a povyšují principy nad zájmy klientů.⁵⁸

Haškovcová, k tomu dodává, že toto jsou znaky institucionální totality.⁵⁹ Správně nastavená pravidla by měla tvořit koherentní celek, klientům srozumitelný a akceptovatelný. Jak dále uvádí Matoušek, ústavní péče s sebou nese i řadu rizik. Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu je hospitalismus. Je to stav dobré adaptace na ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, „civilní život“. Naprosté zaopatření klienta ze strany personálu vede k omezení podnětů a ke ztrátě zájmu o okolní svět. Klient se pohybuje v omezeném prostoru s omezeným počtem lidí. Zhoršuje se schopnost komunikace. Dochází k regresi, neboli k návratu do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhém spánku, projevují se automatické pohyby.⁶⁰

Poznatky o rizicích ústavní péče jsou důležité pro pochopení problematiky institucionální péče a možných souvislostech s empirickým šetřením v daném domově pro seniory. Z této kapitoly vyplývá, že vliv „vnitřního klima“ daného sociálního prostoru se může odrazit ve výsledcích empirického šetření této bakalářské práce.

4.3 Adaptace na nové prostředí v domově pro seniory

Tato kapitola má přímý vztah k cíli empirického výzkumu mé práce. Je podkladem pro pochopení problematiky adaptace na změny spojené s přechodem do domova pro seniory.

Samotné přestěhování do domova pro seniory představuje zásadní změnu životního stylu a je vysokou psychickou zátěží. Tato změna je

⁵⁸ Matoušek 1999, s. 94

⁵⁹ Haškovcová 2010, s. 218

⁶⁰ Matoušek 1999, s. 118

spojena se **ztrátou zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity**. Starý člověk ztrácí **jistotu orientace a pocit bezpečí** známého prostředí ve smyslu nejen materiálním, ale i sociálního okolí. **Potřeba bezpečí** může mít v pokročilém stáří jiný obsah než dříve. Často je spojována s potřebou vazby k někomu, kdo by toto bezpečí zajistil. Na druhou stranu potřebuje starý člověk dosáhnout pocitu přijatelné rovnováhy mezi **potřebou autonomie** a touto **potřebou jistoty a bezpečí**. Vzhledem k chodu domova pro seniory ztrácí klienti motivaci k aktivitám, jako jsou úklid, nákup, vaření, a v důsledku toho jim chybí smysluplná činnost, která je spojená s **potřebou seberealizace**. Staří lidé snadněji **ztrácejí své kompetence**, protože je přestávají využívat. V současnosti je snaha kompenzovat tuto potřebu aktivitami, jako je zakládání malých zahrádek v areálu domova, pořádání besed a přednášek o událostech ze života seniorů ve školách a školkách a mnoho jiných aktivizačních činností. Dále umístění do ústavu značně determinuje **potřebu otevřené budoucnosti**. Jelikož role obyvatele domova pro seniory je považována za roli definitivní a poslední, zdá se být budoucnost chmurná, neperspektivní. Reakcí na takové pocity mohou být deprese, apatie a vyhasnutí bez jakéhokoliv očekávání.⁶¹

Pro lepší adaptaci se doporučuje seznámit klienta osobně se zařízením ještě před trvalým umístěním. Samozřejmostí by měla být prohlídka objektu, seznámení s personálem.⁶²

4.4 Problémy s adaptací v domově pro seniory

V této kapitole jsou popsány jednotlivé fáze adaptace na nedobrovolné a dobrovolné umístění seniorů do domova pro seniory. Průběh těchto fází má napomoci k pochopení prožívání a chování seniorů v této zátěžové životní situaci.

⁶¹ Vágnerová 2000, s. 496 - 499

⁶² Haškovcová 2010, s. 218

Adaptace na změnu životního stylu spojeného s odchodem do domova pro seniory je proces, který probíhá v několika fázích. Jeho průběh závisí na míře dobrovolnosti tohoto rozhodnutí.⁶³

Proces adaptace na nedobrovolné umístění do domova pro seniory má tři fáze, které připomínají dětskou separační úzkost:⁶⁴

1. **Fáze odporu** – staří lidé mohou být agresivní, negativističtí a hostinní vůči všem ve svém okolí. Je to obranná reakce vůči pocitu frustrace a negativních emocí, které v dané situaci prožívají. Je to protest vůči násilné změně jejich života, kterou považují za nespravedlivou.
2. **Fáze zoufalství a apatie** – následuje poté, co se starý člověk vyčerpá a zjistí, že jeho odpor nemá žádoucí efekt. Následuje útlum, apatie a rezignace. Někteří lidé v této fázi setrvávají až do své smrti. Ztráta vůle k životu v zátěžových situacích a nezvládnutí adaptace je u nově přijatých jedinců velká. Jedná se o smrt z maladaptace.
3. **Fáze vytvoření nové pozitivní vazby** – pokud se podaří navázat pozitivní vztah s někým z personálu nebo s jiným obyvatelem domova, který starému člověku pomůže sdílet situaci a dá jeho životu nějaký smysl. Může se jednat i o zvíře. Je to potvrzení svého významu pro někoho jiného a potřeba být akceptován.

Zde je třeba si uvědomit, že násilná separace seniora z jeho domova, který je zdrojem jistoty a bezpečí může mít zvláště v tomto případě těžké následky. Staří lidé se hůře vyrovnávají z jejich pohledu s bezprávím.

Adaptace na dobrovolný odchod do domova důchodců je méně problematická, ale i tak může být obtížná:⁶⁵

1. **Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu** – starý člověk nejprve získává informace, jak se v domově žije, orientuje se. Je

⁶³ Vágnerová 2000, s. 499

⁶⁴ Vágnerová 2000, s. 499 - 500

⁶⁵ Vágnerová 2000, s. 500 - 501

to období přecitlivělosti, vzpomínek na minulost. Bilancují a srovnávají co je momentálně horší nebo lepší. Může dojít ke zhoršení existujících potíží. Pro vytvoření pozitivního postoje k novému domovu je důležité, aby první zkušenosti a zážitky nebyly příliš nepříjemné.

2. **Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu** – starý člověk se postupně smiřuje se ztrátou svého zázemí, se změnou své role i způsobu života a vytváří si nový životní stereotyp, získává nové sociální kontakty. Spokojenost v domově pro seniory lze chápat jako signál uspokojivého tělesného a duševního zdraví. Starý člověk, který je schopen zvládnout adaptační proces a učinit tak pro sebe nový život alespoň přijatelný, bývá spokojenější než ten, komu potřebné kompetence chybí.

Pokud se u seniora po přechodu do domova pro seniory vyskytnou poruchy adaptace, je vhodné do jeho programu v rámci komplexní psychoterapeutické péče zařadit přiměřené aktivizační programy. Staří lidé mohou například pomáhat na bázi volunteerské činnosti jako dobrovolníci jiným lidem. Tyto služby oceňují mladé matky v obtížných sociálních situacích, rodiny s těžce nemocným členem, děti v ústavních zařízeních a další. V případě, že je tato pomoc dobře organizována a dobrovolníci jsou dostatečně odborně vedeni, těží z této činnosti obě strany. Jak ten komu se pomoci dostává, tak i pomáhající starý člověk, který využívá svého potenciálu a smysluplně naplňuje svůj život.⁶⁶

⁶⁶ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 195

5 Umírání a smrt

*„Nejsilnějším prostředkem proti stárnutí je láska.“
John Start Mill*

Vzhledem k výše probírané problematice adaptace seniorů může být smrt výsledkem nezvládnutí této problematiky. Důvodem může být nedostatek pozornosti věnované adaptačním mechanismům starých lidí ze strany personálu v zařízeních pro seniory. Téma smrti přímo souvisí s empirickým šetřením této práce.

Téma umírání je v naší společnosti stále tabuizováno. Stále není všeobecné povědomí, jak se k tématu smrti postavit. To se projevuje hlavně v kontaktu s blízkými osobami, které jsou nemocné a umírají. Lidé často od tohoto tématu v rozpacích uhýbají, uchylují se k lživým postojům a informacím. Někteří umírající jsou za tyto falešné naděje vděční, ale většina má potřebu potvrdit si tento neodvratný fakt a vyrovnat se s ním. Umírající chce vidět, slyšet a cítit spoluúčast na svém životě i v tomto stádiu. Je to potvrzení opravdovosti jeho života a smrti a potvrzení osobní, lidské hodnoty. Má potřebu říct nevyřčené, srovnat si „účty“, napravit křivdy, které trápily jeho duši. Spoluúčast a sdílení pomáhá zachovat si v rámci možností psychický komfort. Je to také vyjádření akceptace vědomí vlastního limitu všech zúčastněných stran. Neschopnost mluvit s umírajícím o jeho perspektivě může být reakcí na vlastní úzkost ze smrti. Může se stát, že až když je pozdě, dostaví se u pozůstalého potřeba říci, co skrýval ve svém srdci a co už nikdy nebude možnost říct tomu, komu to patřilo. To může být později příčinou traumat. Dnešní prožívání a vnímání životního koloběhu je zploštělé. Lidé už se nerodí a neumírají jako dříve doma, ale většinou jsou tyto stěžejní integrující události odsouvány do ústavního prostředí, mimo rodinu.⁶⁷

⁶⁷ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 196, Vágnerová 2000, s. 502–503

Pacovský se v této souvislosti ve svém díle o moderním ošetrovatelství zaměřuje na zvládání velkého tlaku a techniky postupu ošetrovatelského personálu. Uvádí nutnost nemocného na smrt připravit a zajistit mu umírání s minimem psychických obtíží. Tento požadavek je uveden v etickém kodexu moderního ošetrovatelství a obsahuje právo pacienta na klidné umírání a pokojnou smrt.⁶⁸

Z lékařského hlediska je umírání synonymem terminálního stavu. V tomto konečném stádiu dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt. Většina umírajících chce své poslední chvíle strávit mezi blízkými v rodinném prostředí. Tam, kde to z nějakých důvodů není možné, je alternativou k běžné hospitalizaci **pobyt v hospici**. Pacienti hospice mají jistotu péče medicínské a ošetrovatelské, ale hlavně nad rámec nemocniční péče i uspokojování psychologických a duchovních potřeb. Je jim **garantováno, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí**, v každé situaci bude **plně respektována osobnost a lidská důstojnost** pacienta a **v posledních chvílích života nezůstane pacient osamocen**. Služby jsou poskytovány jak umírajícímu tak i jeho blízkým, následně pozůstalým.⁶⁹

Proces umírání nemusí pro starého člověka a jeho blízké představovat stejnou zátěž. Staří lidé reagují na zhoršení svého stavu méně bouřlivě. Nejčastější reakcí je smutek nebo apatie a rezignace, zvláště ve vztahu k očekávané smrti. Velkou oporou v těchto chvílích je náboženská víra, která umožňuje prožít přesah sebe sama, neboli přechod jedné formy existence do druhé.⁷⁰ Jak cituje Vágnerová Holma, „*zážitek Boha, určujícího náš život, dává i negativním událostem nějaký význam a možnost smysluplného vyústění. Umožňuje chápat ztráty jako projevy Boží vůle, které mohou mít nějaký vyšší smysl.*“⁷¹

⁶⁸ Pacovský 1981, s. 31

⁶⁹ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 197

⁷⁰ Vágnerová 2000, s. 505

⁷¹ Vágnerová 2000, s. 507

6 Shrnutí teoretické části

Stárnutí je proces, spojený s pozvolným úpadkem tělesných funkcí a psychických změn. S příchodem stáří se uzavírá profesní kariéra jedince. Postupně se mění jeho postoj k sobě samému i ke světu. Jsou upřednostňovány spíše hodnoty duchovní, orientace na rodinu. V důsledku zatížení různými chorobami a menší soběstačnosti jsou senioři nuceni odejít do jiných institucí. Umístění do domova pro seniory je velkou životní změnou, spojenou se „syndromem poslední štace“. Adaptace na tuto změnu je pro geronty značně náročná a celkově ovlivňuje fyzické a psychické zdraví. Staří lidé většinou nemají strach ze smrti, ale bojí se umírání.

EMPIRICKÁ ČÁST

*„Stáří je smutné ne proto, že přestávají všechny radosti, ale proto, že
přestávají naděje.“*

Jean Paul

7 Úvodní seznámení s problematikou

7.1 Souvislosti

V průběhu studia oboru sociální práce jsem absolvovala mimo jiné praxi v domově pro seniory. Zde mne zaujala informace z řad odborného personálu o vysoké úmrtnosti uživatelů tohoto zařízení v průběhu rekonstrukce pavilonu „A“, která se uskutečnila v roce 2010. Tato rekonstrukce proběhla jako první etapa procesu humanizace bydlení domova pro seniory. Po dobu rekonstrukce byla část uživatelů z pavilonu „A“ přemístěna do náhradních zařízení v okolí, část uživatelů se dočasně přesunula do pavilonu „B“ a části uživatelů se po dobu rekonstrukce ujaly jejich rodiny. Po skončení rekonstrukce, v průběhu zpětného stěhování uživatelů do zrekonstruovaného pavilonu „A“ vyšlo najevo, že velká část těchto uživatelů zemřela při pobytu v náhradních zařízeních. Tuto skutečnost sociální pracovnice spojovaly se **sníženou schopností adaptace na změny u seniorů.**

Domnívám se, že **ověření** nebo **vyvrácení** této teorie, a to formou zmapování mortality uživatelů během nežádané změny prostředí, která vyžadovala adaptaci dotčených seniorů na jiné životní podmínky, by mohlo pomoci při lepší strategii práce s cílovou skupinou – se seniory. Dalším přínosem této práce může být projektování lepší strategie práce v rámci rekonstrukce pavilonu „B“, která je plánovaná na rok 2014.

7.2 Popis zkoumaného souboru

Základní výběrový soubor jsou uživatelé domova pro seniory (dále jen DS). DS je určen především pro muže a ženy ve věku od 60 let, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Kapacita zařízení je 204 uživatelů. Jelikož byla rekonstrukce plánovaná, ponechalo si vedení rezervu na dobu rekonstrukce a obloženost byla 178 uživatelů. DS se skládá ze dvou pavilonů. Pavilonu „A“ a pavilonu „B“. Rekonstrukce byla rozložena do dvou časových období. První část rekonstrukce, kterou se zabývá tato bakalářská práce, se týká pavilonu „A“ a proběhla v roce 2010. Počet vedených uživatelů tohoto pavilonu po dobu rekonstrukce byl 86 klientů. V pavilonu „B“ bylo v té době evidováno 92 uživatelů. Pro tento pavilon je naplánovaná druhá etapa rekonstrukce na rok 2014.

7.3 Popis prostředí

Tato práce se zabývá do jisté míry kontroverzním, rozhodně značně citlivým tématem, a to mortalitou uživatelů domova pro seniory spojenou se situací náročnou na adaptaci uživatelů služby. Téma smrti a umírání je citlivé, ať se týká kterékoliv části populace. Tento výzkum by mohl vyvolat u některých stávajících nebo budoucích klientů a jejich rodinných příslušníků kontroverzní reakce. Z důvodu citlivosti tématu a na žádost vedoucího zařízení zde nebudou uvedeny názvy zařízení, kterých se toto šetření týkalo. Jednotlivá zařízení budou označeny kódy. Domov pro seniory, ve kterém probíhala rekonstrukce a jehož klientů se osobně týká tento výzkum, bude označen jako „**domovské zařízení**“. Ostatní zařízení, ve kterých dočasně klienti pobývali po dobu rekonstrukce, budou pro snadné rozlišení označeny kódy „**zařízení 1**“, „**zařízení 2**“, „**zařízení 3**“ a „**zařízení 4**“. Několik klientů bylo po dobu rekonstrukce umístěno v LDN zařízení v okolí. Tito klienti budou vedeni pod kódem „**LDN**“. Poslední

skupina klientů byla umístěna v domácím prostředí u svých rodin. Tito klienti jsou vedeni pod kódem „doma“.

Domovské zařízení (DS) – je zařízení příspěvkové organizace zřizované příslušným krajem. Nachází se nedaleko centra, v klidné obytné části malého města. Kapacita zařízení je 204 uživatelů. Ve vstupní spojovací části je administrativní zázemí pro vedení zařízení, prostorná hala s posezením pro klienty i jejich návštěvy a „bufet“. Je tu i zázemí pro kadeřnice. Dále se objekt člení na dva pavilony. Pavilon „A“ a pavilon „B“. V pavilonech se nacházejí jednotlivé bytové buňky. Každá buňka se skládá ze dvou jednolůžkových pokojů, společné chodbičky, WC a koupelny. Téměř každý pokoj má balkón. Před rekonstrukcí si mohli klienti vybavit pokoj nábytkem z domova, kromě speciálních lůžek, které patří do inventáře domovského zařízení. K dispozici je i zahrada. Po dobu rekonstrukce pavilonu „A“ bylo několik klientů dočasně přestěhováno do pavilonu „B“, kde se z části jednolůžkových pokojů udělaly dvoulůžkové pokoje. Bylo zde dočasně umístěno 17 uživatelů.

Zařízení 1 – bylo původně rekreační zařízení. Zde byly pronajaté prostory, kde byli ubytovaní klienti s menší ošetrovatelskou náročností. Nebyl zde výtah, proto se jednalo o více pohyblivé klienty. S klienty sem přešli i zaměstnanci domovského zařízení, kteří jim poskytovali služby, na které byli zvyklí. V pokojích byli klienti umístěni po dvou. Pokoje byly vybavené základním nábytkem a umyvadlem. Na chodbě byly oddělené WC a sprchy. U objektu byla terasa propojená s pokoji, velká jídelna a dvě větší společenské místnosti s klavírem. V bezprostředním okolí se nachází nádherná příroda s lesy. Bylo zde dočasně přemístěno 24 uživatelů.

Zařízení 2 – jedná se o domov pro seniory. Jelikož zde byl k dispozici výtah, byli zde ubytovaní klienti s větší ošetrovatelskou náročností. O dočasně umístěné klienty se staral personál tohoto zařízení. Klienti byli ubytováni ve dvoulůžkových pokojích se standardním nábytkem. Všechny

pokoje měly vlastní umyvadlo a WC. Společná koupelna se nachází na každém patře. Každé oddělení má denní místnost a kuchyňku. Součástí pokojů je i balkón. K pobytu venku jsou k dispozici terasy a venkovní areál. Zařízení se nachází mimo obec, na půl cesty mezi dvěma městy. Bylo zde dočasně přemístěno 6 uživatelů.

Zařízení 3 – jedná se také o domov pro seniory. Tento domov má víc jak padesátiletou tradici v poskytování sociálních služeb. Areál prošel několika rekonstrukcemi. Ta poslední byla ukončena v roce 2010, ještě před dočasným nastěhováním klientů z domovského zařízení. Také zde byli ubytováni klienti se zvýšenou ošetrovatelskou péčí, protože zde byl k dispozici výtah a kvalifikovaný personál. Dvoulůžkové pokoje mají vlastní sociální zařízení a standardní vybavení. V areálu se mimo jiné nachází společenská místnost, pracovny pro ergoterapie, rehabilitační místnosti a další technické zázemí. Bylo zde dočasně přemístěno 9 uživatelů.

Zařízení 4 – jedná se o zrekonstruovaný dům v osobním vlastnictví v nedalekém městě blízko domovského zařízení. Majitelka uzavřela smlouvu s dočasně přestěhovanými klientkami. Tuto dohodu a smlouvu zprostředkovala místní sociální organizace, která pak s klientkami uzavřela jednotlivé smlouvy o pečovatelských úkonech. V domě je šest pokojů. Každý má svou malou chodbičku a koupelnu s WC. Některé koupelny byly vybavené sprchovým koutem, některé vanou. Klientky byly do pokojů umístěny podle odpovídajícího stupně pohyblivosti. Dále byla v domě velká koupelna, kuchyň a společenská místnost. Přístup v dolním podlaží byl bezbariérový a k domu patřila i velká zahrada. Každá obyvatelka měla od svého pokoje klíč. Toto zařízení odpovídalo svým charakterem rodinnému prostředí. Bylo zde dočasně ubytováno 6 klientek.

LDN – je zařízení pro dlouhodobě nemocné. Jedná se o zařízení zdravotnické, režimové. Byli zde umístěni klienti vyžadující zvýšenou zdravotní péči. Pokoje byly dvoulůžkové a třílůžkové. Některé pokoje byly

vybaveny WC zařízením. Klienti DS byli umístěni na pokojích, kde nebylo k dispozici WC. V tomto zařízení bylo umístěno 6 klientů.

Doma, rodinné prostředí – týká se klientů, kteří po dobu rekonstrukce pobývali u svých rodin. Vedení DS oslovilo všechny dostupné rodiny klientů a požádalo je o pomoc s dočasným ubytováním svých klientů. Mnohé rodiny projevily zájem, ale pracovní vytížení nebo režim rodiny neumožňoval umístění do rodinného prostředí. Proto většina rodin vypomáhala aspoň při balení nebo uskladnění věcí seniorů. V rodinách bylo umístěno 18 klientů.

8 Cíl práce

Teorie, že senioři mají sníženou schopnost adaptace na změny, se mohla projevit v tomto konkrétním případě nežádané změny prostředí ve vyšší mortalitě uživatelů umístěných v náhradních zařízeních. Z této teorie jsem vycházela při formulaci cíle mého empirického šetření.

Cílem mé práce je empirickým šetřením odpovědět na **výzkumnou otázku**, která zní: **Měla dočasná změna prostředí, která vyžadovala adaptaci dotčených seniorů na jiné životní podmínky, dopad na mortalitu uživatelů?**

Na tuto otázku budu hledat odpověď pomocí zmapování následků ve formě mortality při dočasné změně prostředí na uživatele domova pro seniory.

8.1 Výzkumná otázka

Pro validní odpověď na výzkumnou otázku jsem si stanovila dílčí pracovní hypotézy, které by měly vést k cíli práce. Pracovní hypotézy jsou předpoklady, které strukturovaně determinují jednotlivé okruhy šetření. Na základě výsledků těchto dílčích šetření bude zodpovězena výzkumná otázka.

8.2 Formulace pracovních hypotéz

PH1: Předpokládám, že poměr úmrtnosti klientů, kteří podstoupili změnu pobytu (pavilon „A“), bude vyšší než u klientů, kteří se nestěhovali (pavilon „B“).

Tato hypotéza je vytvořena na základě teorie, že senioři mají sníženou schopnost adaptace na změny.

PH2: Předpokládám, že úmrtnost klientů umístěných v jiných zařízeních bude vyšší než úmrtnost klientů umístěných v rodinách.

Tento předpoklad vychází z teorie, že rodina, blízcí a domácí prostředí, hrají v seniu stěžejní pozitivní roli. Zvláště v tomto případě, kdy si rodiny dočasně vzaly své blízké domů dobrovolně. Klientům, kteří byli umístěni v jiných zařízeních, byl poskytován stereotypní standart a profesionální služby, na které byli zvyklí, ale nedostávalo se jim podpory rodinného zázemí, které je emočně specifické.

PH3: Celkový počet úmrtí klientů během rekonstrukce bude vyšší než za stejný časový úsek rok před rekonstrukcí a rok po rekonstrukci.

Tato hypotéza vychází ze stejného teoretického základu jako PH1. To znamená, že stres spojený s adaptací na změnu prostředí vedl k psychické zátěži, která je úzce spojená se zdravotním stavem seniorů. Zhoršení jejich zdravotního stavu může vést až ke smrti. Proto je tu předpoklad, že po dobu, kdy klienti nebyli vystaveni změně prostředí, byl jejich zdravotní stav stabilnější, což se odrazilo v nižší míře mortality uživatelů.

PH4: Mortalita uživatelů pavilonu „A“ během rekonstrukce bude vyšší než za stejný časový úsek rok před rekonstrukcí a rok po rekonstrukci.

I tato hypotéza vychází z předpokladu, že zátěž ve formě změny prostředí vytváří velký tlak na psychiku uživatelů a aktivaci adaptačních mechanismů. Míra nutnosti adaptace uživatelů má přímou souvislost s mírou mortality v jednotlivých časových obdobích.

8.3 Metodika empirického šetření a použitá technika

Empirické šetření bylo vedeno kvantitativní metodou, technikou sekundární analýzy dat ze spisové dokumentace domova pro seniory. Tato data budou pomocí aplikace Microsoft Excel zpracována do jednotlivých tabulek, ze kterých budou vygenerovány přehledné grafy. Jednotlivá data budou převedena na procentní zastoupení jednotlivých skupin. Analýza dat

bude provedena identifikací statistických vztahů mezi jednotlivými skupinami. Šetření bude probíhat v těchto krocích:

- Zjištění počtu uživatelů v průběhu rekonstrukce dle jednotlivých skupin.
- Zjištění míry úmrtnosti uživatelů v průběhu rekonstrukce dle jednotlivých skupin.
- Zjištění míry úmrtnosti uživatelů dočasně přemístěných do jiných zařízení v porovnání s uživateli, kterých se stěhování netýkalo.
- Zjištění míry úmrtnosti v zařízení v době před rekonstrukcí.
- Zjištění míry úmrtnosti v zařízení v době po rekonstrukci.

Následně budou deduktivní metodou testovány pracovní hypotézy a teorie. Na základě statistické zprávy budou vyvozeny zobecněné výsledky.

Na psychický, potažmo fyzický stav seniorů by mohlo mít vliv mimo jiné i roční období. Jelikož rekonstrukce probíhala v časovém období září až prosinec, zvolila jsem pro porovnání mortality uživatelů totožné období rok před rekonstrukcí a rok po rekonstrukci.

8.4 Průběh šetření

Prvním krokem byl telefonický kontakt s vedoucím tohoto zařízení. Uskutečnil se v únoru roku 2013. Požádala jsem ho o vyjádření, zda mi umožní provést empirické šetření v DS, na dané téma. Vedoucí mi sdělil, že téma je zajímavé a výstup této práce může být přínosný pro druhou etapu plánované rekonstrukce. Domluvili jsme si termín setkání. Tato konzultace proběhla v kanceláři vedoucího. Vedoucí mi sdělil, že údaje, které potřebuji pro svůj výzkum, nemají uložené v počítačovém systému Cygnus, který v současnosti používají, a tudíž se budou muset vyhledat v jednotlivých složkách uživatelů. Sdělil mi, že z důvodu ochrany osobních údajů mi

přidělí sociální pracovníci, která potřebné informace v jednotlivých spisech vyhledá. Požádal mě, abych zformulovala, co potřebuji vyhledat, a vše poslala e-mailovou poštou. Požádala jsem o zprostředkování rozhovorů s klienty, kterých se týkalo stěhování v rámci rekonstrukce. Chtěla jsem zjistit, jak prožívali danou situaci. Přislíbil mi, že rozhovory s uživateli zprostředkuje. Spolu se sociální pracovníci jsme potom probraly situaci a poté mi vyhledala část dat, která se týkala počtu umístění uživatelů v jednotlivých náhradních zřízeních po dobu rekonstrukce. Z důvodu její zaneprázdněnosti jsme se rozloučily s tím, že další schůzku si sjednáme e-mailovou poštou. Později se omluvila, že momentálně nestíhá věnovat pozornost mému šetření a proto všechny mé e-maily přeposlala vedoucímu. Při další návštěvě zařízení jsem z jednání vedoucího vyzorovala změnu přístupu k mému výzkumu. Vedoucí mi sdělil, že si nepřeje, abych ve své práci uváděla konkrétní názvy jednotlivých zařízení. Tuto podmínku jsem s porozuměním akceptovala. Poněkolikáté návštěvě mi umožnil rozhovor se dvěma vybranými uživateli. Oba rozhovory trvaly přibližně 5 minut a byly vedeny pod dozorem vedoucího. Později jsem vedoucímu poslala e-mail, ve kterém jsem ho podrobněji informovala o struktuře a náplni mé bakalářské práce se zaměřením na problematiku adaptace seniorů na změny. Zpracování dané tematiky ho zaujalo. Při dalších návštěvách DS mi postupně osobně vyhledal chybějící data.

Vystěhování objektu proběhlo od 18. 8. 2010 – 31. 8. 2010.

Plánovaná rekonstrukce 1. 9. 2010 – 3. 11. 2010.

Plánované zpětné nastěhování klientů 4. 11. 2010 - 17. 11. 2010.

Slavnostní ukončení stavby naplánováno 6. 12. 2010.

Protože se rekonstrukce neplánovaně prodloužila, zpozdlilo se i nastěhování klientů. Termín nastěhování byl dán do začátku vánočních svátků. Vedení DS si uvědomovalo, jak je pro klienty z psychologického hlediska důležité, aby byli nastěhováni zpátky do začátku

vánočních svátků. Šlo o to, aby vánoce prožili v klidu, bez stresu v domovském zařízení. Klienti se vraceli:

Tabulka č. 1 Průběh nastěhování po rekonstrukci v roce 2010 (autor)

Ze zřízení č. 1	8. – 10. 12. 2010
Z LDN	10. 12. 2010
Od rodiny	10. – 13. 12. 2010
Ze zařízení č. 4	13. 12. 2010
Z vedlejší budovy „B“	14. – 15. 12. 2010
Ze zařízení č. 3	16. – 17. 12. 2010
Ze zařízení č. 2	20. 12. 2010

9 Analýza a zpracování dat

V této kapitole jsou shromážděna data získaná ze spisové dokumentace, která jsou pro přehlednost uvedena v tabulkách a následně v grafech.

Data získané ze spisové dokumentace:

9.1 Přehled základních kategorií a počtů DS rok 2010

V této tabulce je základní přehled kategorií vedených uživatelů domovského zařízení, bez ohledu na rozlišení náhradních zařízení. Jsou zde uvedeny počty vedených uživatelů jednotlivých pavilonů během rekonstrukce a počty úmrtí uživatelů během rekonstrukce vztahující se k jednotlivým pavilonům.

Tabulka č. 2 Přehled základních kategorií DS po dobu rekonstrukce v roce 2010 (autor)

Celkový počet vedených uživatelů v době rekonstrukce	178
Počet uživatelů vedených v pavilonu "A"	86
Počet uživatelů vedených v pavilonu "B"	92
Počet uživatelů z pavilonu "A", kteří zemřeli během rekonstrukce	13
Počet původních uživatelů pavilonu "B", kteří zemřeli během rekonstrukce	4
Celkový počet uživatelů, kteří zemřeli během rekonstrukce	17

V pavilonu „A“ bylo evidováno 86 uživatelů. Z tohoto počtu zemřelo během rekonstrukce 13 uživatelů. V pavilonu „B“ bylo 92 původních, stálých uživatelů. Po dobu rekonstrukce zemřeli 4 původní uživatelé tohoto pavilonu.

V dalším postupu budou zpracována jednotlivá data za jednotlivá sledovaná období a průběžně vyhodnocována stručná shrnutí, která budou v závěru podkladem pro porovnání jednotlivých souvislostí mezi těmito kategoriemi. Na základě těchto výsledků budou potvrzeny nebo vyvráceny pracovní hypotézy. Dílčí vyhodnocení těchto hypotéz by mělo vést k cíli mého empirického šetření, kterým je odpověď na výzkumnou otázku.

9.2 Umístění uživatelů DS po dobu rekonstrukce v roce 2010

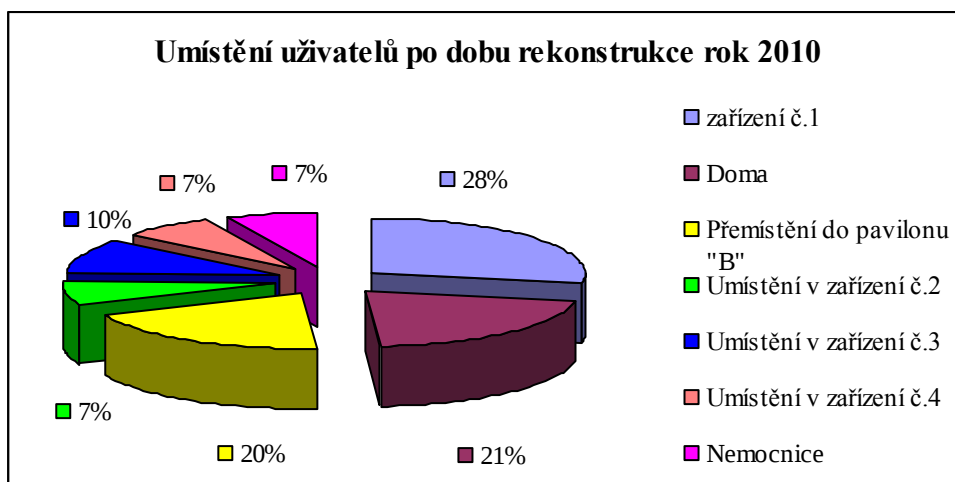
(v období od 1. 9. – 20. 12. 2010)

V této kapitole jsou data, která se týkají počtu umístění uživatelů v jednotlivých náhradních zařízeních, vyjádřena v tabulce. Na základě tabulky je vygenerovaný graf, který přehledně zobrazuje jednotlivá zastoupení uživatelů v náhradních zařízeních. Dále je zde dílčí shrnutí procentního zastoupení uživatelů v těchto zařízeních, které bude podrobněji porovnáno a vyhodnoceno v kapitole **Výsledky výzkumu**.

Tabulka č. 3 Přehled umístění v náhradních zařízeních rok 2010 (autor)

	Počet
Uživatelé umístění v zařízení č. 1	24
Uživatelé umístění v rodinném prostředí	18
Uživatelé přemístění do pavilonu "B"	17
Uživatelé umístění v zařízení č. 2	6
Uživatelé umístění v zařízení č. 3	9
Uživatelé umístění v zařízení č. 4	6
Uživatelé umístění v LDN	6
Počet celkem	86

Graf č. 1 Umístění uživatelů DS po dobu rekonstrukce v roce 2010 (autor)



Celková kapacita DS je **204** uživatelů.

Celkový počet uživatelů vedený v době rekonstrukce je **178** uživatelů.

Shrnutí jednotlivých umístění uživatelů v procentním zastoupení:

- 1) Největší počet uživatelů byl umístěn v **zařízení č. 1**, a to v objemu **28 %**.
- 2) Na druhém místě z hlediska objemu byli uživatelé umístěni v **domácím prostředí** u svých rodin. Bylo jich **21 %**.
- 3) Na třetí pozici je **pavilon „B“** domovského zařízení. Zde bylo umístěno **20 %** uživatelů.
- 4) Na čtvrtém místě je **zařízení č. 3** v objemu **10 %** uživatelů.
- 5) Nejnižší objem uživatelů mají shodně **zařízení č. 2**, **zařízení č. 4**, a **LDN** – všichni po **7 %** uživatelů z celkového objemu.

9.3 Počty úmrtí uživatelů po dobu rekonstrukce v roce 2010 (v období od 1. 9. – 20. 12. 2010)

Tato kapitola se zabývá výši mortality uživatelů v jednotlivých náhradních zařízeních. Uvedená data mne překvapila nízkými počty, neboť neodpovídala původním informacím, které jsem získala v průběhu praxe, která proběhla o 2 roky dříve. Informace jsou zpracovány v tabulce. Pro

lepší přehlednost údajů jsou i graficky znázorněny. Průběžná data jsou vyhodnocena v dílčím shrnutí.

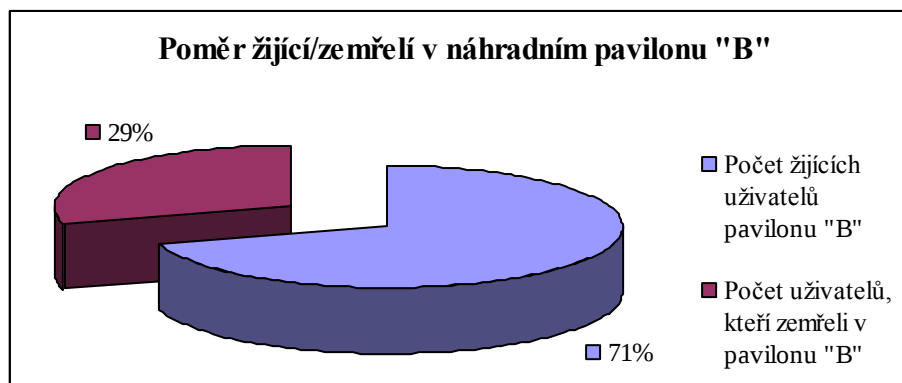
Tabulka č.4 Mortalita uživatelů v náhradních zařízeních rok 2010 (autor)

	Počet
Počet uživatelů, kteří zemřeli v zařízení č. 1	2
Počet uživatelů, kteří zemřeli v zařízení č. 2	0
Počet uživatelů, kteří zemřeli v zařízení č. 3	0
Počet uživatelů, kteří zemřeli v zařízení č. 4	0
Počet uživatelů, kteří zemřeli v pavilonu "B"	5
Počet uživatelů, kteří zemřeli doma	0
Počet uživatelů, kteří zemřeli v LDN.	6
Celkový počet uživatelů, kteří zemřeli	13

Jelikož v domácím prostředí ani v zařízení č. 2, zařízení č. 3 a zařízení č. 4 nikdo nezemřel, je nereálné tuto skutečnost graficky znázornovat. V zařízení LDN byla 100 % mortalita, tudíž i zde grafické znázornění poměru žijících a zemřelých uživatelů odpadá.

Abych odlišila poměr úmrtnosti stálých uživatelů pavilonu „B“ od dočasně umístěných uživatelů v tomto pavilonu budu tyto posledně jmenované zařazovat pod umístěním náhradní pavilon „B“.

Graf č. 2 Poměr žijící/zemřelí v náhradním pavilonu „B“ (autor)

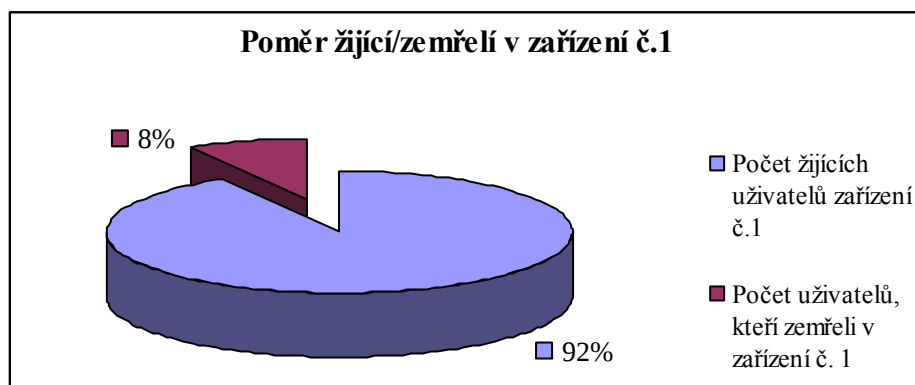


Celkový počet uživatelů vedený v náhradním pavilonu „B“ (1. 9. - 20. 12. 2010) byl 17 uživatelů.

Shrnutí žijící/zemřelí dočasně umístěných uživatelů v pavilonu „B“ po dobu rekonstrukce v roce 2010 v procentním zastoupení:

- Mortalita uživatelů je 29 %.
- Počet žijících uživatelů je 71 %.

Graf č. 3 Poměr žijící/zemřelí v zařízení č. 1 (autor)



Celkový počet uživatelů vedených v zařízení č. 1 (1. 9. - 20. 12. 2010) byl 24 uživatelů.

Shrnutí žijící/zemřelí v DS v zařízení č.1 v roce 2010 v procentním zastoupení:

- Mortalita uživatelů je 8 %.
- Počet žijících uživatelů je 92 %.

Shrnutí mortality z hlediska všech zařízení v procentním zastoupení:

- 1) Nejvíce uživatelů zemřelo v **LDN** v celkovém objemu úmrtí v rámci všech zařízení. Bylo to **100 %** uživatelů.
- 2) Na druhém místě v úmrtnosti byl **pavilon „B“** domovského zařízení, v celkovém objemu **29 %** dočasně přemístěných uživatelů.
- 3) Na třetím místě v objemu úmrtnosti je **zařízení č. 1** s **8 %** mortality.
- 4) V domácím prostředí ani v zařízení č. 2, zařízení č. 3 a zařízení č. 4 nikdo nezemřel.

9.4 Počty úmrtí uživatelů DS před rekonstrukcí v roce 2009

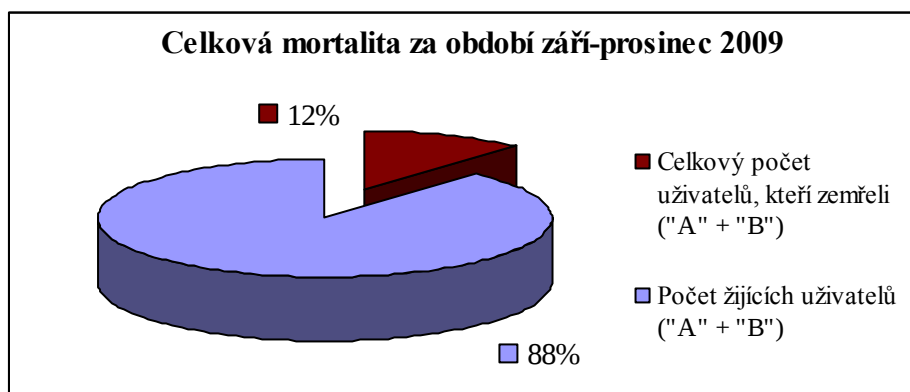
(v období 1. 9. – 20. 12. 2009)

V této kapitole je přehled výše mortality uživatelů domovského zařízení rok před rekonstrukcí. Data jsou zpracována v tabulce, ze které jsou vygenerovány jednotlivé grafy zobrazující výši celkové mortality a poměru mortality v pavilonu „A“ a v pavilonu „B“. Tyto údaje jsou zpracovány v průběžném dílčím shrnutí.

Tabulka č. 5 Mortalita v DS za období září-prosinec rok 2009 (autor)

2009	Počet
Celkový počet uživatelů	172
Počet uživatelů v pavilonu "A"	98
Počet uživatelů v pavilonu "B"	74
Počet uživatelů, kteří zemřeli v pavilonu "A"	4
Počet uživatelů, kteří zemřeli v pavilonu "B"	16
Celkový počet uživatelů, kteří zemřeli ("A" + "B")	20
Počet žijících uživatelů ("A" + "B")	152

Graf č. 4 Mortalita v DS za období září-prosinec 2009 (autor)

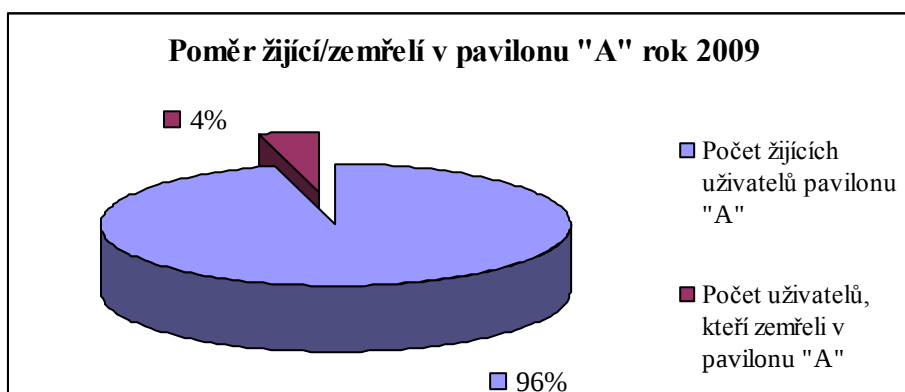


Celkový počet uživatelů vedený v DS (1. 9. - 20. 12. 2009) byl 172 uživatelů.

Shrnutí žijící/zemřelí v DS v roce 2009 v procentním zastoupení:

- Celková mortalita uživatelů je 12 %.
- Počet žijících uživatelů je 88 %.

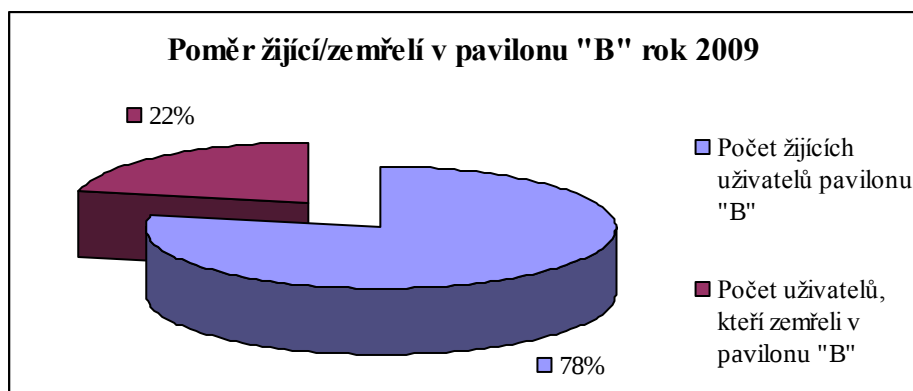
Graf č. 5 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu „A“ rok 2009 (autor)



Shrnutí žijící/zemřelí v pavilonu „A“ v roce 2009 v procentním zastoupení

- V pavilonu „A“ zemřely 4 % uživatelů.
- V pavilonu „A“ přežilo 96 % uživatelů.

Graf č. 6 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu „B“ rok 2009 (autor)



Shrnutí žijící/zemřelí v pavilonu „B“ v roce 2009 v procentním zastoupení

- V pavilonu „B“ zemřelo 22 % uživatelů.
- V pavilonu „B“ přežilo 78 % uživatelů.

9.5 Počty úmrtí uživatelů DS po dobu rekonstrukce v roce 2010

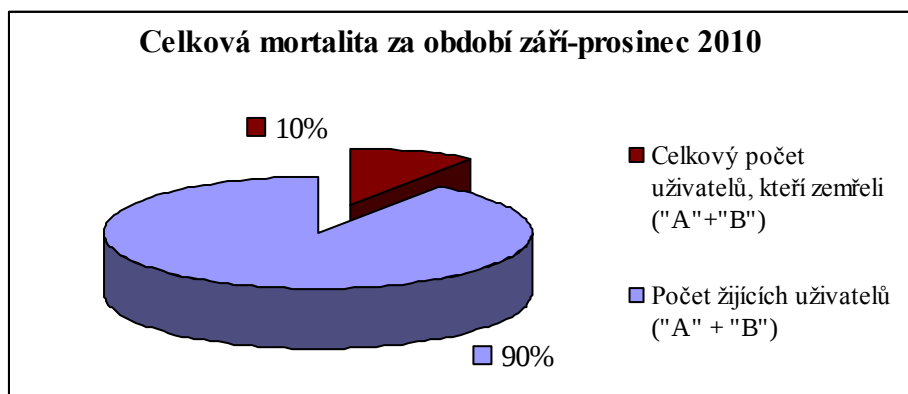
(v období 1. 9. – 20. 12. 2010)

V této kapitole je přehled výše mortality uživatelů domovského zařízení v průběhu rekonstrukce. Data jsou zpracována v tabulce, ze které jsou vygenerovány jednotlivé grafy zobrazující výši celkové mortality a poměru mortality uživatelů vedených v pavilonu „A“ a v pavilonu „B“. Tyto údaje jsou zpracovány v průběžném dílčím shrnutí.

Tabulka č. 6 Mortalita v DS za období září-prosinec rok 2010 (autor)

2010	Počet
Celkový počet uživatelů	178
Počet uživatelů v pavilonu "A"	86
Počet uživatelů v pavilonu "B"	92
Počet uživatelů, kteří zemřeli v pavilonu "A"	13
Počet uživatelů, kteří zemřeli v pavilonu "B"	4
Celkový počet uživatelů, kteří zemřeli ("A" + "B")	17
Počet živých uživatelů ("A" + "B")	161

Graf č. 7 Mortalita v DS za období září-prosinec 2010 (autor)

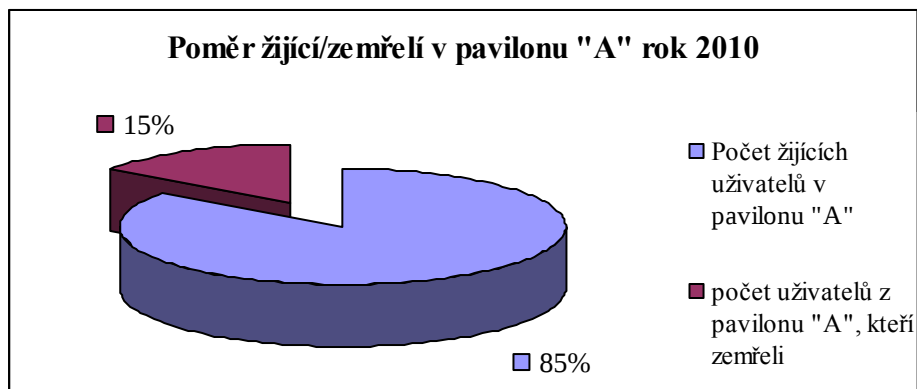


Celkový počet uživatelů vedený v DS (1. 9. - 20. 12. 2010) byl 178 uživatelů.

Shrnutí žijící/zemřelí v DS v roce 2010 v procentním zastoupení:

- Celková mortalita uživatelů je 10 %.
- Počet žijících uživatelů je 90 %.

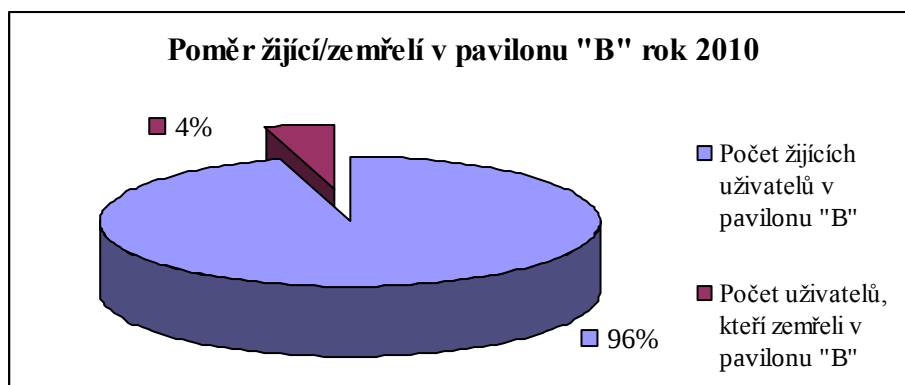
Graf č. 8 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu „A“ rok 2010 (autor)



Shrnutí žijící/zemřelí v pavilonu „A“ v roce 2010 v procentním zastoupení:

- Z pavilonu „A“ zemřelo 15 % uživatelů.
- Z pavilonu „A“ přežilo 85 % uživatelů.

Graf č. 9 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu „B“ rok 2010 (autor)



Shrnutí žijící/zemřelí v pavilonu „B“ v roce 2010 v procentním zastoupení:

- V pavilonu „B“ zemřely 4 % stálých uživatelů.
- V pavilonu „B“ přežilo 96 % stálých uživatelů.

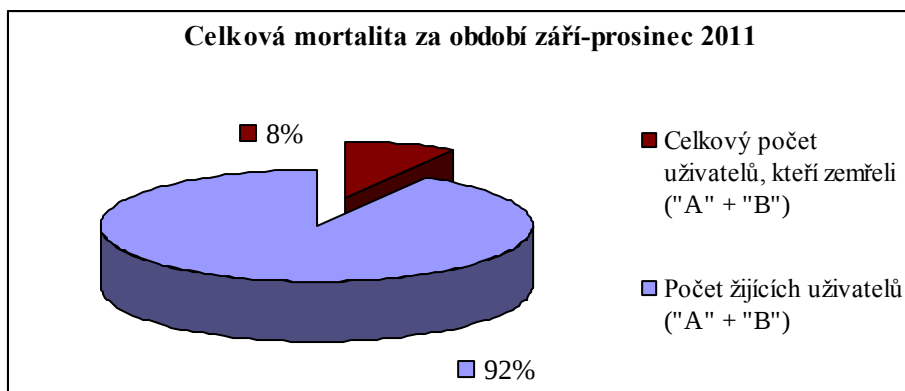
9.6 Počty úmrtí uživatelů DS po rekonstrukci v roce 2011 (v období 1. 9. – 20. 12. 2011)

V této kapitole je přehled výše mortality uživatelů domovského zařízení rok po rekonstrukci. Data jsou zpracována v tabulce, ze které jsou vygenerovány jednotlivé grafy zobrazující výši celkové mortality a poměru mortality v pavilonu „A“ a v pavilonu „B“. Tyto údaje jsou zpracovány v průběžném dílčím shrnutí.

Tabulka č. 7 Mortalita v DS za období září-prosinec 2011(autor)

2011	Počet
Celkový počet uživatelů	201
Počet uživatelů v pavilonu "A"	100
Počet uživatelů v pavilonu "B"	101
Počet uživatelů, kteří zemřeli v pavilonu "A"	11
Počet uživatelů, kteří zemřeli v pavilonu "B"	6
Celkový počet uživatelů, kteří zemřeli ("A" + "B")	17
Počet žijících uživatelů ("A" + "B")	184

Graf č. 10 Mortalita v DS za období září-prosinec 2011(autor)

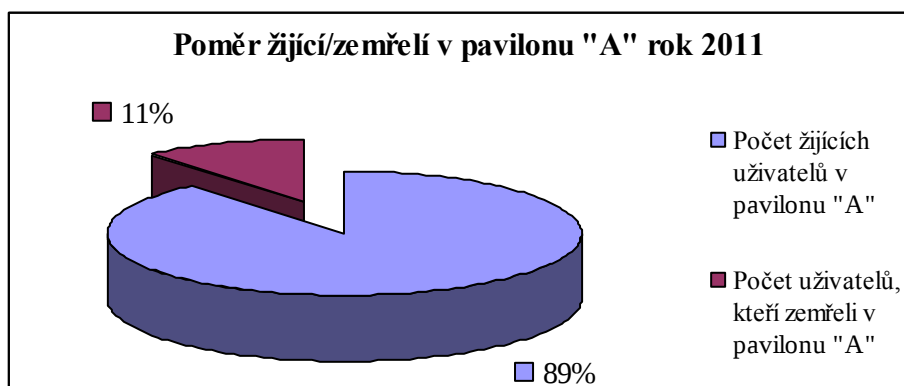


Celkový počet uživatelů vedený v DS (1. 9. - 20. 12. 2011) byl 201 uživatelů.

Shrnutí žijící/zemřelí v DS v roce 2011 v procentním zastoupení:

- Celková mortalita uživatelů je 8 %.
- Počet žijících uživatelů je 92 %.

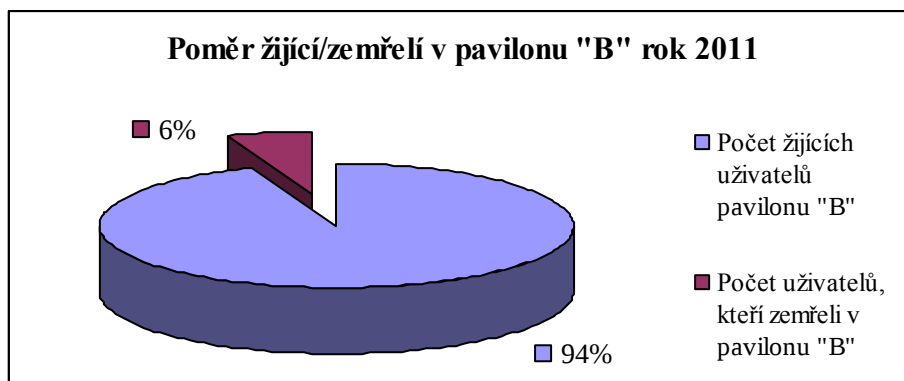
Graf č. 11 Poměr živí/zemřelí v pavilonu „A“ rok 2011(autor)



Shrnutí živí/zemřelí v pavilonu „A“ v roce 2011 v procentním zastoupení

- V pavilonu „A“ zemřelo 11 % uživatelů.
- V pavilonu „A“ přežilo 89 % uživatelů.

Graf č. 12 Poměr živí/zemřelí v pavilonu „B“ rok 2011(autor)



Shrnutí živí/zemřelí v pavilonu „B“ v roce 2011 v procentním zastoupení

- V pavilonu „B“ zemřelo 6 % uživatelů.
- V pavilonu „B“ přežilo 94 % uživatelů.

9.7 Informace získané během empirického šetření

Během empirického výzkumu jsem se sešla se zástupkyní sociální organizace, která zprostředkovala umístění 6 uživatelů domova pro seniory do zařízení č. 4. Tato sociální pracovnice, v rámci této organizace dlouhodobě poskytuje pečovatelské služby uživatelům DS. Vznesla jsem pochybnosti o výši deklarované míry mortality v době mé praxe a rozdílných datech, která mi byla poskytnuta v průběhu empirického šetření ze strany domova pro seniory. K této otázce se stavěla zdrženlivě. Řekla mi, že může garantovat jen data, která se týkala jejich zařízení. Sdělila mi, že všech 6 klientek, o které se jejich organizace starala během rekonstrukce, se jim svěřily, že by chtěly v tomto náhradním zařízení zemřít. Zdůvodňovaly to tím, že se jim v tomto náhradním, dočasném zařízení rodinného typu moc líbí. Chtěly by zemřít v klidu a pokoji tam kde jsou spokojené s přístupem pečovatelek a personálu. Po přestěhování zpátky do domova pro seniory do 3 měsíců 4 z nich zemřely. Pečovatelky dále dojížděly do tohoto domova a všimly si, že právě doba 3 – 4 měsíců po nastěhování do zrekonstruovaného pavilonu, byla kritická pro hodně uživatelů. Přesná data neví, ale úmrtnost v té době byla vyšší. Staří lidé si stěžovali, že je tam všechno moc pěkné, ale už si tam nemohli znovu vzít své původní zařízení (stará křesla, na která byli zvyklí, a část nábytku, který jim připomínal domov) a v tomto nově zrekonstruovaném, krásném zařízení se cítili cizí. Chyběl jim kontakt s minulostí, zastoupený starým rodinným vybavením.

Při rozhovorech s panem K. a s paní D., kteří byli během rekonstrukce přemístěni do zařízení č. 1, vyplynulo, že velmi oceňovali přírodní okolí tohoto zařízení a výbornou kuchyni. Tu ocenil zvláště pan K., který je původním povoláním kuchař.

9.8 Výsledky výzkumu – shrnutí

Míra mortality v náhradních zařízeních po dobu rekonstrukce, od nejnižší po nejvyšší:

1. Doma – 0 %
 Zařízení č. 2 – 0 %
 Zařízení č. 3 – 0 %
 Zařízení č. 4 – 0 %
2. Zařízení č. 1 – 8 %
3. Náhradní pavilon „B“ – 29 %
4. LDN – 100 %

Mortalita v pavilonu „B“ po dobu rekonstrukce:

Pavilon „B“ – 4 %

Zhodnocení

Z těchto výsledků vyplývá, že nejnižší, a to nulová úmrtnost byla u uživatelů, kteří po dobu rekonstrukce pobývali doma u svých rodin, dále u uživatelů, kteří byli přemístěni do náhradních DS, což byly zařízení č.2 a zařízení č.3 a u uživatelů, v zařízení č. 4., které je rodinného typu.

Na druhém místě bylo zařízení č. 1.

Na třetím místě bylo náhradní zařízení pavilon „B“.

Nejvyšší úmrtnost byla v LDN a to 100 %. Zde může hrát jistou roli fakt, že do LDN byli umístěni uživatelé s nejvyšším stupněm zdravotních komplikací a tudíž se dá předpokládat i velký stupeň zátěže pro organismus.

U stálých obyvatel pavilonu „B“, kteří se nestěhovali byla 4% úmrtnost.

Míra celkové mortality v rámci jednotlivých let, od nejnižší po nejvyšší:

1. rok 2011 – 8 %
2. rok 2010 – 10 %
3. rok 2009 – 12 %

Zhodnocení

Nejnižší míra mortality byla rok po rekonstrukci, tedy v roce 2011. To může ukazovat na stabilizaci prostředí.

V kritickém roce 2010, kdy proběhla rekonstrukce, která byla spojená s velkým stupněm zátěže pro uživatele, je překvapivě nižší dopad mortality než rok před rekonstrukcí. Tady je třeba zdůraznit, že se nejedná o porovnání mortality kritického pavilonu „A“, ale o celkový přehled úmrtnosti v DS. Rok 2009 měl nejvyšší míru mortality. V této době bylo prostředí uživatelů obou pavilonů na stejné úrovni. Proto jsou výsledky z mého pohledu nečekané.

Míra mortality v pavilonu „A“ v rámci jednotlivých let, od nejnižší po nejvyšší:

1. rok 2009 – 4 %
2. rok 2011 – 11 %
3. rok 2010 – 15 %

Zhodnocení

Nejnižší míra mortality v pavilonu „A“ byla v roce 2009, rok před rekonstrukcí.

Na druhém místě se umístil rok 2011, kdy uživatelé tohoto pavilonu žili v lepších podmínkách z hlediska humanizace bydlení než v předchozích dvou letech.

Nejvyšší úmrtnost v pavilonu „A“ byla v roce 2010, který byl zátěžový na adaptační mechanismy uživatelů tohoto pavilonu.

Míra mortality v pavilonu „B“ v rámci jednotlivých let, od nejnižší po nejvyšší:

1. rok 2010 – 4 %
2. rok 2011 – 6 %
3. rok 2009 – 18 %

Zhodnocení

Nejnižší míra mortality v pavilonu „B“ byla v roce 2010. Tento výsledek je zajímavý. V tomto roce probíhala rekonstrukce, která měla vliv i na chod tohoto pavilonu. Tomuto výsledku mohl napomoci větší počet personálu, přesunutý z pavilonu „A“, který se věnoval uživatelům pavilonu „B“ a jejich potřebám.

Druhá nejnížší míra mortality v pavilonu „B“ je v roce 2011, který můžeme podle průběžných výsledků i v jiných kategoriích hodnotit jako rok, kdy v průměru vládla největší stabilita uživatelů na pobyt v DS.

10 Diskuze výsledků

V diskusi budou porovnány vztahy mezi jednotlivými skupinami. Na základě těchto hodnocení potvrdím nebo vyvrátím pomocné hypotézy. Odpovědi na tyto hypotézy budou porovnány s informacemi z teoretické části a stručně zhodnoceny. Na základě všech těchto vyhodnocení zodpovím výzkumnou otázku.

Cílem této bakalářské práce je empirickým šetřením odpovědět na **výzkumnou otázku**, která zní: **Měla dočasná změna prostředí, která vyžadovala adaptaci dotčených seniorů na jiné životní podmínky, dopad na mortalitu uživatelů?**

Pro validní odpověď na výzkumnou otázku je třeba potvrdit nebo vyvrátit pracovní hypotézy:

PH1: Poměr úmrtnosti uživatelů, kteří podstoupili změnu pobytu (pavilon „A“), bude vyšší než u uživatelů, kteří se nestěhovali (pavilon „B“).

Uživatelů, kterých se stěhování během rekonstrukce netýkalo, to znamená stálých uživatelů DS z **pavilonu „B“**, zemřely **4 %** z celkového počtu uživatelů tohoto pavilonu. U uživatelů, kteří se stěhovali do **náhradních zařízení**, byla **15 %** úmrtnost, což je o 11 % více než v pavilonu „B“ (**tabulka č. 6 a grafy č. 8 a č. 9**).

Teoretický základ této hypotézy vychází z teze, že senioři mají sníženou schopnost adaptace na změny. Tato problematika je popsána v kapitole **Adaptace na stáří**. Důležitou roli ve zvládání a přizpůsobení se změnám, jak uvádí Vágnerová,⁷² hrají základní osobnostní charakteristiky. Zda je senior spíše aktivní nebo pasivní, svým zaměřením spíše optimista nebo pesimista a jak se celkově staví ke svému stáří. Zda jej přijímá, či

⁷² Vágnerová 2000, s. 446-447

popírá. V této souvislosti hraje významnou roli strategie vyrovnání se s vlastním stářím, které zmiňují Langmeier a Krejčířová.⁷³

Tato hypotéza PH1 se potvrdila.

PH2: Úmrtnost uživatelů umístěných v náhradních zařízeních bude vyšší než úmrtnost uživatelů umístěných v rodinách.

Mortalita uživatelů umístěných v **rodinném prostředí** byla **nulová**. Ty samé výsledky vykazovali i uživatelé umístění v **zařízení č. 2, zařízení č. 3** a v **zařízení č. 4 (tabulka č. 4)**.

V **zařízení č. 1** byla **8 % mortalita (tabulka č.4, graf č. 3)**, což je o 21 % nižší úmrtnost než v **náhradním pavilonu „B“** kde byla **úmrtnost 29 %** z celkového počtu dočasně umístěných uživatelů (**tabulka č. 4, graf č. 2**).

Největší, **100 % míra mortality** byla zaznamenána v **LDN zařízení (tabulka č. 4)**.

Podklad této hypotézy vychází z teorie, že rodina, blízcí a domácí prostředí, hrají v senu stěžejní pozitivní roli. Tato teze je podložena v teoretické části této bakalářské práce v kapitole **odchod do důchodu a odchod do domova pro seniory**, kde jsou podrobněji popsány změny v prožívání, uvažování a chování v senu. Tyto změny, jak uvádí Vágnerová,⁷⁴ se mimo jiné projevují i v potřebě orientace a učení. Senioři se zaměřují na jiné hodnoty, než je výkon, a učí se novým strategiím zvládání svého života. Stěžejní roli pro ně hraje rodina. V jiných souvislostech to dokládá i kapitola **umírání a smrt**.

Předpoklad o vyšší mortalitě uživatelů, kteří byli umístěni v náhradních zařízeních, byl motivován názorem, že změna spojená s cizím prostředím se projeví formou osobního diskomfortu, který vyústí ve zhoršení zdravotního stavu uživatelů. Tato indukce byla postavena na názoru, že ačkoliv byl těmto uživatelům poskytován stereotypní standart a profesionální služby, na

⁷³ Langmeier, Krejčířová 2000, s. 189

⁷⁴ Vágnerová 2000, s. 467

kteří byli zvyklí, nedostávalo se jim podpory rodinného zázemí, které je emočně specifické.

Empirické šetření prokázalo, že úmrtnost v rodinném prostředí byla nulová. **Tu část hypotézy o nižší úmrtnosti v rodinném prostředí můžu potvrdit.** Pokud tuto hypotézu pojmu jako generalizující fakt, kdy úmrtnost v domácím prostředí (zde byla 0 % úmrtnost), budu porovnávat procentním poměrem se souhrnem úmrtnosti náhradních zařízení (zde byla 15 % úmrtnost), v procentním poměru pak se tato

Hypotéza PH2 se potvrdila.

Ovšem nulová úmrtnost byla i ve třech dalších náhradních zařízeních. Abych dokázala co nejvalidněji odpovědět na tuto hypotézu, je třeba si zrekapitulovat charakter jednotlivých zařízení.

Zařízení č. 2 a zařízení č. 3 jsou DS. V těchto zařízeních jsou poskytovány standardní služby totožné s původním DS. Byli zde umístěni uživatelé s vyšší náročností na péči. Z toho se dá odvodit, že míra zátěže spojená se změnou a nutností adaptace na nové podmínky, díky standardům a stereotypům poskytovaných služeb nebyla tak velká. Uživatelé byli umístěni ve dvoulůžkových pokojích. Oceňovali krásné přírodní prostředí, ve kterém se tato zařízení nacházela.

Zařízení č. 4 je svým charakterem podobné domácímu prostředí (rodinný dům se zahradou, kde měla každá uživatelka svůj pokoj s vlastním klíčem a koupelnou) a v tak malém kolektivu měl personál i docházející pečovatelky k uživatelkám bližší, osobnější přístup. K dobré pohodě přispívaly i pravidelné návštěvy pana faráře a dostupný pobyt v zahradě. Tyto pozitivní faktory mohly výrazně přispět k lepší adaptaci na změnu prostředí.

Zařízení č. 1, kde byla **8 % úmrtnost**, bylo dříve rekreačním zařízením. I zázemí tohoto zařízení se neslo v tomto duchu. Nebyl zde

výtah, proto zde byli umístěni uživatelé s menší pečovatelskou náročností. Prostory k setkávání nebo k jídlu byly předimenzovány. Pokoje poddimenzovány. Na rozdíl od předchozích jmenovaných zařízení nebylo součástí pokojů sociální zařízení. O péči se starala část personálu původního DS, která do tohoto zařízení přešla spolu s uživateli. Mezi pozitiva, která uživatelé uváděli, bylo krásné přírodní okolí a výborná kuchyně.

V **DS náhradním pavilonu „B“** byla **29 % úmrtnost**. Zde byl uživatelům poskytován standart, na který byli zvyklí, navíc ve známém prostředí. Z jednolůžkových pokojů se zde udělaly pro dočasně přemístěné uživatele pokoje dvoulůžkové.

Z mého pohledu byla takto vysoká úmrtnost překvapením. Důležitou roli zde určitě hrály i zdravotní faktory spojené s biologickou involucí popsané v kapitole **změny v průběhu stárnutí** a možná i **nedostatek pozornosti** personálu **k problémům** spojených **s adaptací**. Mohlo dojít k podcenění tohoto faktoru. Tato problematika je popsána v kapitolách, které se zabývají **adaptací**.

V **LDN** byla **úmrtnost 100 %**. Jedná se o zdravotnické zařízení pro dlouhodobě nemocné. Senioři, kteří zde byli umístěni, vyžadovali zvýšenou zdravotní péči. Byli umístěni v dvoulůžkových a třílůžkovém pokoji bez sociálního zařízení.

Toto zařízení je spojené s vysokým stupněm zdravotních obtíží pacientů a polymorbiditou. S ohledem na teoretické poznatky v kapitolách o **stáří, změny v průběhu stárnutí** a kapitoly věnované **adaptačním mechanismům** je vyšší míra mortality předvídatelná. Zarážející je tak fatální míra úmrtnosti. Samozřejmě k objektivnímu posouzení mi chybí informace o stupni závažnosti zdravotních potíží umístěných klientů.

Z daného souhrnu informací a s přihlédnutím k charakteru jednotlivých zařízení jsem došla k závěru, že:

Hypotéza PH2 se znovu potvrdila.

PH3: Celkový počet úmrtí klientů během rekonstrukce bude vyšší než za stejný časový úsek před rekonstrukcí a po rekonstrukci.

V roce **2010** během rekonstrukce **zemřelo 10 %** z celkového počtu uživatelů DS (**tabulka č. 6, graf č. 7**). To je o 2 % nižší úmrtnost než v roce 2009, rok před rekonstrukcí.

V roce **2009 zemřelo 12 %** z celkového počtu uživatelů DS (**tabulka č. 5, graf č. 4**).

V roce **2011 zemřelo 8 %** z celkového počtu uživatelů DS (**tabulka č. 7, graf č. 10**). To je o 2 % nižší úmrtnost než v průběhu rekonstrukce a o 4 % nižší úmrtnost než rok před rekonstrukcí.

Tato hypotéza vychází ze stejného teoretického základu jako PH1. To znamená, že stres spojený s adaptací na změnu prostředí vedl k psychické zátěži, která je úzce spojená se zdravotním stavem. Zhoršení zdravotního stavu může vést až ke smrti. Podklady pro toto tvrzení jsou prezentovány v kapitolách věnovaných problematice **adaptace**. Na základě teoretické části této práce jsem předpokládala, že po dobu, kdy klienti nebyli vystaveni změně prostředí, byl jejich zdravotní stav stabilnější, což by se mělo odrazit v nižší míře mortality uživatelů.

Hypotéza PH3 se nepotvrdila.

Možným vysvětlením může být faktická komplikovanost dané problematiky vlivu změn na seniory a omezené specifikace vymezení empirického šetření. V úvahu nebyly brány skutečnosti jako aktuální zdravotní stav uživatelů, osobní přístup personálu k těmto lidem, vztahy mezi uživateli navzájem, které mají velký význam na osobní komfort a pocit autonomie, jak vyplývá z kapitoly **o odchodu do domova pro seniory** a kapitoly **adaptace na nové prostředí v domově pro seniory** a kapitoly **rizika ústavní péče**. Dalším faktorem může být jak poukazuje Vágnerová individuálnost zvládání adaptačních mechanismů.⁷⁵ Tyto poznatky jsou

⁷⁵ Vágnerová 2000, s. 446

v kapitole **adaptace na stáří**. Tato individuálnost je důsledkem celého **sociálně historického vývoje osobnosti**.⁷⁶

PH4: Mortalita uživatelů pavilonu „A“ během rekonstrukce bude vyšší než za stejný časový úsek rok před rekonstrukcí a rok po rekonstrukci.

Mortalita uživatelů vedených v pavilonu „A“ během rekonstrukce je **15 % (tabulka č. 6, graf č. 8)**.

V roce **2009** byla v pavilonu „A“ **4 % úmrtnost** což je o 11 % méně než v době rekonstrukce (**tabulka č. 5, graf č. 5**).

V roce **2011** byla v pavilonu „A“ **11 % mortalita** což je o 4 % nižší úmrtnost než v době rekonstrukce a o 7 % vyšší úmrtnost než rok před rekonstrukcí (**tabulka č. 7, graf č. 11**).

I tato hypotéza vychází z předpokladu, že zátěž ve formě změny prostředí vytváří velký tlak na psychiku uživatelů a nutnou aktivaci adaptačních mechanismů. Tato **Míra nutnosti adaptace** uživatelů má přímou souvislost s mírou mortality v jednotlivých časových obdobích. I zde jsou teoretické podklady v kapitolách o **adaptaci**. Vycházela jsem z předpokladu, že v roce 2009 a v roce 2011 na uživatele nepůsobil tlak ve formě nutnosti vyrovnat se s danou změnou. Nepřítomnost této formy tlaku na psychiku se odrazila ve formulaci hypotézy.

Hypotéza PH4 se potvrdila.

Odpověď na výzkumnou otázku:

Měla dočasná změna prostředí, která vyžadovala adaptaci dotčených seniorů na jiné životní podmínky dopad na mortalitu uživatelů?

Z výsledků výzkumu a porovnání údajů mezi jednotlivými kategoriemi, vyplývá, že období rekonstrukce bylo pro uživatele velmi náročné. Toto tvrzení dokazuje i velký rozdíl ve výši mortality u uživatelů, kteří se přestěhovali do náhradních zařízení, a u uživatelů z pavilonu „B“, kteří se stěhovat nemuseli (rozdíl 11 %). Tento argument posiluje i fakt, že srovnání

⁷⁶ Haškovcová 2010, s. 25

úmrtnosti v pavilonu „A“ za všechny sledované roky potvrdilo nejvyšší míru úmrtnosti právě po dobu rekonstrukce (15 %). Z vyhodnocení hypotéz vyplývá, že známé, stereotypní prostředí, které nevyžaduje aktivaci adaptačních mechanismů, přispívá k nižší mortalitě obyvatel DS. Dále se potvrdilo, že rodina a rodinné prostředí má na seniory pozitivní vliv a přispívá k lepší adaptaci na změny u seniorů. V porovnání souhrnné výše mortality v DS za jednotlivé roky byla největší míra mortality rok před rekonstrukcí. Tehdy měli všichni uživatelé stejný standart bydlení. Po získání dat se nepotvrdilo dříve avizované tvrzení, že v době přestavby byla až 60 % úmrtnost u uživatelů, kteří se museli stěhovat. Zde stojí za zmínku již dříve zmiňované informace od sociální pracovnice, která dlouhodobě poskytuje pečovatelské služby mimo jiné i uživatelům DS. Sdělila mi, že si všimla vyšší míry úmrtnosti, než bylo běžné v období 3 až 4 měsíců po nastěhování uživatelů do zrekonstruovaného křídla. Senioři se v novém prostředí necítili dobře. Nemohli si zde zpátky nastěhovat svůj starý nábytek, který je spojoval s minulostí. Pokoje byly krásné, hlavně pro cizí lidi, ale naprosto cizí pro jejich uživatele, kteří toužili po těch svých starých věcech, co je spojovaly s minulostí. Spojitost s teorií, kde píšu, že senioři **lpí na stereotypu** a nemají moc rádi **změny** a mají problém se **adaptovat** na vše **nové** a neznámé je zde zjevná. V souhrnu těchto faktů můžu **potvrdit**, že **dočasná změna prostředí, která vyžadovala adaptaci dotčených seniorů na jiné životní podmínky, měla dopad na mortalitu uživatelů.**

ZÁVĚR

„Krásní mladí lidé jsou hříčkou přírody, ale krásní staří lidé jsou umělecká díla.“

Johan Wolfgang von Goethe

Cílem předložené bakalářské práce bylo zmapovat následky ve formě mortality, při dočasné změně prostředí na uživatele domova pro seniory a empirickým šetřením odpovědět na výzkumnou otázku, zda **měla dočasná změna prostředí, která vyžadovala adaptaci dotčených seniorů na jiné životní podmínky, dopad na mortalitu uživatelů.**

Z teoretického podkladu této bakalářské práce vyplývá, že proces stárnutí ovlivňují nejen faktory biologické, ale i kvalita a způsob předchozího života. Všichni odborníci se shodují na tom, že kvalita života tohoto období je spojena se schopností adaptace na životní změny. Schopnost adaptace provází každého jedince od narození. Stáří je specifické tím, že schopnost přizpůsobení je pod tlakem úbytku fyzických a psychických sil. Dá se říci, že celý dosavadní průběh života a přístup k tomuto životu se zrcadlí v období stárnutí. Zkušenosti z celého sociálně-historického vývoje osobnosti dozrávají a stabilizují se ve stáří. Toto období je spojeno s přehodnocováním života a změnou hodnot. Lidé kladou větší důraz na osobní vztahy, rodinu, přátele, zdraví a duševní pohodu.

Jak říká Vágnerová, období stáří má, v rámci kontinuity lidského života, svůj specifický význam a tím je jak dále cituje Eriksona „*dosáhnout integrity v pojetí vlastního života*“.⁷⁷

Teoretické i empirické podklady této práce ukázaly, že rodina má pozitivní vliv na prožívání tohoto období a tedy i lepší zvládnutí adaptace na změny. Tuto skutečnost potvrzuje nulová úmrtnost v rodinném prostředí. Dále tyto závěry potvrzuje i nulová úmrtnost v zařízení č. 4, které se svým charakterem přiklání k rodinnému prostředí. U uživatelů, kteří byli přestěhováni do jiných DS se také projevila nulová mortalita. Můžeme

⁷⁷ Vágnerová 2000, s. 444

usuzovat, že to bylo mimo jiné proto, že oba DS měly stejné standardy služeb a prostředí jako domovský DS. Platila zde stejná pravidla a stereotyp provozu jako v původním DS. Z toho se dá vysoudit, že míra stresu z cizího prostředí a obavy z neznámé budoucnosti byly seniory za těchto podmínek lépe zvládnuté. U ostatních skupin se mortalita projevila. Jak už bylo výše uvedené, dané výsledky mohlo ovlivnit i mnoho jiných faktorů, jako je zdravotní stav, vztahy mezi seniory navzájem, vztahy s rodinou, vztahy s personálem a jiné.

V kontextu průzkumu v dotyčném DS jsem se sama přesvědčila, že téma umírání a smrti je v širším vnímání stále problematické. To se projevilo prvotním nadšením z cíle výzkumu ze strany vedení tohoto zařízení. Později došlo k ústupu a přechodné stagnaci ve vztahu k výzkumnému šetření. Projevila se zde obava z reakcí veřejnosti a možná i nadřízených orgánů z výstupů této práce. Ve chvíli kdy jsem zainteresované osoby ujistila o anonymizaci všech zařízení, došlo k opětovnému narovnání vztahů a komunikace.

Práce na této bakalářské práci mě velmi obohatila. Získala jsem spoustu nových, zajímavých informací o procesu stárnutí a to mě vedlo i k přemýšlení o svém vlastním životě, rodině a mých blízkých.

Anotace

Jméno a příjmení autora: Vlasta Ulrychová

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Název bakalářské práce: Vliv nežádané změny prostředí na úmrtnost seniorů v domově pro seniory

Název bakalářské práce anglicky: The influence of unwanted environmental changes on the mortality in elderly home for the elderly

Vedoucí práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Počet znaků: 98 142

Počet příloh: 0

Počet použitých zdrojů: 19

Klíčová slova: staří lidé, adaptace, mortalita, domov pro seniory

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda měla dočasná nežádaná změna prostředí, která vyžadovala adaptaci dotčených seniorů na jiné životní podmínky, dopad na mortalitu uživatelů. Důvodem změny prostředí ve sledovaném konkrétním případě byla rekonstrukce jednoho z pavilonů domova pro seniory. Po dobu rekonstrukce, byli uživatelé tohoto pavilonu umístěni v náhradních zařízeních. Empirický výzkum je proveden kvantitativní metodou, technikou sběru dat ze spisové dokumentace domova pro seniory, formou zmapování mortality v jednotlivých zařízeních. Vyhodnocení empirického šetření je podloženo poznatky, které jsou uvedeny v teoretické části bakalářské práce.

Annotation

The task of the bachelor thesis is to find if the temporary undesired change of habitation that demanded the adaptation of seniors on different living conditions had the effect on the mortality of them. The reason of the change of habitation in the analysed case was the reconstruction of one part (building) of the rest home. During the period of the reconstruction the

inhabitants of this house were settled in different compensatory (alternative) homes. The empiric research is carried out by the quantitative method, by the data collection from the document resources of the rest home, and by the data mapping of mortality in single homes. The results and conclusion of the empiric research are described in the theoretical part of the thesis.

Key word

The old, adaptation, mortality, Home for the Elderly.

Použitá literatura

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, 2. vyd. Praha 1 : Havlíček Brain Team, 2010. 365 s.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, 3 vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 2000. 334 s.

MATOUŠ, M., MATOUŠOVÁ, M., KALVACH, Z., RADVANSKÝ, J. *Pohyb ve stáří je šancí*, 1 vyd. Praha 7: Grada Publishing a.s., 2002. 112 s.

MATOUŠEK, O., *Ústavní péče*, 2.vyd. Praha 1: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s.

PACOVSKÝ, V. *O moderním ošetřovatelství*. 2. vyd. Praha 1: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství n. p., 1981. 80 s.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 320 s.

ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 200 s.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, nakladatelství a vydavatelství, 1990. 440 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. 528 s.

Právní normy

Zákon 108/2006 Sb. „ve znění pozdějších předpisů“.

Vyhláška č. 505/2006 Sb. zákona o sociálních službách.

Internetové zdroje

Český statistický úřad [online] dostupné

z WWW. <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby061213.doc> [cit. 10.2. 2014]

Hodnocení kvality soc. služeb [online] dostupné

z WWW. <http://www.znackakvality.info/> [cit. 12. 2. 2014]

Priority [online] dostupné

z WWW. http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP_2013-2017_070114.pdf
[cit. 10. 2. 2014]

Projekt Týden sociálních služeb [online] dostupné

z WWW. <http://www.apsscr.cz/cz/projekty/tyden-socialnich-sluzeb> [cit. 13. 3. 2014]

Příprava na stárnutí v ČR. [online] dostupné

z WWW. <http://www.mpsv.cz/cs/2856> [cit. 12. 2. 2014]

Registr poskytovatelů sociálních služeb [online] dostupné

z WWW. http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1393942831533_1 [cit. 1. 2. 2014]

Vývoj starobních důchodů [online] dostupné

z WWW. <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/duchody-v-cislech/vyvoj-starobnich-duchodu/> [cit. 12. 2. 2014]

Zajištění kvality sociálních služeb [online] dostupné

z WWW. <http://www.mpsv.cz/cs/9#zkss> [cit. 1. 2. 2014]

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1 Průběh nastěhování po rekonstrukci v roce 2010 (autor)

Tabulka č. 2 Přehled základních kategorií DS po dobu rekonstrukce v roce 2010 (autor)

Tabulka č. 3 Přehled umístění v náhradních zařízeních rok 2010 (autor)

Tabulka č. 4 Mortalita uživatelů v náhradních zařízeních rok 2010 (autor)

Tabulka č. 5 Mortalita v DS za období září-prosinec rok 2009 (autor)

Tabulka č. 6 Mortalita v DS za období září-prosinec rok 2010 (autor)

Tabulka č. 7 Mortalita v DS za období září-prosinec 2011 (autor)

Graf č. 1 Umístění uživatelů DS po dobu rekonstrukce v roce 2010 (autor)

Graf č. 2 Poměr žijící/zemřelí v náhradním pavilonu "B" (autor)

Graf č. 3 Poměr žijící/zemřelí v zařízení č. 1 (autor)

Graf č. 4 Mortalita za období září-prosinec 2009 (autor)

Graf č. 5 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu "A" rok 2009 (autor)

Graf č. 6 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu "B" rok 2009 (autor)

Graf č. 7 Mortalita za období září-prosinec 2010 (autor)

Graf č. 8 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu "A" rok 2010 (autor)

Graf č. 9 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu "B" rok 2010 (autor)

Graf č. 10 Mortalita v DS za období září-prosinec 2011 (autor)

Graf č. 11 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu "A" rok 2011 (autor)

Graf č. 12 Poměr žijící/zemřelí v pavilonu "B" rok 2011 (autor)