

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Petra Zouharová

Adaptace seniorů na život v pobytovém zařízení

Olomouc 2017

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

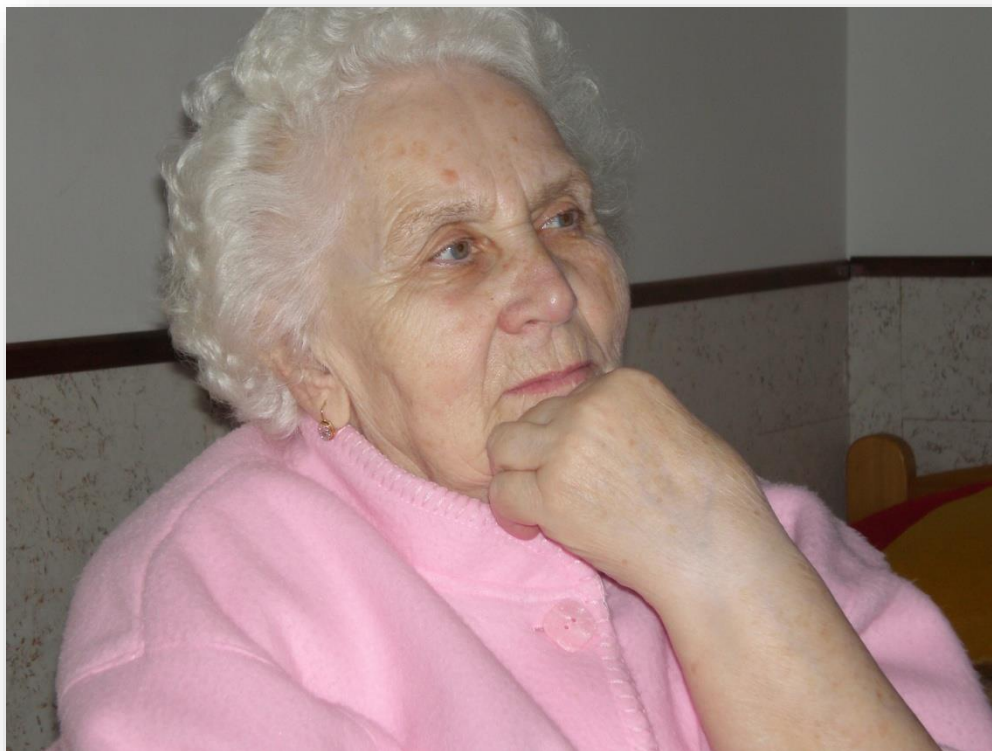
Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené zdroje.

Olomouc 2017

podpis

Děkuji paní Mgr. Pitnerové, Ph.D. za laskavé a vstřícné vedení mé bakalářské práce a zároveň za lidský a profesionální přístup.

Velké poděkování náleží také pracovníkům Domova pro seniory POHODA v Olomouci, stejně jako samotným jeho klientům, kteří se s ochotou zúčastnili mého výzkumu a poskytli mi mnoho potřebných informací.



Rodinné foto

„Naučit se stárnout vyžaduje moudrost a odvahu. Stáří je jedna z nejtěžších kapitol velkého umění žít.“

Jan Pavel II.

ANOTACE

Jméno a příjmení :	Petra Zouharová
Ústav :	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce :	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby :	2017

Název práce :	Adaptace seniorů na život v pobytovém zařízení
Název v angličtině :	Adaptation of seniors to life in a residential facility
Anotace práce :	Bakalářská práce na téma adaptace seniorů na život v pobytovém zařízení v teoretické části nejprve objasnila procesy stárnutí, pospala, jak stárí probíhá, jak je na něj nahlíženo a jaké jsou demografické prognózy do budoucna. Zaměřila se také na současný český sociální systém, který na seniorskou populaci myslí a v poslední části teorie se zaměřila na samotnou adaptaci na nový život v zařízení, kterou usnadňuje vliv rodiny a víry. Praktická část objasnila samotný proces adaptace na konkrétní domov pro seniory POHODA. Z výsledků je patrné, že většina seniorů je v zařízení z důvodu svého zdravotního stavu a na míře pozitivní adaptace se podílí velký vliv rodiny. Aktivita, které jsou k dispozici, kladně ovlivňují celkové přizpůsobení se v novém prostředí.
Klíčová slova :	senior, stárnutí, domov pro seniory, adaptace

Anotace v angličtině :	Thesis about The adaptation of the elderly to live in a residential facility in the theoretical part first explain the processes of aging, described how aging occurs, and how it is seen in future. Explain Czech social system, thinking about seniors population. And the last part is focused on itself to adapt to the new life in facility. This adaptation have some phases. But for easy adaptation is the influence of family and faith in God. The practical part explain factors, which influence the proces of adaptation in specific Home for the Elderly POHODA. From results we can determine, that most of seniors are in this facility because their health condition., positive efect have influence of family, faith and good approach of sisters. Activities that are possible in facility, help in adaptation.
Klíčová slova v angličtině :	Senior, ageing proces, home for the elderly, adaptatiton
Přílohy v práci vázané :	Příloha č. 1 : dotazník využitý k potřebám bakalářské práce
Rozsah práce :	60 stran
Jazyk práce :	čeština

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 STÁŘÍ	8
1.1 Periodizace stáří	8
1.2 Stárnutí a stáří	10
1.3 Stáří z historického hlediska po současnost.....	11
1.4 Demografie	15
1.5 Znaký stárnutí	16
1.6 Adaptace na stáří.....	20
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY V ČR	25
2.1 Historický vývoj sociálního systému	25
2.2 Dávky určené seniorům	27
2.3 Sociální služby pro seniory	30
2.4 Standardy kvality	32
2.5 Domovy pro seniory	33
3 ADAPTACE NA ŽIVOT V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ	36
3.1 Příčiny umístnění do zařízení	36
3.2 Adaptace na prostředí domova pro seniory	37
3.3 Vliv víry na adaptaci.....	40
3.4 Úloha rodiny	43
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	45
4.1 Domov pro seniory POHODA Chvátkovice p.o.	45
4.2 Cíle.....	46
4.3 Metodologie, organizace, cílová skupina.....	46
4.4 Výsledky výzkumu	47
4.5 Výzkumný závěr	54

ZÁVĚR.....	55
SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY	57
SEZNAM GRAFŮ	60
SEZNAM TABULEK	60
SEZNAM PŘÍLOH	60

ÚVOD

Stárnutí je zákonitý děj, nevyhnutelně probíhající u všech rostlin, živočichů a u samotného člověka. Konečná a definitivní smrt je dle lidových rčení jedinou spravedlností na světě. Vše musí v pravý čas skončit, aby se mohl zrodit nový život a s ním i nový začátek. Stáří je poslední částí života jedince. Člověk se stává nejen nejstarším z rodiny, ale i nejmoudřejším, mělo by se na něj tak i patřičně nahlížet. Podzim svého života může senior trávit doma nebo v příslušném zařízení pro seniory, pokud to bude jeho stav a rodinné podmínky vyžadovat. Dané téma jsem si zvolila proto, že velmi ráda pracuji se staršími lidmi a nejvíce mě ovlivnila povinná školní praxe v domově pro seniory, která mě utvrdila v tom, že tuto práci bych chtěla vykonávat i do budoucna. Cílem bakalářské práce je charakterizovat adaptační proces u seniora v pobytovém zařízení a prostřednictvím výzkumného šetření zkoumat a analyzovat specifika adaptace seniorů v domově pro seniory POHODA. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se dále dělí na několik kapitol, přičemž každá se zaměřuje na různé oblasti týkající se stáří a stárnutí a na vysvětlení nejdůležitějších pojmů, které v sobě daná problematika zahrnuje tak, aby došlo ke sjednocení terminologie a ucelení pohledu na stáří a stárnutí jako trvalé součásti lidského života. Nejdříve dojde k vymezení, co vůbec stáří je, jaké je jeho možné dělení a jaké involuční změny spolu se stářím nastávají, ať už v oblasti biologické, sociální, ekonomické či duševní a také bude vysvětlen samotný proces přípravy na seniorský věk. Dále budou jmenovány některé demografické údaje zaměřené na současný fenomén stárnutí populace. Bude zde popsán také český sociální systém, který na seniory pamatuje a jenž jim umožňuje získat za určitých podmínek náležitou finanční pomoc za jejich léta odvedené práce. Nejdůležitějším pojmem, který bude také vysvětlen, je však samotná adaptace na dané zařízení a jaký je případný vztah mezi okolnostmi, v rámci kterých je jedinec nucen opustit své rodné místo a odstěhovat se a samotnou adaptací na nový domov. Praktická část se zaměřuje na konkrétní faktory, které tuto zásadní změnu ovlivňují, které ji mohou ulehčit a naopak také se snaží odhalit ty okolnosti, kterým je třeba se vyhnout. Domnívám se, že starší lidé jsou v současné době vnímáni jako jistý druh překážky, jelikož dnešní ekonomicky aktivní lidé jsou většinou zaměřeni na svoji kariéru, kvůli které často nemají dostatek času a tudíž se nechtějí o svého rodiče postarat. Pohodlnějším řešením je „odložit“ seniora do domova a nemyslí se již tolik na jeho možné trápení. Ne nadarmo se říká, že starý strom by se neměl přesazovat.

1 STÁŘÍ

Prioritou první kapitoly je vysvětlení stěžejních pojmů celé bakalářské práce, aby tak došlo k nezbytnému sjednocení terminologie a ucelení představ především o pojmech stárnutí a stáří. Pro pochopení samotného procesu stárnutí a celého stáří je nezbytná periodizace tohoto životního období. Na tuto následně naváže vysvětlení samotných pojmů „stárnutí“ a „stáří“, neboť mezi těmito existují logické rozdíly, které však nemusí být hned každému patrné. Tyto pojmy pak budou následně rozebrány z pohledu historického, demografického a v podstatě i lékařského, neboť stárnutí a stáří bude rozebráno po stránce jak biologické, tak psychologické. V poslední části dojde k objasnění pojmu adaptace a jeho souvislosti s oběma hlavními pojmy této bakalářské práce.

1.1 Periodizace stáří

Ve svých dílech přistupují autoři z různých oborů vědy k problematice periodizace stáří z více či méně odlišných hledisek a lidský věk pak dělí na základě různých teorií, přístupů a specifík. Pro tuto kapitolu je podstatnou otázkou stanovení okamžiku, kdy může být člověk pokládán za „starého“ (Uotien in Čevela, 2012, s.25). K nejjednodušším způsobům patří dělení stáří na biologické, kalendářní a sociální. Biologické stáří je charakterizováno dosažením určitého stupně involučních změn, tedy přirozeně stárnoucích změn, a týká se především snížení potenciálu zdraví. Jde o souhrn nevratných, biologických změn, z nichž vyplývá zvýšené riziko nemocí, úmrtí, popřípadě i zbývající čas do přirozené smrti daného člověka. Kalendářní stáří předpokládá dosažení určitého "společností domluveného věku", který má oporu v empirii obvyklého průběhu života a biologického stárnutí. V široké skupině seniorů se nachází i takoví, jejichž biologický věk se neshoduje s průměrným "věkem kalendářním", neboť tito stárnou na jedné straně rychleji nebo na druhé straně pomaleji (ve vztahu k nim se používá termín dlouhověkost), což je dáno genetickou predispozicí. Sociální stáří je vymezeno zejména souhrnem sociálních změn, sociálních rolí a postojů, odpovídajících životním událostem pokročilého věku, přičemž za jeho počátek je obvykle považován odchod do starobního důchodu, event. vznik nároku na tento. Jde o určité vystoupení ze světa mládí - mladých (Čevela, Kalvach a Čevelová, 2012, s. 25-26).

K další možnosti periodizace stáří například Malíková uvádí, že existují různá kritéria pro posouzení stáří, přičemž jako základní kritérium určení stáří považuje věk. Věkové kategorie jsou různé a na základě různých metod se dále člení. Světová zdravotnická organizace vychází z patnáctiletých věkových cyklů a uvádí dělení:

- 30 - 44 let dospělost
- 45 - 59 let střední věk (nebo též zralý věk)
- 60 - 74 let senescence (počínající, rané či časné stáří)
- 75 - 89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 a více patriarchum (dlouhověkost) (Malíková, 2011, s. 14 -17).

Dle Dvořáčkové (2012, s. 11) pro zjednodušení a zejména z praktických důvodů, je používán kalendářní věk, který vychází z data narození. Nicméně tato veličina sama o sobě nevypovídá nic o daném jedinci. Nespecifikuje jej například na základě jeho zdravotního stavu, stupně soběstačnosti atd. Obecně platí, že vymezení stárnutí i stáří bude vždy mimořádně individuálním, a to jak z pohledu časového intervalu, tak i škály a závažnosti vzniklých projevů. Pokud se snažíme zjistit, od kterého kalendářního roku jsme seniorem, byť literatura v tomto směru není jednotná, jako jisté východisko se nabízí Hartlův stručný psychologický slovník, dle kterého senior je označení pro osoby starší šedesáti let (Hartl, 2004, s. 239).

V neposlední řadě je vhodné také uvést psychosociální vývojovou periodizaci od Eriksona, která není nijak úzce spjata pouze s biologickými faktory, naopak je zaměřená na společenské, kulturní a historické podmínky vývoje jedince, díky nimž jej více specifikuje. Autor vychází z podmínky, že jedinec si v každém stupni vývoje musí vyřešit jistý psychosociální konflikt a pokud je v tomto úspěšný, posouvá se na další vývojový stupeň. Erikson tedy rozdělil lidský život a jeho krize do 8 vývojových období: Základní důvěra proti pocitům nejistoty (do 1 roku). Zde je podstatné vybudovat si důvěru k matce, na které je dítě v tomto období zcela závislé. Matka by tedy měla o dítě neustále pečovat, uspokojovat jeho potřeby a tím odstranit hrozbu vytvoření pocitu nejistoty. Autonomie proti pocitům studu (do 3 let) - Dítě se postupně učí odpoutat se od matky tím, že dostává pod kontrolu svou sebeobsluhu a mobilitu. A pokud toto nezvládne, nastává pocit studu z neúspěchu. Iniciativa proti pocitům viny (předškolní věk) navazuje na předešlé období v upevňování nezávislosti a projevuje se také jako schopnost zvládat cíle a aktivně k nim postupně dojít. Snaživost proti pocitům méněcennosti (mladší školák), kdy v tomto období života, tedy ve škole, se dítě patrně nevyhne pocitům méněcennosti při jeho neúspěchu v úkolech a nárocích. Pozitivní hodnocení dítě motivuje, utvrzuje

sebedůvěru a vlastní pílí a snaživostí dosahuje lepších výsledků. Identita proti pocitům nejistoty o své životní roli mezi lidmi (období dospívání) - toto období je doprovázeno typickými otázkami, jako jsou: *"kdo jsem a jaký je smysl mého života"*, jinými slovy, snaží se najít své místo ve světě. Intimita proti pocitům izolace (mladá dospělost) - Mladý jedinec musí slevit ze své vlastní totožnosti a splynout s totožností druhého. Generativa proti pocitu stagnace (dospělost), kdy dospělost je doba plození a výchova dětí, kde do pozadí jde vlastní zájem a snaha investovat do nové generace. Integrita proti strachu ze smrti (stárnutí a stáří). Tato specifická poslední fáze je zaměřená na vlastní přijetí sebe sama a života takový, jaký byl. Pozitivní splnění této fáze, tedy integrity, ve které je největší ctností moudrost a spiritualita, dosahují opravdu zralí lidé, kteří našli smysl svého života. S nenaplněním integrity je spojen strach ze smrti, pocitu zoufalství. Tyto se dostavují zvláště v momentu, kdy se člověk ohlíží zpět na celý svůj život, bilancuje a nepocítí pocit naplnění a dobře odvedené práce. Místo toho se mimo jiné dostavuje pocit, že už nemá čas na to začít jinak a lépe. Přemíra zoufalství nad sebou pak může vést k sebestrukci (Šimíčková- Čížková, 2010, s.31-34).

1.2 Stárnutí a stáří

Stejně jako u předchozí periodizace, i názory autorů na definování pojmů stárnutí a stáří se místy rozcházejí. Termín geront, vycházející z řeckého gerón = starý muž, je obecně známý. Gerontologie je tedy věda zabývající se celkově stářím (Říčan, 2006, s. 332). "Stáří " a "stárnutí" jsou významově i poměrně relativní pojmy. Ve společnosti je člověk považován za starého v momentě, kdy ho jako takového vnímají ostatní členové společnosti. Dle sociologů je každá společnost nastavena tak, že pokud je tedy již nějaký člověk označen jako starý - tak starý skutečně je a naprosto nezáleží na faktu, že on se subjektivně cítí mladě a může vypadat jakkoli, je tedy společností hodnocen jen na základě biologické vlastnosti, což je jeho věk (Stadlerová, 2013, s. 23). Z uvedeného je patrné, že vždy záleží na úhlu pohledu, nicméně žádná z teorií není zcela přesná. Stáří a stárnutí je fyziologickou součástí života a probíhá u člověka, zvířat i rostlin a celkově znázorňuje dovršení celého životního cyklu každého jednotlivce. Rychlost stárnutí je ovlivněna řadou různých faktorů, jako je životní styl, prostředí, práce, stres, ale velký podíl má i to, že je u každého geneticky zakódována. (Mlýnková, 2011, s. 13). Jelikož jsou opakovaně používány termíny stárnutí a stáří, bude vhodné vysvětlit rozdíl mezi nimi. Jako příklad se nabízí následující definice: *"Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem."* (Topinková, Neuwirth in Malíková, 2011, s. 15). *"Stárnutí je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti"*

jedince, které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti" (Langmeier, Krejčířová in Malíková, 2011, s. 15). "*Stáří je zákonitým a dovršujícím procesem vývoje člověka*" (Bartko in Malíková, 2011, s.15). Proces stárnutí je tedy degenerativní proces, způsobující nevratné změny v buňkách a začíná již ve 30 roku života. Stáří je ukončením procesu stárnutí a prezentuje nám závěrečnou fázi života (Mlýnková, 2011, s. 13).

Je možno konstatovat, že vlastní proces stárnutí a stáří je vnímán jako smutné a neradostné období života, z něhož mají lidé obavu. Jsou presumovány různé problémy, nemoci, omezení kvůli zhoršené sebeobslužnosti, snížení mentálních schopností, ztráta sebevědomí či možností, obavy ze ztráty důstojnosti, strach z ponížení apod. Tyto negativní problémy nejsou plně odůvodněny, jelikož při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky a vždy k uvedeným problémům. Bude vždy záviset na konkrétním průběhu stárnutí (Malíková, 2011, s. 14). Čevela a kol. (2012, s. 28) popisuje trojí podobu stárnutí, a to úspěšné stárnutí a zdravé stáří, obvyklé stárnutí a stáří a patologické stárnutí. Úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří se vyznačuje zdravotním a funkčním stavem a dobrou psychickou adaptací na stáří. Dále sem patří spokojenost, seberealizace a participace, které umožňuje ekonomická situace, která odpovídá potřebám daného prostředí a sociální situaci jedince, což vede ve svém důsledku až k vytoužené dlouhověkosti. Obvyklé stárnutí a stáří - zde se již nacházejí určité disproporce mezi zhoršeným zdravotním stavem a funkčním stavem, mezi psychickými potřebami a nároky na prostředí a sociálně-ekonomickou situaci. Důsledkem je pak nespokojenost jedince, který se nemůže dostatečně seberealizovat. Patologické stárnutí je charakteristické tím, že zdravotní a funkční stav, adaptace na tento "nový život", ale i tolik důležitá spokojenost, participace a seberealizace, jsou markantně horší. Příčinami mohou být nemoci, které nastupují a různá nepříjemná omezení, jedinec se hůře přizpůsobuje nebo dokonce na všechno rezignuje, je sociálně vyloučen, vzniká negativní bod zlomu v jeho životním příběhu. (Čevela, Kalvach, Čvelová, 2012, s. 28).

1.3 Stáří z historického hlediska po současnost

Zřejmě nejstarší literárně doložený pojem stárnutí, vychází z pera římského filozofa Cicera (43 př.n.l.). Své myšlenky shrnul do knihy s názvem *De senectute - O stáří*. Napsal ji ve věku 60 let, což byl v té době věk, který mu dával plné právo hovořit o stáří, jakožto jistému fenoménu, s oporou jeho životních zkušeností. Autor v knize uvedl, proč jí napsal, kdy narážel na dvojí pojetí významu stáří. Z pohledu prvního byly vyzdvihovány jeho negativa, a to ztráta síly, ochabnutí paměti, zvýšená rizika onemocnění apod., kdy v důsledku tohoto je stárnoucí člověk postupně vylučován ze středu společenského života. Druhé pojetí, z něhož vycházel i sám

Cicero, se nezaměřuje jen na zmiňovaná negativa, ale poukazuje i na klady, které jsou životu člověka v této etapě vlastní. V tomto směru pak hlavní kladný rys stárnutí spatřoval v tom, že stáří obsahuje možnosti a příležitosti k pozitivním změnám a produktivnímu životu, i když v jiném směru, než-li tomu bylo v mládí. Cicero tedy akcentoval plasticitu jako jednu z nejdůležitějších vlastností lidské psychiky a právě pro tento svůj postoj je považován za otce psychologické gerontologie. Díky této plasticitě se může lidská mysl naplno projevit a dosáhnout celkové harmonie života a dobrého a úspěšného stáří. Při formulaci svých závěrů čerpal nejen ze svých životních zkušeností, ale rovněž i ze svého filozofického přesvědčení (Baltes a Baltes in Krivohlavý, 2011, s. 54). Nelze žít věčně, a to proto, že by nebylo místo pro ty, kteří přicházejí po nás, tedy pro naše děti a vnuky. Nikdo z nás se tedy nemůže stát Metuzalémem, který byl sedmým synem Adama a údajně se dožil 969 let. Zajímavé je vystižení podstaty nesmrtnosti v díle Karla Čapka Věc Makropulos. Elina zde v podstatě získala recept na nesmrtnost, nicméně takto dlouhý život ji unavoval, vysiloval a nepřinášel ji téměř žádné radosti. Dějiny lidstva také vypovídají o tom, že byly hledány elixíry mládí v jakékoli podobě, neboť každý by chtěl žít dlouho, ale nikdo již nechce být starý. V této souvislosti je možno odkázat na učebnici gerontologie Pacovského a Heřmanové (1989). V této poukázali na praxi antických bohů, kteří "*popíjeli nektar a pojídali Ambrosii*." Lékaři v dávných dobách věděli, že jednou z podmínek dosažení dlouhověkosti je dobré trávení. Bohužel bez kýženého efektu zůstala i výroba Kamene Mudrců či koupele ve fontánách mládí. Číňané věřili blahodárným účinkům mléka a v tomto směru není nutno chodit tak daleko, neboť postačí připomenout Čachtickou paní, která se údajně měla koupat v krvi panen, kdy tento smyšlený příběh bravurně pojal ve svém filmu režisér J. Jakubisko. V dnešní době tyto snahy o dosažení dlouhověkosti jsou již toliko legendami, vzbuzujícími úsměv, neboť současná generace je již podstatně vyspělejší a věří zdravému životnímu stylu a zdravé výživě, přičemž vkládá naděje do rukou medicíny a jejího vývoje. V tomto ohledu není od věci odkaz na tzv. hormon mládí, konkrétně melatonin, který podle některých odborníků zpomaluje proces stárnutí, přičemž i nadále jsou zkoumány jeho účinky (Haškovcová, 2010, s. 25-29). Zajímavě také vyznívá zápis v Guinessově knize rekordů, kde je zachycen nejvyšší "zažitý věk" 122 let a 164 dnů, kterého se dožila Francouzka Jeane Louise Calmentová, která se narodila roku 1875 a zemřela v roce 1997. Zde je však nutno bohužel dodat, že s ohledem na výjimečnost apod., bývají konkrétní data často zkreslována, a proto ve většině případů není možné daná tvrzení jakkoli verifikovat (Guinness world records, online, 2017).

Dnešní doba zná rozdílné označování staršího člověka. Nejznámějšími a neužívanějšími pojmy jsou senior a důchodce, popřípadě penzista, kdy mezi těmito však nelze dát rovnítko. Existují názory, dle kterých je termín senior daleko důstojnějším označením staršího člověka než důchodce, který ve svém názvu odráží označení někoho, kdo je příjemcem důchodu, tedy penze bez ohledu na to, jaký je jeho věk. Tento "typ důchodce" může být starobní, předčasný a invalidní, přičemž věkově se tyto kategorie mohou výrazně lišit. Označení senior pochází z latinského "senex", který v překladu znamená starý člověk nebo stařec (Tota, 2016, s. 13). Jak uvádí Haškovcová, je to pojem, který se dnes běžně neužívá, ale je častý ve starší odborné literatuře (Haškovcová, 2012, s.147). Dokonce ve Španělsku se señor užívá jako zdvořilé oslovení muže. V naší zemi se tento výraz chápe jako úcta ke stáří a odráží spíše vyšší věk než vztah člověk k pobírání důchodových dávek. A z téhož důvodu, tedy pro větší důstojnost a úctu, byly přejmenovány domovy pro důchodce na domovy pro seniory (Tota, 2016, s. 13).

Názory společnosti a mladých lidí na seniory se v dnešní době různí. Senioři prožívají svůj život ve společnosti, přičemž vztah této k nim je významným ukazatelem vypovídajícím právě o její vyspělosti a morální úrovni. Stupeň úrovně a vyspělosti společnosti se pozná na tom, jakým způsobem se majoritní celek chová a zachází se seniory. V konkrétních společnostech jakož i v konkrétních obdobích vývoje lidstva existují nepoměrně velké rozdíly v tom, jaké tyto zaujímaly postoje vůči seniorům, co je privilegováno a co naopak přehlíženo. Bohužel situaci v dnešní české společnosti nelze z tohoto pohledu hodnotit jako uspokojivou a bezproblémovou. Velmi často se setkáváme s devalvujícími postoji ke stárnutí, které je ignorováno, zesměšňováno, ponižováno, stáří není doceněno, v podstatě nejsou respektovány starší osoby a vše, co ke stáří patří. Je třeba připomenout změnu orientace naší společnosti na západní styl života, odklon od předchozích tradic, obyčejů a jiných vlivů, které zde měly původně své místo a ovlivňovaly náhled na stáří. Absentují příklady přirozeného respektu v chování se k seniorům, respektu ke stáří, uznání a ocenění. Naproti tomu společnost je orientována na mládí, výkonnost, pružnost, přičemž však zapomíná na další velmi podstatné faktory jako je zkušenost, rozvaha, moudrost či pokora. Negativními vztahy k seniorům, chápány jako jisté předsudky a negativní představy o těchto, se zabývá ageismus (Malíková, 2011, s. 35). Z pohledu úvah mladších generací senioři pobírají starobní důchod, tedy mají "svě jisté" a mohou být v podstatě spokojeni, kdy naopak oni se neustále dozvídají, že se jim bude prodlužovat věk odchodu do starobního důchodu a výše tohoto se bude zmenšovat a je na ně tedy apelováno, aby se připojišťovali, šetřili si na stáří apod.(Haškovcová, 2010, s. 48). Mladší generace jsou v dnešní době s ohledem na všeobecný trend, zaměřeny na svůj úspěch a osobní

kariéru. Jelikož jsou zdraví, plní síly a energie, logicky o stáří neuvažují, neboť je pro ně vzdálené tak, že vlastně neexistuje. Jako pozitivum je třeba vnímat jistou změnu v náhledu, kdy v posledních pár letech dochází k tomu, že někteří zaměstnavatelé podporují názor, aby pracovní kolektivy podřízených byly věkově pestré, protože životní zkušenosti a znalosti starších mohou být velmi přínosné. Na druhé straně senioři si velice dobře uvědomují ztrátu svých sil, životní energie a to, že již nejsou schopni zvládnout pracovní tempo jako dřív. I přesto se dokáží jistým způsobem dlouhou dobu přizpůsobit svým mladším spolupracovníkům. V tomto jim pomáhá jednak jejich píle a celoživotní zkušenost, jakož i časová rezerva, kterými ve svém souhrnu nahrazují postupnou ztrátu své rychlosti. Mladí lidé seniorům již svou přítomností dodávají energii a optimismus a pro řadu seniorů je to i výzva, neboť s ohledem na svoji náтуру jsou vždy velmi rádi tam, kde se něco děje. Nicméně někdy se stane, že jsou zaskočeni názory mladých lidí, neboť tyto jsou odlišné od jejich. Pokud se tak stává často, pak senioři dospívají k závěrům, že již okolnímu světu nerozumí, že jej nechápou. Zasahují-li tyto do profesní roviny, pak nemají z těchto těžkou hlavu, naopak pokud jde o rodinu, pak je tomu jinak. Zde je možno poukázat například na problematiku partnerského soužití, kdy pro seniory bylo v jejich mládí nepředstavitelné, že by nebyli se svým partnerem řádně sezdáni, žili tzv. na hromádce a jejich děti by se narodily mimo tento zákonný rámec (Haškovcová, 2012, s.11 - 14).

Kromě logických odlišností seniorů od mladších generací, je možno poukázat i na odlišnost dnešního seniora proti minulým generacím seniorů. Současní geronti se esteticky i vizuálně liší. Tento jev způsobuje především dynamika změn ve stylu oblékání, a to pod vlivem tlaku společnosti, médií a obecně trendů doby. V podstatě mládí je "v kurzu" a spolu se sexem představuje základní linii působení reklam. Dalším faktorem je využívání pokroků v moderní medicíně, například plastické operace, kosmetické přípravky aj. Velkým boomem prošlo také vzdělávání seniorů. Mezi další patří i to, že dnešní senioři již dokáží pružněji reagovat na pro ně nové podněty a díky počítačům, mobilním telefonům a televizi mají lepší a rychlejší přístup k informacím, pomoci, komunikaci i zábavě. Díky stále se zdokonalujícím technologiím se upravuje i jejich životní styl, nabízí se široké možnosti cestování aj. (Vážanský, 2010, s. 92-93). Říčan také vysvětluje, proč společnost i mladší lidi ve své podstatě odpuzuje změněné tělo staršího muže či ženy. Je to dáno tím, že lidské estetické cítění je ukotveno v biologicky účelných instinktech, tudíž nás zákonitě starý člověk sexuálně nepřitahuje a koho by přitahoval, ten má nepříjemné vyhlídky na kvalitní pokračovatele jeho rodu a vymře. Neodarwinovský

nesexuální výklad může také odhalit, že v blízkosti mladého a zdatného člověk se cítíme bezpečněji ve smyslu lovení potravy či ubránění se šelmě apod. (Říčan, 2006, s. 335).

1.4 Demografie

Sociologie populace seniorů je spojena s délkou života prožitého ve stáří, s absolutním počtem i relativním podílem starších lidí v celé společnosti. Toto má vliv na pochopení rolí, přístupu k penzijní politice, zaměstnanosti či bytové politiky (Čevela, Kalvach, Čevelová, 2012, s. 71). Demografie stáří se zabývá vývojem věkového složení obyvatelstva a jeho zákonitostmi, otázkou nízké porodnosti, úmrtnosti a jejího snižování a dlouhověkostí, maximální délkou života a nadějí na dožití (Ort, 2004, s. 31). Pro další orientaci bude vhodné přiblížit některé pojmy, které jsou pro demografii podstatné. Natalita (porodnost) a mortalita (úmrtnost) jsou pojmy, které vyjadřují základní procesy demografické reprodukce. Z tzv. úmrtnostních tabulek je patrný řád vymírání, tedy určitý proces úmrtnosti, kdy výslednou veličinou je naděje dožití (střední délka života). Tato v mezích předpokladu uvádí počet let, které má osoba daného pohlaví před sebou při zachování podmínek, za kterých byla tabulka zkonstruována, tedy intenzity úmrtnosti podle věku (Čevela, Kalvach, Čevelová, 2012, s. 71). Z demografických výzkumů, zaštitěných OSN již v roce 2001 vyplynulo, že počet obyvatel ve světě se nejenže nezvyšuje, ale klesá, a to nebývalou rychlostí. Z uvedeného je patrné, že všechny společnosti začnou v relativně krátké době stárnout a k tomuto mimo jiné přispívá i neustále se zvyšující průměrná délka života. Nastává či bude nastávat tzv. demografické stárnutí, jež představuje zvětšování podílu starých osob v populaci. Stárnutí populace světa, zejména v evropských vyspělých zemích, je zapříčiněno několika faktory: klesající porodností, kvalitnější zdravotní péčí v návaznosti na nižší úmrtnost osob všech věkových kategorií, klesající úmrtností kojenců, prodlužování střední délky života, snížení chudoby, sociální rozvoj, zvyšování životních, sociálních a ekonomických podmínek. Demografický vývoj v České republice nevybočuje z obecného trendu stárnutí populace a bude se v dalších letech prohlubovat. Tento stav může mít na jedné straně kladnou odezvu u osob, které tak dostali šanci prožít delší život než předchozí generace, avšak na druhé straně zatěžuje společnost a nutí ji se tomuto trendu přizpůsobit, neboť roste a poroste procento starých osob mimo jiné i v důsledku zestárnutí silných ročníků a k tomuto se přidává i pozvolné prodlužování střední délky života. V tomto směru dochází k výrazné změně v poměru pracujících a penzistů oproti předchozí době (Malíková, 2011, s. 26). V této souvislosti je vhodné připomenout prognózu demografického vývoje zpracovanou Českým statistickým úřadem. Dle tohoto v roce 2030 budou lidé starší 65 let tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 již 31,3 % populace, což představuje přibližně 3 miliony osob. Pro

porovnání je nutno uvést, že v roce 2008 tyto osoby tvořily 15% obyvatel České republiky. V roce 2050 v České republice bude žít kolem půl milionu občanů ve věku 85 a více (Pikola, Říha, 2010, s.19). Demografické stárnutí postihuje ve svém důsledku všechny sféry sociálního a ekonomického vývoje a logicky bude vyvolávat otázky ohledně možnosti financování důchodového systému, jakož i stanovení nákladů na zdravotní péči a sociální zabezpečení. (Nešporová, Svobodová, Vídovičová, 2008, s.9). Kalvach uvádí 6 nejpodstatnějších problémů a reálných rizik, spojených se stárnutím populace: přelidnění zeměkoule, ohrožení ekonomického růstu, ohrožení finančního systému, pokles životní úrovně seniorů a kvality života ve stáří a nedostatek potřebné sítě služeb pro seniory (Kalvach in Ort, 2004, s. 31).

1.5 Znaky stárnutí

Změny, které se projevují ve stáří, jsou biologické, kognitivní a sociální. Biologické změny lze zjistit ve všech tkáních a v jejich buňkách, nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují regulaci všech tělesných i duševních pochodů v těle. Biologické projevy stárnutí jsou velmi nápadné a typické. Snižuje se odolnost vůči infekcím, zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním, zpomaluje se hojení ran, ztrácí se pružnost vaziva, sklerotizují cévy apod. Nemoci v dětském či pozdějším věku pravděpodobně stárnutí urychlují, stejně jako k němu přispívá špatná životospráva a životní zátěže. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 184). Šramo velice výstižně vyjmenovává všeobecně nejznámější příznaky stárnutí. Patří sem: vysušování a zvrásňování kůže, šedivění a ubývání vlasů a chlupů, slábnutí zraku a s tím spojené zužování vizuálního pole, ubývání svalové hmoty a ochabování svalstva, vysoká míra únavy a zadýchávání se, snížení vitality a energie, odvápnění kostí, ochabování hormonálních činností a sekrece, snížení schopnosti vnímat vyšší tony a obecně postupná nedoslýchavost (2012, s.22- 24). Jedná se tedy o typické tělesné změny, které se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. V pohybovém systému je nejtypičtějším projevem změna výšky a váhy. Často o seniorech slyšíme výraz " roste do země". Senioři se opravdu zmenšují. Tento stav je způsoben z důvodu atrofie meziobratlové ploténky. Všem seniorům je také dobře známá chůze v mírném předklonu, což je způsobeno ochabováním kosterních svalů, které neudrží celou postavu zpřímá (Mlýnková, 2011, s. 22). Říčan dále upozorňuje, že již padesátníci by si měli dávat pozor na obezitu v důsledku snížené látkové výměny. Varuje však na správný příjem potravy. Jestliže starší člověk změní svůj jídelníček a snaží se jíst méně, měl by dbát na to, aby se z důvodu šetrnosti, neomezoval jen na málo hodnotné potraviny, jako je bílé pečivo, cukr či živočišné tuky (Říčan, 2006, s. 334). Vylučovací systém, konkrétně ledviny, mají nižší schopnost tvořit a vylučovat moč, a proto klesá kapacita močového měchýře a projevuje se nižší

síla obou svěračů močové trubice. Dochází tedy k nemožnosti udržet moč, což je zapříčiněno například zvětšenou prostatou u mužů nebo u žen ochabnutím svalstva pánevního dna (inkontinence). Změny v nervovém systému jsou charakteristické sníženou rychlostí přenosu vzruchů v periferním nervovém systému, kdy se v podstatě prodlužuje reakční čas na určitý podnět. To má za následek potřebu většího množství času, který senior potřebuje, aby zpracoval danou informaci. Smyslové vnímání postupně také ztrácí svoji výkonnost. Významné a viditelné může být jisté omezení či postižení zraku a sluchu. Co se zraku týče, ve vyšším důchodovém věku se snižuje zraková ostrost, adaptace oka na tmou a šero, akomodační schopnost. Tyto oční změny jsou často doprovázeny typickým šedým zákalem, projevujícím se jako snížená ostrost oka a zeleným zákalem, který je způsoben zvýšeným nitroočním tlakem. Omezení sluchu je také poměrně časté. Jde o následek atrofických změn sluchové dráhy. Toto riziko se zvyšuje u lidí, kteří pracovali v hlučném prostředí. Sluchová nedoslýchavost se však stává přehlíženým problémem seniorů, avšak tento vede ke špatné komunikaci a následné sociální izolaci (Mlýnková, 2011, s. 21-23).

Psychické změny jsou také zjevné. Tak jako v předešlých oblastech, ani psychika člověka se involučním procesům nevyhne a opět je její míra změny velmi individuální. Duševní stárnutí se velmi úzce prolíná s vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivy sociálními, tedy zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu, změnami v sociálním postavení, ztrátou sociálních rolí a dalších společenských faktorů (Říčan, 2006, s.337). Duševní aktivita je ve stáří také zpomalena, přesněji řečeno aktivita mozkových buněk je pomalejší. Jarošová (in Mlýnková, 2011, s. 24) uvádí, že dochází ke zhoršení kvalit kognitivních, tedy poznávacích funkcí, do kterých řadíme vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení. Dochází také ke snížení pružnosti myšlení či psychické vitality. Říčan (2006, s. 339) dále uvádí, že se involuční změny zaměřují jen na zhoršení paměti a některých složek inteligence, postřehu, odolnosti vůči stresu. Mlýnková naopak popisuje i oblasti, které nejsou pozměněné. Nedotknutá zůstává slovní zásoba, jazykové dovednosti, způsob vyjadřování myšlenek a intelekt. Ovšem vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku a rozvaha jsou pochody, které stářím zvyšují svoji aktivitu a jsou lepší, než v předchozích letech (Mlýnková, 2011, s. 24). Zhoršuje se paměť pro nové zážitky, tedy krátkodobá paměť, dávno minulé zážitky a vzpomínky zůstávají nedotknuté, naopak ve stáří se tyto umocňují a častěji vybavují, ovšem mohou být obsahově či emočně zkreslené (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 185). Emocionální prožívání se s přibývajícím věkem stává méně bezprostředním a intenzivním, proto ubývá radost z nového, ale naopak většina situací je seniory hodnocena s rozvahou, klidněji a racionálně. Takový jedinec se poté stává emočně

vyzrálým a ukotveným, ovšem častěji chladně či lhostejně vůči svému mladému okolí. Tato emoční stabilita tedy může přinášet trpělivost a klid, zároveň však nezájem či apatii. Starší lidé se již méně zajímají o dění kolem nich, soustředují se spíše na sebe a na osobní problémy či starosti a z centra jejich zájmu tudíž mizí i osudy druhých (Stadlerová, 2013, s. 26). Holásková dodává, že v důsledku involučních změn ve tkáních nervové soustavy, se snižuje odolnost organismu vůči zátěžovým situacím, které seniora neminou. Na rozdíl od mladého člověka totiž nemá dostatečně silnou frustrační toleranci a také nevidí perspektivy do budoucna. Výsledkem těchto dvou faktorů je citová labilita, která je v tomto období typická, avšak není možné říci, že je zákonitě spojena se stárnutím (Holásková, 2010, s. 151). Citové vazby se ve stáří nijak výrazně neliší, zvyšuje se význam rodiny, jelikož starší člověk se snaží ubránit před pocitem ohrožení sociální izolací, osamocněním, či emoční deprivací. Senioři velmi výrazně vnímají roli prarodiče, vypráví svým vnoučatům o prožitém dětství, pomáhají rodičům a celkově se snaží o vytvoření rodinné historie a smyslu rodiny obecně. Mají úžasnou schopnost odlehčit situaci při hádce mezi rodiči a dětmi a většinou se dětí zastávají a vše již vidí s nadhledem (Stadlerová, 2013, s. 27). Zasažena je i citová oblast. Senioři mohou být více plačtiví, v případě patologických typů osobnosti se může změna projevit jako velmi rychlé střídání nálad - emoční labilita. Je častá také výrazná úzkost, strach (o svůj život, z osamocnění, z pádu apod.) a může se objevit i depresivní naladění seniora. Velkou psychickou až traumatizující zátěží je ztráta životního partnera. Po jeho smrti prožívá druhý z páru nevyhnutelný pocit nenahraditelnosti zemřelého partnera, prázdnoty, samoty, opuštění (Mlýnková, 2011, s. 24). Pokud se zaměříme na tvořivost, měřenou podle neznámějších uměleckých, vědeckých prací, její činnost klesá již od střední dospělosti. Mnoho statistik totiž uvádí, že tvořivé činnosti dosahují lidé mezi 25- 40 rokem svého života a poté jejich kreativita pozvolna klesá. Avšak ne všechno je vždy jen černobílé. Existují totiž mistrovská díla, která vznikla až v pozdějším stáří. Příkladem může být Sofokles, který jako ctěný osmdesátník napsal své dílo Oidipus, Goethe svého Fausta také dokončil v úctyhodných 80 letech, a Komenský do konce svého života, to je 78 let, pracoval na svém životním díle Všenáprava. Nelze tudíž říci, že tvořivost má své hranice, člověk může být tvořivý celý život, ale důležitá je motivace, vytrvalost a správné nadšení pro věc (Langmeier, Krejčířová, 1998, str. 188).

Osobnost člověka, tedy celistvost osobnosti, zůstává zachována, mění se jen její dílčí schopnosti či některé osobnostní rysy a vlastnosti, ale zpravidla osobnost jedince má významný vliv na kvalitu psychiky. Ve stáří se naplno projeví ty vlastnosti a sklony, které se snažil ve středním věku omezit nebo navenek projevit mírným způsobem. Například šetrnost se promění

v lakotu, pořádkumilovnost v perfekcionalismus, nedůvěra v izolaci, pomalost v pasivitu aj. (Holásková, 2010, s.152). Příhoda popisuje vlastnosti, které jsou typické pro seniory. Patří sem panovačnost, vztahovačnost, ješitnost, mrzoutství, náladovost, popudlivost, ale na druhou stranu také klid, nadhled, vážnost, prozíravost a umírněnost (in Holásková, 2010, s. 153). Nastává změna také v hierarchii potřeb. Do popředí se dostává vyšší zájem o vlastní zdraví, potřeba jistoty a bezpečí a touha se uplatnit i ve vyšším věku. U seniorů jsou velkým problémem jakékoliv změny, protože mají rádi svůj stereotyp a při nedostatku dobré motivace k jiným nebo novým činnostem, jež mohou neradi měnit.

Sociální stáří je typické svojí redukcí sociálních rolí a s tím spojeným úbytkem individuálních možností. Ztráta kterékoli role symbolizuje ztrátu sociální prestiže, všeho, co senior dokázal, stává se anonymním, bezvýznamným členem homogenní minority, kterou majoritní ekonomicky aktivní skupina většinou odstavuje, pomíjí a zvyšuje pomyslnou závislost staršího na společnosti či na jiné osobě. Jejich nově nabyté role se vztahují především k rodině. Nevýznamnější rolí, které se starší musí vzdát při odchodu do důchodu, je profesní role a zároveň s ní společenská prestiž. Je to tvrdý zásah do dosavadního systému všech rolí. Nová role důchodce s sebou přináší nižší sociální status a omezená privilegia. I přes to, že v naší společnosti je obecně považováno za výhodu být důchodce, který již nemusí pracovat, vyhlídky nejsou nijak pozitivní, protože tento fakt je spojen s nižším hodnocením starších lidí. Tyto pak společnost posuzuje podle aktuálního přínosu a nehledí na práci a úspěchy, které senior společnosti "dodával" celý svůj produktivní život. Období důchodu je tedy nesporným důkazem přechodu ze středního věku do stáří a je považováno za důležitý sociální mezník. Odchod do zdánlivého klidu a soukromí může být dobrovolný, ale také nedobrovolný z důvodu nemoci nebo vůle zaměstnavatele. Ovšem někteří senioři nejsou k tomuto kroku vůbec motivováni a naopak se v pracovním poměru snaží udržet co nejdéle (Vágnerová, 2007, s. 350-358). Jarošová shrnula všechny negativní a pozitivní sociální změny. Do pozitivních sociálních změn zařadila: funkční rodinu, dobré rodinné vazby, plánovanou ekonomickou přípravu na stáří, vyplnění volného času a efektivní nakládání s ním, širokou možnost uspokojení potřeb seniora (in Malíková, 2011, s. 22). Nejvýznamnější záporné sociální změny Malíková vidí v: odchodu do důchodu, omezení sociální začlenění, zhoršení ekonomické stránky, generační osamělosti, sociální izolaci, fyzické závislosti, vlivu ageismu, stěhování, vzdálenosti od rodiny, nevyhovující změně životního stylu, strachu z osamění, nemoci, úmrtí partnera, nesoběstačnosti, samotného stáří (Malíková, 2011, s. 22). Penzionování není spojeno jen se sociálními změnami. Mění se i ekonomická situace, kdy největším problémem je nízká penze,

nastupují nové výdaje, hlavně za léky, a tyto nedovolují udržet dosavadní úroveň životního standardu, na který byl senior zvyklý řadu let. S přibývajícími zdravotními problémy a ekonomickou zátěží se mění i naplňování slasti a příjemných skutečností či potřeb (tučné jídlo, výlety apod.), které jsou často propojeny se změnami nálad (Mlýnková, 2011, s. 25). Ort výstižně popsal všechny očekávané role, které senior může získat, a to roli prarodiče, nemocného či pacienta, roli soběstačného hospodáře v domácnosti, příbuzného (sourozence, strýce/ tety, švagra/ové, tchána/ tchyně), roli vdovce/ vdovy, souseda, roli aktivisty v činnosti volného času, roli pamětníka, veterána, rádce, poradce či experta, pečovatele o velmi staré rodiče aj. (Ort, 2004, s. 25). Křivohlavý přirovnává přechod z plného zaměstnání do důchodu k přechodu z jedné místnosti do druhé, nové, nebo jako přestěhování do neznámé krajiny. Tak či tak, vždy se bude jednat o přechod, doprovázený řadou změn, které bude muset člověk- nyní senior, zvládnout. Nástup jedince do seniorského věku spojený s odchodem do důchodu je jistě podstatná událost. Tato změna má dvě etapy. První spočívá v rozloučení se s tím, co bylo v již uzavřené etapě života. Druhá je pak orientována na to, co bude, představuje tedy nové možnosti a povinnosti v etapě, která právě začíná. Ukazuje se, že pro přecházejícího dospělého- seniora je lepší ukončení etapy a otevření nové etapy oslavit v kruhu svých přátel, známých, rodiny a dát tak průchod veselí a radosti. Toto loučení se "se starým životem" má opět dvě stránky. Jednou je přehlídka toho, čeho dotyčný dosáhl, tedy jakési vyhodnocení dosavadního života, uvědomění si svých přešlapů, chyb, omylů a vyrovnání se s těmito, aby měl "čisté svědomí". Druhou stranou je odpuštění a smíření (Křivohlavý, 2011, s. 24-28).

1.6 Adaptace na stáří

Adaptace, přesněji adaptivita, se týká plasticity lidského jednání, tj. naší schopnosti měnit jednání (chování) v průběhu času s ohledem na změny životních podmínek. Tento termín vychází z latiny. Aptus znamená schopný, tj. "schopen zvládnout situaci, před níž stojí." Opakem adaptace je maladaptace, tedy přeloženo do češtiny, nepřizpůsobení a z toho odvozeno ztroskotání. Důležitým pojmem je také adaptabilita, což v překladu znamená schopnost přizpůsobit se problémům (Křivohlavý, 2011, str.55).

Aby se zvýšily šance seniora na plnohodnotný, zdravý, šťastný a kvalitní život, je potřeba se na něj dobře předem připravit. Obecně se rozlišuje příprava dlouhodobá, střednědobá a krátkodobá. Dlouhodobá příprava je synonymem pro celoživotní přípravu. Měla by být sloučením všech výchovných a z vzdělávacích programů, kterými procházíme celý život již od

útlého věku. Střednědobá příprava startuje 10 let před nástupem do důchodu, tedy před ukončením ekonomicky aktivního života. Jedinec by měl již zhruba v tuto dobu přijmout fakt, že stáří se nezadržitelně blíží a proto by měla být prioritou volba druhého životního programu. Krátkodobá příprava by měla být realizována 3-5 let před předpokládaným odchodem. Do této přípravy by mohla patřit výměna bytu za menší a útulnější v nižším patře nebo s možností výtahu v blízkosti dětí, popřípadě vnoučat. Samotné stěhování není pro člověka taková zátěž jako nutnost opustit své známé prostředí, jelikož vztah k místu, kde jedinec prožil značnou část svého života, bývá velmi silný a většinou není chuť se stěhovat. Když už jedinec zvažuje stěhování "za lepším", měl by zvážit jisté okolnosti, které budou později velmi důležité. Například by si měl zjistit, zda v blízkosti jeho domova je obchod se smíšeným zbožím běžné potřeby. Stejně je to s dostupností k lékaři a je potřeba také zmínit možnosti dopravy, do čehož zahrnujeme vzdálenost stanice, přestupování aj. V neposlední řadě je také důležité myslet na finanční rezervy. Kromě vlastních úspor člověk může s předstihem investovat do spoření či penzijního připojištění, které se, dle předpokladů, bude dále rozvíjet a vylepšovat (Haškovcová, 2010, s. 173-178).

Adaptace na měnící se životní události a snížené množství sil ve stáří může být v podstatě trojího typu, a to teorie aktivního stáří, kdy je cílem usilovat o zachování maximálních funkcí a aktivit, teorie substituční, jejímž principem je usilovat o selekci udržovaných aktivit a o náhradu náročných aktivit za jiné činnosti a teorie postupného uvolňování, která pojednává o snaze vědomě se od aktivit odpoutat, tedy hovoří o jistém druhu odevzdání se, ukončení různých snah a pokorném přijetí změn ve stáří. Nelze jednoznačně říci, která z uvedených teorií je nadřazená či kvalitnější, avšak žádná z nich by seniorovi neměla být nucena, především jde o jeho svobodnou volbu (Kalvach, Čevela, str.127-132). Proces přípravy a adaptace na důchod Vágnerová formulovala podle toho, jak se jedinec má nebo by měl připravit na období stáří. Na adaptaci na důchod působí mnoho faktorů. Například jestli k němu došlo ve standardní dobu, zda člověk odešel dobrovolně, zda má dostatek finančních prostředků, je zdravý, má dostačující sociální zázemí atd. Příprava na odchod do důchodu trvá určitou dobu a má několik fází: Fáze přípravy na důchod, kdy stáří je celkově považováno za méně úspěšné a uspokojujivé životní období, a proto jeho hodnocení souvisí s celkovým individuálním postojem jednotlivce ke stáří. Toto mínění pak ovlivňuje představy stárnoucích, kteří již předem přemýšlejí o určitých strastech stáří, kterým se nevyhnou. Jejich názory jsou ovlivněné také představami, jak bude vypadat jejich den bez každodenních pracovních povinností. Tato přípravná fáze má předpovídat, jak moc se bude muset člověk přizpůsobit, ale na druhou stranu mu umožňuje

nalézat výhody nových možností, které nastanou po odchodu do důchodu, a proto většina lidí v předdůchodovém věku již má představu o tom, co bude ve stáří dělat, čemu se bude věnovat, a co je pro jejich realizaci potřeba splnit či udělat. Je faktem, že lidé, kteří tuto fázi minimálně dva roky řešili a vyřešili, snáze na onu cestu nastoupili a dokázali se téměř všemu rychleji přizpůsobit a celkově se cítili spokojeni. Starší lidé, než vstoupí do této poslední etapy života, se těší na "odpadnutí" některých nesympatickými povinnostmi, těší se na klid, možnost věnovat se čemu budou chtít, ale na druhou stranu dobře ví, že tímto odchodem také ztrácí, například sociální pozici, některé kontakty, pocit potřeby pro společnost aj. Fáze bezprostřední reakce na změnu, tj. těsně po dnu D, kdy jedinec- senior, musel opustit své zaměstnání a nový styl a řád svého života si ještě pevně nevytvořil, a nachází se v další fázi přechodu. Pocit uspokojení a dobré nálady může přinést fakt vyproštění se z každodenní pracovní rutiny, ze stresu apod., ale stejně tak v někom může odchod vyvolat pocity osamělosti, nejistoty či strachu z budoucnosti.

Dá se tedy říct, že to, jak člověk bude prožívat tuto fázi, záleží na jeho celoživotním postoji k profesní roli a hodnotám, jakou pro člověka stáří má. Někdo si ještě nějakou dobu po odchodu může zachovat jisté rituály, které již nejsou aktuální (například ranní vstávání do práce). Fáze deziluze postupného přizpůsobování nové životní situaci nastává v momentě "vyšumění" emoční euforie, a tedy může dojít k rozčarování z nastalé situace, se kterou senior nepočítal. Jelikož seniorům chybí pravidelnost, stereotyp a sociální kontakty, mohou cítit nudu a prázdnotu, a to i v případě těch, kdo se na důchod těšili, protože ti si vyčerpali své plány, intenzivně užívali své koníčky či odpočinku a nyní neví, co s takovým množstvím času a teprve v této době si uvědomí, že se opravdu všechno změnilo. Proto je velice žádoucí nalézt takový trvalejší program, který by byl již na delší dobu splnitelný. Senioři si také zkouší najít různé nové životní stereotypy, méně náročnou práci či brigádu a pomalu si zvykají na nový styl jejich života. V této fázi může vzniknout syndrom čtyř stěn, kdy senioři nechtějí a nejsou motivováni k jakékoliv aktivitě mimo jejich domov. Tento syndrom je spojen s výkyvy nálad, které jsou způsobeny tím, že si senioři uvědomují svou zranitelnost, bezmoc z důvodu neexistence svého připraveného programu, který nelze nebo již byl zrealizován a jeho ztráta vede k onomu syndromu (Pacovský in Vágnerová, 2007, s. 362). Fáze adaptace na životní styl důchodce a stabilizace nového stereotypu je v podstatě přizpůsobení se nové životní situaci, která přináší stabilitu rolí, přehodnocení hodnot a postupně dochází k zafixování nového životního programu. Senior si již vytvořil vyhovující stereotyp, jenž mu pomáhá ke spokojenosti. Životní styl důchodce je vždy zpravidla ovlivněn dvěma hlavními faktory, a to zdravotním a

ekonomickým. Jeho sociální vazby se spíše orientují na rodinné vazby a sousedství. Ti senioři, kterým zbylo ještě více síly, se dokonce pouští i do náročnějších cílů, jako může být přebudování chaty, studium cizího jazyka apod. Nechtějí totiž už definitivně zestárnout a přijít o všechny kompetence či možnosti, ale naopak chtějí ještě něčeho dosáhnout. V tomto případě hovoříme o soukromém cíli (Vágnerová, 2007, s. 360-361).

Kromě samotného procesu přípravy a adaptace jsou neméně podstatné i reakce seniora na stáří samotné. Tyto reakce mají typické znaky, které byly typologicky rozděleny do pěti oblastí, které pečlivě vypracovala Reichardová (in Malíková, 2011, s.25): Konstruktivní strategie je zaměřena na člověka, který se dokázal vyrovnat s tím, co ho čeká, s omezeními, které stáří přináší. Pochopil, že může být aktivní, i když ne jako dřív, ale snaží si vytvářet nové vztahy a určuje si přiměřené cíle. Je to ideální postoj, kdy je senior soběstačný, udržuje svoji tělesnou kondici pravidelnými aktivitami. Po překonání všech strastí spojených se stárnutím disponuje vlastnostmi jako je smysl pro humor, optimismus, tolerance, radost ze života, dokáže si najít radost v jídle i pití, v rekreaci, rozvíjí své zájmy. Strategie závislosti je typická pro seniora, který využívá pomoci od druhých, na které spoléhá více než na sám sebe, i když by nemusel a často má sklon k pasivitě. Může dokonce využívat i své zdravotní obtíže k tomu, aby o něho bylo postaráno. Postrádá zdravé ambice a nejsou to ve většině případů žádní cílevědomí lidé, ale spokojí se s pohodlným životem bez změn a často používají manipulační techniky, aby dosáhli svého. Obrannou strategii můžeme spatřit u osob popírající své blížící se stáří, kteří nechtějí přijmout ani svůj věk. Za každou cenu se snaží oddálit odchod do penze, aby neztratili své postavení. V podstatě jde o ignoraci skutečné reality. Jedná se o osoby, které celý život pracovaly a byly zvyklé dávat. Typickými jsou pracovníci na vysokých funkcích, pohybující se ve vyšších společenských kruzích. Strategie hostility neboli nepřátelství. Do této skupiny spadají lidé, u kterých je typický sklon přičítat vinu za své neúspěchy druhým nebo nepříznivým okolnostem. Velice často jsou agresivní, podezřívavý, podráždění a stále si na něco stěžují. V jejich nitru jsou pocity ukřivdění, zloby, nenávisti, vzteku, zklamání a jiných negativních emocí. Proto nejsou schopni akceptovat stáří se všemi změnami, které s sebou přináší a svoji celkovou nespokojenost chtějí prožívat v ústranní. Ovšem pod tvrdou maskou nenávisti a obviňování se skrývá malá zlomená duše plná lítosti, doprovázená silnou emoční bolestí. Strategie sebenenávisti je velmi závažný postoj, který svědčí o silně negativním vztahu seniora sám k sobě. Ten může často vyvrcholit v pocit sebenenávisti. Je zklamaný z vlastních neúspěchů, má za to, že se mu v životě nic nepovedlo, považuje ho za naprostý omyl, nechtěl by ho žít znovu a nedokáže si odpustit. Agresivitu, kterou pociťuje, obrací sami na sebe a celý

život je doprovázený pocity osamělosti a vlastní neužitečností. Blížící se smrt bere jako toužebné vysvobození z velmi nešťastného života (Malíková, 2011, str. 25 a Langmeier, Krejčířová, 1998, str. 189). Švancara uvádí, že pro správnou adaptaci a dobrou duševní hygienu je potřeba usilovat o naplnění tzv. "5P", tedy pěti zásad, a to jsou: perspektiva (přípravenost na životní změny, vymezení cílů, přemýšlení o budoucnosti) pružnost (schopnost jedince se přizpůsobit určitým změnám, být ochotný přijímat nové podněty, být sebekritický, schopnost opustit své stanovisko i životní zvyky) prozíravost (dle svých vlastních aktuálních možností si uspořádat a prožívat život, vidět vše kolem sebe v souvislostech, promyslet si reálné cíle a činnosti, pokoušet se najít jiná řešení), porozumění pro druhé (tolerance a pochopení odlišných názorů a postojů druhých, snažit se o udržení dobrých rodinných vazeb, myslet pozitivně) a potěšení (snaha udržet si dobrou náladu, smysl pro humor a radost, mít se na co těšit, snaha prožívat radosti každodenního života)(in Stadlerová, 2013, s. 29).

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY V ČR

Senior je stále plnohodnotným členem společnosti jako sociální skupiny lidí a každá společnost se vždy nějakým způsobem, ať už v rámci dějin nebo mezi jednotlivými kulturami, o své seniory stará a pečuje o ně. Proto dojde v této kapitole ke stručnému zpřehlednění historického vývoje sociálního systému v ČR, dále tato kapitola obsahuje náhled do sociálních dávek, které se seniorů týkají, sociálních služeb, které mohou využít a které jsou jim nabízeny, případně za jakých okolností je nejčastěji využívají a jelikož bude psáno o službách, je nezbytné zmínit se v této kapitole i o standardech kvality pro poskytované služby a konkrétně pak blíže o domově pro seniory.

2.1 Historický vývoj sociálního systému

Do roku 1990 v podstatě nemůžeme hovořit o existenci sociální politiky ve smyslu moderních sociálních trendů, které byly například již dávno "zaběhnuté" v Německu, Velké Británii a Švédsku. V naší společnosti většinou panovala skrytost sociálních problémů, které nastolený socialismus prý vymýtil. Místo řešení důležitých sociálních problémů zde vládla pouze politika řízené zaměstnanosti a monopolním realizátorem v oné sociální sféře byl vždy stát. Ten byl jediným možným zaměstnavatelem, zároveň i provozovatelem hospodářství a samozřejmě vše bylo dopředu naplánováno díky pětiletým plánům. Charakteristikou tohoto období bylo rovnostářství - všem dávat stejně. Problémem byla existence více než 60 různých dávek, kdy některé se křížily, jiné například vůbec neexistovaly (Krebs in Duková, Duka, Kohoutová, 2013, s. 20). Lidé s jakýmkoli druhem omezení či postižení, v kterémkoliv věku, staří, nemocní, umírající, byli jednoduše a nekompromisně oddělováni od zbytku společnosti, a to do ústavů. Tito lidé pro společnost jakoby neexistovali, neboť jejich osudy podléhaly tabuizovaným tématům. Většinová společnost zastávala názor, že izolovaní jedinci mají tu nejlepší možnou péči a je o ně dobře postaráno. Ovšem opak byl pravdou. V těchto zařízeních panoval direktivní přístup, rutinní systémy bez jakýchkoli možností volby, bez porozumění k individualitám každého "pacienta", který má své potřeby, city, přání. V té době byli senioři umisťováni pouze do jediné instituce, a to do státních domovů pro důchodce, do kterého byl senior často umístěn bez jeho souhlasu. V tomto případě nebyl možný ani samotný výběr zařízení, jelikož byla dodržována spádová příslušnost v rámci regionu, tudíž senior musel nastoupit i do takového domova, který neměl příliš pozitivní pověst. Jelikož stát dotoval veškeré náklady spojené se službou a péčí, seniorům tak zůstával jejich důchod, pro který si zpravidla přicházela rodina dotyčného. V takovém zařízení neměl senior téměř žádná práva vyjádřit se k poskytované

službě či k výkonu personálu, musel se podřídít všem pravidlům a řádům a svá poslední léta velmi často trávil ve vícelůžkových pokojích, a to z důvodu ne příliš velké kapacity domova (Malíková, s. 29-30). Obyvatelé takových domovů byli velmi často téměř zapomenuti, protože domovy byly umístovány za městem, v odlehlém parku nebo u lesa, kde nebyla šance zaslechnout ozvěny běžného všedního dne, který podle názoru společnosti "již nebyl pro ně". Aktivně pracující žili v domnění, že v takovém prostředí je starým, kteří jsou pro společnost jen přítěží, dobře, je o ně kvalitně postaráno a tato volba byla tou nejlepší možnou (Haškovcová, 2010, s. 218).

Situace se začala měnit až po roce 1989. V té době šlo především o transformaci v oblasti sociální. Nejzásadnější změny nastaly s příchodem zákona 108/2006 Sb., O sociálních službách, ale bohužel až v roce 2006. Sociální politika tedy ustrnula na řadu let. Nový a revoluční zákon z roku 2006 zavedl pevná a jasná pravidla pro poskytování sociálních služeb a také umožnil integraci jedinců s různým zdravotním postižením do společnosti. Poslání sociálních služeb bylo díky zákonu přesně definováno jako pomoc lidem zachovat si nebo znovu získat své místo ve společnosti, v komunitě, ve svém přirozeném prostředí. (Malíková, s. 30-31). Podstatnou změnou bylo také rozsáhlé rozšíření všech sociálních služeb, od zajištění základních životních potřeb, až po konkrétní a specializovaná odborná pracoviště. Změnilo se také financování sociálních služeb, které přešlo z ryze státního na jednotlivce, obce, kraje, občanské společnosti a zčásti i na stát. Do popředí se dostal také neziskový sektor, který je důležitým aspektem v poskytování sociálních služeb dodnes (Čámský, 2011, s.10). Malíková uvádí významný pojem, který představuje zásadní změnu v péči o člověka: "*Z pohledu problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb je důležitá deinstitucionalizace.*" (Malíková, 2011, s.33). Jedná se o postupné přecházení od čistě pobytové služby, která byla před rokem 1989 vysoce dominantní, ke snaze poskytovat sociální služby tak, aby zůstala zachována individuální podpora života jedince, ale v jeho přirozeném prostředí, což dříve nebylo možné (Čámský, 2011, s. 12). Tento fakt umožnil rozvinout velkou škálu terénních a ambulantních služeb, umožňující různým osobám v různých situacích zůstat co možná nejdéle ve svém domácím prostředí. Je to značně velký krok vpřed a dotýká se mnoha osob, které potřebují pomoc. Předpokladem pro provozování kterékoli sociální služby je její zapsání v registru sociálních služeb, neboť bez zapsání její provoz není možný. Registraci je možné získat pouze při dodržení zákonem stanovených podmínek, které garantují vysokou kvalitu nabízených služeb. Kvalita služeb je dále ještě zaštiťována dodržováním standardů kvality. Každý senior je při poskytování sociální služby spolutvůrcem individuálního plánu, který,

společně se standardy kvality služby, garantuje dodržování pravidel a zároveň chrání práva uživatele. Ten se tedy stává aktivním příjemcem služby, který sám o osobě rozhoduje, vyjadřuje své potřeby, přání a požadavky a veškeré služby jsou konstruovány tak, aby v co největší přijatelné míře seniora či uživatele podporovali a udrželi v dosavadním stavu jeho soběstačnost a tím utvrzovali jeho důstojnost, sebevědomí a pocity vlastní ceny (Malíková, 2011, s. 33).

2.2 Dávky určené seniorům

V České republice existují určité dávky, které jsou určeny speciálně pro osoby, které dovršily určitý počet let a řádně odváděly státu sociální pojištění, pak mají nárok na určitou finanční odměnu za svou celoživotní práci. Tyto jsou upraveny zákonem č. 155/ 1995 Sb. O důchodovém pojištění. Patří sem starobní, invalidní a pozůstalostní (vdovský a vdovecký důchod a sirotčí důchod). Důchody celkově razantně ovlivňují výdajovou složku státu ČR. Tato rozpočtová zátěž se v důsledku stárnutí populace zvětšuje a důchodový účet se vyskytuje v záporných hodnotách. To bohužel však znamená, že množství prostředků, které jsou vybrané a určené na důchodové pojištění - tedy na důchody, jsou podstatně menší, než takové množství peněz, které se na důchody skutečně vyplácí. Starobní (řádný) důchod je primárně od toho, aby zabezpečil občana, respektive pojištěnce, v době, kdy již není schopen být ekonomicky aktivní, tedy získat si potřebné prostředky pro svoji potřebu, z důvodu vyššího věku a s tím spojených případných zdravotních obtížích. O nároku na daný typ důchodu vždy rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení. Podmínky pro jeho vyplácení jsou dvě. Za prvé musí dotčený dosáhnout zákonem stanoveného důchodového věku, který se v dnešní době neustále mění, a za druhé musí být určitou dobu pojištěn. Pokud bychom se snažili přesně určit důchodový věk, musíme se řídit trojím rozdělením podle roku narození, a to před rokem 1936, po roce 1936 a po roce 1977. Každá tato skupina má totiž odchod do důchodu dán jinak. Potřebná doba pojištění je pak závislá na důchodovém věku. Pro představu ten, kdo dosáhl důchodového věku před rokem 2010, jeho doba pojištění musela být 25 let, aby mu byl uznán nárok na starobní důchod, a ten, kdo dosáhl důchodového věku v roce 2016, pak musel být pojištěn už 32 let (Kaczor, 2015, s. 63 - 65). Důchod je vždy složen ze dvou složek, a to, ze základní výměry a z procentní výměry. Základní výměra je pevně stanovena pro všechny typy důchodů bez ohledu na dobu pojištění a výdělku a činí tedy 2 440 Kč za měsíc (Zákon. č. 155/1995 Sb.). Procentní výměra je vždy individuální. V tomto případě je zohledňována délka pojištění a výše příjmů v rozhodném období před důchodovým věkem, tedy v době, kdy jedinec byl ekonomicky aktivní. Výše procentní výměry je nejméně 770 Kč měsíčně. Tedy nejnižší možná částka důchodu v roce 2016 byla 3210 Kč měsíčně (Kukalová, 2015, s. 42). Starobní (předčasný) důchod je

vhodná možnost pro jedince v předdůchodovém věku si prodloužit vytoužený klid a jít tedy dříve do důchodu. Takovéto alternativy mohou například využít ti, kteří byli krátce před dovršením svého důchodového věku vyhozeni z práce a dlouhou dobu nejsou schopni najít jinou práci. Tato výhoda s sebou nepřináší dřívější odchod do penze, protože peněžní částka předčasného důchodu bude vždy nižší než částka v řádném starobním důchodu. Tedy logicky můžeme říci, že čím dříve jedinec odejde do předčasného důchodu, tím větší krácení důchodu ho čeká (Kaczor, 2015, s. 67).

Tento typ důchodu mohou využít ti, kteří získali potřebnou dobu svého pojištění a k dosažení důchodové hranice jim chybí "3 roky, pokud jeho důchodový věk je nižší než 63 let, nebo 5 roků, pokud jeho důchodový věk činí alespoň 63 let a dosáhl věku alespoň 60 let" (Zákon č. 155/1995 Sb.). Pozůstalostní důchod, týkající se seniorů je vdovský a vdovecký, pamatuje na nejhorší a nejnepříjemnější momenty života. Velmi stresujícím a kritickým zlomem je bezesporu smrt manžela či manželky a o to je situace horší v rodině s nezaopatřeným dítětem. Problém nastává ve chvíli, kdy rodina již nemá k dispozici příjmy zesnulé osoby, které spolu s příjmy druhého partnera tvořily určitý rodinný standard, na který byli všichni zvyklí. Právě takové závažné životní situace pomáhá alespoň zmírnit tento typ důchodu (Kaczor, 2015, s. 71). Opět zde hrají role určitá pravidla, která zesnulý musel splnit, aby manželce či manželovi mohl být připsán důchod. Zákon (155/1995 Sb.) uvádí, že: "Vdova či vdovec má nárok na vdovský důchod po manželovi, který byl poživitelem starobního nebo invalidního důchodu, nebo splnil ke dni smrti podmínku potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod nebo podmínky nároku na starobní důchod anebo zemřel následkem pracovního úrazu". Ovšem tento důchod je vyplácen pouze po dobu jednoho roku od smrti manžela/manželky. Tato okolnost se na první pohled může zdát velice netaktní a přísná, avšak smyslem tohoto důchodu je pomoci pozůstalému poskytnout čas (tedy jeden rok) na adaptaci na novou ekonomickou, sociální a životní situaci. Avšak zákon umožňuje nárok na vdovecký/vdovský důchod i po uplynutí již zmíněné jednorochní lhůty v určitých případech, a to pokud pozůstalá/ý : pečuje o nezaopatřené dítě, pečuje o dítě, jenž je závislé na péči druhé osoby ve 2.- 4. stupni závislosti, pečuje o své/ho rodiče nebo o rodiče zesnulého manžela/manželky, který s ním žije v domácnosti a je závislý na pomoci druhé osoby ve 2.- 4. stupni závislosti, je invalidní ve třetím stupni závislosti (Kaczor, 2015, s.71-72). Příspěvek na péči již není v kompetenci důchodového pojištění, ale řadí se do dávek pro osoby zdravotně postižené, jenž je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. Tento je vyplácen Úřadem Práce a je poměrně mladou dávkou, neboť byla zavedena až v roce 2007 a s jeho příchodem proběhla zásadní systémová změna, která zasáhla

jak na jedné straně samotné poskytovatele sociálních služeb, tj. například domovy pro seniory, tak na straně druhé se výrazně dotkla i samotných zdravotně postižených (Kaczor, 2015, s. 135). *"Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnutí základních životních potřeb osob "* (Zákon č. 108/2006 S., o sociálních službách). Z uvedeného je patrné, že nárok na tento mají osoby, které nejsou plně soběstačné, ale pro zajištění důstojného sociálního fungování a plnění svých potřeb potřebují pomoc od druhé osoby. Početnou skupinou, která tento využívá, jsou senioři, kteří již nemohou být zcela samostatní, a ona soběstačnost s přibývajícím věkem klesá. Často hovoříme i o osobách v předproduktivním či produktivním věku, které mají určitý zdravotní či mentální handicap. V zákoně je také přesně vymezena ona míra závislosti, která je ovlivněna věkem dotyčného a zároveň i počtem 10 základních životních potřeb, které jedinec již není schopen zvládnout sám bez pomoci další osoby. Těmito okruhy základních životních potřeb jsou: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Konkrétnější vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a jejich způsob správného hodnocení dále upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb., která je důležitá především pro posuzovatele a hodnotitele, tedy pro Úřad práce (který přes sociální pracovníky vykonává šetření v rodině) a dále lékařská posudková služba České správy sociálního zabezpečení, která pro potřebu z Úřadu práce ve věci připsání nebo nepřipsání nároku na příspěvek na péči, objektivně vyhodnotí zdravotní stav dotyčného na základě lékařské dokumentace. V tabulce č. 1 můžeme lépe pochopit výše uvedené, tedy počty úkonů, které již jedinec v určitém stupni závislosti není schopen zvládnout a dále vidíme peněžní výši pro každý stupeň závislosti zvlášť.

Stupeň závislosti	Označení stupňů závislosti	Počet úkonů, které osoba starší 18-ti let není schopna sama zvládat	Výše příspěvku pro osobu starší 18- ti let za kalendářní měsíc
1.stupeň	Lehká závislost	3-4 úkony	880 Kč
2.stupeň	Středně těžká závislost	5-6 úkonů	4 400 Kč
3.stupeň	Těžká závislost	7-8 úkonů	8 800 Kč
4.stupeň	Úplná závislost	9-10 úkonů	13 200 Kč

Tabulka č. 1 Počty úkonů a výše příspěvků (Zdroj: Zpracování dle Kaczor (2015, s. 136) a dále upraveno dle zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách)

2.3 Sociální služby pro seniory

V České republice existují služby sociálního charakteru, které vyplývají ze zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, který nabyl platnost 1.1.2007. Obecně je sociální službou míněna činnost nebo činnosti, které zajišťují pomoc a podporu osobám, které se snaží včlenit zpět do sociálního společenství nebo ochránit před sociálním vyloučením pomocí prevence (zák. č. 108/2006 Sb.). Z tohoto vyplývá i možnost si tento typ služeb objednat u konkrétní organizace, která danou formu péče nabízí a dále povinnosti za její provedení zaplatit (Zákon 108/2006 Sb.). Základními cíli dle tohoto zákona jsou: ochrana práv a oprávněných zájmů osob, které si tyto nemohou prosazovat sami z důvodu určitého handicapu, stanovení právního rámce při poskytování za účelem potřebného zabezpečení, podpory a pomoci osobám v konkrétní, pro ně nepříznivé sociální situaci a vytvoření právního rámce a z něj vyplývajících práv a povinností osob, samosprávných celků a státu, jakožto poskytovatelů sociálních služeb (Malíková, 2011, s. 41).

V České republice sociální služby dělíme na 3 základní složky. První složku tvoří sociální poradenství, které je vždy buďto základní (poskytuje možnosti řešení nepříznivé či problematické situace a tato služba je vždy k dispozici u všech druhů sociálních služeb) nebo odborné (například poradny pro seniory, zapůjčení kompenzačních pomůcek aj.). Dalšími složkami jsou služby sociální prevence a služby sociální péče. Největší zastoupení služeb pro seniory spadají do služeb sociální péče. Tyto služby pomáhají uchovat fyzickou i duševní soběstačnost a snaží se v co největší možné míře zapojit jedince do běžného života. Patří sem například: pečovatelská služba, osobní asistence, denní a týdenní stacionáře, domy pro seniory aj. Služby sociální péče se pak dále dělí podle místa, kde jsou realizovány (Zákon č. 108/2006 S., O sociálních službách). Spadají sem takové služby, které se poskytují v domácnosti seniorů, což jsou terénní sociální služby, pobytové sociální služby (jsou spojeny s přímým ubytováním v zařízení) a posledním typem jsou ambulantní sociální služby, kam senior "dojde" a poté se vrací zpět domů (Bicková, 2011, s. 247). Při výběru jednoho z těchto tří typů převážně záleží na míře soběstačnosti daného člověka. Pokud jedinec zvládne běžné úkony ještě ve větší míře sám, jsou pro něj vhodné ty služby, které spadají do terénních sociálních služeb, a to: pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče, telefonická krizová pomoc, případně home care aj. Home care je odborná domácí zdravotní péče, která je v podstatě zdravotní ošetrovatelskou službou, spadající do resortu zdravotnictví. Přímá péče je vždy vykonávána zdravotními sestrami v domácnosti seniora (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 180). Pečovatelská služba je určena jak seniorům, tak osobám se zdravotním postižením a dokonce i

pro rodiny s dětmi. Osobní asistenti navštěvují domácnosti klientů a pomáhají jim v různých činnostech, většinou v péči o vlastní osobu a snaží se je začleňovat do společnosti (Mlýnková, 2011, s. 62,66). V dnešní době se jedná o nejvíce využívanou službu pro občany z různých důvodů (např. vysoký věk, zdravotní stav, značný pokles možností sebez péče, problémy se zvládnutím běžného či většího úklidu v domácnosti nebo potřeba odborného ošetření). Mezi běžně nabízené služby pečovatelské činnosti můžeme zařadit: jednoduché ošetrovatelské úkony, donáška jídla či oběda, pomoc při podávání jídla, práce spojené s udržováním domácnosti, nutné pochůzky, doprovody na různá vyšetření, praní, žehlení, tlumočnická služba, aj. Klienti mohou využít i mimořádných činností, jako je například praní "velkého" prádla, velký úklid, úklid po malování, mytí oken nebo také mytí společných bytových prostor. Všechny tyto úkony jsou zpoplatněny příslušnou hodinovou sazbou, která se počítá za jednotlivé výkony a je uváděna v maximální výši, přičemž každý zřizovatel může ceník služeb upravit s přihlédnutím k finanční situaci konkrétního klienta. Úkony, které souvisí se zabezpečením nezbytných životních potřeb, jsou vždy bezplatné (Králová, Rážová, 2001, s. 112-114). Osobní asistence je laickou veřejností často ztotožňována s pečovatelskou službou. Náplň práce ošetrovatelky je zaměřena spíše na chod domácnosti, včetně provedení denní osobní hygieny, naproti tomu asistentská péče je orientována na doprovázení či asistenci člověku samotnému jak v péči o své zázemí, tak ve společnosti ostatních lidí. Výhodou této služby je i skutečnost, že asistent/ka si s klientem může posedět a povykládat si s ním (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 182). Do ambulantních sociálních služeb, klient "sám dochází". Patří sem například denní stacionáře, centra denních služeb, průvodcovské a předčitatelské služby aj. Denní stacionáře a centra denních služeb jsou k dispozici takovým klientům, kteří z důvodu vyššího věku či zdravotních potíží potřebují neustále pomoc jiné osoby. Takoví lidé často bydlí ve svém bytě, popřípadě s rodinou nebo v chráněných či podporovaných bytech a do stacionáře docházejí na určitou část dne. V podstatě je tato zařízení tak, aby rodina nemusela svůj veškerý život (jak pracovní, tak soukromý) podřídit péči o seniora. V tomto zařízení se o klienta komplexně postarají a podporují jej v rozvíjení jeho současných možností, schopností a dovedností (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 186). Pobytové sociální služby jsou určeny těm lidem, kteří již nezvládají většinu běžných úkonů sami a tudíž nemohu zůstat doma samotní. Ve většině případů na takovou celodenní péči nestačí péče rodiny, a to ani ve spolupráci s terénní sociální službou. Bohužel pobývání v domácím přirozeném prostředí není vhodné a kvalita života se postupně snižuje. V tuto chvíli je na čase přemýšlet o pobytovém zařízení sociálních služeb, ve kterých se poskytuje péče jak sociální, tak částečně zdravotní i ošetrovatelská. Ovšem existují i takové výjimky, které tuto

nesmírně náročnou péčí zvládají a v tomto případě je vždy lepší ponechat seniora v jeho vlastním prostředí (Pikola, Říha, 2010, s. 28). Odlehčovací služba je primárně určena těm, kdo o osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, v domácí péči pečují a umožňují jim tak nezbytný odpočinek. Uživatele, kteří využívají tuto službu, můžeme rozdělit na dvě skupiny, a to na ty, kteří se po ukončení pobytu mohou vrátit do svého bytu či domu a ti, kteří tohoto návratu domů již nejsou schopni a tudíž jsou umístěni do zařízení s celodenní péčí. V tomto zařízení může klient být maximálně 3 měsíce (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 186). Týdenní stacionář je dostupný pro ty, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, přičemž jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Zákon č. 108/2006 Sb.). Tento umožňuje pobyt od pondělí do pátku, 24 hodin denně a víkendy klienti tráví se svými rodinami v pohodlí domova. K dispozici je zde ubytování, strava, nejrůznější aktivity (například vaření, výroba keramických předmětů, četba knih, cvičení paměti apod.), pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti a zprostředkování společenského kontaktu. Výhod této služby často využívají (stejně jako u odlehčovací služby) rodiny, respektive pečující (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 187). Domy s pečovatelskou službou jsou byty se zvláštním typem určení, které využívají senioři či zdravotně postižení klienti. Jelikož jsou byty relativně malé a výše příjmů cílové skupiny jsou také nízké, je poměrně nízká i výše nájemného. Aby mohl být klient uživatelem takového bytu, musí být svým zdravotním stavem neschopen se o sebe plně samostatně postarat, a tudíž vyžaduje v některých úkonem pomoc jiné fyzické osoby. Domovy pro seniory jsou zařízení s celoroční péčí, stravou a ubytováním. (Zákon č. 108/2006 Sb.).

2.4 Standardy kvality

V České republice zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách definuje, co jsou standardy kvality a k čemu slouží, tedy: "Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami." Tyto standardy jsou platné pro všechny typy sociálních služeb a z tohoto důvodu jsou formulovány obecně. Jsou vždy rozdělena na určitá kritéria, která se dají hodnotit a která zaručují kvalitu dané služby, protože jednoduché srovnání stanovených kritérií se skutečností ihned odhalí, co je v zařízení v pořádku a naopak co je v zařízení špatně nastaveno (Standardy kvality sociálních služeb, příručka, online, 2008). Standardy kvality je možno rozdělit do tří skupin, a to na procedurální, personální a provozní. Procedurální standardy jsou stěžejními, jelikož určují, jak má vůbec daná služba, která má být poskytnuta,

vypadat, na co je potřeba dát pozor, čemu se například vyvarovat nebo naopak, čemu věnovat dostatečnou pozornost. Zaměřuje se na klienta a na to, jak s ním má být jednáno, jak má být uzavřená smlouva, jak danou službu co nejlépe a nejvíce přizpůsobit individuálním potřebám každého klienta. Do této kategorie patří také ochrana práv klientů služeb, která musí služba bezpodmínečně zaručit a dává prostor i k vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnosti klientů, postupy, pravidla a řády. Oblasti, spadající do procedurálních standardů kvality, konkrétně se týkající procesu přijímání nového klienta. Personální standardy jsou zaměřeny na důležité personální zajištění služeb, jelikož kvalita dané služby je vázána na samotných zaměstnancích - na jejich schopnostech, dovednostech, vedení a podpoře, přístupu a také na podmínkách, ve kterých sociální službu vykonávají. Poslední skupinou jsou provozní standardy, které zajišťují podmínky pro uskutečňování sociální služby. Zaměřují se na prostory, dostupnost, ekonomické zajištění, rozvoj jejich kvality a v neposlední řadě myslí také na havarijní či nouzové situace (Čermáková, Johnová, 2002, s. 6).

2.5 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory (dále jen DpS) se řadí do pobytového typu sociálního zařízení, fungujícího po celý rok, jenž je stanoven pro osoby se sníženou samostatností o vlastní osobu z důvodu věku a nutností pravidelné pomoci v souhrnné péči (Malíková, 2001, s. 45). Při výběru DpS je potřeba mít na paměti to, aby došlo k naplnění určitých faktorů, kterými je předně místo, kde se zařízení nachází, včetně jeho dostupnosti, velikost daného zařízení a možnosti návštěv, druh a rozsah poskytovaných služeb, čekací doba a zejména jeho cenová dostupnost v návaznosti na finanční situaci seniora, popřípadě jeho příbuzných (Venglářová, 2007, s. 90). DpS svým klientům poskytuje tyto služby: poskytují ubytování, stravu, nabízí pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a zároveň pomoc při osobní hygieně, sdílí kontakt se společenských ruchem, poskytují sociálně- terapeutické činnosti, ergoterapii, aktivizační činnosti a v neposlední řadě také zajišťují pomoc při uplatnění práv a oprávněných zájmů v osobních záležitostech a také je v zařízení k dispozici lékař, který buď do zařízení dochází nebo v něm má ordinaci (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Pikola a Říha dodávají, že za poskytované služby hradí osoba úhradu za ubytování, stravu a péči, jenž je poskytována v domluveném rozsahu, avšak po zaplacení úhrady za ubytování a stravu musí seniorovi ze zákona zůstat 15% jeho příjmu (2010, s. 29). Nedílnou součástí nabízených možností je vždy duchovní služba, která je pro seniory nesmírně důležitá. V tomto typu je brána jako samozřejmost také služba sociálního poradenství, která se vyskytuje v každém zařízení sociálních služeb (Janečková in Matoušek, 2005, s. 179). DpS je většinou rozdělen do několika

částí podle míry samostatnosti klientů. Senioři, kteří jsou schopni se o sebe ve velké míře postarat sami, mohou využít služby Domova se zvláštním režimem, což může mít například celá samostatná budova s třemi odděleními, který může být součástí komplexu DpS (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 188). V tomto zařízení je práce sociálního pracovníka nesmírně důležitá, a co se činností týče, pestrá. Mezi jeho aktivity patří: administrativní práce, zahrnující dokumentaci klientů, dávky, důchodovou agendu, podání žádostí, kontakt s úřady, s nemocnicemi, vybavení záležitostí zemřelého a s tím spojená pozůstalostní agenda apod., plánování příchodu nového klienta do zařízení, kontrakt s klientem a jeho rodinou, informování veřejnosti a potencionálních žadatelů o zařízení, spolupráce s rodinou, aktivizační programy, kulturní a společenské události, psychosociální pomoc reprezentující socioterapii, reminiscenční terapii či cvičení paměti či další speciální techniky, dohled nad dodržováním práv a lidské důstojnosti klientů či etického kodexu, včetně vyřizování stížností klientů a další (Janečková in Matoušek, 2005, s. 180). Stejně jako všechny ostatní zařízení mají své standardy kvality, mají je i DpS, ve kterých jsou například přesně definována pravidla jednání se zájemcem o službu, základná práva a povinnosti jak klientů, tak personálu atd. (Rheinwaldová, 1999, s. 10). V případě, že senior tedy nemůže déle žít sám a nejsou k dispozici jiné alternativy péče o něj, objevuje se možnost přestěhování do domova seniorů. Aby se klient do nějakého zařízení vůbec dostal, je třeba podat žádost o umístnění, která musí být doložena vyjádřením ošetřujícího lékaře o jeho zdravotním stavu. Dalším krokem je zahájení jednání se zájemcem o danou službu, který vychází ze standardu č. 3. Tento postup je složen z několika částí. První část je informativní, ve které se potencionální klient seznámí s konkrétním druhem poskytované služby, s okruhem osob, pro které je daná služba určena a jsou mu poskytnuty veškeré podrobné informace od poskytovatele. Dále jsou zjišťovány představy klienta o službě, popřípadě poskytnuto základní poradenství. Druhou část tvoří posuzovací část obsahující žádost, posouzení zdravotního úseku a vedoucím sociálního úseku a následné rozhodnutí ředitele o zařazení do evidence žadatelů. Třetí část tvoří zařazovací část, ve které je posouzení sociálního šetření v žádosti, které se aktualizuje, následně je sestaven pořadník, v němž jsou žadatelé seřazeni dle bodového hodnocení zaměřené na míru nutnosti a závislosti na jiné fyzické osobě. Hodnotí se na příklad mobilita, smyslové a mentální schopnosti, sebeobsluha, možnosti zajištění alternativní pomoci (například rodina), a zda žadatel pobírá příspěvek na péči. Každá oblast je bodována určitým počtem bodů a maximální počet je 25 bodů. Pokud žadatel splní potřebný počet bodů a v pořadníku je na prvním místě, je žadatel sociální pracovníci vyzván k uzavření smlouvy o poskytování služby. Sociální pracovníce může domluvit informativní schůzku pár dní před samotným nástupem a v případě, že se žadatel nemůže dostavit, je možné

zastoupení ze strany rodiny (Standard kvality č. 3 Domov seniorů POHODA). Při samotném dojednávání smlouvy jsou žadateli předloženy a řečeny veškeré potřebné informace. V dané smlouvě je popsán rozsah poskytované služby, ubytování, strava, úhrada za vykonané služby, ujednání o dodržování vnitřních pravidel a řádů aj. (Standard kvality č. 4 Domov seniorů POHODA).

3 ADAPTACE NA ŽIVOT V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ

Adaptace v daném slova smyslu, tedy na život v pobytovém zařízení, je procesem tak individuálním, jak jen individuální může každý jednotlivý člověk být, seniory nevyjímaje. Naopak. Seniorský věk jednotlivé individuality může ještě prohloubit a umocnit. Jelikož se jedná o proces variabilní délky, mohou jej ovlivnit i některé známé faktory. V této kapitole dojde tedy k nastínění možných příčin odchodu z domova do pobytového zařízení pro seniory, průběhu adaptace z pohledu různých fází a spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem a také zde bude rozebrán možný vliv víry či náboženství a také vliv rodiny na pozitivní průběh adaptačního procesu.

3.1 Příčiny umístění do zařízení

Příčiny umístění do domova důchodců, popřípadě do jiných obdobných institucí jsou různorodé. Mohou být ekonomické či sociální, například osamělost z důvodu ztráty partnera, nezájem rodiny, nebo naopak tlak příbuzných či nejčastěji, nevyhovující či pro "nemocného seniora" rizikové podmínky v domácnosti spojené se zhoršeným zdravotním stavem, který neumožňuje nadále samostatné setrvání v domácnosti, popřípadě péči rodiny. (Matoušek, 2005, s. 177). Matoušek dále uvádí, že *"k odchodu do rezidenčních zařízení se rozhodují staří lidé buď dobrovolně (z ekonomických či rodinných důvodů opouštějí své původní bydliště a volí menší byt v instituci, kde mají navíc k dispozici i služby), nebo jsou donuceni okolnostmi, zejména radikální změnou svého zdravotního stavu při současné nepřipravenosti přirozeného prostředí kompenzovat funkční ztráty a zajistit péči"* (Matoušek, 2005, s. 178). Kelett dodává, že samotné umístění rodiče či prarodiče do zařízení je v mnoha směrech velmi stresující jak pro samotného seniora, tak pro rodinu, která o něj pečovala. *"Řada z nich pociťuje úlevu po fyzickém i psychickém vyčerpání domácí péči, současně však i pocity viny, selhání, že nedostáli své povinnosti postarat se o rodiče"* (Kelett in Jeřábek, 2005, s. 66). Pro seniory je již těžké dělat důležitá životní rozhodnutí a v jejich věku jsou stavěni před otázku, kde budou "na stará kolena" bydlet, pokud již nebudou schopni se o sebe sami postarat se vším všudy. Proto přemýšlí o tom, kde by chtěli strávit své stáří, avšak jejich jediným přáním je, aby mohli co nejdéle zůstat ve svém bytě či domě. Ovšem v některých případech se do domovů pro seniory "stěhují" ti, kteří jsou ještě schopni se o sebe ve větší míře postarat sami, ale byt či dům, ve kterém prožili celý svůj život, jim samostatný život se vším všudy již neumožňuje a toto místo se může stát pro seniora velkým nepřítelem. Existují zde reálné překážky, mezi které patří například: úzké zárubně dveří, kterými nemůže projet invalidní vozík, je k dispozici pouze malá

koupelna, v domě nemusí být výtah, pokud senior bydlí ve vyšším patře nebo v místě bydliště není dobrá dostupnost k lékaři. Může se také stát, že mladší generace, tedy děti, nechtějí žít s rodiči dohromady nebo senior o svůj byt či dům ne vlastní vinou přijde a nemá kam jít (Glosová, 2006, s. 78). Haškovcová uvádí, že v dnešní době je typický pracovní shon, tedy přílišná zaměstnanost, která neumožňuje dostatečné zabezpečení nesoběstačného seniora v domácím prostředí. V některých případech se hovoří o nezájmu rodiny pečovat o rodiče či prarodiče. A bohužel, senior je brán jako narušitel volného času, aktivit, sportu a péče o něj je většinou psychicky a fyzicky náročná, což většina mladých odmítá a raději seniora přestěhují tam, kde se o něho "dobře postarají". Senior je pak vděčný, když ho alespoň dvakrát za měsíc přijedou navštívit děti či vnoučata, avšak vždy jen na chvíli, protože "musí zase pracovat" (Haškovcová, 1990, s. 285).

3.2 Adaptace na prostředí domova pro seniory

Celý proces adaptace na nové zařízení je velmi důležitý a je potřeba se mu maximálně věnovat. Nelehký úkol většinou leží na ramenech všech pracovníků instituce, avšak zásadní roli zde hraje sociální pracovník, který vše koordinuje. Při umístění nového klienta do domova je žádoucí, aby mu byl přidělen klíčový pracovník, který bude s daným seniorem individuálně pracovat, bude mu vždy nápomocný, může se mu svěřit a bude se mu na začátku dostatečně věnovat a pečlivě sledovat jeho úspěšné zvládnutí adaptačního procesu (Janečková in Matoušek a kol., 2005, s.181). Vágnerová ve své knize uvádí nejvýznamnějšími problémy, které v situaci, kdy dochází k přesunutí klienta do instituce, mohou nastat: ztráta osobního zázemí, která je spojena s odchodem ze svého známého „teritoria“, s kterým je úzce spjata i identita daného seniora. Každý člověk, nejenom senior, má potřebu někam patřit nebo být spojen s konkrétním místem. V momentě přesunu seniora do cizího a pro něj neznámého prostředí je tato potřeba silně deprimována, neboť v jeho očích dochází k přetrhání vazeb na známá místa, která jsou často spojena se vzpomínkami nebo známými lidmi, sousedy apod, o které má pocit, že přichází jednou pro vždy. Dále je to ztráta autonomie a soběstačnosti, jenž je prožívána jako důsledek postupujícího úpadku vlastní osobnosti. Stejně důležitá, jako potřeba vlastního známého místa je i potřeba seberealizace, která je potlačena faktem, že senior je s postupujícím věkem stále více závislý na pomoci, péči a rozhodnutí druhých lidí. A posledním problémem je to, že tento přechod je brán jako signál blížící se smrti, neboť většina seniorů odchod do zařízení vnímá jako svou poslední fázi, proto je taková změna často vnímána jako stresující (2007, s. 419).

Samotná adaptace na nový život má své fáze. Nezanedbatelným faktorem však zůstává míra dobrovolnosti s přesunem do zařízení. Tyto fáze přehledně shrnula Vágnerová. Adaptace na

nedobrovolné umístění do zařízení se ze začátku velmi podobá dětské separační úzkosti, což znamená, že starší člověk se zdravotními problémy a různými omezeními, nemusí být ztotožněn s názorem svého okolí, že by nebyl schopen se o sebe postarat sám. První fáze je fází odporu, kdy senior je agresivní a negativistický vůči tzv. náhradnímu viníkovi, což obvykle představuje personál nebo i ostatní obyvatelé domova, protože opravdový viník, tedy ve většině případů rodina, není k dispozici. Takové chování je nutno chápat jako obrannou reakci na tuto pro něj velice frustrující situaci, která je, podle něj, nespravedlivá.

Druhou fází pak je zoufalství a apatie, která typicky následuje po předchozí fázi, tedy v momentě, kdy klient zjistí, že rozčilování a negativní myšlenky jsou k ničemu, a proto reaguje jistým vyčerpáním, útlumem a apatií. Přestává se zabírat svým životem, na vše rezignuje, nic ho nezajímá a bohužel, někteří v této nešťastné fázi stráví zbytek svého života a smrt je pro ně vysvobozením. Sebevražedné chování v této fázi není výjimkou. Třetí fází je vytvoření nové pozitivní vazby. Do této fáze se senior dostane ve chvíli, kdy se mu podařilo navázat pozitivní vztah buď s někým z personálu nebo jiným obyvatelem domova a tento nový vztah mu pomáhá překonávat tuto novou situaci, navzájem se mohou podporovat, svěřovat se. Přijatelný stupeň adaptace umocňuje i nově nabyté pohodlí a postupné pochopení režimu v domově, který jasně udává strukturu každého dne. Adaptace na dobrovolný odchod do domova seniorů je méně problematická, ale i za těchto okolností může přinášet celou řadu problémů. Adaptace na nový život má opět dvě fáze: První fází jsou časté pocity nejistoty a vytváření nového stereotypu. Senior se v zařízení „rozkoukává“, snaží se zorientovat a seznamuje se s jeho chodem. V průběhu této fáze může být klient přecitlivělý a častěji vzpomíná na svou minulost a v podstatě srovnává, co je nyní lepší a co horší. Některé jeho obtíže se v této situaci v souvislosti s náhlými změnami mohou prohloubit. Proto je velice důležité, aby první dojmy a zážitky z nového prostředí nebyly negativně zabarvené, ale naopak čím příjemnější budou, tím vznikne pozitivnější obraz o novém zařízení. Druhou a finální fází je samotná adaptace a přijetí nového životního stylu. Senior se postupem času smíří s nenávratnou změnou, jako může být opuštění jeho bytu nebo domu, který je již prodáný, a postupně se přizpůsobuje na nový život v domově, ve kterém si vytvoří své stereotypy, které bývají co nejpodobnější těm, které si vytvořil ve svém původním domově. Utváří si nové sociální kontakty s ostatními obyvateli domova nebo například se svým spolubydlícím. Na druhé straně je však nutno podotknout, že domov pro seniory nebude již nikdy považovat za svůj domov a nikdy se s ním zcela neztotožní (2007,s. 419 - 424).

S příchodem nového klienta spolu s přiřazením klíčového pracovníka vzniká také individuální plán (dále jen IP) pro daného seniora, který je určitým návodem pro zainteresované osoby, s nimiž tento přichází do každodenního kontaktu (zdravotní a sociální pracovníci a především klíčový pracovník). Pro tyto je pak podrobným vodítkem, jak klientovi nejefektivněji a nejlépe usnadnit toto náročné období, ale i celkový pobyt v domově. Je žádoucí, aby byl klient dobře seznámen s novým prostředím, ve kterém bude žít a měl o něm maximum informací. Dále je žádoucí, aby bylo podporováno navázání nových sociálních vazeb v domově, přizpůsobení si vymezeného prostoru k obrazu svému a aby se mohl účastnit na aktivitách, které jsou pro něj smysluplné. Toto mohou velmi usnadnit zejména rodinní příslušníci, přátelé, sousedé z původního místa bydliště, kteří budou seniorovi průběžně dodávat dostatek informací a novinek, přinášet známé předměty, vzpomínky, a takto maximálně propojit to, co již bylo, se současným životem v domově společně s nabídkou služeb a aktivit. (Janečková in Matoušek, 2005, s.182). Jak uvádí Hauke: *"Individuální plánování je proces, ve kterém uživatel a poskytovatel hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat - budou tedy hledat cíl společné práce a tento cíl je popis toho, jak bude vypadat změna nepříznivé situace, v níž se uživatel nachází."* a dále dodává, že díky konkrétním postupům je cesta k určenému cíli přesně naplánována (2011, s.16). IP primárně vychází ze zdravotního a duševního hodnocení stavu každého klienta, kde se posuzuje jeho míra soběstačnosti a potřeb, které "ještě zvládne sám" a které jsou již nad jeho síly. Tento určuje nejdůležitější krizové oblasti klienta a stanoví takový postup, aby přispíval ke zlepšení aktuálního stavu (například vhodnější strava, rehabilitační program apod.) nebo alespoň k udržení dosavadní úrovně kvality jeho života. Tento plán také stanovuje časový horizont a dílčí úkoly pro jednotlivé pracovníky a díky tomuto je možné hodnotit pokroky či změny v potřebách klienta a pokud daný cíl byl již splněn, stanovit nový (Janečková in Matoušek, 2005, s.182). Zdroji pro zjištění a stanovení IP "na míru" jsou : informace od samotného klienta, rodiny, zdravotnického personálu, klíčového pracovníka, sociální pracovnice, popřípadě od dobrovolníka a záznamy o průběhu služby u klienta (např. výkazy péče, záznamy rozhovorů aj.), případně pozorování klienta při aktivitách (Standard kvality č. 5, Domov seniorů POHODA). IP je tedy soubor jednotlivých sociálních plánů, který obsahuje předběžný cíl, jenž je stanoven při uzavírání smlouvy. Tento vyplývá ze zjištěných potřeb klienta a jeho schopností je sám zvládnout. Tyto důležité informace jsou zaznamenány ve formuláři " Profil zájemce" a spolu s formulářem "Sociální šetření" (tento dokument obsahuje charakteristiku klienta, zjišťuje jeho zájmy, očekávání, oblíbené činnosti a je vyplněn spolu se sociálním pracovníkem před samotným nástupem) dohromady tvoří individuální plán, jenž je pečlivě vypracovaný v písemné podobě. (Standard kvality č. 5,

Domov seniorů POHODA). Tento konkrétní plán je mimořádně důležitým ve smyslu poskytnout službu tak, aby v nejvyšší možné míře rozvíjela zájmy, zdraví klienta, podporovala maximální míru jeho soběstačnosti a nezávislosti. Průběh služby by měl být uzpůsoben individuálním a specifickým potřebám a požadavkům a jeho vlastním cílům. Proto musí být celý IP zcela konkrétně a jasně formulován, musí se citlivě přizpůsobovat potřebám klienta a jeho formulace musí být nejen splnitelná, ale také kontrolovatelná v rámci jeho zpětného hodnocení a kontroly plnění nebo neplnění. Je důležité, aby se sledovala nejenom kvalita samotné poskytované služby, plnění určených cílů a celého plánu, ale především aby byla respektována klientova práva. Významnou roli zde sehrává klíčový pracovník, jenž je v celém průběhu nepostradatelný (Čámský, 2011, s. 38).

Celé individuální plánování je především o způsobu, jak s dotyčným uživatelem (především) klíčový pracovník vede rozhovor, o respektu k individualitě člověka, o naslouchání a projevení zájmu nad jeho těžkostmi. Ovšem i rozhovor má svá pravidla a postupy, které je třeba dodržovat, aby bylo docíleno kýženého výsledku, protože bez pravidel a správné strukturovanosti jde pouze o přátelské povídání bez cíle, bez efektu (Hauke, 2011, s. 15). Při přijetí klienta je podstatné, aby mu byl celý plán předem srozumitelně vysvětlen takovým způsobem, aby jej zbytečně nezatížil nesrozumitelnou terminologií, formalismy apod. (Čámský, 2011, s. 38). Přesto jsou jisté faktory, které v jistém ohledu mohou znemožňovat řádné plnění IP. Jsou jimi: čas, personál, finance, popřípadě přílišné administrativní zatížení a množství uživatelů na jednoho klíčového pracovníka. Dále autor dodává význam a potřebu IP z pohledu uživatele: uživatel je rovnocenný partner, zná svá práva a povinnosti, má právo se svobodně rozhodnout, zda vybraná služba mu pomáhá naplňovat jeho představy o potřebné pomoci, pro uživatele představuje naplnění potřeby bezpečí, jelikož ví, jak a na čem se obě strany domluvily, ví kdy a co má probíhat, v podstatě zná svůj každodenní program a jelikož je spoluvůrcem určitého IP, je tedy i zčásti zodpovědný za jeho průběh a plnění cílů, které byly na začátku dohodnuty a stanoveny, a tím není jen pasivním příjemcem služby a stejně tak je zodpovědný za své rozhodování (Hauke, 2011, s. 18).

3.3 Vliv víry na adaptaci

Pokud jde o duchovní potřeby a pohodu v domově pro seniory, pak v postatě každého člověka lze považovat za "věřícího", jelikož může věřit v něco jiného. Například někdo věří ve své rodiče, jiný vidí svou víru ve vládě, avšak mnoho lidí věří ve spravedlnost, Boha, vyšší energii apod. Senior věří, že ho jeho rodina "na stáří" neodloží a bude s ním až do konce (Tota, 2016, s. 95). Víra, která získává "v praxi" specifickou podobu v rámci náboženské příslušnosti,

ukotvuje systém hodnot a pevnost jistého daného řádu. Starším lidem poskytuje rady, jak zvládnout danou nepříjemnou situaci, je jim oporou, mentálním útočištěm a mystickou oblastí, která jim vysvětluje význam jejich životních zkušeností. Je schopna pomoci pochopit stabilitu vlastních postojů k prožívanému stáří a s ním spojených obtíží (Vágnerová, 2007, s. 428). Vávrová dodává, že " *74letému muži pomáhá víra, protože ví, že je v Božích rukou a nemusí se děsit ani toho nejhoršího, neboť má pro svůj život naději pro věčnost*" (in Vágnerová, 2007, s. 428). Víra tak udržuje naději, že není podstatné, v co nebo v koho dotyčný věří, ale že mu dodává jistou oporu v náročných momentech jeho života. (Tota, 2016, s. 95). Jak dále uvádí Stríženec a Holm, pro seniory je potřebná nejenom jejich víra (duchovní hodnoty), které jsou neměnné a přesahují umožněné lidské chápání, ale také církevní společenství, ke kterému patří. Tato svým členům nabízí více než formu jisté duchovní opory. Jedná se například o bohoslužby, biblické hodiny aj. aktivity, poskytují staršímu člověku smysluplnou náplň jeho života, církevní společenství je důležitým komponentem sociální identity, poskytující určitou sociální roli, která se nesnaží prožívající závěrečnou kapitolu života žádnými způsoby znehodnotit, spirituální sounáležitost s dalšími členy má jiný význam než běžný kontakt, neboť tento je více výsadnější a bližší, jelikož "bratři a sestry" spolu sdílí jisté zkušenosti a pocity (in Vágnerová, 2007, s. 428). A jak na závěr podotýká Fowler, jde o víru univerzální. Osobní modlitba či účast na bohoslužbě přispívá k celkové uvolněnosti a pocitu úlevy, jelikož pro seniora je jistota Boží opory, v různých zátěžových situacích, v momentech bezmocnosti, osamělosti, závislosti aj., velkou posilou a vědomím toho, že jeho strasti jsou určitým Božím záměrem, vůlí nebo úkolem, které mohou mít vyšší smysl, mimo jeho chápání. Zároveň přináší pocit bezpečí, přinejmenším duchovního charakteru. Erikson dodává své přesvědčení o naději, že smrtí ztratí člověk pouze jednu část své existence, ale jeho duše bude existovat dál (Křivohlavý a Kaczmarczyk, Holm in Vágnerová, 2007, s. 429). Je však ale nutno uvést, že i ona důležitá a potřebná náboženská orientace, s sebou může přinést negativní jevy. Geront může ztrpčovat život svému okolí ustrašeným fundamentalistickým moralizováním (motivovaným případně nevědomou závistí ohledně toho, co si sám v životě nedovolil") a tímto jednáním vyvolat negativní postoje k jeho osobě od ostatních. Pokud je dotyčný špatně "pastýřsky" veden, může u něj vzniknout úzkost či deprese a bezdůvodně se může okrádat o své životní radosti, které mu dny přinášejí nebo si dokonce vyčítá i pro něj tak potřebné "nicnedělání", na které má po tolika letech právo (Říčan, 2006, s. 358).

Senior, umístěný v pobytovém zařízení, si často klade otázky ohledně svého života a ze všeho nejvíce potřebuje tichého empatického pracovníka, snažícího se mu aktivně naslouchat a

správnými poznámkami ho směřovat k jeho odpovědím na položené otázky, na které dosud sám nenalezl odpověď a které nyní v sobě samém objevil. Dotyčný jedinec, který byl po celý svůj život ateistou, může na základě nových skutečností a situací, které zažívá, dospět k přehodnocení svých dosavadních názorů ohledně náboženství, začne hlouběji přemýšlet o významu a smyslu svého bytí, a proto potřebuje na své nové cestě "za poznáním" spolehlivého průvodce, který mu včas pomůže všemu, co se v jeho životě odehrálo, porozumět, z důvodu klidného opuštění tohoto světa (Malíková, 2011, s. 269). Přesto personál v institucionální péči není schopen nahradit roli duchovního, nicméně vhodným způsobem se senior personálu může svěřit "jen" se svými problémy, starostmi, chybami. Naplnění duchovních potřeb se neodvíjí jen od víry v Boha - patří sem například i pocit důvěry (Mlýnková, s. 50). Klient v zařízení nemusí být vždy schopen popsat nebo hovořit o svých problémech či nedostatku duchovních potřeb, ve většině případů si ani nemusí být vědom, co je příčinou jeho obtíží, které jsou projevem jistého druhu nespokojenosti spojené s nenaplněním v této oblasti. Proto je tento "úkol" na kvalitách, zkušenostech či míře emoční inteligence personálu, aby rozpoznal, o jaký problém se jedná a jak ho napravit. Pro posouzení duchovních potřeb je možné využívat strukturované otázky, na které není možné odpovědět pouze ano/ ne, ale klient si je sám musí rozvést tak, aby personál získal potřebné informace. Na druhé straně je však nesmírně důležité, aby si pracovník sám v sobě ujasnil některé postoje a svou oblast spirituality. Toto je nezbytnou a nepostradatelnou podmínkou pro správnou pomoc druhým, protože ti, kteří se o tuto sféru lidského života nechtějí zajímat ve svém vlastním nitru, nedokáží pak být prospěšní a nápomocní lidem, kteří hledají odpovědi na své otázky. Proto tedy, pokud pracovník v sobě samém vyřešil otázku své spirituality, je nutná empatická podpora klienta a aktivní naslouchání. Pro podporu duchovních potřeb klienta není nutné, aby dotyčný pracovník byl sám věřící, ale o této oblasti by měl mít odpovídající stupeň teoretických znalostí, které předává klientům. Správný postoj pracovníka je totiž podstatou správné a hlavně efektivní pomoci při naplňování duchovních potřeb klienta. V momentě rozpoznání deficitu, může aktivně empaticky naslouchat, vhodně užívat poznámky, například empatické otázky či parafrázování, povzbuzovat klienta apod. A pro tyto účely pomoci může pracovník využít řadu možností, které by měly být v zařízení k dispozici. Jedná se o: poslech duchovní hudby, literatura a časopisy s náboženskou a duchovní tematikou spojené s jejich předčítáním (dobrovolnictví), umístění předmětů s náboženskou tematikou do pokojů, například obrazy, kříže, sošky apod., návštěvy duchovního u klienta, účast klientů na bohoslužbě v kapli či v místnosti určené pro tyto obřady, možnost sledování televizních pořadů (televizní kanál Noe, Rozhlasová stanice Proglas aj.), kontakt s psychologem (rodinné konstelace, psychoterapeutické metody aj.), a jinými

odbornými terapeuty, například ergoterapeut, arteterapeut, aromaterapeut a další, empatický přístup ošetřujících a rozhovory s nimi. Senior, který má naplněnou a správně vyřešenou spiritualitu ve svém nitru našel klid, harmonii, vyrovnanost, dokáže porozumět událostem, které se v jeho životě staly. Důležitým prvkem k naplnění těchto vyšších potřeb je i fakt, že značný vliv na klienty mají církve. V České republice k 26.7.2016 existuje 21 registrovaných církví a náboženských společností. Díky jejich širokému spektru je proto zapotřebí při nástupu klienta do zařízení zjistit jeho náboženskou preferenci, tedy jaké je jeho vyznání v návaznosti na tu konkrétní církev a jaká je dostupnost jejich služeb (Malíková, s.269-274).

3.4 Úloha rodiny

Rodina je malou, avšak velmi specifickou a základní sociální skupinou. Nejčastěji je spojena svazkem manželským, do kterého se narodí děti, tedy nová generace. Na základě vzájemného citového pouta a určitých rolí, se utváří pevné rodinné vztahy. Každá rodina plní určité funkce, závislé na změnách společenského systému, ale zároveň interní vztahy v rodině samé. Tyto funkce jsou: reprodukční, ekonomická, socializačně- výchovná a emocionální. Vícegenerační soužití je však možné v případě, pokud v rodinném prostředí panuje láska, trpělivost, tolerance a porozumění a hlavně dostatek prostoru. V naší společnosti je bohužel běžné, že mladé rodiny žijí odděleně od svých rodičů, avšak udržují s nimi velice vřelý a přátelský kontakt. Toto oddělení je způsobeno hlavně standardní velikostí bytů, kde by se všechny generace tísnily (Mlýnková, 2011, s.34-36). Oddělené soužití neohrožuje kvalitu a pevnost rodinných vazeb. Odborníci v této souvislosti hovoří o tzv. intimitě na dálku, kdy vzájemné návštěvy jsou časté a především velmi srdečné a stále přetrvává soudržné pouto mezi prarodiči, dětmi i vnoučaty (Haškovcová, 2010, s. 78). KUCHAROVÁ ve svém výzkumu uvádí, že starší lidé mají důvěru ve své děti s tím, že se o ně ve stáří postarají a ochotně jim pomohou, na druhé straně si o tuto pomoc nechtějí říci a raději volí nezávislost na dětech a začínají si uvědomovat, že pokud by něco potřebovali, mohou se obrátit nejen na svoji rodinu. Je to dáno tím, že starší člověk nechce být svým dětem na obtíž, již nerozumí jejich stylu žití, nesouhlasí s výchovou vnoučat apod. (Kuchařová a kol, 2002, s. 54). Rodina má v péči o seniora nezastupitelné místo, protože plní dvě zásadní funkce, a to: je zdrojem informací o seniorovi, které jsou důležité pro zdravotníky a pracovníky v sociálních službách, poskytující konkrétní služby, jelikož senior sám není schopen vždy dostatečně posoudit svou soběstačnost či personálu říci veškeré podstatné informace o jeho stavu a například se svěří pouze rodinným příslušníkům a aktivní spoluúčast rodiny na péči o seniora, kdy rodina, která má ve své péči seniora, mu zároveň poskytuje maximální míru emoční podpory, kterou nepochybně potřebuje a díky které snáze přijímá

pomoc od svých blízkých než od cizích lidí, a proto se snižuje pocit závislosti na pomoci odborníků, tedy cizích osob. Do této funkce též patří i úprava domácího prostředí, ve kterém se senior nachází (například zrušení prahů mezi místnostmi, madla v koupelně či na toaletě, speciální pomůcky aj.) Celkově se tedy jak rodina, tak odborníci snaží o vytvoření sociálně podpůrného prostředí, ve kterém by senior měl žít bez toho, aniž by si myslel, že je svým blízkým na obtíž, ale naopak jde především o vzájemnou citovou pohodu, vědomí a bezpečí seniora (Mlýnková, 42-43). Proto by všichni senioři upřednostňovali harmonické a fungující vztahy v rodinách (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 55). Jakákoliv péče o nesoběstačného seniora je pro rodinu poměrně velkým zásahem, jenž chod rodiny zcela obrátí, je velice náročná a vyčerpávající. Proto v takovém případě je nutno zdůraznit nemalý význam odborného sociálního poradenství, které je k dispozici jak samotným seniorům, tak i rodinným příslušníkům, které o ně pečují. (Habrcetlová in Holmerová, s. 190). Jak uvádí Hrozenková, ne každá rodina si může ze svých financí dovolit ošetřovatelku, a také se často stává, že dospělé pracující dítě musí odejít z práce, aby se mohlo starat o staré rodiče. Tuto funkci v drtivé většině zajišťují ženy-dcery, které jsou zároveň nejvíce vystaveny psychické i fyzické zátěží při péči o nesoběstačného seniora, vlastní rodinu a domácnost (Hrozenková, 2008, s. 30).

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření v této bakalářské práci je zaměřeno na klienty v seniorském věku v domově pro seniory POHODA, kde byly zkoumány faktory ovlivňující samotný proces adaptace na život v novém zařízení.

4.1 Domov pro seniory POHODA Chválkovice p.o.

Domov POHODA je určen seniorům a osobám se zdravotním postižením, kteří mají sníženou soběstačnost, především z důvodů věku, jenž potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby a tato péče nemůže být zabezpečena členy rodiny ani pečovatelskou službou či jinými sociálními službami. Věkovými skupinami jsou 50-64 tedy dospělí, 65-79, kteří tvoří mladší seniory a starší senioři jsou ti, kteří dosáhli 80 a více let. Toto zařízení pracuje v souladu s 5 zásadami pro poskytování služby, kterými jsou: rovnost bez diskriminace, záruka kvality chránící klienty, partnerství - pracovat společně, kooperovat, respektování individuálních potřeb, dle možností v co největší maximální možné míře udržet nezávislost samotného klienta, začlenit ho, podporovat ho. Domov pro seniory je rozdělen na třináct oddělení ve čtyřech budovách: budova A - oddělení A1, A2, A3, A4, A5, budova B - B1, B2, B3, budova C - C1, C2, C3, C4 a budova E, kde je umístěné Chráněné bydlení, s jedním oddělením E3. Dvanáct oddělení je ošetrovatelského typu, která jsou určena pro klienty s vyšší potřebnou zdravotní péčí. Součástí zdravotní péče je ordinace obvodní lékařky, neuroložky, psychiatra a dermatologa. K podpoře rozvíjení mobility pomáhají také fyzioterapeutky a pracovníce v sociálních službách. Je zde také k dispozici kadeřnice a pedikérka. V Domově pro seniory jsou většinou jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje. Šest pokojů je třílůžkových. Jsou vybaveny účelným nábytkem, skříně i stoly je možné zamykat. Každý klient si může pokoj doplnit svými obrazy a dalšími osobními předměty (hodiny, dekorace, rádio, fotografie, obrazy aj.). Klienti jsou ubytováni v pokojích, kdy vždy dva pokoje mají společné sociální zařízení (koupna s toaletou) a kuchýňku, kde mají k dispozici ledničku. Domov nabízí komplexní pečovatelské a ošetrovatelské služby, jako je podávání léků, ošetřování, rehabilitace, aktivizace, příprava a podávání celodenní stravy, ubytovací služby, praní prádla, pomoc s osobními úkony, pořádání kulturních a společenských akcí, vyplnění volného času, procházky, doprovody na lékařská vyšetření a další.

4.2 Cíle

Cílem výzkumného šetření je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, která zní:

Jaké konkrétní faktory ovlivňují adaptační proces vybraných klientů na pobyt v domově pro seniory POHODA?

K tomuto účelu byly formulovány také dílčí výzkumné otázky:

1. Má dostatečné množství informací nebo naopak jejich nedostatek subjektivně významný vliv na vlastní adaptační proces klienta na pobyt v zařízení POHODA?
2. Jaké jsou nejčastější okolnosti, které mají vliv na rozhodnutí o přesunu klienta do zařízení POHODA?
3. Existuje významná souvislost mezi péčí personálu (především zdravotního a sociálního úseku) a vlastním průběhem adaptačního procesu klienta na pobyt v zařízení POHODA?
4. Má významný vliv na průběh adaptačního procesu klienta na pobyt v zařízení POHODA účast na společných aktivitách?

Na základě analýzy sesbíraných dat pak dojde k zodpovězení otázek a formulování výzkumného závěru.

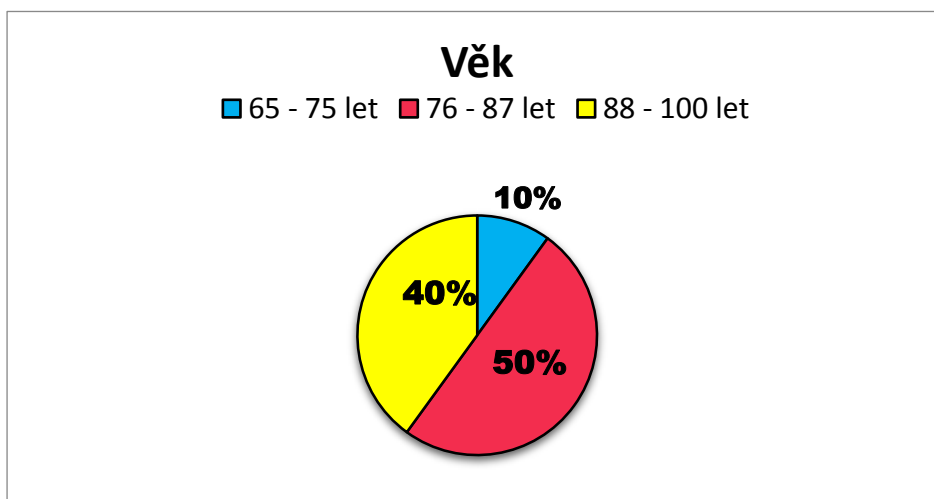
4.3 Metodologie, organizace, cílová skupina

Pro účely této bakalářské práce byla pro zodpovězení uvedených výzkumných otázek využita metoda kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření, který probíhal v domově pro seniory POHODA. Dotazníkového šetření se zúčastnili tamní klienti, kteří vyjádřili svůj souhlas s účastí. Pro získání a zřehlednění dat byla použita čárkovací metoda, výsledná data byla převedena do elektronické podoby v programu Microsoft Excell a následně graficky uspořádána do tabulek a grafů. Tabulky znázorňují jak četnost samotného jevu, značící se jako *ni*, tak absolutní četnost *fi* udávanou v procentech. (Chráška, 2007, s. 42-48). Chráška uvádí, že: *"Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně"* (Chráška, 2007, s. 163). Celkově dotazník obsahuje 28 otázek, které jsou rozděleny na dvě části. První část obsahovala otázky, týkající se samotné adaptace. 23 otázek bylo sestaveno v rámci vlastních snah odpovědět na cíle této práce, tudíž nevychází z žádného standardního oficiálního dotazníku. Tyto otázky jsou zpracovány do tabulky. Druhou část tvořily 4 otázky demografického charakteru (věk, pohlaví, místo, odkud senior do zařízení přišel a jak dlouho v domově již žije) a tyto byly zpracovány do výsečového grafu pro lepší

přehled. Otázky v dotazníku jsou uzavřené, polouzavřené (kdy respondenti měli možnost z více odpovědí, popřípadě uvedli vlastní), otevřené a škálovací (hodnocení kvality od 1- 5). Samotné šetření probíhalo v domově seniorů POHODA v průběhu měsíce března. Toto zařízení jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem v něm v období září- říjen 2016 uskutečnila svou školní povinnou praxi a již předem si domluvila možnost tento výzkum provést s panem Bc. Vrajem, vedoucím sociálního úseku. Výhodou této praxe byla možnost poznat konkrétní klienty, které jsem si následně vybrala pro svůj výzkum. Tito mě již nepovažovali za cizí a rádi mi poskytli potřebné informace o jejich adaptaci na život v zařízení. Mého dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 respondentů. Na závěr jsem vedla rozhovor se sociální pracovnící, paní Mgr. Zajacovou, která mi poskytla informace o obecné adaptaci klientů na domov pro seniory. Jelikož se jedná o seniory, dotazník a samotné otázky v něm uvedené, jim byly mnou vždy zjednodušeny, ústně předloženy a celkově jsem si vyplňování dotazníku řídila sama a zapisovala si odpovědi (popřípadě pomohla s vysvětlením konkrétní otázky), které mi respondenti ochotně uváděli. Získání výsledků tedy bylo napůl bráno jako dotazník a napůl řízený rozhovor. Celé šetření se neslo ve velmi přátelském duchu.

4.4 Výsledky výzkumu

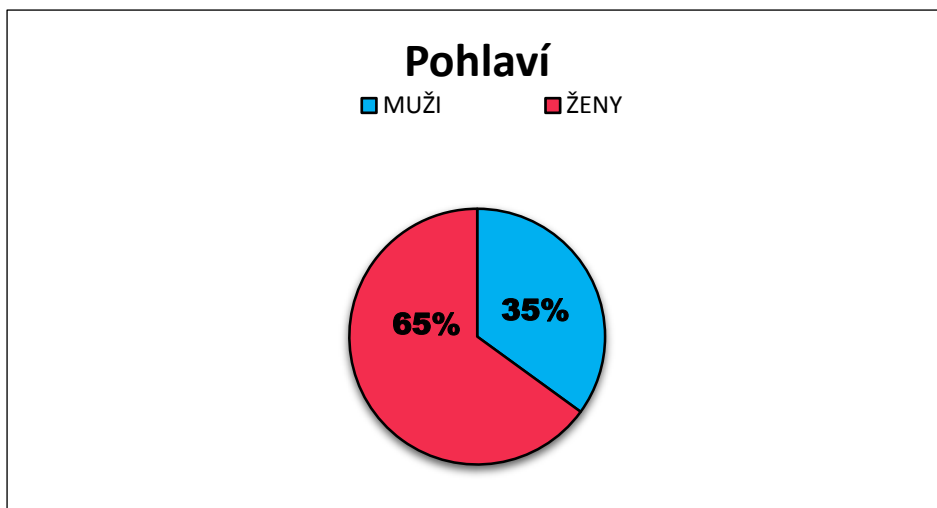
Výsledky jsou uvedeny v přehledných grafech a tabulkách.



Graf č. 1 Věkové kategorie

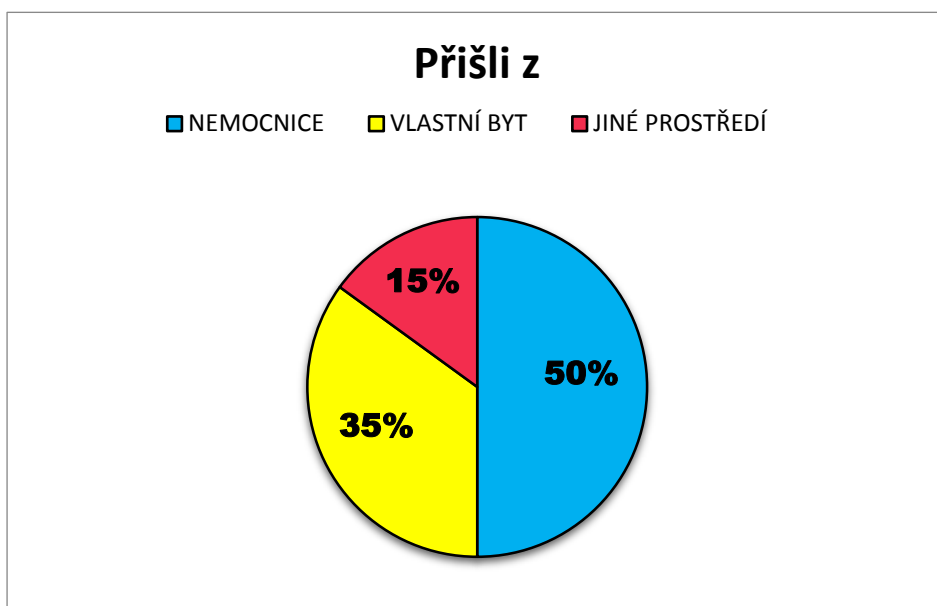
Jak je vidět na první pohled, největší zastoupení v rámci dotazníkového šetření měli z hlediska věku senioři ve věkové kategorii 76 – 87 let.

Z hlediska pohlaví pak vedly ženy, které tvořily většinu z dotázaných respondentů, tedy 65% dotázaných. Muži zbylých 35 % (Graf č.2).

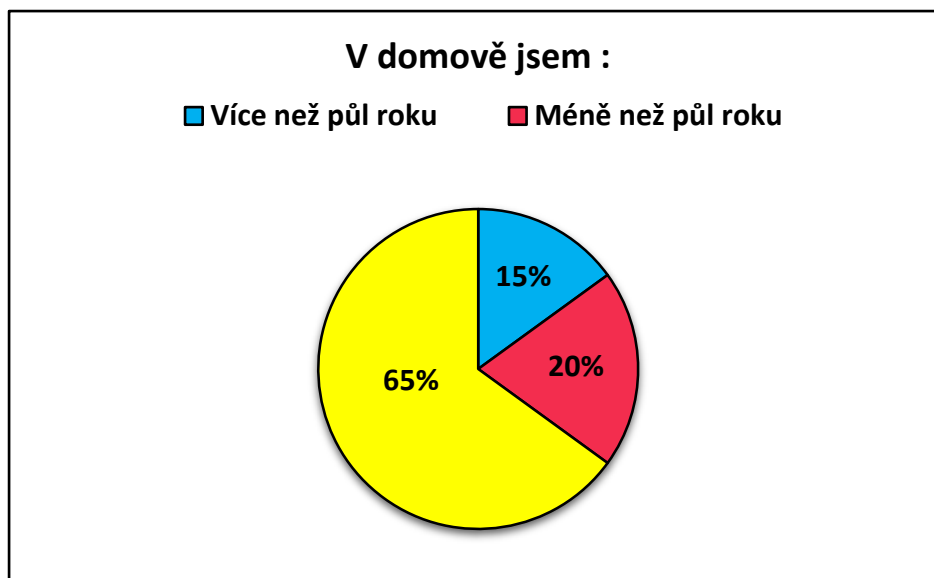


Graf č. 2 Rozdělení podle pohlaví

Další otázky ze základních demografických údajů pak tvořily otázky na místo, odkud klienti do zařízení POHODA přišli a jak dlouho v něm žijí. Odpovědi jsou zřehledněny v grafu číslo 3 a 4. nejvíce klientů přišlo z nemocnice (50% dotázaných) a nejdelší doba strávená v zařízení POHODA činí u dotázaných klientů více, než jeden rok (65%)



Graf č. 3 Odkud klienti přišli



Graf č. 4 Doba pobytu v zařízení

K zodpovězení dílčích cílů byly v dotazníku formulovány konkrétní otázky. K těmto otázkám pak byla sesbíraná data uspořádána do přehledných tabulek. K zodpovězení první dílčí otázky byly využity položky z dotazníku číslo 1, 2, 5, 6 a 7.

Otázka č. 1: Kdo Vás informoval o nabídce využití služeb domova?

	n_i	f_i v %
RODINA	11	55
ZNÁMÝ	5	25
LÉKAŘ	2	10
SOCIÁLNÍ PRACOVNICE	2	10

Tabulka č. 2 Informovanost

Otázka č. 2: Byly pro Vás informace, které jste se o zařízení dozvěděl/a dostačující?

	n_i	f_i v %
ANO	18	90
NE	2	10

Tabulka č. 3 Dostačující informace

Otázka č. 5 Měl/a jste šanci seznámit se s domovem před nástupem?

	n_i	f_i v %
ANO	11	55
NE	9	45

Tabulka č. 4 Seznámení se zařízením

Otázka č. 6 Pokud ano, myslíte si, že tato možnost usnadnila Vaši následnou adaptaci na zařízení?

	n_i	f_i v %
ANO	10	50
NE	1	5
NEUVEDENO	9	45

Tabulka č. 5 Adaptace na zařízení s možností návštěvy

Otázka č. 7 Pokud ne, domníváte se, že by Vám tato šance ulehčila Vaši adaptaci?

	n_i	f_i v %
ANO	8	40
NE	1	5
NEVÍM	1	5
NEUVEDENO	10	50

Tabulka č. 6 Adaptace na zařízení bez možnosti návštěvy

Výsledky uvedené v tabulkách je možno následně shrnout a odpovědět na první dílčí otázku. Většinu oslovených respondentů (55% dotázaných) informovala o možnosti pobytu v zařízení pro seniory jejich rodina. Znamá osoba pak na druhém místě v tabulce informovala 25 % respondentů. Téměř všichni senioři, kteří tyto informace obdrželi, se vyjádřili kladně, pokud měli hodnotit jejich dostatečnost (90 % respondentů). Před nástupem se s konkrétním zařízením mohlo blíže seznámit 55% respondentů a dalších 50% z těchto se vyjádřilo kladně ve smyslu usnadnění jejich vlastní adaptace na pobyt v daném zařízení díky jeho předchozí návštěvě, zbylých 5 % tento názor nezastává a 45% respondentů se nevyjádřilo. Ti, kteří této možnosti vůbec nevyužili se domnívají, že by jim jejich následnou adaptaci na pobyt v zařízení ulehčila (40% respondentů). Dostatečné množství informací tedy subjektivně má na budoucí klienty vliv a to v pozitivním slova smyslu, kdy tyto jim umožňují lepší a příjemnější adaptaci na pobyt v zařízení pro seniory. Z výsledků dále vyplynulo, že pouze 40 % respondentů se před nástupem do zařízení setkala s někým z domova, do kterého byli následně přijati k pobytu, a to většinou se sociální pracovníci (5 respondentů), s budoucím spolubydlícím nebo s jinou osobu, která v domově zastává vedoucí funkci.

K zodpovězení druhé dílčí otázky byly vybrány odpovědi na položky z dotazníku číslo 3, 4 a 10.

Otázka č. 3 Jaké důvody Vás přiměly k odchodu do domova?

	n_i	f_i v %
ZDRAVOTNÍ POTÍŽE	18	90
PŘÁNÍ RODINY	1	5
JINÉ	1	5

*Tabulka č. 7 : Důvody odchodu***Otázka č. 4 Pokud byl hlavní příčinou zdravotní stav, jak jej vnímáte v současné době?**

	n_i	f_i v %
POZITIVNĚ	9	45
NEGATIVNĚ	5	25
ZMĚNU NEPOCIŤUJI	4	20
NEUVEDLI	2	10

*Tabulka č. 8 : Zdravotní stav v současné době***Otázka č. 10 Kolik dní Vám trvalo, než jste se začal v domově cítit lépe?**

	n_i	f_i v %
DO 14 - TI DNŮ	6	30
DO 1 MĚSÍCE	3	15
VÍCE NEŽ MĚSÍC	11	55

Tabulka č. 9 : Doba zvykání si

Na základě uvedených výsledků je možné odpovědět na druhou dílčí otázku následujícím způsobem. Ve shodě s obecně přijímanou teorií se k nejčastějším důvodům pro odchod do zařízení pro seniory řadí zdravotní potíže (udávané u 90% respondentů). K jiným důvodům se pak řadily : osamělost či přání rodiny . V současnosti vnímají oslovení senioři svůj zdravotní stav lépe, než před odchodem do zařízení POHODA (45% respondentů). Nadpoloviční většině dotázaných respondentů pak trvalo více, než měsíc, aby se v daném zařízení začali cítit lépe, tedy toto zlepšení je možno přičíst průběhu adaptačního procesu. Tento čas je variabilní a je možno konstatovat, že opět ve shodě s obecně platnou teorií i individuální. Jak je vidno, 30% oslovených respondentů se cítilo lépe již do 14-ti dnů od svého přijetí do zařízení.

K formulaci odpovědi na třetí dílčí otázku byly vybrány položky z dotazníku číslo 12, 20 a 21.

Otázka č. 12 Kdo Vám byl v prvních pár dní nejvíce nápomocný ?

	n_i	f_i v %
RODINA	11	55
"SESTŘIČKA"	5	25
SOCIÁLNÍ PRACOVNICE	3	15
KLÍČOVÝ PRACOVNÍK	1	5

*Tabulka č. 10 Nejnápomocnější osoba***Otázka č. 20 Jak hodnotíte komunikaci mezi Vámi a sociální pracovníci?**

	n_i	f_i v %
VÝBORNÁ	12	60
CHVALITEBNÁ	5	25
DOBRÁ	2	10
DOSTAČUJÍCÍ	1	5

*Tabulka č. 11 Komunikace mezi soc. pracovníci***Otázka č. 21 Jak byste zhodnotil/a péči "sestřiček" o Vás?**

	n_i	f_i v %
VÝBORNÁ	13	65
CHVALITEBNÁ	6	30
NEDOSTAČUJÍCÍ	1	5

Tabulka č. 12 hodnocení péče sester

Z uvedeného můžeme vyvodit následné závěry. Celých 60% respondentů hodnotí komunikaci se sociální pracovníci na výbornou a péči personálu ze zdravotní sféry o svoji osobu hodnotí 65 % respondentů také jako výbornou. Přesto zůstává nezastupitelná funkce členů rodiny jako těch, kteří jsou v prvních dnech adaptace na pobyt klientovi nejvíce nápomocní, a to u 55 % oslovených respondentů. Dalších 25% respondentů vybralo jako nápomocnou osobu všeobecnou sestru, 15 % označilo sociální pracovníci. Mezi péčí personálu a pozitivním průběhem adaptace na pobyt v zařízení tedy existuje jistá souvislost, nicméně mnohem větší pozitivní vliv má stále rodina.

K odpovědi na čtvrtou dílčí otázku byly vybrány z dotazníku položky číslo 13, 14 a 22.

Otázka č. 13 Jak často se zúčastňuje programů, které pořádá domov (cvičení, paměťové aktivity, koncerty apod.) ?

	n_i	f_i v %
POKAŽDÉ	4	20
TÉMĚŘ POKAŽDÉ	6	30
JEN OBČAS	5	25
VÝJIMEČNĚ	2	10
VŮBEC	3	15

Tabulka č. 13 Účast na aktivitách

Otázka č. 14 Pokud se účastníte, myslíte si, že Vám společnost ostatních uživatelů a aktivity pomohly zvládnout adaptaci?

	n_i	f_i v %
ANO	13	65
NE	3	15
NEVÍM	1	5
NEUVEDENO	3	15

Tabulka č. 14 Aktivity

Z uvedeného je patrné, že v souhrnu se s různou četností účastní aktivit pořádaných domovem POHODA 85 % oslovených respondentů, z toho se 20% účastní pravidelně a 30 % respondentů téměř pokaždé. Současně je názorem 65% respondentů fakt, že jim účast na společných aktivitách pomohla s adaptací na pobyt v zařízení. Z odpovědí na otázku číslo 22 (Jaké máte rádi aktivity v domově?) vyplývá, že k nejoblíbenějším patří procházky (9 respondentů), dále pak koncerty (5 respondentů), paměťové aktivity, zpívání.

4.5 Výzkumný závěr

Na základě výše uvedených výsledků je možno konstatovat, že na hlavní výzkumnou otázku bylo odpovězeno, stejně tak na všechny dílčí otázky. Poznatky z teorie mají svou oporu v praxi, konkrétně v domově POHODA. Vliv rodiny je však stále naprosto nezastupitelný, což se také potvrdilo. Kromě již konstatovaného lze uvést další zjištění, která vyplynula z dotazníkového šetření. Kromě pozitivního vlivu rodiny na průběh adaptace seniora v pobytovém zařízení pro seniory se také ukázalo, že tento průběh též velmi pozitivně ovlivňuje možnost přestěhovat si do domova své oblíbené a známé předměty, a to u 80 % respondentů. Tento fakt by domovy měly vždy brát na zřetel a umožnit seniorům přesun svých oblíbených předmětů a upomínek do pokojů, které by tomuto měly být vhodně uzpůsobeny. Výše bylo krom jiného zmíněno, že 55% klientů trvalo déle, než měsíc, než se v domově začali cítit dobře. Pozoruhodné však je, že drtivá většina tento stav nijak neřeší, pouze 8 respondentů se rozhodlo vyhledat pomoc sociální pracovníce. Při bližší dotazování senioři uvedli, že jsou rádi, že se o ně někdo stará a nemají potřebu si jakkoli „stěžovat“, další uvedli, že v případě žádosti o pomoc již narazili na negativní zpětnou vazbu a tak raději rezignují s pocitem, že se stejně nic nezmění a někteří se vyjádřili v tom smyslu, že záleží na člověku, na kterého by se obrátili, že to jinými slovy u všech nejde a ne všichni by jim vyhověli a snažili se jim pomoci. K okolnostem, které působily největší obtíže v rámci zvykání si, pak patřily: samotný proces zvyknutí si (5 respondentů), dále vzájemné soužití se spolubydlícím, strava a režim domova. K dobrým zprávám patří zjištění, že u 75% respondentů nenarušil jejich přesun do domova pro seniory kontakt a komunikaci s jejich nejbližšími a s rodinou, z toho dokonce 40% respondentů uvedlo, že se vídají častěji, než dříve. Změna, jako je přesun do domova pro seniory, je životní změnou a taktéž je velmi potěšující zjištění, že 75% klientů tuto změnu vidí jako pozitivní, 10% respondentů ji vidělo jako negativní. Se svým spolubydlícím si rozumí 30 % respondentů, 15% si rozumí se zdravotním personálem, 45 % však uvedlo, že v domově nemají nikoho, s kým by si rozuměli. Přesto by však 60 % klientů na domově POHODA nic neměnilo.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřená na adaptaci seniorů na život v pobytovém zařízení. Byla rozdělena na 2 části, teoretickou a praktickou. V teoretické části bylo vysvětleno stárání a stárnutí jako takové, byly uvedeny všechny změny, které v tomto období nastávají, jak ho můžeme rozdělit, jak vnímají seniory mladší generace v současné době, názory společnosti na ně. Bylo popsána demografická stránka dnešního celosvětového fenoménu stárnutí všech populací, zejména evropských a byly nastíněny prognózy do budoucnosti. Byla zde vysvětlena také adaptace na toto období, tedy možnosti přípravy na seniorský věk. V další části byl rozebrán sociální systém se zaměřením na seniory, byly uvedeny možné dávky, kterých může senior využít. Dále byly rozebrány sociální služby pro seniory, standardy kvality a podrobněji samotné domovy pro seniory jak zařízení s vlastními standardy, pravidly a službami. Poslední část teoretického shrnutí problematiky se zaměřila na samotnou adaptaci na zařízení. Poukázala na možné příčiny umístění do domova seniorů, vliv víry na adaptaci a důležitou úlohu rodiny při adaptaci na zařízení. Praktická část se zaměřila na adaptaci seniorů v konkrétním domově pro seniory, a to domov pro seniory POHODA ve Chválkovicích, kde bylo analyzováno, jaké faktory ovlivňují adaptační proces u seniorů na tento konkrétní domov pro seniory. Tato analýza byla uskutečněna pomocí nestandardizovaného dotazníkového šetření s otázkami uzavřenými, polouzavřenými i zcela otevřenými. Klienti tedy měli možnost se vyjadřovat zcela otevřeně a výzkumné šetření probíhalo formou řízeného rozhovoru. Do výzkumného vzorku bylo zahrnuto na 20 klientů, přičemž nejvyšší počet klientů (50%) se pohyboval ve věkovém rozmezí 76-87 let, 65 % respondentů tvořili muži a 65 % klientů uvedlo, že v domově POHODA žijí již více, než 1 rok. Na základě výsledků výzkumného šetření pak došlo k odpovědi na hlavní výzkumnou otázku, i na dílčí výzkumné otázky. Hlavním faktorem, který podmiňuje odchod seniorů do domova je jejich zdravotní stav (90% respondentů). Z hlediska jejich informovanosti uvedlo celkem 55 % respondentů, že je o možnosti pobytu v domově pro seniory informovala vlastní rodina a většině (90% respondentů) se získané informace zdály dostačující, přesto se 55% respondentů začalo v domově cítit lépe, až po uplynutí doby delší, než 1 měsíc. Z daného můžeme usoudit, že dostatečné množství informací nemá zásadní vliv na pozitivní průběh adaptace seniora na pobyt v domově pro seniory. Naopak se potvrdila nezastupitelná funkce rodiny pro co nejsnadnější adaptaci, a to u 55 % respondentů, kteří označili členy rodiny za osoby, které jim byly v době adaptace nejvíce nápomocné, přesto byla péče personálu a sestřiček o klienty ohodnocena jako výborná u 65 a 60 % respondentů. Dále z šetření vyplynulo, že 50% klientů

se snaží pravidelně účastnit aktivit pořádaných v rámci domova a 65 % klientů je přesvědčených, že tyto aktivity jim usnadnily adaptaci na život v domově. Účast na společných aktivitách tedy má pozitivní vliv na adaptaci. Hlavní výzkumná otázka i otázky dílčí byly tímto zodpovězeny a cíl této bakalářské práce byl splněn. Na závěr této práce bych si dovolila zmínit jednu legendu, kterou si pamatuji z dob povinné školní docházky a která téma této bakalářské práce dokreslí. Dle jedné pověsti vyprosila Eós, řecká bohyně červánků, u všemocného boha Dia nesmrtelnost pro svého milého Títhóna, syna trojského krále. Zeus ji vyslyšel, avšak Eós zapomněla boha požádat také o věčné mládí, tedy o zastavení času. Vyvolený a milovaný Títhón tedy žil velmi dlouho, avšak věčně jako seschlý stařec. Eós po celá ta léta viděla jeho neštěstí a poznala, že nekonečný život není pro smrtelníka ani šťastným, ani možným. Proto je stáří část života a smrt je jeho spravedlivým a logickým ukončením. Poučení z této staré legendy je více, než zjevné. Nechoňme se za nesmrtelným a dlouhým životem a neopakujme chyby bohyně. Nebuďme smutní z toho, že naše dny jednou skončí, naopak, radujeme se z každého nového dne, který přichází a s každým takovým darem moudře zacházejme, a to nejlépe, jak říkali staří filozofové: Carpe diem!

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

- 1) BICKOVÁ, Lucie a kol. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
- 2) ČÁMSKÝ, Pavel, SEMBDNER, Jan a KRUTILOVÁ, Dagmar. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
- 3) ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 4) DUKOVÁ, Ivana, DUKA, Martin a KOHOUTOVÁ, Ivanka. Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.
- 5) DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 6) GLOSOVÁ, Dagmar a kol. Bydlení pro seniory. Brno: ERA, ©2006. 179 s. 21. století. ISBN 80-7366-057-1.
- 7) GREEN, Freddie. Malá kniha seniorských momentů. Praha: Dobrovský s.r.o., 2016. 160 nečíslovaných stran. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-374-9.
- 8) HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
- 9) HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 10) HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- 11) HAUKE, Marcela. Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
- 12) HOLMEROVÁ, Iva et al. Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 206 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
- 13) HROZENSKÁ, MARTINA. SOCIÁLNA PRÁCA SO STARŠÍMI ĽUĎMI: A JEJ TEORETICKO-PRAKTICKÉ VÝCHODISKÁ. OSVETA, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.
- 14) CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.
- 15) JERÁBEK, H., et al. Rodinná péče o staré lidi. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s.

- 16) JOHNOVÁ, Milena, ed. a ČERMÁKOVÁ, Kristýna, ed. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. 111 s. ISBN 80-86552-45-4.
- 17) KACZOR, Pavel. Sociální politika a sociální systém ČR. Vydání první. Praha: Oeconomica, nakladatelství VŠE, 2015. 269 stran. ISBN 978-80-245-2096-4.
- 18) KRÁLOVÁ, Jarmila a RÁŽOVÁ, Eva. Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany. Olomouc: ANAG, 2001. 286 s. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 80-7263-083-0.
- 19) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 141 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4.
- 20) KUCHAROVÁ, VĚRA, LADISLAV RABUŠIC A LUCIE EHRENBARGEROVÁ. ŽIVOT VE STÁŘÍ. Zpráva o výsledcích empirického šetření. PRAHA: VÚPSV, Socioklub, 2002. 89 S. VÝZKUMNÉ ZPRÁVY.
- 21) KUKALOVÁ, Gabriela a MORAVEC, Lukáš. Systém sociálního zabezpečení a zdravotní pojištění v ČR. Vydání druhé. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2015. 83 stran. ISBN 978-80-213-2573-9 .
- 22) LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. Vývojová psychologie. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
- 23) MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 24) MATOUŠEK, Oldřich, ed., KODYMOVÁ, Pavla, ed. a KOLÁČKOVÁ, Jana, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- 25) MLÝNKOVÁ, JANA. PÉČE O STARÉ OBČANY: UČEBNICE PRO OBOR SOCIÁLNÍ ČINNOST. 1. VYD. PRAHA: GRADA, 2011. 192 S. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 26) NEŠPOROVÁ, Olga, SVOBODOVÁ, Kamila a VIDOVIČOVÁ, Lucie. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008. 85, 8 s. ISBN 978-80-87007-96-9.
- 27) Oldest person ever. Guinness world records [online]. 2017 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.guinnessworldrecords.com/world-records/oldest-person>
- 28) ORT, Jiří. Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí). Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2004. 56 s., [5] l. obr. příl. ISBN 80-7044-636-6.

- 29) PICHAUD, Clément. Soužití se staršími lidmi: praktická informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- 30) PIKOLA, Pavel a ŘÍHA, Milan. Služby sociální péče v domovech pro seniory. Vyd. 1. Praha: Námořní akademie České republiky, 2010. 148 s. ISBN 978-80-87103-29-6
- 31) RABUŠIC, Ladislav a Lenka VOHRALÍKOVÁ. Čeští senioři včera, dnes a zítra. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2004. 90 s. Výzkumné zprávy.
- 32) RHEINWALDOVÁ, Eva. Novodobá péče o seniory. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 86 s. Psyché. ISBN 80-7169-828-8.
- 33) ŘÍČAN, Pavel. Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006, ©2004. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- 34) SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína. Sociologie stáří a seniorů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 225 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3850-5.
- 35) STADLEROVÁ, Hana a kol. Senioři: Creative help - tvůrčí dílny se seniory. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 119 s. ISBN 978-80-210-6614-4 .
- 36) Standardy kvality sociálních služeb: příručka pro uživatele [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v rámci projektu „Vzdělávání v zavádění standardů kvality sociálních služeb“ koordinované společností EuroProfis, 2008 [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf
- 37) ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka et al. Přehled vývojové psychologie. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 189 s. Studijní texty. ISBN 978-80-244-2433-0.
- 38) TOTA, MIROSLAV. SENIOR, ANEB, JEŠTĚ MĚ TU MÁTE. PRVNÍ VYDÁNÍ. TÝN NAD VLTAVOU: NOVÁ FORMA S.R.O., [2016], ©2016. 105 STRAN. ISBN 978-80-7453-666-3.
- 39) VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- 40) VÁŽANSKÝ, Mojmir. Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci. Brno: MSD, 2010. 200, [14] s. ISBN 978-80-7392-130-9.
- 41) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů
- 42) Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění ve znění pozdějších předpisů
- 43) Vyhláška č. 505/ 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věkové kategorie

Graf č. 2 Rozdělení podle pohlaví

Graf č. 3 Odkud klienti přišli

Graf č. 4 Doba pobytu v zařízení

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Počty úkonů a výše příspěvků

Tabulka č. 2 Informovanost

Tabulka č. 3 Dostačující informace

Tabulka č. 4 Seznámení se zařízením

Tabulka č. 5 Adaptace na zařízení s možností návštěvy

Tabulka č. 6 Adaptace na zařízení bez možnosti návštěvy

Tabulka č. 7 Důvody odchodu

Tabulka č. 8 Zdravotní stav v současné době

Tabulka č. 9 Doba zvykání si

Tabulka č. 10 Nejnápomocnější osoba

Tabulka č. 11 Komunikace mezi soc. pracovníci

Tabulka č. 12 hodnocení péče sester

Tabulka č. 13 Účast na aktivitách

Tabulka č. 14 Aktivity

SEZNAM PŘÍLOH

1 Příloha - Nestandardizovaný dotazník pro strukturovaný rozhovor

Nestandardizovaný dotazník pro strukturovaný rozhovor

Vážený uživateli, uživatelko,

jmenuji se Petra Zouharová a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty. Ráda bych ve Vašem domově provedla výzkum týkající se Vaší adaptace na pobyt v tomto zařízení, a proto bych si dovolila Vás požádat o jeho co nejupřímnější a nejpravdivější vyplnění. Dotazník je anonymní, tudíž se nemusíte ničeho bát. Výsledky tohoto výzkumu poslouží výhradně pro účely mé bakalářské práce. Děkuji za spolupráci.

Petra Zouharová

1. Kdo Vás informoval o nabídce využití služeb domova?

- ☐ LÉKAŘ
- ☐ RODINA
- ☐ ZNÁMÝ
- ☐ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

2. Byly pro Vás informace, které jste se o zařízení dozvěděl/a dostačující?

- ☐ ANO
- ☐ NE

3. Jaké důvody Vás přiměly k odchodu do domova?

- ☐ ZDRAVOTNÍ POTÍŽE
- ☐ OSAMĚLOST
- ☐ PŘÁNÍ RODINY
- ☐ JINÉ

4. Pokud bylo hlavní příčinou zdravotní stav, jak jej vnímáte v současné době?

- ☐ POZITIVNĚ
- ☐ NEGATIVNĚ
- ☐ ZMĚNU NEPOCIŤUJI

5. Měl/a jste šanci seznámit se s domovem před nástupem? (Jaké je vybavení, aktivity, služby ...)

- ☐ ANO
- ☐ NE

6. Pokud ano, myslíte si, že tato možnost usnadnila Vaši následnou adaptaci na zařízení?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

7. Pokud ne, domníváte se, že by Vám tato šance ulehčila Vaši adaptaci ?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

8. Měl/a jste možnost setkat se s někým z domova před nástupem? Pokud ano, s kým

- ☐ ANO
- ☐ NE

.....

9. Usnadnilo Vaši adaptaci na domov seniorů možnost vzít si s sebou své oblíbené předměty?

- ☐ ROZHODNĚ ANO
- ☐ SPÍŠE ANO
- ☐ SPÍŠE NE
- ☐ ROZHODNĚ NE

10. Kolik dní Vám trvalo, než jste se začal v domově cítit lépe?

- ☐ DO 14-TI DNŮ
- ☐ DO 1 MĚSÍCE
- ☐ VÍCE NEŽ MĚSÍC

11. A Jaké okolnosti Vám dělaly v daném období největší problémy?

(zvykat si na prostředí, personál, jiný režim, nemoc, soužití s jiným uživatelem, žádný, jiný)

.....

11. B Jakým způsobem jste řešil/a tuto pro Vás nepříjemnou situaci/ problém ?

.....

12. Kdo Vám prvních pár dní byl nejvíce nápomocný?

- ☐ KLÍČOVÝ PRACOVNÍK
- ☐ SOCIÁLNÍ PRACOVNICE
- ☐ "SESTŘIČKA"
- ☐ RODINA

13. Jak často se zúčastňujete programů pořádající domov, cvičení, aktivit apod. ?

- ☐ POKAŽDÉ
- ☐ TÉMĚŘ POKAŽDÉ
- ☐ JEN OBČAS
- ☐ VÝJIMEČNĚ
- ☐ VŮBEC

14. Pokud se účastníte, myslíte si, že Vám společnost ostatních uživatelů a aktivity pomohly zvládnout adaptaci?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

15. Ovlivnil Váš přesun do zařízení kontakt s Vaší rodinou?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

16. Pokud ano, jak?

- ☐ POZITIVNĚ - vídáme se častěji
- ☐ NEGATIVNĚ - skoro o nich nevím
- ☐ NEOVLIVNIL - vše je při starém

17. Jak si myslíte, že domov pro seniory ovlivnil Váš život?

- ☐ POZITIVNĚ
- ☐ NEGATIVNĚ
- ☐ NEOVLIVNIL

18. Je tu někdo, s kým si rozumíte?

- ☐ ANO
- ☐ NE

19. Pokud ano, kdo? (soc. pracovnice, jiný uživatel, "sestřička" ...)

.....

20. Jak vidíte komunikaci mezi Vámi a sociální pracovníci?

1	2	3	4	5
výborná				špatná

21. Jak byste zhodnotil/a péči "sestřiček" o Vás?

1	2	3	4	5
výborná			špatná	

22. Jaké máte rád/a aktivity v domově?

.....

23. Je tu něco, co byste chtěl/a změnit?

.....

.....

Základní údaje

Věk

Přišel/a jsem z ☐ nemocnice

Pohlaví

☐ muž

☐ vlastního domu

☐ žena

- jiného prostředí

V domově jsem

☐ Více než půl roku

☐ Méně než půl roku

☐ Více, než rok