

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Diplomová práce

2022

Bc. Hana Jablonická, DiS.

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

*Sociální práce – specializace sociální práce s
rodinou*

Adaptační syndrom jako socializační problém seniorů

Bc. Hana Jablonická, DiS.

Diplomová práce

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 31. 10 2022

Poděkování

Tímto bych chtěla upřímně poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D.za odborné vedení práce. Velké díky patří konzultantovi práce Mgr. Milanu Daňhelovi, DiS, za odborné vedení a poskytnutí spousty užitečných rad. Rovněž děkuji vybranému zařízení a jeho klientům, že umožnili realizaci výzkumu.

Obsah

Úvod.....	1
1 Metodika diplomové práce	3
2 Adaptace	5
2.1 Syndrom a jeho rizika	7
2.2 Adaptační syndrom u seniorů.....	9
2.3 Existencionální východisko.....	16
3 Socializace a její vliv na seniora.....	19
3.1 Socializace.....	19
3.2 Socializační proces u seniora	20
3.3 Socializační činitele u seniorů z pohledu sociální služby	23
4 Kvalita života seniorů	25
4.1 Kvalita života seniorů.....	26
4.2 Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních	27
5 Sociální služba ve vybrané lokalitě	31
6 Výzkumná část	33
6.1 Design výzkumu.....	33
6.2 Výzkumný problém.....	33
6.3 Technika sběru dat	34
6.4 Výzkumný vzorek	35
6.5 Postup při realizaci výzkumu	35
6.6 Etické aspekty a limity výzkumu	36
6.7 Hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky.....	36
7 Analýza a interpretace dat.....	39
7.1 Jaké jsou psychické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu	39
7.2 Jaké jsou sociální rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu?	41
7.3 Jaké jsou biologické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu?.....	43
8 Diskuse	45
9 Závěr.....	47
10 Bibliografický seznam	51
11 Seznam tabulek a grafů.....	57
12 Seznam zkratk	59
13 Přílohy.....	61

Úvod

„Žádná nemoc není jen a pouze nemocí z adaptace, stejně jako žádná nemoc není pouze nemocí infekční, neboť i u infekčních nemocí sehrávají adaptační jevy důležitou roli.“

Hans Selye

Ve světě přibývá čím dál tím více seniorů, kteří vyžadují celodenní péči. U spousty osob ji není schopna zajistit rodina, a proto zahájí službu v pobytovém zařízení. Nástup do domova pro seniory je velkým zásahem do životů všech zúčastněných a přináší nejen pozitivní věci, jako je například celodenní zajištění péče, vyplnění volného času a podobně, ale i negativní věci související se zvykáním si na nové prostředí a režim. Pokud u seniorů neprobíhá adaptace správným způsobem, může se objevit adaptační syndrom, který s sebou nese množství negativ. V případě, že senioři nejsou podporováni k překonání syndromu, může se situace zhoršit natolik, že senior zemře.

V diplomové práci budeme zkoumat, jaké z již definovaných rizikových faktorů adaptačního syndromu se objevují nejčastěji u seniorů nastupujících do domova pro seniory. Cíl diplomové práce je proto: Jaké rizikové faktory může vyvolat u seniorů žijících ve vybraném domově pro seniory adaptační syndrom.

Nejprve bude čtenář seznámen s metodikou diplomové práce, v rámci níž krátce popíšeme, jakým způsobem bude adaptační syndrom zkoumán. Čtenáři bude vysvětlen pojem adaptace a s tím částečně související termíny eustres a distres. V krátké podkapitole bude věnována pozornost i pojmu syndrom. Dále bude popsán samotný adaptační syndrom u seniorské skupiny obyvatel.

Vzhledem k tomu, že adaptační syndrom má vliv i na socializaci, bude díl teoretické části věnován i dané oblasti, přičemž pozornost bude zaměřena na socializaci seniora v pobytovém zařízení.

Adaptační syndrom ovlivňuje samotnou kvalitu života seniorů, proto jsme se rozhodli umístit do teoretické části diplomové práce také kapitulu na toto téma.

Před uvedením výzkumné části bude čtenář obeznámen se sociální službou ve vybrané lokalitě, v níž byl proveden výzkum. Jedná se o domov pro seniory, kde vykonáváme hlavní pracovní poměr. Při práci se setkáváme se spoustou seniorů, kteří si procházejí adaptačním

syndromem. Proto jsme se rozhodli pro dané téma, které by mohlo zajistit přehled pro rozpoznání syndromu a klíč k jeho co nejrychlejšímu překonání.

Výzkumná část bude obsahovat popis designu výzkumu, výzkumný problém, techniku sběru dat, výzkumný vzorek, postup při realizaci výzkumu, etické aspekty a limity výzkumu a v neposlední řadě hlavní a dílčí výzkumné otázky.

V analýze a interpretaci dat bude senior seznámen s výsledky výzkumného šetření. Kapitola bude rozdělena na jednotlivé dílčí výzkumné otázky pro zajištění větší přehlednosti práce.

Před uvedením závěru bude čtenáři představena krátká diskuse pojednávající o výsledcích našeho výzkumného šetření v porovnání s dalšími výzkumy v diplomových a bakalářských pracích.

1 Metodika diplomové práce

Jako jednotku zkoumání jsme si zvolili seniory ve vybraném domově pro seniory. Vybrali jsme si je proto, jelikož v zařízení pracujeme a s klienty máme navázaný vztah, je pro nás proto jednodušší data sesbírat. Na seniorskou populaci se zaměřujeme, jelikož nás práce s touto cílovou skupinou naplňuje.

Vybrali jsme si pro svou práci kvantitativní výzkum. Daný design byl zvolen, jelikož výzkum je prováděn v zařízení, kde je přes padesát klientů. Jinými metodami by nebylo možné zajistit v krátkém časovém období dostatek dat a jejich následné vyhodnocení by pak bylo příliš náročné.

Teoretická část diplomové práce je rozvržena do čtyř kapitol, které jsou vzájemně propojené. Jedná se o kapitolu adaptace, socializace a její vliv na seniora, kvalita života seniorů a sociální služba ve vybrané lokalitě.

Výzkumným nástrojem je dotazníkové šetření. Osobně jsme klienty domova pro seniory obešli a dotazník jim rozdali a vysvětlili jeho náležitosti. Jako kritéria dotazníku byly zvoleny dílčí výzkumné otázky. Otázky byly tvořeny na základě již existujícího popisu rizikových faktorů vzniku adaptačního syndromu. Ke každé z dílčích otázek jsme přiřadili čtyři podotázky. To znamená, že celkově dotazník obsahuje dvanáct otázek týkajících se adaptačního syndromu a jednu otázku zjišťující popis osoby (věk). Vzhledem k tomu, že jde o seniorskou skupinu, otázky jsou formulovány krátce, byla použita pouze uzavřená forma a otázek není více, aby senioři nebyli rozrušeni délkou dotazníku.

Cílem práce je zjistit, jaké rizikové faktory jsou pravděpodobnější pro vznik adaptačního syndromu u seniorů žijících ve vybraném domově pro seniory. Na daný cíl jsme se chtěli zaměřit proto, že často vidíme, že si senioři adaptačním syndromem po zahájení služby prochází. Výzkum má přisun i pro pracovníky služby, aby věděli, na co se zaměřit po objevení různých příznaků.

Vedlejší výzkumné otázky jsou vytvořeny na základě tabulky definující rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu (kapitola 2.1):

- jaké jsou psychické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu,
- jaké jsou sociální rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu,
- jaké jsou biologické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu.

Na základě výzkumného šetření jsme stanovili určitá opatření, která identifikují rizikové faktory adaptačního syndromu u seniorů, a dále navrhujeme, jak se zjištěnými skutečnostmi pracovat.

2 Adaptace

Každá nová, případně neobvyklá situace jde ruku v ruce s adaptací. Adaptace je v podstatě učení se, zvykání si na nové prostředí. S novou situací a neznámým prostředím se pojí stres, který je v tomto období přítomný v každém okamžiku. Ne vždy působí stres špatně. Na základě kvality působení na člověka rozlišujeme dva typy stresu. V případě, že stres působí v situaci, kterou osoba vnímá jako negativní, ohrožující a neví, jak se bránit, objeví se „distres“ neboli špatný stres. Naopak ve chvílích, které jsou nové a přinášejí osobě radost (např. narození vnoučete), nevztahují se k negativním událostem, se objevuje dobrý stres – „eustres“ (Křivohlavý, 2009, s. 169–173).

Při adaptačním syndromu může působit jak eustres, tak i distres – záleží vždy na okolnostech. Není ani dané, že osoba musí projít všemi stádii GAS. Často jedinec překoná náročné období ve druhé úrovni. Až do třetí fáze vedou ty nejzávažnější stresy (Selye, 1966, s. 381).

Nelze obecně říct, jaká reakce bude následovat určitou situaci. Každý člověk reaguje na jednotlivé skutečnosti jinak, a tudíž jinak prožívá adaptační syndrom. U každého jedince jsou adaptační mechanismy v jednotlivých fázích různé. Vždy záleží na odolnosti a osobnosti člověka (Chu a kol., 2022 [online]).

Z výše popsaného vyplývá, že zvládání stresu a celkově reakce jednotlivých lidí se liší i dle jejich osobního vnitřního nastavení a přesvědčení. Na stejnou stresovou situaci bude jedna osoba reagovat více a jiná méně. Některá bude vnímat situaci jako nepřekonatelnou hrozbu, další se se situací bude srovnávat rok, třetí ji překoná během týdne. V případě, že chce člověk nepříznivou situaci překonat, musí pracovat nejen na zvládnutí situace, ale také na změně svého myšlení (Jančík, 2011, s. 7).

Adaptace může být přiměřená a nepřiměřená. Přiměřená adaptace znamená nejen tolerance a snášení různých úskalí, ale především uspokojení vlastních potřeb. V případě, že by adaptaci provázela jen negativní část po delší dobu, můžou nastat adaptační poruchy (výše zmíněná nepřiměřená adaptace). Aby se předcházelo při adaptaci maladaptačním projevům, je potřeba dosáhnout rovnováhy mezi potřebami jedince a prostředím. Do rovnováhy musí být zahrnutý celý holistický pohled, tj. bio-, psycho-, socio- a spirito-rovina jak jedince, tak i prostředí (Vágnerová, 1999, s. 13).

Adaptace probíhá v celistvosti člověka. Je nutné vnímat osobu z výše zmíněného pohledu. Člověk se neskládá jen z biologické stránky, a proto je potřeba se zaměřit i na jeho psychické prožívání, myšlení, sociální status či hodnoty, které vyznává. Adaptace probíhá u různých osob odlišným způsobem, každý má vlastní techniky, jak zvládnout zvykání si na nové prostředí. Když se vezmou v potaz všechny tyto oblasti a při adaptaci se na ně klade důraz, je zde potenciál, že adaptace proběhne hladce (Švancara, 2004, 106–107).

Lidé mají různé mechanismy pro adaptaci na zátěžové situace. Snaží se s jejich pomocí dostat do rovnováhy a celkové psychické pohody. Pokud se lidem již dříve podařilo na základě určitého mechanismu přejít rychle do psychické pohody, budou ho dále opakovat. Mezi základní mechanismy patří útok a obrana (selekce, optimalizace, kompenzace, identifikace, projekce, izolace a podobně) (Vágnerová, 1999, s. 14–15).

Adaptaci lze rozdělit do čtyř fází: seznamování s novým prostředím, lidmi a podobně, dále intenzivnější navazování kontaktů, třetí fází je slábnutí dřívějších sociálních vazeb a do poslední fáze spadá plná adaptace na nové prostředí. Tyto fáze lze aplikovat na adaptaci seniora v pobytovém zařízení (Hlaváčová, 2003, s. 157).

Vágnerová (2007, s. 422–423) rozlišuje adaptaci při zahájení pobytové služby na dobrovolnou a nedobrovolnou.

Nedobrovolná adaptace je násilná změna prostředí člověka – jeho vytržení z přirozeného sociálního prostředí. Nedobrovolnou adaptaci lze rozdělit do tří fází. První nastává u seniorů odpor. Seniori jsou vůči personálu odmítavý, může se objevit agrese. Chování by měli pracovníci chápat jako obrannou reakci seniorů na velkou změnu, nikoliv jako útok proti nim samotným. Ve druhé fázi se senior stává apatickým a zoufalým. Rezignuje na chování, kdy kladl odpor. V případě, že senior překoná toto údobí (ne všichni to zvládnou), dostane se do třetí fáze, což je vytvoření pozitivní vazby na nové prostředí a okolní lidi (zaměstnance, vrstevníky) (Vágnerová, 2007, s. 422–423).

Naopak při dobrovolném odchodu z domácího prostředí do rezidenčního zařízení nenastávají tak kritické fáze jako při nedobrovolném odchodu. I přesto mohou nastat různé krizové situace. Nejprve se u seniorů projevuje nejistota, snaha přivyknout si na nové zaběhlé procesy – stereotypy. Senior zvažuje, zda se mu v zařízení daří lépe, či hůře než v předchozím prostředí. Na rozdíl od předcházející adaptace senior prochází pouze jedinou fází, na jejímž konci je plně zadaptován v novém prostředí a přijmul nový životní styl (Vágnerová, 2007, s. 422–423).

Senior si po příchodu do pobytového zařízení zvyká na nové prostředí. Je vytržený z místa, na které byl zvyklý část svého života, dochází k velkému životnímu zlomu. Lidé se v pobytovém zařízení dostávají do kontaktu nejen s dalšími klienty, ale i pracovníky, kteří jsou vždy pro ruce. Pro většinu seniorů je to opět nová situace, jelikož jsou často zvyklí žít osamoceně, bez přítomnosti druhých. Vzhledem k tomu, že již mají senioři podporu odborníků, dochází k oslabování dřívějších kontaktů. I když rodina navštěvuje svého seniora pravidelně, do role hlavních pečujících se dostávají „cizí“ osoby, ke kterým mohou klienti získat specifické vztahy. Ve chvíli, kdy si senior zvykne na nové prostředí, jiný režim a neustálou přítomnost druhých osob, dochází k jeho adaptaci (Vávrová, 2015, s. 909).

Pracovníci by při adaptaci nových klientů v pobytových zařízeních měli klást velký důraz a pozornost na sžití seniora s novým prostředím. V případě, že má klient zajištěnou podporu k tomu, aby prošel hladce všemi výše zmíněnými fázemi, je spokojenější. Spokojenost se pak odráží na psychické i fyzické pohodě klientů (Vávrová, 2015, s. 910).

Pokud adaptace není úspěšná, je možné u osoby pozorovat několik znaků. Například senior se zapojuje do úkonů sebepečce až po vyzvání personálu, je uzavřený, nekomunikuje s ostatními, je podrážděný, na společné aktivity chodí jen výjimečně. Často se při maladaptaci projeví celková nespokojenost, mnohdy až depresivní stavy klientů (Pacovský, 1994, 90–92).

2.1 Syndrom a jeho rizika

Jako syndrom lze definovat soubor příznaků, jenž jsou typické pro specifické onemocnění, případně poruchu (The British medical association, 2002, [online]). Pojmu syndrom může být někdy dáván stejný význam jako slovu onemocnění. Může být vnímán jako jedinečný projev pro určitou nemoc. Na druhou stranu jediný syndrom se může objevovat i ve více onemocněních. Níže budou popsány příznaky adaptačního syndromu, na který se zaměřuje diplomová práce.

V případě, že se člověk ocitne v situaci, kterou dříve nezažil nebo s ní má špatnou zkušenost, může to u člověka vyvolat stresovou reakci. Tuto reakci vyvolávají stresory, jež ovlivňují organismus celého lidského těla. Během stresové reakce je zasažena psychická i fyzická stránka jedince. Kanadský lékař Hans Selye popsal, že živé bytosti reagují na stres

vždy pod určitým vzorcem, který nazval „obecný adaptační syndrom“, v angličtině General adaptation syndrome¹, což je jedna z poruch adaptace (Kurucová, 2016, s. 19).

„Cokoli, co způsobuje stres, ohrožuje život, pokud to není překonáno adekvátními adaptačními reakcemi, naopak cokoli, co ohrožuje život, způsobuje stres a adaptační reakce. Základním předpokladem je schopnost adaptace a odolnost vůči stresu,“² (Selye, 1950, s. 1383).

Právě Selye jako první propojil stres s fenoménem adaptace. Aby se člověk zvládl správně adaptovat na novou situaci, musí být stále ve střehu a reagovat na měnící se okolí. Adaptační syndrom je dle autora vždy stejný, ale mění svou intenzitu vzhledem k daným okolnostem (Paulík, 2010, s. 46).

Při stresu mezi sebou složitě interagují pasivní a aktivní formy ochrany organismu. Tento jev je zcela přirozený a vyvolává právě GAS. Pokud je člověk ve stresu, vzniká napětí mezi silou bojovat proti něčemu a mezi kladením odporu a spíše pasivním přístupem. Kromě těchto dvou činností (boj a odpor) vyvolává každý stresor své specifické reakce jedinečné pro každou osobu a situaci. Nelze ani přesně přiřadit jednotlivé stresory k určitým situacím. Adaptační syndrom je odlišný tím, že jej provází právě neurčité škody a obranné reakce. Proto je vždy adaptační syndrom jedinečný a specifický pro každého jedince (Selye, 1950, s. 1384).

Je všeobecně známo, že stres prožívá každý jedinec. Stres propuká již u nemluvňat, když se ztratí matka z jejich dohledu. Provází nás celým životem, je s námi při příjemných i nepříjemných okolnostech. Adaptační syndrom je typičtější spíše pro seniorskou skupinu obyvatel i z důvodu, že jedním z rizikových faktorů vzniku je vysoký věk. Ale může se objevit i u mladších osob. Výše zmíněné skupiny však prožívají adaptační syndrom s velkými rozdíly. Pro přehlednost přikládám tabulku z knihy.

¹ Odtud pochází zkratka GAS

² „Anything that causes stress endangers life, unless it is met by adequate adaptive responses; conversely, anything that endangers life causes stress and adaptive responses. Adaptability and resistance to stress are fundamental prerequisites for life“ (Selye, 1950, s. 1383).

Porucha	Mladý člověk	Starý člověk
onemocnění	Lehká deprese	Deprese, akutní infarkt myokardu, náhlá cévní mozková příhoda
sebevražda	demonstrována	Obvykle dokonána
Biologické rizikové faktory	0	+
Působení stresu	Zdravý organismus	Nemocný organismus

Tabulka 1 Adaptační syndrom - reakce na chronický stres

Smelik (in Kalvach, 2004, s. 362) uvádí rizikové faktory, které mohou být biologického, psychického či sociálního původu. Pro větší přehlednost přikládám tabulku z knihy již zmíněného autora.

Psychická rizika	Stavy zmatenosti, duševní choroba, pasivní postoj k životu, submisivní typ osobnosti
Sociální rizika	Ztráta soběstačnosti, hrozba vzniku závislosti na pomoci druhé osoby, osamělost, ztráta partnera, život v izolaci, nízký příjem, hrozba institucionalizace, změna bydliště, změna životního stylu, zhroucení stávajících hodnot, ztráta programu (denního)
Biologická rizika	Vysoký věk, těžká nemoc, imobilita, inkontinence
Další biologická rizika	Obezita, hypertenze, hypercholesterolemie, alkohol, kouření, nedostatek tělesné námahy (pohybu)

Tabulka 2 Rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu

Díky odstranění rizikových faktorů lze předcházet adaptačnímu syndromu (Kalvach, 2004, s. 363). V případě, že k jejich odstranění nedojde, může se člověk dostat do sociálního vyloučení. Lidé se stanou závislími na pomoci a péči druhé osoby a jsou v takové nepříznivé sociální situaci, kterou nedokážou vyřešit vlastními silami.

2.2 Adaptační syndrom u seniorů

Adaptační syndrom lze rozdělit do tří fází. První je poplachová. Nastává ihned po vyvolání stresorem. Člověk může být v této fázi v šoku. Poprvé se začínají aktivovat adaptační mechanismy. Ve druhé, rezistentní fázi, se stresová reakce snižuje. V této fázi jsou adaptační mechanismy na maximální úrovni. V případě, že organismus bojuje příliš dlouhou, mohou se objevit nemoci (žaludeční vředy). Poslední fází je vyčerpání. Člověk se snaží zvyknout si na syndrom již tak dlouho, že ho aplikace adaptačních mechanismů

vyčerpává. Mechanismy se začínají pomalu hroutit. V některých případech může i z důvodu vyčerpání dojít ke kolapsu (Špatenková, 2004, s. 18).

V první fázi se u člověka aktivuje psychická reakce „Fight or Flight“, která je doprovázena různými emocemi, jako je například, hněv, vztek, strach nebo úzkost. Tělo má zkrátka za úkol pohotově uvolnit energii, aby se jedinec dokázal proti stresové reakci nějakým způsobem postavit. Přesto, že první fáze GAS vyvolává emoce spíše negativního typu – smutek, deprese, apatie, přináší i pozitivní změnu. Člověk se v dané situaci lépe učí, získává nové znalosti a dovednosti. Tento jev způsobuje hormonální reakce těla. Z tohoto tvrzení vyplývá, že stres podněcuje lidské tělo k učení (Paulík, 2010, s. 46–47).

Pro druhou fázi je typické přemístění zdrojů energie ze stresové reakce na jiné potřebné činnosti, jako je například trávení potravy. Tělo „odvolává“ energii dávanou stresu, které věnovalo doposud pozornost. Tělo přemísťuje energii na jiné činnosti, jen pokud již není ve stresové oblasti potřebná. V případě, že stresory nadále vyžadují stejné množství, je to pro organismus neudržitelný stav. Tělo je v neustálém vypětí a dochází k permanentnímu stresu (Paulík, 2010, s. 47).

Pokud tělo nedokáže stres snížit, dříve či později dojde k jeho vyčerpání (třetí fáze). Organismus vzdává své síly na adaptaci, mohou se opětovně objevovat stejné zdravotní problémy jako v první fázi, mnohdy s daleko horším průběhem. Po celkovém vyčerpání organismu může dojít ke kolapsu (Paulík, 2010, s. 47).

Adaptační syndrom patří mezi poruchy adaptace projevující se především u seniorské populace (za seniora můžeme považovat člověka staršího šedesáti let), často související se zahájením služby v rezidenčních zařízeních. Projevuje se ale i u jiných náročných životních situací. V případě, že jde o seniory, bývá často zaměňován s demencí (dezorientace časem, opakující se pohyby, vyhýbání se očnímu kontaktu, apatie a další). Toto tvrzení však nelze použít univerzálně, jelikož jak je i výše zmíněno, u každého se projevuje jinak a také každý pracovník danou situaci a projevy vnímá s jinou citlivostí (Kalvach, Onderková, 2006, s. 27–30).

U seniorů probíhá proces stárnutí, který je ohraničen dvěma věkovými hranicemi. Horní, vzdálenější hranice, je ukončena smrtí jedince. Spodní hranici nelze obecně definovat. Tak, jako je každý člověk individuální, je i jedinečný proces stárnutí. Pro každého jednotlivce je vždy specifický na základě procesů a jevů, které na něj působí. „*Stejně procesy a jevy*

působí a nastupují u konkrétního člověka sice v určitém limitovaném věkovém rozpětí, ale v jiném individuálním věku,“ (Sak, Kolesárová, 2012, s. 14).

Ve stáří se každý jedinec potýká se změnami. Ty se projevují jak po psychické, tak sociální i biologické stránce člověka. Zároveň změna v jedné oblasti obvykle ovlivní i ty ostatní. Mezi tělesné proměny patří především postupná změna vzhledu jedince, úbytek svalové hmoty, degenerativní změny kloubů a například i změny v oblasti sexuálního života (Venglářová, 2007, s. 11).

K psychickým změnám patří postupné zhoršování paměti, obtížná adaptace na nové věci, snížená sebedůvěra, emoční labilita, celková změna vnímání a úsudku (Venglářová, 2007, s. 11).

Nejvýznamnější sociální změnou je odchod do penze, odlišný životní styl, časté stěhování, osamělost, ztráta blízkých osob či například finanční potíže (Venglářová, 2007, s. 12).

Na základě různých způsobů reakce na výše zmíněné změny je popsán model adaptace na stáří. Dělí se do tří oblastí a to: konstruktivní přístup, závislost na okolí a nepřátelský postoj (Venglářová, 2007, s. 11–12).

Pokud má senior konstruktivní přístup, připravuje se na změny ve stáří již dopředu. Například si vytvoří širší síť přátel, aby předešel izolaci. Nejen široká síť přátel, ale také budování silných vztahů v rodině napomáhá k lepšímu zvládnutí nové životní situace. Senioři si obvykle ještě před odchodem do penze začnou připravovat aktivity, kterým by se mohli věnovat (chata, zahradničení a podobně). S danými činnostmi je zpravidla spjata i fyzická aktivita pro podporu nebo udržení stávající formy (Venglářová, 2007, s. 12).

Druhý typ se projevuje závislostí na okolí, která je podmiňována různými způsoby. Obvykle osoba vyžaduje pozornost na základě neustálých zdravotních problémů. Osoba si tímto vynucuje pozornost druhých. V rezidenčních zařízeních je pak řešeno klientovo zdraví namísto prvotního problému – sociální izolace (Venglářová, 2007, s. 12).

V případech, kdy člověk sám na řešení své situace nestačí, může dojít k jeho uzavření a zaujetí nepřátelského postoje, který je projevován vůči všem lidem kolem něj. Na základě tohoto přístupu pak může nastávat nespočet problémových situací, především pak u klientů využívajících pobytová zařízení (Venglářová, 2007, s. 12).

Klevetová (2017, s. 31–35) na rozdíl od výše zmíněné autorky rozdělila model do pěti různých typů. První je konstruktivní, který odpovídá stejnému typu u Venglářové (2007, s. 12). Druhý typ – strategie závislosti, byť má stejný název jako u Venglářové, má jiný význam. Klevetová popisuje jedince jako osobu, která není schopna se samostatně rozhodnout, nechává rozhodování na druhých osobách (nejen rodině, ale i zdravotnickém či jiném personálu). U tohoto typu je problém poznat, zda jde o přání jedince či jeho rodiny. Je pak třeba pracovat nejen se seniorem, ale i s rodinou, aby se více podporovala autonomie jedince.

Obrannou strategií je třetí typ. Osoba se snaží být co nejvíce aktivní a samostatná, sama si neřekne o pomoc. Obvykle jde o jedince, který měl dříve vysoké postavení, musel většinu svých záležitostí řešit sám bez pomoci druhých. Často se jedinec dostává do konfliktu s druhými, jen aby obhájil své postavení a schopnosti.

Člověk uplatňující strategii hostility (čtvrtý typ) je negativní a nepřátelský vůči okolí. Hledá viníky svého aktuálního stavu – sám s ním není smířený, přeje si být litován.

Poslední strategie je sebenenávistná. Člověk je kritický proti své vlastní osobě, veškerou zlobu vztahuje pouze na sebe. Popisuje svůj život, jako by vše bylo proti němu (rodiče, partneři, pracovní kolektiv a podobně). Je osamělý a obvykle pasivní, nepřeje si se do ničeho zapojovat (Klevetová, 2017, s. 33).

Lidé se po celý svůj život musí vyrovnávat se spoustou změn. Snaží se na ně adaptovat a upravit si svůj život tak, aby byli spokojeni. Všechny osoby se vyrovnávají se změnami po svém. Pokud jedinec ve změně vidí smysl, snadněji se s ní smíří. Pro přijetí změny je potřebný tolerantní přístup okolí a případná pomoc s vyrovnáním. I tady platí, že každý má svou míru, která určuje, kolik toho zvládne unést. Pokud je změn tolik, že to člověk nezvládá, je třeba najít pomoc u blízké osoby nebo odborníka, jako je například psycholog, psychiatr či terapeut (Venglářová, 2007, s. 13).

Při práci se seniory je vhodné pracovat s jejich motivací, aby se dokázali na nové okolnosti adaptovat. Často senioři hledají možnosti, jak si zvyknout na novou situaci, ve svých vzpomínkách, co dělali dříve a podobně. Je důležité osobám vysvětlit, že si musí sami najít svou strategii zvládání stáří, aby jim vyhovovala co nejvíce (Dlabalová, Klevetová, 2017, s. 34–35).

V případech, že u člověka nastanou změny především na fyzické úrovni a je třeba zajistit pomoc s péčí, obrací se senioři prvotně na své blízké, což je pro začátek nejlepší možné řešení. Pokud mají senioři dostatečně velkou a ochotnou rodinu, její členové jsou schopni rozdělit si úkony pomoci s péčí mezi sebe. Situace je pak snesitelnější pro všechny strany a senior je spokojený, jelikož může zůstat ve svém prostředí, na které je zvyklý (nemusí dojít k další sociální změně). Rodina je obvykle schopna zajistit péči týkající se zajištění chodu domácnosti, případně mírné dopomoci například s hygienou. Když však nastane zhoršení stavu jedince až do úrovně, že se o sebe není schopen postarat, a rodina již nestačí, nastává čas požádat o pomoc odborníky. Prvotně by měl člověk využít terénních služeb docházejících do domácího prostředí. Jde například o pečovatelskou službu, která navštěvuje seniora v jeho domácnosti dle předem smluvených časů a provádí ty úkony, na nichž se senior se službou domluví (pomoc s koupelí, příprava oběda, doprovod k lékaři a podobně). Mimo pečovatelskou službu patří k terénním službám například terénní odlehčovací služba, která má na rozdíl od pečovatelské služby více prostoru například na trénování kognitivních schopností.

Když už nestačí ani tyto služby, nastává vhodná chvíle pro zažádání o pobytovou sociální službu. Jako rezidenční služba se označuje zařízení, které nabízí klientům možnost strávit ve svém prostoru 24 hodin, zajišťuje přitom potřebnou péči a podporu. Na rozdíl od ambulantní formy zde klient tráví téměř veškerý svůj čas. Nejvhodnější je, pokud si člověk dokáže sám vybrat zařízení, které se mu líbí. V případech, kdy si osoba zvolí sama určité zařízení, je i větší pravděpodobnost, že bude schopna přijmout změnu a adaptuje se na novou situaci rychleji (Venglářová, 2007, s. 13).

V momentě, kdy již nastal čas potřeby zahájení služby v pobytovém zařízení, je nutné dodržet základní postup. Každé zařízení si může postup zahájení služby upravit dle svých zkušeností a preferencí. Část činností však zůstává stejná. Za první krok je považováno podání žádosti zájemcem o službu. Je podstatné, aby žádost byla podána samotným žadatelem (stvrzena podpisem). Žadatel takto dává najevo souhlas s možností zahájení služby.

Zařízení po přijetí žádosti obvykle provádí osobně s žadatelem sociální šetření, aby bylo schopno zjistit, zda se konkrétní služby pro jedince opravdu hodí a odpovídají jeho potřebám (části žadatelů vystačí terénní služby, někteří žadatelé potřebují jiný druh sociální služby – domov se zvláštním režimem, jiní s podáním žádosti vůbec nemusí souhlasit –

podali to jejich blízcí). Sociální pracovníci si během sociálního šetření zjišťují základní informace o žadatelích, ptají se jich na jejich potřeby a přání, dotazují se, zda souhlasí se samotným zahájením služby. V případě, že žadatel odpovídá cílové skupině služby, souhlasí se zahájením a je uvolněná kapacita v zařízení, oslovuje zástupce služby již jedince s nabídkou nástupu. Konkrétně ve vybraném zařízení, kde bude proveden výzkum, probíhají dvě sociální šetření – jedno po podání žádosti, druhé před zahájením služby (dojednání). Na dojednání by měl být přítomen i zástupce zdravotnického úseku, který zjišťuje informace týkající se zdravotního stavu.

Při poslední návštěvě seniora v domácím prostředí se společně zástupce zařízení a senior domlouvají na termínu zahájení služby. Dojednávají spolu způsoby, jakými bude služba probíhat. Sociální pracovník může seniorovi předat seznam věcí, které by si s sebou měl vzít do zařízení. Individuální plán, který pak sociální pracovník tvoří pro nového klienta, by měl odpovídat základním potřebám člověka. Měl by mu zajistit dostatečnou podporu v oblasti péče, ale zároveň je důležité, aby péče nebyla přehnaná.

Když nastane den nástupu, pracovník představí klienta pracovníkům služby, sdělí, jaké jsou potřeby klienta a jakým způsobem by měl celý tým organizace postupovat, aby se zajistila klidná adaptace.

Kalvach (2004, s. 110) popisuje pět „pé“ optimální adaptace seniora: „*Jsou to tato hesla: 1. perspektiva, 2. pružnost, 3. prozíravost, 4. porozumění pro druhé, 5. potěšení.*“

Zmíněné zásady jsou schválně zapsány ve výše zmíněném pořadí. Právě na první místo je dosazena životní perspektiva, tedy to, jakým způsobem jedinec vnímá okolní svět. Každá osoba je orientovaná jinak: můžeme je rozdělit na ty, kteří hledí do budoucnosti a na ty, kteří se neustále obracejí k minulosti a k tomu, co prožili. Osoby hledící vpřed uvažují o tom, co nastane, uvažují nad tím, jaký bude jejich život za pár let, co se změní a podobně. Proto mají i lepší předpoklad ke snášení změn a snadněji se pak budou adaptovat na nové prostředí na rozdíl od jedinců, kteří se vrací spíše do minulosti. Ti se tolik na nové skutečnosti nepřipravují, jelikož se raději ohlížejí na to, co bylo. Dvě uvedené skupiny lze definovat i takto: osoba hledící do budoucna má nějaké očekávání, zatímco osoba hledící do minulosti se vrací ke svým vzpomínkám, „*poeticky řečeno, představují krajní polohy našeho osobního kyvadla času*“ (Kalvach, 2004, s. 110). To, zda je člověk orientovaný na budoucnost či na minulost, definuje i jeho chápání smyslu života a hodnoty, které jsou pro

něj důležité. Proto je zdravá životní perspektiva, orientovaná na budoucnost a jen lehce dotknutá vzpomínkami na minulost, prvním předpokladem pro zdravou adaptaci.

Druhou, ale neméně důležitou zásadou je pružnost. Není to myšleno pouze ve smyslu tělesné pružnosti, i když i tato hraje určitou roli. Osoby mobilnější a flexibilnější jsou schopny lépe přijmout změnu, jelikož se dokážou například sami přemístit z místa na místo, a tak mohou objevovat nové prostředí. U méně pohyblivých seniorů to není tak snadné, a proto je důležitá i pružnost v myšlení daného jedince. Pokud se osoba zvládne vyrovnat s novou situací, lépe snese i celkovou změnu. K přijetí změny je také důležité, aby byl jedinec schopen se na svou novou životní situaci podívat sebekriticky. Ne vždy je totiž osoba plně spokojena se změnou, zvažuje, co by mohlo být jinak a zda se nerozhodla špatně. V těchto případech je dobře, když se senior zamyslí nad svým rozhodnutím, případně ustoupí od svého původního plánu a je otevřený změně, která mu přinese větší pohodlí, dobro a podobně (Kalvach, 2004, s. 111–112).

Od zralého věku jsou lidé obvykle označováni za prozíravé (třetí zásada). Mladí lidé nejsou takto obvykle vnímáni, jelikož nemají na rozdíl od seniorů dostatek zkušeností. Za prozíravého člověka se považuje ten, který je schopen hledět za své rozhodnutí. Je to člověk, který uvažuje nejen nad aktuálními důsledky, ale i nad tím, jak se určitá volba promítne do jeho života za pár měsíců i let. Díky této vlastnosti si lidé dokážou lépe organizovat svůj život, a proto i lépe snášejí adaptaci na změny. Prozíravý člověk ví, jaká je ta nejlepší možná cesta. Je si vědom chyb, které provedl v minulosti, a proto se jim snaží vyhnout. Prozíravý člověk se připravuje během svého života i na jeho konec (Kalvach, 2004, s. 112–113).

Schopnost empatie neboli pochopení a porozumění pro druhé je předposlední zásadou. U empatického člověka se předpokládá, že je schopen pochopit, co se děje v druhé osobě, co druhý prožívá při těžkostech či radostech, které se mu dějí. Má také porozumění pro ostatní členy své rodiny, k tomu, co vede k jejich rozhodnutí a proč uvažují určitým způsobem. Takoví lidé jsou pak schopni vnímat i rozdílné hodnocení jedné skutečnosti z pohledu více osob. Vždy je nutné hledět k aktuálnímu rozpoložení jedince a jeho osobnostním vlastnostem – našťavaný senior nebude chtít pochopit druhého spolubydlícího, kterému se stýská po rodině a chce si s druhými často volat a tím ho vyrušuje (Kalvach, 2004, s. 113).

Posledním „pé“ je potěšení. Lidé, kteří se přestěhují do domova pro seniory, mají často tendence stranit se radostí. Mají pocit, že jim již nic v jejich životě nemůže přinést radost a že ji ani nikde nedokážou najít. Je důležité jim ukázat, že potěšení lze nalézt i v těch nejmenších a nejdrobnějších věcech, jako je například přítomnost papouška či andulky na patře nebo zahrada plná barevných květin, díky které se do zahrady dostane množství hmyzu. I takové drobnosti dokážou vykouzlit úsměv na tvářích seniorů a tím zajistit jejich potěšení a udržení dobré nálady, která vždy pomůže k adaptaci na nové místo (Kalvach, 2004, s. 113).

Výše jsme popsali zásady správné adaptace, které definoval Kalvach v jeho knize Geriatrie a gerontologie. Kalvach upozorňuje, že jiní badatelé mají zásady definovány jinak. Pro naše téma jsme se rozhodli popsat tyto, neboť mají podle našeho názoru velký potenciál. Pokud by se jimi pracovníci zařízení řídili, mohli by tak zajistit rychlejší i plynulejší přechod adaptačním syndromem.

2.3 Existencionální východisko

Pro celistvost své diplomové práce považujeme za důležité zohlednit existencionální teorii a její východisko jako způsob práce se seniorem, který se potýká s adaptačním syndromem v pobytové sociální službě. V diplomové práci se proto zaměřujeme na logoterapii.

Existencialismus vychází z bytí člověka, jeho existence. Existenci člověka lze rozdělit na bytí o sobě a bytí pro sebe. V daném směru je podstatná svoboda člověka. Svoboda je vnímána jako základní smysl lidského života. Ovšem s pojmem svoboda se pojí i odpovědnost za veškeré lidské jednání (Länge, 2002, s. 68). Každý jedinec je odpovědný za činy, které udělá, za volby vztahující se k jeho smrtelnosti (Frankl, 2005, s. 81–82). A právě smysl života je základní odpovědností osob (Länge, 2002, s. 69). V existencionálním východisku je zkoumán smysl, který se objevuje v jednotlivých životních situacích (Länge, 2002, s. 8). Každý jedinec dává důraz na jiné hodnoty, které mu pomáhají dát jeho životu smysl (Frankl, 2005, s. 111).

Ve chvíli, kdy lidé usilují o naplnění života smyslem, zahrnují do svých jednání svobodu a odpovědnost, a pokud v této úrovni pracuje i terapeut, lze hovořit o logoterapii. Cílem tohoto směru je naučit člověka osobní odpovědnosti. Podstatné je hledání smyslu (Länge, 2002, s. 70). V logoterapii je člověk vnímán v jeho celistvosti a jednotě (Frankl, 2005, s. 35).

Při adaptaci seniorů v pobytových zařízeních je existencialismus a konkrétně logoterapie aplikovatelná proto, že se často u klientů objevuje bezmocnost, která je hlavním tématem terapie. Klienti se ptají po smyslu jejich života a snaží se ho opět najít. S hledáním by v období adaptace měli přispět pracovníci rezidenčních zařízení. Klienti se po zahájení služby mohou považovat za osamocené, méněcenné, neužitečné (Matoušek, 2008, s. 96).

Senioři někdy ztrácí svůj smysl života a právě logoterapie jim ho může opět pomoci nalézt. (Matoušek, 2012, s. 211–212). Ztráta životního smyslu přináší utrpení, což je v daném přístupu vnímáno jako možnost k přehodnocení či zamyšlení se nad svým jednáním a celkově existencí (Křivohlavý, 1994, s. 86). Terapeuti pracují v logoterapii s vinou a s prožitky bezsmyslnosti. Pomáhají klientovi nalézt jeho jedinečný úkol, kladou důraz na svobodu a odpovědnost.

Logoterapie může pomoci seniorům s adaptací na novou životní etapu (Rahgozar, Llort, 2020 [online]). Logoterapie byla vybrána pro danou práci z důvodu, že vnímá osobu holistickým pohledem a pracuje se všemi lidskými částmi. I při samotné adaptaci je potřeba nahlížet na klienty celkově. Stává se, že jsou primárně řešeny jen biologické potřeby klientů a další potřeby zůstávají opomíjeny. V tu chvíli se může prohlubovat proces adaptace a následně hrozí rozvinutí adaptačního syndromu. Senior často upadá do demence a vnímá svou situaci jako bezvýchodnou. Pokud v danou chvíli započne proces terapeut, může se situace otočit a senior tak zvládne zbytek života prožít smířeně.

V první kapitole byla popsána adaptace, která byla propojena s pojmem stres. Stres je všudypřítomný, ale není vždy jen negativní, dokáže být i nápomocný. Stejně tak i adaptací si prochází všichni lidé po celý život. Avšak už se liší, jak který jedinec zvládne projít adaptačním procesem. Adaptaci je potřeba vnímat holistickým pohledem, jelikož se projevuje po každé lidské stránce. Pokud se člověk správně neadaptuje, je možné, že se objeví adaptační syndrom. Ten provázejí různé rizikové faktory jako například stavy zmatenosti, izolace, inkontinence a podobně. Seniorská skupina je na adaptační syndrom náchylnější i proto, že věk spadá mezi jedno z rizik, které mohou syndrom zapříčinit. Dalším podstatným jevem, který se podílí na vzniku syndromu, je zahájení služby v pobytovém zařízení. Lidé se nachází v úplně nové situaci, došlo k zásadním změnám v jejich životě. V tomto období potřebují často senioři podporu okolních osob, například terapeutů. Terapeuti mohou při své práci uplatňovat prvky logoterapie neboli přístupu, který pomáhá osobám opět nalézt smysl života.

3 Socializace a její vliv na seniora

Ve druhé kapitole bude čtenář seznámen s pojmem socializace. Jelikož je práce zaměřena na rizikové faktory adaptačního syndromu při socializaci seniora v pobytovém zařízení, je důležité tento pojem vysvětlit.

V úvodu bude objasněn význam socializace, krátce budou popsány její typy a rizika. V další části bude čtenář informován o socializačním procesu osob. Pozornost bude věnována seniorskému věku. Informace budou vycházet z Eriksonovy teorie osmi věků člověka.

Své místo budou mít i příklady teorií a metod práce, které mohou pomoci seniorovi se správnou socializací a adaptací na nové prostředí.

3.1 Socializace

Na začátek je vhodné rozlišit pojmy socializace a adaptace, aby nebyly zaměňovány. Zatímco socializace je souhrn interakcí mezi společností a jedincem, který probíhá celý život, adaptace je obvykle krátkodobější proces vyrovnávání se jedince na působení společnosti. Socializace napomáhá adaptaci jedince (Surynek, 2006, s. 152–154).

Socializace je celoživotní proces. Člověk si při něm osvojuje základní pravidla chování, hodnoty, cíle, postoje, názory a i cíle. Jedinec se učí společenským rolím, poznává svou kulturu, snaží se stát členem společnosti (Hewstone, Stroebe, 2006, str. 81). Socializace je jeden z nejdůležitějších procesů v lidském životě. Přirozenost jedince se mění z biologické v sociálně kulturní (Helus Z., 2015, s. 41, 73).

Socializace probíhá nejprve v rodině, dále ve škole, přes další instituce a organizace, pak v zaměstnání a ve vrstevnických skupinách. Člověk si během socializace utváří svou jedinečnou osobnost, navazuje lidské vztahy, osvojuje si životní styl a okolní kulturu. Získává svou profesní roli a nakonec si osvojuje své sociální role. Jedinec je správně socializovaný, pokud je schopen adaptovat se na společenské normy, řídí se podle nich, dokáže navazovat sociální vztahy a fungovat v celé společnosti (Kraus & Poláčková, 2001, str. 54).

Socializace se dělí na primární, sekundární a terciární (poslední z typů uvádí jen některá literatura). Primární socializace probíhá v dětství mezi nejbližšími osobami dítěte. Jedinec se v rodině objevuje v základních životních situacích, na které se učí reagovat (Stašová,

Serbouská, 2012, str. 66). Sekundární socializace probíhá u dospívajících a dospělých jedinců v menších skupinách osob. Lidé si definují vlastní hodnoty a sebepojetí. Mezi důležité činitele patří škola, vrstevnické skupiny, zaměstnání, ale i masmédia. Jedinci poznávají, jaké jsou odezvy v případě, že nejsou naplněna očekávání od členů různých institucí (trest) (Jandourek, 2009, stránky 61–62). Poslední, terciární socializace, se objevuje při změně, popřípadě nové situaci, která nastává v průběhu života (změna stavu, zaměstnání, založení rodiny a podobně) (Jandourek, 2008, s. 81–82).

Socializace však není pouze o přejímání pozitivních poznatků. Se socializací přejímáme i sociální nerovnosti. V tradiční společnosti byla všudypřítomná kontrola všech procesů včetně socializace jedince. Vlivem urbanizace a průmyslové revoluce došlo ke změnám a ve společnosti začaly oslabovat společenské normy a hodnoty. Společnost je více zaměřena na jedince, jednotlivé skupiny již spolu tolik nespolupracují, chybí solidarita. Je ponecháno na jedincích, zda se dokáží sami bránit socializačním tlakům, což může způsobovat morální paniku a podněcovat různé formy deviací (Keller, 1997, s. 30–34).

V případě, že jedinec, u kterého již proběhl proces socializace, vstupuje do nového prostředí a ocitá se v neznámé situaci, nastává proces resocializace. Jedná se o výrazné osobní životní změny jedinců, jež mohou být doprovázeny biologickými, psychickými i sociálními důsledky (Reichel, 2004, s. 190). Při záměrné resocializaci se jedinec pokouší sžít s novým prostředím, ať už se zde dostal náhodou či záměrně. Jako resocializaci lze vnímat i návrat jedince po dlouhodobém pobytu v cizím prostředí (Keller, 1997, s. 37).

3.2 Socializační proces u seniora

Na socializaci se lze zaměřit i z pohledu vývojových stádií, které popsal Erikson. Německý psycholog svou teorii pojmenoval jako osm věků člověka. Popisuje zde psychosociální vývoj ega. Každé stádium obsahuje dva protipóly krize, které jsou pro dané období typické.

V prvním období proti sobě stojí důvěra a základní nedůvěra, ve druhém autonomie a zahanbení. Pro třetí období jsou typické protipóly iniciativy a viny, dále se pere snaživost s méněcenností, identita a zmatení rolí stojí proti sobě v pátém období, pro šesté období je významná intimita a izolace, v předposledním období člověk bojuje mezi generativitou a stagnací. Daná období není potřeba pro tuto práci dále rozvádět (Orenstein, Lewis, 2021 [online]).

Poslední z osmi období začíná v seniorském věku. Lidé se na něj připravují už v dospívání a dospělosti, když si formují svou identitu a hledají si své místo ve společnosti. Důležitou roli hraje přijetí zodpovědnosti za své chování a jednání. Mnoho lidí si myslí, že v důchodu to je jednoduché, avšak pro seniory je těžké se vypořádat se svou minulostí, přijmout a identifikovat se v současnosti. Tak jako každý člověk v produktivním věku chce být i senior potřebný. Touží po tom, aby mohl své zkušenosti předávat dalším a méně zkušeným lidem. Ovšem málokdo v dnešní době ocení rady starších, když si může novější informace vyhledat pohodlněji a rychleji na internetu (Šolcová, 2019, s. 372).

V poslední etapě Eriksonových vývojových fází proti sobě stojí integrita ega a zoufalství. Za ctnost člověka je zde považována jeho moudrost, kterou měl možnost získávat v průběhu celého života. Člověk se v seniorském období ohlíží zpět do minulosti. Vzpomíná na věci, které se staly, situace, které proběhly. Pro člověka je důležité, aby měl při vzpomínkách pocit naplnění a dobře odvedené práce. V případě, že tyto pocity nenastanou, objevuje se právě zoufalství (Šolcová, 2019, s. 372).

Integritu ega Erikson popisuje jako určitý stav mysli, kdy „dozrávají plody“ vývojových stádií – iniciativy, intimity, generativy, důvěry, autonomie – zkrátka všech přecházejících období. Zoufalství ega je popsáno jako ztráta naděje. Cílem je balancovat mezi jednotlivými póly. Právě balancování pak přináší moudrost – lidská zkušenost získaná v životě (Šolcová, 2019, s. 373).

Autor vývojových stádií popisuje zdroje integrity. Řadí mezi ně: „a) *péče a starostlivost (člověka, který tak či onak vzal na sebe péči o věci a lidi)*, b) *plodnost v rovině idejí, potomků či věcí (pouze v původci ostatních bytostí nebo tvůrci věcí a idejí)*, c) *adaptace na vlastní životní vrcholy, pády a turbulence (přizpůsobil se životu s jeho neodmyslitelnými výhrami a prohrami)*, d) *chápání minulých dějů, epizod a událostí ve svém životě jako jedinečných a nezrušitelných, přijetí vlastní jedinečnosti a jedinečného životního cyklu jako něčeho, co muselo a nutně nemůže být jinak)*“. Aby člověk dosáhl úplné integrity, měly by být naplněny všechny zmíněné body (Šolcová, 2019, s. 373).

Člověk se v této životní etapě ohlíží za minulostí, vzpomíná na situace z jednotlivých období, kterými prošel. Uvažuje, zda jeho přínosy byly adekvátní a jestli jeho úspěchy i pády byly vyrovnané. Zda někomu byly adekvátně předány informace, jestli byl potřebný a přenesl své získané znalosti a dovednosti (odkazy předků) dále na další generace (Šolcová, 2019, s. 374).

V případě, že lidé přijmou sebe sama a vnímají ke své osobě a minulosti náklonnost, případně shovívavost, dosáhnou stavu, který nazýváme integrace ega. Pokud osoba dosáhne tohoto stavu, je schopna postavit se za svá rozhodnutí a celkově za svou osobu. Díky tomu pak může obhajovat hodnotu vlastního života proti hrozbám, je aktérem a zúčastněným pozorovatelem svého životního příběhu. Integritu ega nevytváří jen člověk sám, ale i kultura, kterou je součástí (participuje na ní, spoluvytváří ji). Jedinec zná sebe nejlépe, proto i integrita vychází ze znalosti vlastní osoby, participace ve světě. Bylo by ideální dosáhnout integrity mezi svou osobou, společenstvím a kulturou. Integrita bere v potaz nejen samotné vnímání vnitřního prostředí, ale i zapojení do vnějšího prostředí (Šolcová, 2019, s. 375).

Aby bylo dosaženo integrity ega, je potřeba mít kompetence k přijetí vlastních osobních selhání, zklamání, ale i pozitivních věcí, jako jsou úspěchy a triumfy. Osoba by měla respektovat a přijmout i rozhodnutí druhých osob. Člověk musí akceptovat sebe, nahlédnout na svou osobu jako na součást historie a společenství, které ovlivňuje minulost i budoucnost (Šolcová, 2019, s. 375).

Senioři v posledním období hodnotí svůj život. Pomocí hodnocení získává člověk integritu a dosahuje své poslední ctnosti, kterou je moudrost. Hodnocením nastává konflikt mezi integritou ega a zoufalstvím. Člověk prochází svůj život a zvažuje, jestli měl pozitivní přínos, snaží se vyrovnat se svými neúspěchy. Pokud je osoba spokojená, vzniká pocit celistvosti a celkového životního naplnění (Šolcová, 2019, s. 375).

„Dosahování integrity – integrace – je procesem, který souvisí s ochotou jedince věnovat pozornost svému životu, své minulosti ve vztahu s tím, kým se cítí být ve své konečnosti. Integrita ega podle Eriksona zahrnuje vědění, kým člověk je (dosažení identity) a proč je právě takovým člověkem, zahrnuje kompetenci postavit se sám za sebe, společnost, lidstvo a svět, přičemž takový postoj může být i otevřeným poznáním bolestivé reality. Nepřijetí sebe sama a světa tváří v tvář konci je naplněnou kompetencí zoufalství,“ (Šolcová, 2019, s. 375).

Jedinci, kteří jsou dostatečně integrovaní, jsou spojeni se svou rodinou, blízkými, přáteli, komunitou. Berou svůj život jako závazek ke společnosti, snaží se prosazovat vlastní hodnoty, přičemž vždy berou v potaz etické, morální a kulturní hodnoty. Na druhou stranu neintegrovaní jedinci jsou zarmoucení, zoufalí, často vzpomínají na životní zklamání, selhání, neproměněné šance a podobně. Osoby nejsou vypořádány s negativními

vzpomínkami, snaží se je ignorovat, nedokážou vidět smysluplnost v životě, zažívají lítost, smutek. Obě skupiny osob ale dokážou být v některých oblastech spokojené. Nejzásadnější rozdíl je v celkovém pohledu na prožitý život (zmíněno výše) (Šolcová, 2019, s. 376).

Stesky a lítost nad minulostí a prožitým životem nedokážou zajistit smíření osob se sebou samými. Zoufalé osoby totiž často nedávají odpovědnost za „špatně prožitý život“ sobě, nýbrž za vinu osudu, okolnímu světu a podobně (Šolcová, 2019, s. 369–378).

Pokud je jedinec integrovaný, usnadňuje to seniorovi adaptaci v zařízení s pobytovou formou.

3.3 Socializační činitelé u seniorů z pohledu sociální služby

Senioři jsou během své socializace ovlivňováni různými činiteli, které jim pomáhají se integrovat nejen do nového prostředí, ale i integrovat ego. Velkou roli v životě seniorů, ale i nás všech hrají masmédia, mezi něž patří rozhlas, tisk, televize a internet, zahrnující mimo jiné i sociální sítě (Reichel, 2004, s. 176–178).

Stáří je pro seniory zlomovým obdobím. Odchází z práce, a tak ztrácí část svých sociálních kontaktů, se kterými byli denně ve styku. I když se snaží udržovat kontakty i nadále, není možné zajistit je ve stejné míře. Senioři jsou pak hlavně v kontaktu se svými partnery a nejbližší rodinou. Jedinci se mohou dostat do nových situací, jako je ztráta životního partnera, osamocení (Reichel, 2004, s. 184).

Pokud u seniorů dojde ke zhoršení celkového stavu a je potřeba zahájit službu v zařízení s trvalým pobytem, dochází tak i ke vzniku nového socializačního činitele. Pracovníci pobytové socializační služby se stávají hlavními lidmi, kteří jsou s klienty v kontaktu a komunikují s nimi.

Kromě pracovníků se za činitele socializace může považovat i lékař, který klienty v případě potřeby navštěvuje, psycholog či psychiatr a osoby docházející do organizace externě (například canisterapeut). Významným socializátorem jsou vrstevníci seniorů, s nimiž se klient setkává denně při jídle, na společných aktivitách nebo chodbách.

Pro jedince hraje stále velkou roli i rodina, na kterou bývají často senioři upnutí, těší se na jejich návštěvy, vidí v nich oporu a světlý bod. Rodinu vnímají jako své poslední blízké, na něž se mohou obrátit. Někdy může být rodina zaměněna za pečovatele či další personál zařízení (Reichel, 2004, s. 177).

Při socializaci mohou seniorům pomoci nejen výše zmínění pracovníci organizace. Je dokonce žádoucí, aby byly využity rozličné přístupy, metody a techniky práce, které zajistí lepší průběh socializace. Různé techniky mohou být využívány nejen při společné aktivizaci seniorů, ale i při individuální práci s klientem (ať už pracovníků v přímé péči, zdravotního personálu či sociálních pracovníků). K jedincům je potřeba přistupovat holistickým přístupem. Je podstatné zaměřit se na jednotlivé potřeby seniorů, ale zároveň od sebe potřeby neoddělovat. Tak jako je celek tvořen z jednotlivých částí a bez jediného dílku není celek kompletní, i jedinec bez naplnění jedné z potřeb nemůže být plně spokojen (Kalvach a Onderková, 2006, s. 12). V kapitole 4.1 se dále konkrétně věnujeme pěti faktorům potřeb seniora.

V druhé kapitole byl vysvětlen pojem socializace. Celoživotní proces probíhá za pomoci různých socializátorů (rodina, škola, vrstevníci, masmédia...). Lze jej rozdělit do tří fází na primární, sekundární a terciární socializaci. V práci bude zaměřena pozornost na sekundární a terciární fázi, která probíhá u seniorů. Mimo jiné byla zmíněna resocializace, která je klíčová pro seniory měnící své sociální prostředí. V další části práce byla věnována pozornost poslední vývojové fázi Eriksonovy teorie osmi věků – integrity ega vs. zoufalství. Fáze byla popsána a vztažena na zahájení služby v pobytovém zařízení. Na závěr byly podrobněji vysvětleny činitele socializace seniorů v pobytových službách. Právě činitele pomáhají seniorům nejen s resocializací, ale i s adaptací.

4 Kvalita života seniorů

Spokojený život seniorů je otázka, která by neměla být opomenuta ani v této práci. Kapitola má zde své místo, jelikož kvalitně strávený život může zajistit seniorům lepší prožití stáří a snazší přijetí adaptace či poklidnější zvládnutí adaptačního syndromu.

V kapitole bude nejprve věnována pozornost pojmu kvalita, kdy bude vysvětleno, co zajišťuje kvalitu života seniorů v pobytových zařízeních. Krátce se budeme zabývat způsoby měření kvality a jako poslední budou zmíněny příklady, které mohou zajistit zlepšení kvality života seniorů.

Kvalita života není lehce uchopitelný pojem. Zaobírá se jím spousta oborů (psychologie, sociologie, sociální práce a mnoho dalších). Pojem se odvíjí od komplexnosti a složitosti lidského bytí, které je ovlivňováno spoustou vnitřních i vnějších vjemů (Heřmanová, 2012, s. 9–10).

Pojem vychází z pochopení a přijetí lidské existence, bytí a smyslu života. Při zkoumání kvality života jsou hledány zásadní činitelé života a vnímání vlastní osoby (Vážanský, 2010, s. 11). Jedinci a jejich kvalita života jsou ovlivňováni podmínkami, životním jednáním a zkušenostmi. Lidé během dospívání a dozrávání mohou měnit pohled na kvalitu života a její celkové vnímání. Pohled je ovlivněn nejen dospíváním, ale i zdravotním stavem, změnou hodnot, postojů. V seniorském věku je rozhodující aktuální zdravotní stav, schopnosti, obklopení dalšími lidmi, společenská i osobní pohoda (Dvořáčková, 2012, s. 26–29).

Seniory ovlivňuje z velké míry nejbližší sociální okolí. Senioři, kteří jsou obklopeni velkou skupinou osob, jsou v pravidelném kontaktu se svými dětmi a vnoučaty či jsou v blízkosti přátel, budou vnímat svůj život kvalitněji než osoba, která je osamocená, dostala se do tíživé situace a nedokáže si sama zajistit kontakt s druhými lidmi. Klienti zahajující službu v zařízení s trvalým pobytem se často dostávají do sociální izolace, která může kvalitu života ovlivnit. Na druhou stranu může senior získat spoustu nových sociálních kontaktů a kvalita se může výrazně zlepšit (Haškovcová, 2010, s. 53).

Kvalitu života lze rozdělit na subjektivní a objektivní. Mezi objektivní patří měřitelné a konkrétní životní podmínky jedinců. Lze zde zařadit průměrný příjem (mzda), vzdělání, dostupnou zdravotní péči, bydlení a další. Nesmí být opomenuty složitěji zjištěitelné podmínky, jako je například možnost volby. Výše zmíněné údaje se zkoumají

v pravidelných kvantitativních průzkumech na populaci. Při zkoumání je nutno zahrnout i množství faktorů, které můžou jedince a jejich rozhodnutí ohledně kvality života ovlivňovat (Heřmanová, 2012, s. 47–48).

Subjektivní hodnocení objektivní kvality života je pak vnímáno jako subjektivní kvalita života. Je opět nespočet okolností, které ovlivňují hodnotící faktory, jako je například věk, vzdělání, životní zkušenosti, typ osobnosti, religiozita, informace o bydlišti a další (Heřmanová, 2012, s. 47–48).

Existují také determinanty života působící na jedince a ovlivňující tak jeho kvalitu. Mohou být přímé – ovlivňují konkrétního jedince – životní styl, kvalita péče o jeho osobu, genetické dispozice a nespočet dalších. Nepřímé determinanty ovlivňují jedince zprostředkovaně a obecně. Patří zde společenská a ekonomická vyspělost společnosti, kulturní hodnoty nejen jedince, ale i celé společnosti, dokonce i politický systém (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2012, s. 66).

I přesto, že je kvalita života velice subjektivní a každý ji vnímá jinak, dá se do jisté míry objektivně změřit na základě metod sociologického výzkumu (Heřmanová, 2012, s. 41).

Měření kvality života lze provádět třemi způsoby. Prvním způsobem hodnotí kvalitu života sám jedinec. Tento způsob je nazýván jako subjektivní měření. Druhou možností je měření kvality života jinou osobou, což je objektivní měření. Druhá osoba posuzuje především zdravotní stav. Poslední způsob je kombinací subjektivního a objektivního měření. Měření kvality života je jedním z nejdůležitějších indikátorů, není však jednoduché (Křivohlavý, 2002, s. 165).

4.1 Kvalita života seniorů

Kvalita života nejen seniorů přímo souvisí s uspokojováním osobních potřeb. Pochopení, pomoc s naplněním smyslu života a respektování hodnot seniorů je základem pro zajištění spokojenosti s životem. Naplňování potřeb seniorů vede nejen ke spokojenosti, ale předchází i depresivním stavům a s tím souvisejícím zhoršujícím se zdravotním stavem (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 119).

Čevelová popisuje pět základních faktorů: fyzické i psychické zdraví, funkční prostředí, sociální a ekonomický kapitál, spirituální a existenciální potřeby.

Pokud se člověk cítí fyzicky zdravý a netrápí ho závažné nemoci ovlivňující jeho celkový stav, cítí se v životě více spokojený. Zdraví pak předurčuje odolnost organismu, jeho větší adaptabilitu na měnící se podmínky okolí. Psychické zdraví neobsahuje jen absenci nemocí, patří zde adaptace na nové životní podmínky, míra uspokojení, schopnost sebehodnocení, nepodceňování se, vytrvalost, odolnost, motivace i samotná radost. I přesto, že by osoba měla zajištěno fyzické a psychické zdraví, ale chybělo jí funkční prostředí, nikdy nemůže být plně spokojena. Funkční prostředí je vhodné prostředí odpovídající potřebám jedince, dostatečně velká sociální síť přátel i sociálních služeb zajišťující podporu v případě potřeby (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2012, s. 67–69).

Majetkové poměry, bydlení, znalosti a dovednosti, možnost seberealizace – to vše je sociálně ekonomický kapitál zajišťující více spokojenosti v životě. Mimo jiné jde i o dostupnost a hlavně pak účinnost sociální sítě jednotlivců (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2012, s. 67–69).

Spirituální a existenciální potřeby jedinců bývají často opomíjeny. V seniorském věku je ale mnohdy právě tato část nejvíce zásadní. Při jednání se seniorem procházejícím si adaptačním syndromem je podstatná práce s jeho hodnotami, vnímáním života, možnostmi jeho zhodnocení tak, aby byla zachována integrita jedince. Při opomenutí jedné z výše zmíněných determinant nemusí být jedinec plně spokojen. Je však potřeba přihlížet ke každému individuálně. Pro někoho může být více důležitý spirituální faktor, zatímco pro druhého fyzické zdraví a majetkové poměry (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2012, s. 67–69).

4.2 Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních

Zajišťování spokojenosti seniorů v pobytových zařízeních můžou pomáhat různé přístupy a pomůcky (výše zmíněná logoterapie, biografie klientů a podobně). Základní povinností, kterou musí mít vytvořenou dle zákona o sociálních službách každé registrované sociální zařízení, jsou standardy kvality.

Standardy kvality jsou zákonný, kontrolní a ochranný předpis, který ustanovilo Ministerstvo práce a sociálních věcí v souladu se zákonem o sociálních službách. Standardy zaručují uznávanou míru kvality. Pro sociální služby je definováno celkem patnáct standardů. Každý se zabývá specifickým tématem, které se zaměřuje na klienta služby a snaží se tím zajistit jeho ochranu. Ve standardech je zakotvena povinnost individuálního plánování s klienty služby, což přispívá zaměřením se na jednotlivé osoby využívající službu

a možnost individualizace služby. Standardy určují mimo jiné i možnost stěžování si na poskytování služby – o možnosti musí být klienti informováni (Mátl a Jabůrková, 2007, s. 17–18).

Standardy kvality ustanovují povinnost individuálně plánovat v sociálních službách. Primárním cílem této činnosti je zaměření na zvyšování kvality života jedinců využívajících sociální služby. Zadavatel individuálního plánování je samotný klient, realizátorem je pak klient ve spolupráci s pracovníky sociální služby. Pracovníci se snaží klientovi pomoci dosáhnout jeho přání, snaží se naplnit jeho nejen základní, ale i vyšší potřeby (Havrdová, 2010, s. 200).

Aby se pracovníci dokázali zorientovat v klientových přáních a potřebách, je tvořen ve službách každému seniorovi individuální plán, který je podrobně popisuje. Pracovníci se s plány seznamují a na jejich základě pak vykonávají svou práci. Individuální plány klientů jsou pravidelně hodnoceny a aktualizovány (Havrdová, 2010, s. 200).

Při tvorbě individuálního plánu je na klienta pohlíženo jako na rovnocenného partnera, který zná svou situaci nejlépe a on sám nejlépe ví, co mu pomůže nepříznivou sociální situaci vyřešit (Havrdová, 2010, s. 200).

Kromě individuálního plánování se samotným klientem je vhodné zaměřit se i na práci s rodinou seniora. Klienti často se zahájením služby v pobytovém zařízení přicházejí o kontakty s nejbližšími, které byly v domácím prostředí bez omezení. Sociální pracovníci se snaží kontakty s rodinou podporovat, umožňují návštěvy seniorů v zařízení, aby byla zachována klientova původní síť a tím podpořena jeho psychická pohoda. Rodina může zajistit podporu seniora v adaptaci na nové prostředí, může dát pracovníkům služby informace o péči a pocitech klienta, které mohou být rozhodující. Zapojení rodinných příslušníků do celkového procesu služby obecně zvyšuje kvalitu poskytované služby a kvalitu života seniorů (Matoušek, 2005, s. 170).

V poslední kapitole byla zaměřena pozornost na kvalitu života seniorů. Nejprve byl vymezen pojem kvalita života. Kvalita života byla rozdělena na subjektivní a objektivní. Byly popsány přímé a nepřímé determinanty, které ovlivňují spokojenost jedinců. Pozornost byla krátce věnována i měření kvality dle Krivohlavého – objektivní, subjektivní, kombinované.

V první podkapitole byla charakterizována kvalita života seniorů. Dle autorky Čeledové bylo popsáno pět determinant, které mohou po naplnění zajistit kvalitní život jedinců v seniorském věku. Při snaze o zajištění kvality je nutné posuzovat jedince v jejich celistvosti. I kdyby měl klient naplněné čtyři determinanty z pěti, může to způsobit jeho celkovou nespokojenost.

Poslední část byla zaměřena na seniory v pobytových službách. Krátce byly popsány standardy kvality, individuální plánování a spolupráce s rodinou. Všechny tyto zmíněné faktory mohou pomoci k dosažení větší spokojenosti seniorů, a tím zajistit lepší kvalitu života seniorů.

5 Sociální služba ve vybrané lokalitě

Pro výzkumnou část diplomové práce jsme si zvolili sociální službu domova pro seniory. Konkrétně se budeme zaměřovat na organizaci ve vybrané lokalitě, která má zaregistrované dvě zařízení domovů pro seniory.

V Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jsou kromě jiného definovány všechny sociální služby, které mohou být zaregistrované. Zákon nejprve rozlišuje druhy sociálních služeb – sociální poradenství, péče a prevence. Domov pro seniory spadá do druhu sociální péče. Formou se zařazuje do pobytové neboli rezidenční formy péče (kapitola 2.2).

„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby,“ (Zákon č. 108, §49, odst. 1 [Online]).

Jsou definovány konkrétní činnosti, které může poskytovatel péče v rámci zajištění služby nabízet svým klientům. Jedná se o: *„poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,“* (Zákon č. 108, §49, odst. 2[Online]).

Kromě Zákona o sociálních službách více rozvíjí službu domova pro seniory i Vyhláška 505/2006, kterou jsou prováděna některá ustanovení výše zmíněného Zákona. Vyhláška konkrétně rozepisuje, co spadá do jednotlivých činností. Například, že poskytnutí ubytování zahrnuje nejen samotné ubytování, ale i zajištění *„úklidu, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlen,“* (Vyhláška č. 505, § 15, odst. 1 [Online]). Dalším z bodů, které obsahuje právní předpis, je i nejvyšší možná částka, kterou si můžou poskytovatelé účtovat za úhradu. V letošním roce došlo k navýšení částky na 205 Kč za stravu a 250 Kč za ubytování.

Domov pro seniory ve vybrané lokalitě má v rámci Standardu kvality č. 1 definován veřejný závazek, kde je podrobně rozepsáno poslání, cíle, zásady a cílová skupina služby. Cílovou skupinou daného domova pro seniory jsou *„senioři (starší 65 let) se ztrátou soběstačnosti, případně se závažnými změnami zdravotního stavu, kteří z těchto důvodů*

nemohou žít ve své vlastní domácnosti a potřebují celodenní podporu a pomoc druhé osoby,“ (SENIOR [Online]).

Poslání služby je zaměřeno na poskytnutí důstojného života seniorům, kteří nemohou nadále žít ve svém vlastním prostředí z důvodu změny zdravotního stavu a ztráty soběstačnosti. Poslání zaručuje podporu vycházející z individuálních potřeb jedinců, která směřuje k rozvoji a případně udržení schopnosti sebepečce. Nedílnou součástí je i pomoc při zprostředkování kontaktů s okolím a rodinou. Poslání služby více dopodrobna definují cíle, které se zaměřují na individuální podporu a péči co nejvíce podobnou té v domácím prostředí, snahu o udržení soběstačnosti a podporu při udržení kontaktu se sítí klientových známých, blízkých a rodiny (SENIOR [Online]).

Veřejný závazek služby odpovídá Zákonu o sociálních službách a návazné Vyhlášce. Zajišťuje veškeré činnosti, které jsou v právním předpise ukotveny. Konkrétní domov pro seniory byl zvolen, jelikož zde pracuje autorka práce. S klienty máme navázaný vztah, a proto bude jednodušší získat potřebná data k provedení výzkumu týkajícího se adaptačního syndromu. Dané téma práce bylo zvoleno, jelikož jsme během naší praxe vyzorovali výskyt zmíněného adaptačního syndromu u klientů služby. Právě výzkum by pak mohl pomoci adaptačnímu syndromu předcházet či ho rychleji překlenout.

6 Výzkumná část

Druhá část diplomové práce se zabývá výzkumem adaptačního syndromu. V kapitole níže bude charakterizován design výzkumu. Zaměříme se dále na výzkumný problém a techniku sběru dat. Podrobně bude popsán výzkumný vzorek. Pozornost bude věnována postupu při realizaci výzkumu. Svě místo zde mají i etické aspekty a limity výzkumu. Jako poslední bude popsána hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky.

6.1 Design výzkumu

Pro diplomovou práci jsme zvolili kvantitativní výzkum. Daná metoda byla zvolena, jelikož výzkum bude prováděn v zařízení, kde je přes padesát klientů. Jinými metodami by nebylo možné zajistit v krátkém časovém období dostatek dat a jejich následné vyhodnocení by pak bylo příliš náročné.

Kvantitativní výzkum dedukuje neboli ověřuje již definované informace. Z tohoto vychází hlavní cíl výzkumné metody, což je zkoumání a ověřování hypotéz, které mají svůj základ v existujících teoriích (Disman, 2011, s. 286).

Při kvantitativním výzkumu se vyhodnocují data na matematickém a statistickém základu (Capra, 2006, s. 10). Jinak lze říct, že kvantitativním výzkum je cílené shromažďování dat, které vede k podrobnější statistické analýze (Kutnohorská, 2009, s. 21–22).

V kvantitativním výzkumu obvykle hrají roli hypotézy, ne vždy je ale potřeba, aby byly definovány. Jako hypotézu můžeme vnímat větu, která předpovídá výsledek výzkumu. Cílem pak je zjistit, zda je hypotéza reálná (Gavora, 2010, s. 56).

Ve výzkumu, který je prováděn v rámci naší diplomové práce, nejsou použity hypotézy. Při výzkumu nejde o porovnávání vztahu mezi dvěma proměnnými, ale o vyhodnocení a popis reálných dat.

6.2 Výzkumný problém

Za nežádoucí stav považujeme to, že senioři nejsou dostatečně připraveni na zahájení služby v zařízení s trvalým pobytem. A právě z tohoto důvodu pak u seniorů vzniká adaptační syndrom. Kalvach (2004, s. 362–363) popsal rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu. Faktory jsou výše uvedeny v tabulce (kapitola 2.1). V případě, že se u seniora objeví jeden či více činitelů, nastává větší pravděpodobnost zhoršené

schopnosti adaptace na nové prostředí. Například u seniora ve vyšším věku (přes osmdesát let) může náhle dojít ke změně jeho zdravotního stavu a dostane se do domova pro seniory (změní tím své bydliště). Přestože pak má kolem sebe pečující personál zajišťující veškerý komfort, může být senior pasivní k sebepečí. Cítí se osaměle a nedokáže se v tu chvíli přizpůsobit novému prostředí. Více se trápí, uzavírá se do sebe a pokud nemá zajištěnou dostatečnou podporu okolí, může jeho trápení skončit i smrtí.

Cílem diplomové práce je popsání rizikových faktorů, které nejvíce ovlivňují vznik adaptačního syndromu, aby se na ně mohla jednotlivá zařízení zaměřit a zajistit tak klidnější prožití zásadní změny v seniorově životě.

6.3 Technika sběru dat

V kapitole bude čtenář obeznámen s výběrem a popisem techniky sběru dat. Pro diplomovou práci jsme se rozhodli zvolit dotazníkové šetření.

Dotazník je jednou z nejrozšířenějších technik sběru dat. Je považován i za nejjednodušší techniku. Dotazník je sestaven z hlavní a dílčích výzkumných otázek výzkumu. Na začátek výzkumu by měl být respondent obeznámen s účelem výzkumu a jeho využitím. Neměla by být opomenuta i anonymita jednotlivých respondentů. Dotazník se pak skládá z jednotlivých otázek, které mohou být uzavřené, ale i otevřené. Dotazník pro daný výzkum je sestaven pouze z uzavřených otázek (Bártlová, Hnilicová 2000, s. 30).

Dotazník je vnímán jako jedna z nejjednodušších metod, jelikož není až tak složitý na sestavení a dokáže získat data od velkého počtu respondentů bez větší finanční náročnosti. Velkou nevýhodou ale může být zkreslení odpovědí – respondenti mohou otázku či odpověď pochopit jinak, než je zamýšlena (dvojsmyslná formulace). Další velkou nevýhodou je návratnost dotazníku. Abychom předešli této záporné stránce, rozhodli jsme se pro provedení dotazníkového šetření přímo s respondenty (Kutnohorská, 2009, s. 41–42). Senioři byli v zařízení výzkumníkem navštíveni. Výzkumník seniorům vysvětlil náležitosti dotazníku a zeptal se, zda souhlasí s výzkumným šetřením.

Jako kritéria dotazníku byly zvoleny dílčí výzkumné otázky, které budou popsány níže. Otázky byly tvořeny na základě již existujícího popisu rizikových faktorů vzniku adaptačního syndromu. Ke každé z dílčích otázek budou přiřazeny čtyři podotázky. To znamená, že celkově bude dotazník obsahovat třináct otázek týkajících se adaptačního syndromu a jednu otázku zjišťující popis osoby (věk). Vzhledem k tomu, že jde o

seniorskou skupinu, otázky budou formulovány krátce, bude použita pouze uzavřená forma a otázek nebude více, aby nebyli senioři unaveni délkou dotazníku.

6.4 Výzkumný vzorek

Skupina či soubor jednotek, které odpovídají kritériím daného výzkumu, lze považovat za výzkumný vzorek. Je to konkrétní vymezená skupina či určitý soubor jednotek (Disman, 2008, s. 113).

Miovský (2006, s. 135) popisuje výzkumný vzorek jako dříve definovaný fakt, který se vztahuje k respondentovi, což může být jedinec nebo případně určitá skupina. Podstatné je, aby při zapojení do výzkumu byla zapojena celá definovaná skupina (pokud možno všichni sociální pracovníci Zlínského kraje, všichni pracovníci určitého zařízení a podobně).

Náš výzkumný vzorek tvoří senioři, kteří jsou umístěni ve vybraném sociálním zařízení typu domova pro seniory. Seniorů je celkem v domově ubytováno padesát čtyři. Data se podařilo sebrat od třiceti šesti osob. Klienti byli osloveni pro ně v přirozeném prostředí, tj. v jejich bytové jednotce. Kritérium výběru seniorů do výzkumného vzorku bylo jediné, a to zajištění podmínky, aby senior využíval službu domova pro seniory ve vybraném zařízení.

6.5 Postup při realizaci výzkumu

Data byla vysbírána v organizaci, kde pracujeme. Se zástupci organizace byla sepsána dohoda o možnosti provedení výzkumného šetření v jejich prostorách. Při sbírání dat byli senioři navštíveni ve svém přirozeném prostředí – v bytové jednotce. V případě, že měl senior zájem, byl s ním dotazník projednán v jedné ze společenských místností vybraného zařízení.

Klientům byl nejprve objasněn účel výzkumu, byla zmíněna možnost předání výsledků celého výzkumu. Senioři byli dotázáni, zda souhlasí s provedením výzkumného sociálního šetření. Klientům byly otázky přečteny, pokud jim nerozuměli, byly přeformulovány a vysvětleny jiným způsobem. Dotazník byl pak seniorovi ponechán na pokoji a klient si jej sám vyplnil. Výzkumník dotazník druhý den vyzvedl.

Data byla sesbírána během jednoho týdne, kdy byli senioři navštěvováni vždy v odpoledních hodinách. Vzhledem k tomu, že byl dotazník od začátku upraven pro seniorskou skupinu (krátké otázky, malý počet otázek), zvládli jej senioři vyplnit během

jednoho dne. Klienti obvykle chtěli podrobněji popsat, o jaký výzkum se jedná, proč byli jako respondenti zvoleni právě oni. Během celého výzkumu ani jeden z respondentů neuvedl nesouhlas s provedením výzkumu.

Po sesbírání dat byla provedena jejich analýza a přepsání do excelovského souboru, kde byly ze zjištěných údajů dále zpracovány tabulky a grafy, díky kterým mohl být zjištěn výsledek výzkumu.

6.6 Etické aspekty a limity výzkumu

Při výzkumu je potřeba dodržet určité etické aspekty, které definuje Hendl ve své knize *Kvalitativní výzkum* (2016, s. 41). Patří zde: „*dostatečná anonymizace, bezpečná atmosféra, souhlas nahráváním, možnost odmítnutí, zajištění bezpečí zjištěných výsledků*“.

Zmíněné aspekty byly dodrženy – veškeré dotazníky byly plně anonymní, nebyla získána žádná data, která by zajistila možnost rozpoznání konkrétní osoby. Data byla sbírána v přirozeném prostředí seniorů, kde se cítí bezpečně, na respondenty nebyl při sběru dat vyvíjen tlak. Před začátkem dotazníkového šetření byli vždy senioři informováni o účelu dat a byla zmíněna možnost odmítnutí provedení výzkumu. Senioři byli ujištěni, že výsledky jsou anonymní a není možnost dohledání a spojení jednotlivých dotazníků s konkrétními osobami.

Při výzkumu bylo zjištěno hned několik limitů. Prvním limitem je znatelné genderové nevyvážené složení respondentů – odpovídalo mnohem více žen. Aktuální emoční rozpoložení seniorů také ovlivňovalo odpovědi, jež senioři vybírali. Covidová opatření, která se začínala objevovat během provádění výzkumu, mohla zcela znemožnit jeho dokončení. Kromě těchto opatření jsme měli obavy ze zhoršených zdravotních stavů klientů, kteří by se tak nemohli stát respondenty. Posledním, ale zároveň i největším limitem bylo nedostatek zkušeností s výzkumnou činností, respektive s kvantitativním výzkumem.

6.7 Hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky

V této podkapitole bude vymezena hlavní výzkumná otázka a vedlejší výzkumné otázky. Cílem práce je prozkoumat, jaké rizikové faktory identifikují adaptační syndrom u seniorů ve vybrané pobytové službě domov pro seniory.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké rizikové faktory mohou vyvolat u seniorů žijících ve vybraném domově pro seniory adaptační syndrom.

Aby byla naplněna hlavní výzkumná otázka, byly stanoveny tři vedlejší výzkumné otázky. Na každou z výzkumných otázek pak navazovaly operacionalizované otázky přímo v dotazníku. Vedlejší výzkumné otázky byly stanoveny na základě již definovaných rizikových faktorů autorem Kalvachem (viz výše). Každá z kategorií rizikových faktorů obsahuje jednotlivé činitele, které byly využity při sestavování výzkumných otázek.

Vedlejší výzkumné otázky:

HVO1: *Jaké jsou psychické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu?*

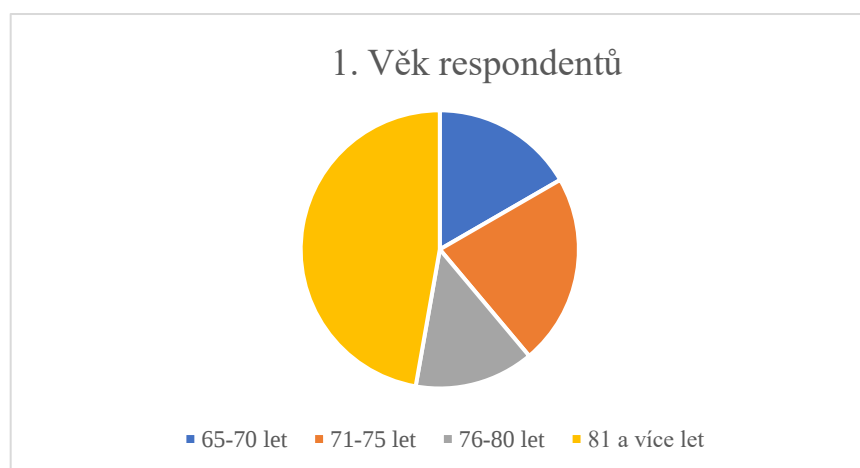
HVO2: *Jaké jsou sociální rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu?*

HVO3: *Jaké jsou biologické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu?*

7 Analýza a interpretace dat

V této kapitole bude čtenář seznámen s výsledky výzkumu, který byl proveden ve vybraném domově pro seniory. Postupně budou vyhodnoceny vedlejší výzkumné otázky a k nim budou přiřazeny jednotlivé otázky, které byly použity v dotazníku.

Úvod dotazníku tvoří identifikační otázka, která se zaměřuje na věkový rozptyl seniorů. Věk byl rozdělen do čtyř časových období. První odpovědí bylo období ve věku šedesát pět až sedmdesát let (cílová skupina domova pro seniory je od šedesáti pěti let, proto nebyla věková hranice nižší). Celkem ji zaznačilo šest seniorů. Druhým obdobím byl věk od sedmdesáti jedna do sedmdesáti pěti let – odpovědělo osm seniorů. Třetí období bylo od sedmdesáti šesti let do osmdesáti let – odpovědělo pět respondentů. Poslední období bylo od osmdesáti jedna let výše. Tuto odpověď zahrlo nejvíce seniorů – sedmnáct osob. Z grafu uvedeného níže jasně vyplývá, že většina seniorů ve vybraném domově pro seniory je starší 81 let.



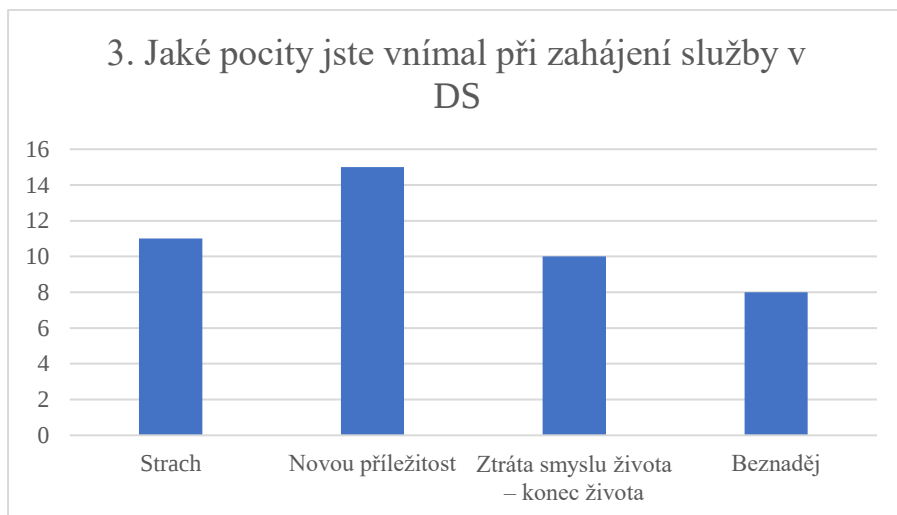
Graf 1 Věk respondentů

7.1 Jaké jsou psychické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu

Pod první vedlejší výzkumnou otázkou spadaly celkem čtyři operacionalizované otázky dotazníku. Mimo první dotazníkovou otázku mohli respondenti zahrávat i více než jednu odpověď. Na základě získaných dat můžeme prezentovat tyto výsledky.

Ptali jsme se seniorů „Co pro Vás znamená stárí“. Čtrnáct respondentů se shodlo na odpovědi utrpení. Druhou nejčastější odpovědí byla samota (devět). Osm respondentů zmínilo bolest a shodně šest seniorů zahrlo strach a volný čas. Tři z respondentů nevyplnili tuto otázku vůbec.

Druhá otázka dotazníku patřící ke zkoumání psychických faktorů vzniku adaptačního syndromu zněla „Jaké pocity jste vnímal při zahájení služby v domově pro seniory“. Patnáct respondentů odpovědělo, že vnímají zahájení jako novou příležitost. Jedenáct seniorů pociťovalo strach. Jen o jednoho méně, tj. deset seniorů vnímalo zahájení jako ztrátu smyslu života. Nejméně seniorů (osm) vybralo odpověď beznaděj. Zajímavým zjištěním bylo, že poměrně dost seniorů (viz graf uvedený níže) vnímá pobytovou službu jako něco nového, co dokáže zajistit hezčí konec života.



Graf 2 Jaké pocity jste vnímal při zahájení služby v DS

Dotazovali jsme se, co pro seniory znamená služba domova pro seniory. Nejvíce seniorů (osmnáct) vnímá službu jako dostatečnou péči. Šestnáct osob odpovědělo, že to vnímají jako možnost k hezkému strávení konce života. Poměrně o dost méně osob zaznačilo možnost vězení (šest respondentů).

Poslední otázkou výzkumu zkoumající psychické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu byl dotaz na to, co nejvíce senioři v pobytové službě postrádají. Tři ze všech respondentů nevybrali žádnou z odpovědí. Devatenáct seniorů vybralo rodinu. Dále seniorům chybí dřívější zvyky a rituály (deset odpovědí). Pět seniorů vybralo domácí prostředí a soukromí. Nejméně seniorům (tři) chybí přátelé.

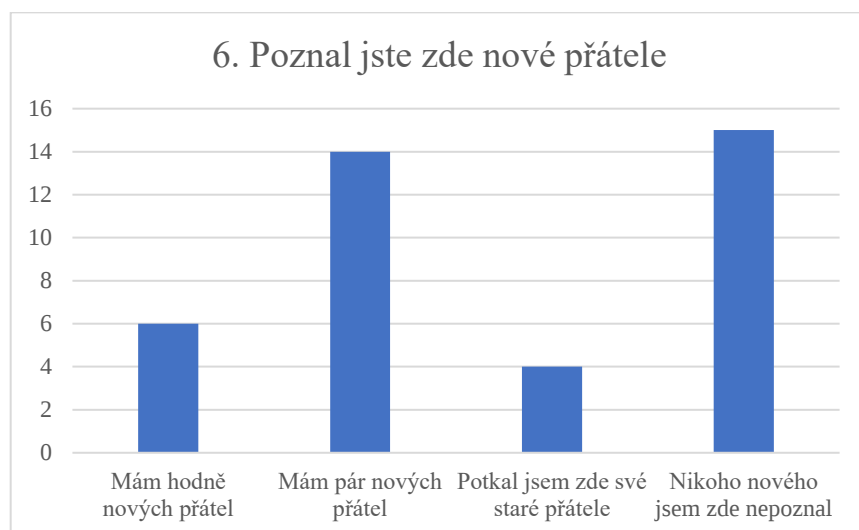
Shrnutí k vedlejší výzkumné otázce č. 1

Cílem první vedlejší výzkumné otázky bylo zjistit, které psychické rizikové faktory mají největší podíl na vzniku adaptačního syndromu. V odpovědích se často objevovalo utrpení, bolest, což může u klientů vyvolat duševní onemocnění. Respondenti vybírali v rámci otázky významu služby nejvíce dostatečnou péči, což u některých to může znamenat

opečování – ztráta chuti k péči o vlastní osobu. V poslední otázce klienti zmiňovali nejvíce rodinu, což již spíše zasahuje do sociálních rizikových faktorů.

7.2 Jaké jsou sociální rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu?

Druhou vedlejší výzkumnou otázku jsme zkoumali na základě čtyř otázek v dotazníku. Prvně jsme se dotazovali, zda v pobytovém zařízení senior potkal nové přátele. Nejvíce vybírali respondenti dvě možnosti – patnáct seniorů označilo, že zde nikoho nového nepoznali. Čtrnáct osob naopak se zahájením služby získalo pár nových přátel. Šest osob zmínilo, že zde mají hodně nových přátel a čtyři z respondentů potkali své staré známé. Dle grafu lze rozdělit respondenty na dvě skupiny – jedna tráví čas spíše v pokoji o samotě, druhá skupina navštěvuje společné aktivity, dochází do společnosti svých vrstevníků, kde si jsou schopni udělat nové přátele.

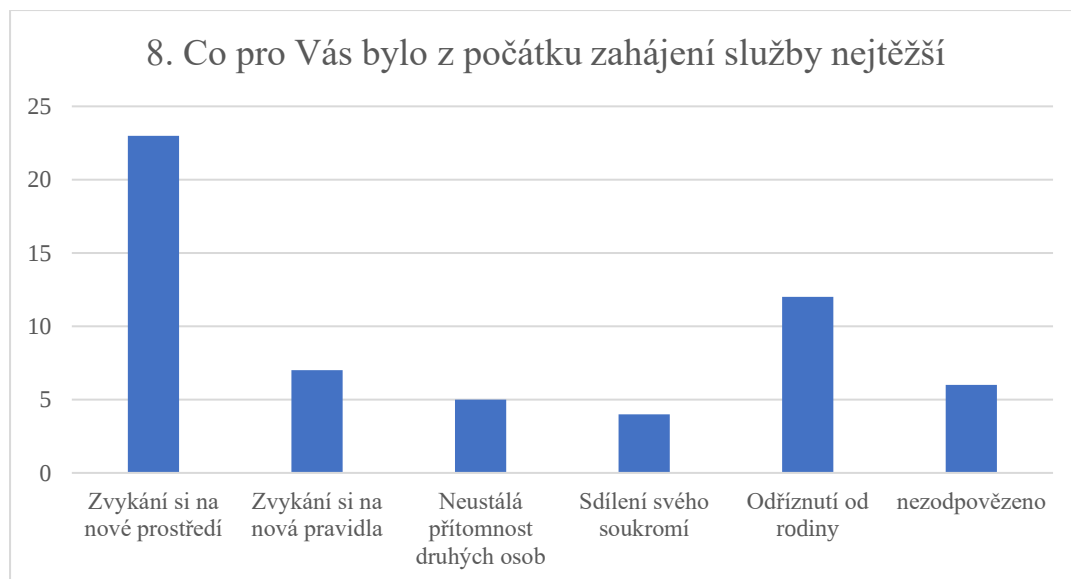


Graf 3 Poznal jste zde nové přátele

Snažili jsme se zjistit, jak často je senior v osobním kontaktu s rodinou a přáteli. Valná většina respondentů vybrala možnost, že jsou pravidelně navštěvováni rodinou, ale ne přáteli (dvacet šest osob). Šest respondentů je navštěvováno jak rodinou, tak i přáteli. Tři senioři zmínili, že nemají nikoho a jeden senior označil možnost, že ho rodina ani přátelé nenavštěvují. Jeden respondent odpověděl, že jej sice rodina nenavštěvuje, ale přátelé ano.

Dotazovali jsme se, co bylo pro seniory na počátku zahájení služby nejtěžší. Dvacet tři respondentů (většina) vybrala možnost zvykání si na nové prostředí. Pro dvanáct seniorů bylo nejtěžší odříznutí od rodiny. Senioři si dále těžko zvykali na nová pravidla (sedm), že je v pobytovém zařízení pořád někdo přítomen (pět) a musí s ostatními sdílet své soukromí

(čtyři). Šest z respondentů nevybralo žádnou z možných odpovědí. Z grafu vyplývá, že změna prostředí je pro seniory nejzásadnějším faktorem. Další z možností pak nejsou pro seniory tak podstatné.



Graf 4 Co pro Vás bylo z počátku zahájení služby nejtěžší

Ptali jsme se seniorů, co by mohlo zajistit lepší a klidnější zahájení služby v pobytovém zařízení. Sedm ze seniorů na otázku neodpovědělo. Dvacet seniorů zmínilo podporu rodiny, jako podstatnou část, která pomáhá překonat složitou fázi v životě. Možnost dřívějšího prohlédnutí zařízení, různé zpětné vazby a doporučení dalších osob zmínilo deset respondentů. Otevřenost novým zkušenostem vnímalo 6 respondentů jako důležitou součást. Jeden z respondentů zatrhl možnost spolupráce s odborníky.

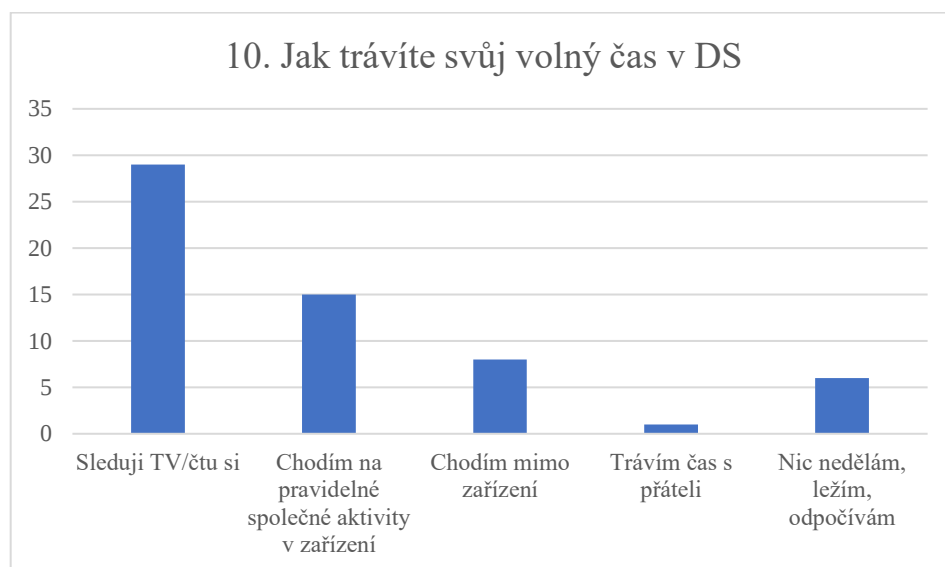
Shrnutí k vedlejší výzkumné otázce č. 2

Ve druhé vedlejší výzkumné otázce jsme zkoumali sociální rizika vzniku adaptačního syndromu. Cílem bylo zjistit, která sociální rizika mají podíl na zhoršené schopnosti adaptace seniora v pobytové službě. Z odpovědí klientů nejvíce rezonovala osamělost, která se projevuje například odříznutím od rodiny. Zároveň respondenti často uvádějí, že právě rodina a blízcí zajišťují lepší zvykání si na nové prostředí.

Bylo zjištěno, že změna bydliště – prostředí k bydlení, má zásadní vliv na prožívání klientů v pobytových službách. Seniori uváděli, že možnost dřívějšího poznání domova pro seniory by mohlo zajistit lepší zvykání si na zásadní změnu v jejich životě.

7.3 Jaké jsou biologické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu?

Poslední výzkumná otázka obsahuje stejně jako ty předchozí čtyři otázky dotazníku. Jako první jsme zkoumali, jak senioři tráví v zařízení svůj volný čas. Téměř všichni senioři (dvacet devět) vybralo možnost sledování TV, čtení, rádio a podobně. Další z odpovědí, kterou vybíralo větší množství respondentů, bylo využívání pravidelných společných aktivit (patnáct). Menší část seniorů vybrala možnost chodit na vycházky mimo prostor organizace (osm). Šest respondentů zmínilo, že nedělají nic, jen leží a odpočívají. Pouze jeden zmínil, že tráví čas přáteli. Dle grafu a získaných údajů většina seniorů tráví čas spíše o samotě při individuálních činnostech. Část klientů si dokáže čas vyplnit i v rámci dalších aktivit pořádaných ve službě.



Graf 5 Jak trávíte svůj volný čas v DS

„Jakým způsobem by měl podle Vás senior v DS žít“ byla jedenáctá otázka dotazníku. Šestnáct seniorů zmínilo trávení času s rodinou nebo přáteli, dvanáct osob doporučuje trávení času v kolektivu vrstevníků, ale zároveň zachování i vlastního volného času stráveného o samotě. Devět seniorů upřednostňuje trávení času jen o samotě, a naopak sedm seniorů si myslí, že by bylo nejlepší být co nejvíce mezi vrstevníky.

Senioři byli dotazováni na svůj životní styl před zahájením služby v domově pro seniory. Šestnáct seniorů shodně uvedlo dvě odpovědi. U první z nich životní styl spočíval v běžném zajištění denních činností, a naopak druhá skupina charakterizovala svůj předchozí životní

styl jako bez chuti k životu či bez smyslu bytí. Jedenáct respondentů si myslí, že měli zdravý životní styl před zahájením služby.

V poslední otázce dotazníkového šetření byla položena otázka na důvod zahájení služby v pobytovém zařízení. Dvacet tři respondentů uvedlo jako důvod zahájení služby zhoršený zdravotní stav. Absence pečující osoby byl druhý nejčastější důvod zahájení (sedmnáct respondentů). Čtrnáct seniorů zmínilo, že neměli doma vyhovující prostředí a šest respondentů uvedlo zásadní zlom ve ztrátě partnera.

Shrnutí k vedlejší výzkumné otázce č. 3

Cílem poslední vedlejší výzkumné otázky bylo vyzkoumat, která biologická rizika ovlivňují vznik adaptačního syndromu. Pro většinu seniorů bylo důvodem zahájení služby v domově pro seniory zhoršení zdravotního stavu. Proto je nemoc jedním z rizikových faktorů, které ovlivňují adaptaci seniorů.

Vzhledem k zjištěným způsobům trávení volného času seniorů vyplývá, že velká část seniorů tráví čas v ústraní sama na pokoji při sledování TV či u dalších individuálních činností, které jsou ve většině prováděny na lůžku. Proto může být jedním z vyplynulých rizikových faktorů i nízká mobilita. Seniori mají všeobecně poměrně málo pohybu, který by jinak mohl zajišťovat větší spokojenost s životem, a tím pádem i klidnější zahájení služby.

8 Diskuse

Tak jako v našem výzkumu i další výzkumníci a autoři (například Vágnerová, 2007) popisují, že nejčastějším důvodem přechodu do pobytového zařízení je zhoršený zdravotní stav. Plívová (2014, s. 47) ve své diplomové práci zkoumající zahajování služby v pobytovém zařízení potvrzuje i námi získanou informaci. Všichni z dotazovaných seniorů zmínili, že právě zhoršená soběstačnost rozhodla o nástupu služby. Zhoršený zdravotní stav vnímáme jako nejpodstatnější rizikový faktor ovlivňující vznik adaptačního syndromu. V daném výzkumu senioři popisují, že pro ně bylo velmi náročné zvyknout si, že se již o sebe nedokážou postarat – přijmout fakt, že je nutná dopomoc druhé osoby. Dále zmiňují, že se při zahájení cítili hůře ti, kteří o službě, kam nastupovali, nevěděli vůbec nic. Což znamená, že znalost dané organizace může zajistit plynulejší a snazší přechod adaptačním syndromem v pobytovém zařízení.

Měříčková (2017, s. 57–61) ve své diplomové práci popisující adaptační proces seniorů vyzdvihuje zapojení rodiny do práce se seniorem. I v našem výzkumu samotní senioři zmiňují ve více než dvou otázkách, že právě rodina zajišťovala lepší adaptaci. Pokud dojde k odříznutí seniora od jeho přirozených rodinných vazeb, na které je zvyklý, a přestěhování do pobytového zařízení z domácnosti, kde byl pořád s rodinou, najednou se cítí „osamělý“. Je pro něj těžké zvyknout si na nové prostředí a adaptovat se. Zákaz či omezení návštěv u seniorů také mohou způsobovat komplikace. Doporučením k vyhnutí se adaptačnímu syndromu, případně lehčího a hladšího zvládnutí adaptace, je pak úzká spolupráce s rodinou a blízkými klienta a co největší možnost zapojení rodiny do péče o svého blízkého. Autorka vyzdvihuje i aktivizační programy zajišťující vyplnění volného času seniora, jehož takové aktivity mohou přivést na jiné myšlenky a vytrhnout ho z jeho smutných nálad a prožívání. Díky aktivizačním programům senior získává další přátele, kteří mu pomáhají překonat obtížné období života (často s poskytnutím vlastních rad na základě dříve prožitého). Výzkum Měříčkové rozvíjí námi získané informace.

„Hlavně v počátku adaptačního procesu je velmi důležitý citlivý a vstřícný přístup zaměstnanců domova, kteří velkou měrou přispívají ke spokojenosti seniorů,“ (Babůrková, 2017, s. 37). Jak píše Babůrková, nejen rodinní příslušníci, ale i personál zařízení je schopen ovlivnit plynulejší zahájení pobytové sociální služby.

Delafonteyne (2020, s. 62–65) v diplomové práci popisuje, že senioři, kteří si mohli dříve seznámit se zařízením, se dokázali lépe adaptovat na nové životní podmínky v rezidenčním zařízení. Výzkumník vyzdvihuje i práci sociálního pracovníka či adaptačního pracovníka, který může zajistit hladší proces. Tato informace nebyla v našem výzkumu seniory potvrzena. Senioři sice zmiňovali, že dřívější znalost zařízení je přínosná, ale komunikaci s odborníky (jakožto i sociálním pracovníkem) vyzdvihl jen jediný respondent. Autorka podobně jako výše zmínění opět vyzdvihuje aktivizaci seniorů a tím i možnost většího seznámení se s dalšími klienty a chodem zařízení domova. Další podstatnou informací je individuální přístup pracovníků k jednotlivým seniorům, ať už se týká péče či komunikace. S tím se pojí i předávání zodpovědnosti klientům na rozdíl od přebírání zodpovědnosti za péči o ně samotné. Senioři ve výzkumu Delafonteyne zmiňují i soukromí a neustálou přítomnost střídajícího se personálu jako jednu z věcí, která jim znemožňuje rychlejší adaptaci. Autorka uvádí, že pro adaptaci seniora na nové zařízení je podstatný důvod zahájení služby a možnost jeho svobodné volby. Senioři, kteří byli již na možnost přestěhování do rezidenčního zařízení připraveni dříve, si mohli o zahájení sami rozhodnout. Následně pak adaptaci zvládají lépe než ti, u kterých došlo k náhlé změně celkového stavu a neměli dostatek prostoru na promyšlení a svobodné rozhodnutí o své vlastní situaci.

Výzkumy více méně rozvíjí zjištění, která byla získána i v rámci našeho dotazníkového šetření, které zkoumalo adaptační syndrom. Přímo adaptační syndrom zkoumá jen minimum výzkumníků, ovšem informace bylo možné shromáždit i z výzkumů zaobírajících se adaptačním procesem seniorů.

9 Závěr

Diplomová práce se věnuje adaptačnímu syndromu jako socializačnímu problému seniorů v pobytovém zařízení. Cílem práce bylo zjistit, jaké rizikové faktory mohou vyvolat u seniorů žijících ve vybraném domově pro seniory adaptační syndrom. Abychom dokázali zjistit hlavní výzkumnou otázku, stanovili jsme si tři vedlejší výzkumné otázky. Vycházeli jsme přitom z již definované tabulky rizikových faktorů. Tabulka je rozdělena do tří kategorií: na psychické, sociální a biologické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu. Stejně jsou rozděleny i vedlejší výzkumné otázky.

Naše práce začíná teoretickou částí, kde je nejprve vymezena metodika diplomové práce, dále se věnujeme adaptaci a s tím souvisejícímu pojmu syndrom, dále konkrétně adaptačnímu syndromu a své místo zabírá i existencionální východisko. Druhou kapitolou je socializace a její vliv na seniora v pobytovém zařízení. Krátce jsou popsáni socializační činitelé seniorů. Rozhodli jsme se zahrnout i kapitolu o kvalitě života seniorů v pobytových zařízeních. Před výzkumnou částí je popsána i vybraná sociální služba, kde byl proveden výzkum.

Ve výzkumné části je popsán design výzkumu – zvolili jsme kvantitativní výzkum. Výzkumným problémem je čím dál tím častější výskyt adaptačního syndromu u seniorů v pobytových zařízeních. Zvolili jsme jako techniku sběru dat dotazníkové šetření, které bylo provedeno u seniorů ve vybrané pobytové službě. Kritérium pro výběr respondentů bylo pouze jedno, a to využívání služby domova pro seniory. Popsali jsme i postup při realizaci výzkumu a etické aspekty a limity výzkumu. Jako velký limit vnímáme nedostatek zkušeností výzkumníka s prováděním výzkumného šetření. Poslední částí před interpretací dat zaujímá definování hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek.

Intepretace sesbíraných dat je seřazena do tří částí, dle definování vedlejších výzkumných otázek. První vedlejší výzkumná otázka zkoumala, jaké jsou psychické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu. Celkem byly na tuto výzkumnou otázku položeny v dotazníku čtyři otázky. Respondenti ve výzkumu zmiňovali hlavně samotu, strach a utrpení, což může vést k různým psychickým nemocem či stavům zmatenosti. U některých byl zaznamenán dle odpovědí pasivní postoj k životu. Toto jsou rizikové faktory, které nejvíce rezonovaly v dané oblasti. Na základě aktuálních zjištění je vhodné seniorům po zahájení věnovat více pozornosti, aby se necítili osamocení a aby nemuseli mít obavy.

Druhá vedlejší výzkumná otázka zní „*Jaké jsou sociální rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu*“. I pro tuto výzkumnou otázku byly v dotazníku využity čtyři dotazy. V odpovědích nejvíce rezonovala samota a změna životního stylu a prostředí. Senioři hojně uváděli rodinu jako velmi podstatnou součást procesu, která jim pomohla překonat adaptaci. Doporučením pro praxi je proto co největší možná spolupráce s rodinou klienta, umožnění co nejčastějších návštěv a pokud možno i spolupráce v rámci péče a účasti na aktivitách. Mimo to senioři, kteří uvedli, že se mohli předem seznámit se zařízením, kde nastupovali (dřívější prohlídka, samotný výběr zařízení), v dotazníku sdělili, že jim tato skutečnost usnadnila adaptaci. To potvrzují i jiné výzkumy zmíněné v kapitole Diskuse.

Poslední výzkumná otázka řeší biologické rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu (znovu čtyři otázky v dotazníkovém šetření). U většiny seniorů byl důvodem zahájení služby v domově pro seniory zhoršený zdravotní stav často provázen imobilitou (jeden z rizikových faktorů). Dále i nedostatek pohybu – trávení času v pokoji sledováním televize či čtením (probíhá obvykle v lůžku). Překonání adaptačního syndromu by mohlo pomoci trávení času s ostatními vrstevníky v rámci společných aktivit. Probíhají obvykle ve společenských místnostech, kam musí senior dojít – pohybuje se a zároveň netráví čas jen o samotě.

Navrhované opatření pro praxi:

- Jako nejpodstatnější proto vnímám, aby byla v domovech pro seniory věnována nadměrná pozornost seniorům, kteří v nich zahajují službu. Senioři by měli být alespoň jedenkrát týdně (nejlépe vícekrát) navštěvováni sociálním pracovníkem, který seniorům dopomáhá s adaptací na nové zařízení. V případě potřeby rovněž dokáže zprostředkovat podporu pracovníka s psychoterapeutickým výcvikem, který zajistí potřebnou psychickou podporu.
- Dále je vhodné seniory co nejvíce aktivizovat, aby netrávili čas jen v pokoji o samotě, ale mohli být v kontaktu s dalšími vrstevníky, kteří jim zajistí rozptýlení. Navíc jim mohou sdělit své vlastní zkušenosti, jež jim pomohly s adaptací. V rámci kolektivních aktivit je vhodné využití muzikoterapie či arteterapie. Senioři reagují na aktivity podobného rázu dobře, cítí se při nich uvolněněji. Poměrně dobře se klienti pobytových služeb zapojují do domácích prací (zapojení se do prací zajišťujících chod samotné služby – loupání cibule pro kuchyň...). Pokud není

možné u seniora provést přesun na společnou aktivizaci, je vhodné navštívit seniora na pokoji a provádět individuální aktivitu, aby měl volný čas vyplněn smysluplnými činnostmi a neměl tolik prostoru na přemýšlení, které může způsobit větší rozrušení seniorů. V rámci individuální aktivizace je vhodné využít reminiscenci a další podobné dle dřívějších zálib a zájmů seniora.

- Nejzásadnějším opatřením, které je v praxi využitelné, je zapojení rodiny do celkového procesu využití domova pro seniory. Jak ukazuje náš i jiné výzkumy, senioři vnímají svou rodinu jako to nejpodstatnější. Proto je vhodné, aby rodina měla co nejvolnější a nejčastější přístup do služby a mohla svého rodinného příslušníka navštěvovat často. Vhodné je zapojit rodinu i do samotné péče o seniora a třeba i do společných aktivit. Pokud senior nebyl dříve tolik v kontaktu s rodinou či svými přáteli, mohou sociální pracovníci vypomoci s vyhledáním a zkontaktováním zmíněných.

10 Bibliografický seznam

ALTEROVÁ, Lucie. 2020. *Proces přijímání a adaptace nových klientů v domově pro seniory*. Praha (bakalářská práce). Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce.

BABŮRKOVÁ, Veronika. 2017. *Adaptační proces seniorů v Domově pro seniory Pohoda*. České Budějovice (bakalářská práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ. 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3311-2.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. *The British Medical Association illustrated medical dictionary*. London: Dorling Kindersley. [online]. Dostupné online. ISBN 0-7513-3383-2, ISBN 978-0-7513-3383-1.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

DELAFONTEYNE, Petra. 2020. *Adaptační proces nově příchozích klientů domova pro seniory*. Olomouc (diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

DISMAN, Miroslav. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, Sociologie (Grada). 978-80-246-1966-8.

DLABALOVÁ, Irena a Dana KLEVETOVÁ. 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

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

FRANKL, Viktor. 2005. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-085-1.

GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stárí*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAVRDOVÁ, Zuzana. 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. ISBN 978-80- 87398-06-7.

HENDL, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0219-6.

HELUS, Zdeněk. 2015. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4674-6.

HEŘMANOVÁ, Eva. 2012 *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. Studijní texty. ISBN 978-80-7419-106-0.

HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE. 2006. *Sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.

HLAVÁČOVÁ, Gabriela. 2003. Přejít seniorů do domova důchodců. *Sociální práce* 2003/2. ISSN 1212-6204

CHU, Briana. a kol. 2022. *Physiology, Stress Reaction*. [Online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>

JANDOUREK, Jan. 2008. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2397-6.

JANDOUREK, Jan. 2009. *Úvod do sociologie*. Praha: Grada. ISBN 80-7178-749-3.

KALVACH, Zdeněk. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.

KELLER, Jan. 2012. *Úvod do sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-102-2.

KRAUS, Blahoslav a Věra Poláčková. 2001. *Člověk-prostředí-výchova: K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 9788073150044.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1994. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7195-404-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Sociologie. ISBN 978-80-247-2713-4.

LÄNGE, Alfried. 2002. *Smysluplně žít*. Brno: Cesta. ISBN 978-80-7295-037-9.

MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. 2007. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR: [výstupy z aplikovaného výzkumu]*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-499-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002.

MĚŘIČKOVÁ, Jitka. 2018. *Adaptační proces seniorů v pobytové péči*. Praha (diplomová práce). Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF - Katedra psychosociálních věd a etiky.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 80-247-1362-4.

ORESTEIN, Gabriel a Lindsay LEWIS. 2021. *Eriksons Stages of Psychosocial Development*. [online] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/>

PACOVSKÝ, Vladimír. 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: SCIENTIA MEDICA. ISBN 80- 85526-32-8.

PLÍVOVÁ, Eva. 2014. *Faktory ovlivňující zvládání adaptace seniorů při přechodu z domácího prostředí do prostředí domova pro seniory v první fázi adaptačního procesu*. Brno (diplomová práce). Masarykova Univerzita.

RAHGOZARL, Shirin a Lydia GIMENEZ-LLORT. 2020. *Foundations and Applications of Logotherapy to Improve Mental Health of Immigrant Populations in the Third Millennium*. [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7290245/>

REICHEL, Jiří. 2004. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 8086432807.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

SELYE, Hans. 1966. *Život a stres*. Bratislava: Obzor.

SENIOR Otrokovice. [online]. Dostupné z: <http://www.senior-otrokovice.cz/>

STAŠOVÁ, Leona a Hana SERBOUSKOVÁ. 2012. *Mezilidské vztahy v rodině v percepci dětí mladšího školního věku*. Brno: Sociální studia, 2/2012. ISSN 1803-6104.

SURYNEK, Alois, NOVÝ, Ivan a kol. 2006. *Sociologie pro manažery a ekonomy*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-1705-0.

ŠOLCOVÁ, Iva. 2019. Integrita a zoufalství ega v Eriksonově koncepci stáří. *Československá psychologie*. ročník LXIII. číslo 4. [online], dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Iva-Solcova-2/publication/335543284_Integrita_a_zoufalstvi_ega_v_Eriksonove_koncepci_stari_Ego_integrity_and_despair_in_Erikson's_conception_of_old_age/links/5d84ded6299bf1996f82a71a/Integrita-a-zoufalstvi-ega-v-Eriksonove-koncepci-stari-Ego-integrity-and-despair-in-Eriksons-conception-of-old-age.pdf

ŠVANCARA, Josef. 2004. Adaptace v seniu a preseniu. In *Gerontologie a Geriatrie*. 1. vyd. Praha: Grada.

VÁGNEROVÁ, Marie. 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese :variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁVROVÁ, Soňa. 2015. Decision-making in seniors regarding residential social services. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. Paris: Elsevier Science B.V. ISSN 1877-0428. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815007624>.

VÁŽANSKÝ, Mojmír. 2010. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD. ISBN 9788073921309.

VYHLÁŠKA č. 505 ze dne 15. 11. 2006 o provádění některých ustanovení zákona o sociálních službách (zákon o sociálních službách). [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.

ZÁKON č. 108 ze dne 14. 3. 2006 o sociálních službách (zákon o sociálních službách). [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

11 Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tabulka 1 Adaptační syndrom - reakce na chronický stres	9
Tabulka 2 Rizikové faktory vzniku adaptačního syndromu	9

Grafy

Graf 1 Věk respondentů	39
Graf 2 Jaké pocity jste vnímal při zahájení služby v DS	40
Graf 3 Poznal jste zde nové přátele.....	41
Graf 4 Co pro Vás bylo z počátku zahájení služby nejtěžší	42
Graf 5 Jak trávíte svůj volný čas v DS.....	43

12 Seznam zkratek

DS	domov pro seniory
GAS	general adaptation syndrom
HVO	dílčí výzkumná otázka

13 Přílohy

Příloha č. 1 Operacionalizace

Věk

HVO1 Jaké jsou psychické rizikové faktory vzniku GAS

Co pro Vás znamená stárání?

Jaké pocity jste vnímal při zahájení služby v domově pro seniory?

Co pro Vás znamená služba domova pro seniory?

Kdybyste se měl zamyslet, co nejvíce postrádáte v domově pro seniory?

HVO2 Jaké jsou sociální rizikové faktory vzniku GAS

Poznal jste zde nové přátele v domově pro seniory?

Jak často jste v kontaktu se svými přáteli či rodinou?

Co bylo pro Vás nejtěžší z počátku zahájení služby?

Co by měl udělat člověk, aby lépe zvládl zahájení služby v domově pro seniory?

HVO3 Jaké jsou biologické rizikové faktory vzniku GAS

Jak trávíte svůj volný čas v domově pro seniory?

Jakým způsobem by měl podle vás senior v domově pro seniory žít?

Jaký byl Váš životní styl před zahájením služby v domově pro seniory?

Co bylo důvodem pro zahájení služby v domově pro seniory?

Dotazník pro klienty vybrané pobytové služby

- 1) Věk
 - a) 65-70 let
 - b) 71-75 let
 - c) 76-80 let
 - d) 81 a více let

- 2) Co pro Vás znamená stárí?
 - a) Bolest
 - b) Utrpení
 - c) Strach
 - d) Volný čas
 - e) Samota

- 3) Jaké pocity jste vnímal při zahájení služby v domově pro seniory?
 - a) Strach
 - b) Novou příležitost
 - c) Ztráta smyslu života – konec života
 - d) Beznaděj

- 4) Co pro Vás znamená služba domova pro seniory?
 - a) Vězení
 - b) Příležitost k hezkému strávení konce života
 - c) Dostatečná péče

- 5) Kdybyste se měl zamyslet, co nejvíce postrádáte v domově pro seniory?
 - a) Rodinu
 - b) Přátele
 - c) Domov (prostředí)
 - d) Soukromí
 - e) Dřívější zvyky, rituály (péče o zahradu, setkávání se s přáteli, domácí mazlíček...)

- 6) Poznal jste zde nové přátele?
 - a) Mám hodně nových přátel
 - b) Mám pár nových přátel
 - c) Potkal jsem zde své staré přátele
 - d) Nikoho nového jsem zde nepoznal

- 7) Jak často jste v kontaktu se svými přáteli či rodinou?
 - a) Rodina i přátelé dochází pravidelně
 - b) Rodina dochází pravidelně, přátelé ne
 - c) Rodina ani přátele mě nenavštěvují
 - d) Přátele mě navštěvují pravidelně, rodina ne
 - e) Nemám nikoho

- 8) Co bylo pro Vás nejtěžší z počátku zahájení služby?
 - a) Zvykání si na nové prostředí

- b) Zvykání si na nová pravidla
 - c) Neustálá přítomnost druhých osob
 - d) Sdílení svého soukromí
 - e) Odříznutí od rodiny
-

- 9) Co by měl udělat člověk, aby lépe zvládl zahájení služby v domově pro seniory?
- a) Znalost služby (navštívení domova, zpětná vazba o službě, doporučení)
 - b) Podpora rodiny či přátel
 - c) Být otevřený novým zkušenostem
 - d) Spolupráce s odborníky (sociální pracovník, psycholog...)
-

- 10) Jak trávíte svůj volný čas v domově pro seniory?
- a) Sleduji TV/čtu si
 - b) Chodím na pravidelné společné aktivity v zařízení
 - c) Chodím mimo zařízení
 - d) Trávím čas s přáteli
 - e) Nic nedělám, ležím, odpočívám
-

- 11) Jakým způsobem by měl podle vás senior v domově pro seniory žít?
- a) Trávit čas hlavně o samotě
 - b) Vidat se s ostatními klienty, ale mít prostor i pro svůj volný čas
 - c) Být co nejvíce s ostatními klienty
 - d) Vidat se s rodinou či přáteli
-

- 12) Jaký byl Váš životní styl před zahájením služby v domově pro seniory?
- a) Zdravý životní styl (hodně pohybu, zdravá strava)
 - b) Běžné zajištění denních činností (úklid, zahrada, příprava jídla)
 - c) Bez smyslu bytí, nechut' k životu
-

- 13) Co bylo důvodem pro zahájení služby v domově pro seniory?
- a) Zhoršený zdravotní stav
 - b) Absence pečující osoby
 - c) Nevyhovující domácí prostředí
 - d) Ztráta partnera
-

Děkujeme za vyplnění dotazníku!