

Potřeby a důvody seniorů odcházejících do vybraných domovů pro seniory

Marcela Vaculínová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marcela VACULÍNOVÁ**
Osobní číslo: **H09190**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Potřeby a důvody seniorů odcházejících do
vybraných domovů pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a zpracování rešerše.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální péče o seniory.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu potřeb a důvodů odchodu seniorů do domova pro seniory.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jarmila Štastná
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 13. 3. 2012

..... Maculínová Marcela

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Bakalářská práce je zaměřena na potřeby a důvody, které vedly seniory k odchodu do pobytového zařízení sociálních služeb, to je do domova pro seniory. Práce je členěna na dvě části. V teoretické části podrobně popisují pojmy stáří, stárnutí, potřeby a důvody. Dále uvádím krátký historický přehled ošetrovatelské a zdravotní péče zaměřené na seniory a také informace o službách sociální péče určených seniorům. V praktické části se zabývám samotným výzkumem, který je zaměřen na zjištění potřeb a důvodů motivující seniory k rozhodnutí odejít do domova pro seniory.

Klíčová slova: domov pro seniory, důvody, potřeby, senior, stáří, služby sociální péče

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

Bachelor thesis is focused on needs and reasons which led the seniors to leave to the homes for the elderly. My thesis is divided into two parts. Theoretical part is describing the concepts of old age, needs and reasons in details. Furthermore, I present a brief historical overview of nursing and health care aimed at the elderly. Also informations about social care services for seniors are given. The second part focused on research itself, is describing the needs and reasons which motivate the seniors to leave to home for the elderly.

Keywords: home for elderly, reasons, needs, senior, old age, social care services

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Jarmile Šťastné za cenné rady a připomínky, za její čas, ochotu, trpělivost a pomoc, kterou mi poskytla při vedení bakalářské práce.

Dále chci poděkovat sociálním pracovnícím, ošetřujícímu personálu a osloveným respondentům za ochotu podílet se na mém výzkumu.

motto:

„Člověk má vědět, co bude dělat, až nebude moci dělat to, co dělá dosud.“

Naill Ferguson

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	13
1.1 STÁŘÍ	13
1.1.1 Periodizace stáří	13
1.2 STÁRNUTÍ.....	14
1.3 SENIOR	14
2 DALŠÍ VYMEZENÍ STÁŘÍ.....	16
2.1 BIOLOGICKÉ STÁŘÍ	16
2.2 KALENDÁRNÍ STÁŘÍ.....	16
2.3 SOCIÁLNÍ STÁŘÍ	17
3 ZMĚNY VE STÁŘÍ	18
3.1 TĚLESNÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	18
3.2 ZMĚNY VE SMYSLOVÉ OBLASTI	19
3.3 DUŠEVNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	20
3.4 SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	21
4 ADAPTACE SENIORA NA ZMĚNY VE STÁŘÍ	22
4.1 ADAPTACE SENIORA NA POBYT V DOMOVĚ PRO SENIORY	23
5 ZÁKLADNÍ LIDSKÉ POTŘEBY VE STÁŘÍ	24
5.1 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY	24
5.2 POTŘEBA BEZPEČÍ	25
5.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY.....	26
5.4 POTŘEBA AUTONOMIE	26
5.5 POTŘEBA SEBEREALIZACE A ROZVOJE VLASTNÍ ČINNOSTI.....	26
6 KOMUNIKACE SE SENIORY	28
7 DŮVODY SENIORŮ K ODCHODU DO DOMOVA PRO SENIORY	30
7.1 ZDRAVOTNÍ DŮVODY VEDOUcí SENIORA K ROZHODNUTÍ ODEJÍT DO DOMOVA PRO SENIORY	30
7.2 SOCIÁLNÍ DŮVODY VEDOUcí SENIORA K ROZHODNUTÍ ODEJÍT DO DOMOVA PRO SENIORY	31
8 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	33
8.1 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	33
8.1.1 Služby sociální péče určené seniorům – domov pro seniory	34
8.1.1.1 Podmínky pro umístění žadatele do zařízení domova pro seniory	35

8.1.1.2	Základní služby poskytované v domovech pro seniory	35
8.1.1.3	Ošetrovatelská péče poskytovaná seniorům v domovech pro seniory	35
8.1.1.4	Zdravotní péče poskytovaná seniorům v domovech pro seniory	36
8.2	SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY VE ZLÍNSKÉM KRAJI.....	37
8.2.1	Popis jednotlivých sociálních zařízení, ve kterých probíhal výzkum	37
9	HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ A ÚSTAVNÍ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA SENIORY	39
II	PRAKTICKÁ ČÁST	43
10	VÝZKUM.....	44
10.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	44
10.2	CÍL VÝZKUMU	44
10.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	44
10.4	DRUH VÝZKUMU	45
10.5	METODA VÝZKUMU.....	46
10.5.1	Vytvoření dotazníku	46
10.5.2	Průběh výzkumu.....	47
10.6	VÝZKUMNÝ SOUBOR	48
10.6.1	Charakteristika výzkumného souboru	48
10.7	ZPŮSOB VYHODNOCENÍ DAT	53
10.7.1	Průběh zpracování získaných dat	53
10.8	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE.....	54
10.8.1	Výsledky a interpretace dotazníkového šetření	54
10.8.1.1	Shrnutí výsledků dotazníkového šetření	68
10.8.2	Odpovědi na výzkumné otázky	69
10.9	SHRUTÍ CÍLŮ VÝZKUMU.....	74
11	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	76
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
	SEZNAM OBRÁZKŮ	82
	SEZNAM TABULEK.....	83
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84

ÚVOD

Pojem domov bývá nejčastěji spojován se slovy rodina, dům nebo byt, obec, okolní krajina a vlast. V dnešní, moderní době, je člověk nucen vlivem různých faktorů během svého života změnit i několikrát místo svého pobytu, tedy svůj domov. Podle mého názoru je tento problém nejcitlivější ve stáří, kdy člověk touží v klidu prožít podzim svého života. Vzhledem k tomu, že seniorská populace tvoří značnou část naší společnosti, stává se prostředí jejího života jedním z aktuálních témat současnosti.

Zvyšující se počet seniorů v rámci Evropské unie začíná být společenským i politickým problémem a to je i jeden z faktorů, kvůli kterému Komise Evropské unie vyhlásila rok 2012 „Evropským rokem aktivního stáří a mezinárodní solidarity“.

V České republice se touto problematikou zabývá zejména Ministerstvo práce a sociálních věcí, které v roce 2008 vydalo „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“ zaměřený na kvalitu života ve stáří.

Téměř čtyři roky pracuji jako pracovník sociálních služeb, v přímé obslužné péči v Domově pro seniory Nezdenice. Často, když k nám nastoupí nový uživatel, se zamýšlím nad tím, co tento člověk prožívá, jaké má za sebou rozhodování, co ho k nám přivedlo, co očekává a čeho se bojí, a především jak mu já, jako ošetřovatelka můžu lépe porozumět a pomoci překonat to těžké počáteční období. V praxi mohu sledovat, že do našeho zařízení často přicházejí klienti, kteří vyžadují specifickou zdravotnickou péči. Přitom naše sociální zařízení poskytuje v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, především základní zdravotnickou a obslužnou péči. Tato zkušenost z praxe mne motivovala při výběru tématu bakalářské práce a zaměřila jsem se v ní na zjištění důvodů a potřeb, které vedou seniory k rozhodnutí využít pobytových sociálních služeb domova pro seniory.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se na základě studia odborné literatury soustředím na pojmy, týkající se poslední fáze života každého člověka. Zamýšlím se například nad stářím, stárnutím a změnami, které jej provází, potřebami seniora a důvody motivujícími jej k zásadním životním rozhodnutím, jako bezpochyby je změna domova. Ve dvou samostatných kapitolách dále popisuji sociální služby určené seniorům a historií ošetřovatelství zaměřeného na seniory.

Praktická část bakalářské práce je věnována samotnému výzkumu. Pro kvantitativní výzkum jsem se rozhodla oslovit respondenty ze sociálních pobytových zařízení Zlínského kraje. Jedná se o následujících pět domovů pro seniory: Centrum pro seniory Holešov,

Domov pro seniory U Kašny Kroměříž, Domov pro seniory U Moravy Kroměříž, Domov pro seniory Nezdenice a Domov pro seniory Strážnice.

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké důvody vedly oslovené seniory k rozhodnutí využít pobytových sociálních služeb domovů pro seniory. V závěru bakalářské práce se věnuji shrnutí získaných poznatků a zamýšlím se nad jejich praktickým využitím.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

V této kapitole se zabývám definicemi klíčových pojmů souvisejících s cílovou skupinou, to je seniory. Vymezuji pojem stáří, stárnutí a senior.

1.1 Stáří

Pojem stáří je dle mého názoru relativní a obtížně definovatelný, protože ze svého okolí znám lidi ve věku, který je v odborné literatuře definován jako stáří, ale kteří jsou na tom psychicky i fyzicky mnohem lépe, než někteří jedinci střední generace.

Z prostudované literatury mne zaujal názor Hamiltona (1999, s. 18), který v souvislosti s problematikou vymezení pojmu stáří konstatuje, že „*je nesnadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří*“.

Podle Mühlpachra (2004) je stáří obecné označení pro pozdní etapy života člověka. Podobný pohled na stáří má i Hartl (2009), který obecně vymezuje stáří jako poslední fázi geneticky stanoveného trvání života jedince.

Definice, která vymezuje stáří jako dosažení určitého věku je podle mě sice přijatelná, ale musí brát v úvahu i míru aktivity jednotlivce, která podstatným způsobem definici stáří ovlivňuje.

1.1.1 Periodizace stáří

V literatuře je nejčastěji uváděná periodizace stáří dle Světové zdravotnické organizace (WHO). Světová zdravotnická organizace rozděluje stáří na:

- „*rané stáří (60-74 let),*
- *vlastní stáří (75-89 let),*
- *dlouhověkost (90 a více let).*“

Dle Hamiltona (1999, s. 20) rozčleňují někteří vědci stáří člověka na „*mladší stáří (65-75 let) a pokročilé stáří (75 let a více).*“

Na dvě kategorie rozděluje stáří i Vágnerová (2008, s. 299) a dělí období stáří na „*období raného stáří (60-75 let) a období pravého stáří (75 a více let).*“

Z výše uvedeného členění je zřejmé, že i když se jedná o poslední vývojovou fázi v životě člověka, může stáří trvat třicet let i více a teprve až smrtí definitivně končí život jedince.

Proto se přikláním k periodizaci stáří dle Světové zdravotnické organizace, která rozděluje stáří na více etap se zahrnutím dlouhověkosti. To je taky důvod, proč jsem tuto periodizaci použila v praktické části bakalářské práce.

1.2 Stárnutí

Někteří autoři uvádějí, že člověk stárne již od svého narození a považují to za přirozený jev. Osobně považuji stárnutí především za proces získávání životních zkušeností v průběhu času a změny, které stárnutí provázejí, chápu jako nezbytné a přirozené. Myslím si však, že se člověk může už v období starší dospělosti na stárnutí postupně připravovat, například tím, že do svých zájmů začlení takové aktivity, kterým se bude moci věnovat i v případě zhoršení zdravotního stavu. Samozřejmě nelze zcela vyloučit vážná onemocnění, ale svojí aktivitou může oddálit dobu, kdy se u něj začnou objevovat negativní projevy stárnutí. Když si jedinec vytvoří návyk trávit svůj volný čas aktivně například jako padesátiletý, snadněji pak nalézá smysluplné naplnění života i v pokročilém seniorském věku.

Stárnutí člověka je dle Mühlpachra (2004) přirozený celoživotní proces, projevující se fyziologickými změnami v průběhu času, které jsou nejvíce ovlivněné genetickou výbavou, životním stylem člověka a náročností prostředí. Stárnutí člověka proto probíhá individuálním tempem a projevuje se tělesnými i duševními změnami, které však nemusí postupovat souběžně.

Podle Hamiltona (1999, s. 18) lze popsat stárnutí jako „závěrečnou fázi lidského vývoje“, která je součástí nepřetržité přeměny lidského organismu, jehož typické projevy můžeme pozorovat u většiny populace ve věku šedesáti až šedesáti pěti let.

S výše uvedenými definicemi souhlasím a dodávám, že i když je stárnutí přirozenou součástí života, znám ze své praxe jedince, kteří nechtějí tento fakt přijmout a odmítají se smířit se změnami provázejícími stárnutí.

1.3 Senior

V naší společnosti je za seniora považován člověk, který dosáhl věku odchodu do starobního důchodu. Protože se vlivem politických a hospodářských změn tato hranice posunuje stále výš, nynější definice seniora jako člověka, který dosáhl věku šedesáti let (jak uvádějí někteří autoři), se stává pomalu ale jistě neplatnou. Proto souhlasím s vymezením seniority dle Mühlpachra (2004) a uvádím je v této práci.

Mühlpachr (2004, s. 21) používá následující rozdělení seniorského věku:

- „*mladí senioři (65-74 let)*,
- *staří senioři (75-84 let)*,
- *velmi staří senioři (85 let a více)*.“

U mladých seniorů se podle Mühlpachra (2004) stává aktuální záležitostí adaptace na odchod do penze, využití volného času seniora, jeho další seberealizace a aktivity.

Pro období starých seniorů jsou typické změny funkční zdatnosti seniora, choroby mají atypický průběh a v důsledku toho pak vzniká požadavek specifického zaměření medicíny.

V popředí zájmu seniorů patřících do kategorie velmi starých seniorů je dle Mühlpachra (2004) monitorování soběstačnosti člověka a jeho zabezpečení.

V současné době je seniorská generace spojována s novým fenoménem zvaným ageismus. Jak uvádí Malíková (2011, s. 35) „*význam tohoto termínu je v současnosti chápán jako předsudky a negativní představy o seniorech a je s určitými obměnami takto definován.*“ Další autoři, například Klevetová (2008), Pokorná (2010) anebo Vágnerová (2008) hovoří o ageismu jako o „*diskriminaci člověka na základě jeho věku.*“ Na základě těchto definic můžeme říct, že se jedná o závažnou problematiku, která by si jistě zasloužila podrobnější prozkoumání. Tento fenomén proto může být námět pro můj další případný výzkum.

V kapitole Vymezení základních pojmů jsem se zabývala klíčovými pojmy souvisejícími s cílovou skupinou výzkumu, to je seniory. Vymezila jsem pojem stáří, stárnutí a senior. V následující kapitole jsem se zaměřila na další vymezení pojmu stáří.

2 DALŠÍ VYMEZENÍ STÁŘÍ

Na pozdní etapy života člověka se můžeme dívat z několika různých pohledů. Proto by stáří mělo být podle mě definováno jako úbytek psychických, fyzických i vitálních sil člověka v návaznosti na dosažení určitého věku, neboť aktivita či pasivita jednotlivce posunuje věkovou hranici vymezující stáří nahoru nebo dolů a někdy i dost výrazně. Řada autorů v této souvislosti hovoří o biologickém, kalendářním a sociálním stáří. Pro potřeby této práce jsem vybrala následující autory, protože souhlasím s jejich pohledem na problematiku stáří a považuji jejich názory za srozumitelné a přehledné.

2.1 Biologické stáří

Hamilton (1999) považuje za biologické stáří tělesný stav člověka, který bývá srovnáván s fyziologickým stavem jedince stejného kalendářního věku. Dále Hamilton (1999) uvádí přesnější členění biologického stáří v závislosti na opotřebením organismu. Jedná se dle Hamiltona (1999, s. 22) o „*anatomický věk, fyziologický věk a karpální věk.*“

Biologické stáří je dle Mühlpachra (2004) pojmenování konkrétního rozsahu opotřebením organismu člověka, úzce spojeného se změnami, které vyvolávají nemoci objevující se ve větší míře především ve věku vyšším. Mühlpachr (2004) v této souvislosti upozorňuje na tu skutečnost, že lidé shodného kalendářního věku se mohou po biologické stránce výrazně lišit. Tuto souvislost si uvědomuji téměř denně, kdy se v práci setkávám například s osmdesátiletými uživateli, kteří jsou díky svému dobrému zdravotnímu stavu aktivní a pomáhají druhým, mnohem mladším seniorům.

2.2 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří Mühlpachr (2004) definuje jako nabytí jistého, konvenčně vytyčeného věku. Nejznámější určení posledních fází života člověka je dle WHO, jedná se o rozdělení na rané stáří, vlastní stáří a dlouhověkost (viz kapitola 1.1.1). Kalendářní věk člověka je tedy dán datem narození, zapsaným v rodném listě.

Hamilton (1999, s. 19) v souvislosti s kalendářním věkem uvádí, že tento věk „*je sám o sobě bez informace, neboť jde v podstatě o náhodně zvolenou míru.*“ S touto definicí souhlasím, protože si uvědomuji, že datum narození nepodává objektivní informace o člověku.

2.3 Sociální stáří

Dle Mühlpachra (2004) je sociální stáří období, kdy dochází ke změně životních rolí člověka, jeho způsobu života a dochází taktéž ke změně ekonomické situace. Jedná se tedy o popis sociálních událostí, které člověka po celý život provázejí. Mühlpachr (2004) uvádí následující rozdělení sociálního stáří:

- První věk – fáze dětství a mládí, vyznačující se vývojem člověka, jeho postupným vzděláváním a přípravou na profesi, celkovým nabytím znalostí a zkušeností.
- Druhý věk – jde o produktivní, tvořivé období, fázi dospělosti, kdy je člověk aktivní jak v oblasti biologické (zakládá rodinu) a sociální, tak v oblasti profesní.
- Třetí věk – přestože je označován jako „postproduktivní“, nelze dle Mühlpachra (2004) na toto období člověka nahlížet jako na nepřínosné. Zde je na místě připomenout, že osobnostní vývoj je celoživotní proces, ukončený až smrtí v nejvyšším věku.
- Čtvrtý věk – pro pojmenování posledního úseku lidského života, se dle Mühlpachra (2004) nevhodně užívá název „období závislosti“, protože tento pojem je v rozporu s myšlenkou, že zdravé stáří může být až do nejpozdějšího věku soběstačné. Například právě Hartl (2009) hovoří o čtvrtém věku jako o fázi stáří, která probíhá ve stejné době jako beznadějná choroba, v jejímž důsledku je člověk naprosto závislý na péči druhých osob.

Definici sociálního stáří můžeme doplnit myšlenkou Hamiltona (1999, s. 19), který uvádí, že se jedná o „*společenské očekávání chování jedince přiměřeného určitému biologickému věku.*“ V této souvislosti je třeba připomenout názor Haškovcové (1989), že jsou tato očekávání často spojována s mýty o seniorech.

Z výše uvedených definic je zřejmé, že stáří a stárnutí je neodvratitelnou součástí života a je doprovázeno změnami jak v oblasti tělesné a duševní, tak i v oblasti sociální. Vždy však záleží na velkém množství faktorů, které ovlivňují, do jaké míry a ve které fázi života seniora se tyto změny projeví. Změnami člověka ve stáří se zabývám v následující kapitole.

3 ZMĚNY VE STÁŘÍ

V této kapitole popisují změny spojené se stářím, které provázejí téměř každého stárnoucího člověka.

Díky své práci se denně setkávám s faktem, že senioři nejhůře vnímají fyzické potíže způsobené změnou svého zdravotního stavu v průběhu stárnutí. Kupodivu psychické změny (například zhoršení paměti) nejsou jimi vnímány tak výrazně.

3.1 Tělesné změny ve stáří

Z tělesných změn ve stáří, je podle mého názoru nejhorší ztráta pohyblivosti seniora, kdy je odkázán na pomoc druhých a je pro něj velmi obtížné přijmout skutečnost, že se z něj stal člověk závislý na péči ošetřujícího personálu. Zvláště v případech, že se jedná o člověka zvyklého pracovat i v pozdním věku, mohu pozorovat, že vlivem své neschopnosti se o sebe postarat, ztrácí tento člověk smysl života. Na druhou stranu se setkávám s jedinci, kteří ztrátu či omezení pohybových schopností předstírají a libují si v péči a pozornosti ošetřujícího personálu.

Hamilton (1999) řadí k významným tělesným změnám pokles svalové síly a hmoty a s tím nejčastěji spojené poruchy chůze a rovnováhy, dochází ke snížení výkonu dýchací soustavy a tím i menšímu příjmu kyslíku. To se dle Hamiltona (1999) negativně projevuje na činnosti mozku, v důsledku čehož pak může dojít ke změnám psychiky u stárnoucího člověka. Dále můžeme u stárnoucího člověka pozorovat zhoršení a postupnou ztrátu chrupu, pokles pružnosti kůže, zpomalení hojení ran a jak upozorňuje Mühlpachr (2004) pokud dojde ke zlomenině u seniora staršího 80 let, je prakticky vyloučeno, že se tato zlomenina zahojí. Časté jsou u starších lidí dle Mühlpachra (2004) chronické záněty kloubů, srdeční choroby a vysoký krevní tlak a dalším typickým projevem stárnutí organismu je i snižování průtoku krve všemi orgány člověka.

V praxi mohu pozorovat, že poruchy činnosti močového ústrojí (projevující se inkontinencí částečnou nebo úplnou) a poruchy vyprazdňování stolice, jsou seniory vnímány velmi citlivě, protože jsou zároveň příčinou sociální izolace seniora. Starší člověk se cítí být neschopný a často má pocit studu, že tyto problémy musí řešit s ošetřujícím personálem, který bývá navíc o hodně let mladší.

3.2 Změny ve smyslové oblasti

Myslím si, že s přibývajícými změnami ve smyslové oblasti se zvyšuje pravděpodobnost úrazů starších lidí, které se stávají nejen v ústavní péči velkým problémem.

Ve smyslové oblasti stárnoucího člověka je podle Vágnerové (2008) patrné oslabení čichu a chuti, snížení pocitů žízně (a s tím spojený nedostatečný příjem tekutin), dochází ke zhoršení zraku seniora, snížení schopnosti rozlišovat tepelné rozdíly a v neposlední řadě dochází vlivem stárnutí k problémům se sluchem (snížení citlivosti pro vysoké tóny, nedoslýchavost), což negativně ovlivňuje například schopnost porozumění při komunikaci.

V souvislosti s fyziologickými změnami ve stáří člověka uvádí Venglářová (2007) následující důsledky těchto změn:

- působením změny rytmu spánku dochází u seniora k nočnímu neklidu, vlivem kterého senior například bloudí po zařízení a ruší své spolubydlící ve spánku, sám pak během dne ospává,
- nejen následkem spánkového deficitu ubývá seniorovi energie, čímž se zvyšuje jeho potřeba pomoci od druhé osoby, což často bývá v rozporu s jeho zdravotním stavem,
- v důsledku snížení pocitu žízně a chuti k jídlu dochází k problémům s dehydratací seniora (zvláště nebezpečné to je u seniorů nemocných Diabetem Mellitus).

Se změnami ve stáří podle Venglářové (2007) souvisí i poruchy paměti a soustředění člověka, projevující se nepozorností seniora, kdy vyžaduje zopakování sdělovaných informací, často také dochází k tomu, že senior nemůže nalézt věci a má sklon obviňovat z krádeží svých věcí okolní osoby.

Bohužel jsem byla několikrát svědkem toho, že seniora v den výplaty starobního důchodu navštívily jeho děti a on jim dal téměř všechny peníze. Za pár dní na tuto návštěvu zapomněl a obviňoval svého spolubydlícího a někdy i personál, že mu peníze vzal. Když se tato situace začala opakovat, musela sociální pracovnice požádat děti tohoto seniora, aby v případě, že jim „tatínek dá peníze“, zapsali tento údaj do kalendáře, aby se takto předešlo nepříjemnostem, které následovaly po jejich odchodu.

Dále je třeba v souvislosti se změnou zdravotního stavu seniora zmínit změny vyvolané působením léků. Jak upozorňuje Šafránková (2006), u starších lidí se vlivem podávání většího množství léků zvyšuje výskyt nejen vedlejších účinků léků, ale je zde i větší pravdě-

podobnost zesílení anebo naopak zeslabení účinku těchto léků. To se negativně projevuje podle Šafránkové (2006), například změnami jaterních funkcí, změnou objemu tělesných tekutin a sníženou funkcí ledvin. Zvýšená citlivost na účinek psychofarmak se u starších lidí projevuje například tím, že při poruše spánku vyžadují vyšší dávky léků.

Z praxe mohu potvrdit i skutečnost, kterou zmiňuje Šafránková (2006), že senioři často nespolupracují se zdravotní sestrou při dávkování léků a s léky předepsanými lékařem zároveň užívají volně prodejné léky (například na tišení bolesti), v důsledku čehož dochází k předávkování člověka, anebo předepsané léky neužívají vůbec. Následné řešení vzniklých problémů nejen zbytečně zaměstnává ošetřující personál, ale je i traumatizující pro samotného seniora.

3.3 Duševní změny ve stáří

Jak mám odpozorováno z praxe, negativní duševní změny seniora jsou výrazně provázány s negativními fyzickými změnami, kdy například člověk, který je nepohyblivý ztrácí zájem o veškeré dění okolo sebe a tráví čas pouze sledováním televize.

Duševní změny u stárnoucích lidí jsou podle Mühlpachra (2004) nejvíce patrné v oblasti motivace, kdy dochází k menší zainteresovanosti při denních činnostech, zvyšuje se opatrnost seniora, důraz je kladen více na přesnost než na rychlost. Čím je člověk starší, tím hůře snáší změny, postupně ztrácí vztah k zálibám i hodnotám, které byly pro něj dříve důležité. Snižuje se jeho zájem o okolí nebo o určité osoby, v důsledku čehož bývá senior apatický, neprojevuje ochotu zapojit se do společenského dění.

Patrné jsou u seniorů i výkyvy nálady a celkové změny povahy, kdy dochází k úplnému obratu v chování seniora, většinou však v negativním směru. Vlivem různých problémů spojených s poruchou spánku se často u starých lidí vyskytují deprese, neurózy nebo jiné psychické poruchy, například poruchy nálad.

Dle Venglářové (2007) patří mezi nejčastější psychické změny projevující se ve stáří člověka zhoršení paměti a s tím spojené obtíže při osvojování si nových informací, nedůvěřivost, snížení sebedůvěry, citová labilita, změny vnímání a zhoršení úsudku a v neposlední řadě zvýšená ovlivnitelnost seniora. Venglářová (2007) dále upozorňuje na změny kognitivních funkcí, především na problémy seniora při orientaci v novém, neznámém prostředí. Zhoršení intelektu je patrné při potřebě seniora zvládnout novou situaci a zhoršení komu-

nikáčnických schopností se projevuje u staršího člověka například tím, že delší dobu hledá slova nebo má problémy s porozuměním sdělovanému obsahu.

3.4 Sociální změny ve stáří

Je třeba si uvědomit, že stáří provází nejen biologické změny, ale taky sociální změny. Občas se v praxi setkávám se seniory, kteří prožívají své stáří s pocity vlastní neprospěšnosti a závislosti na druhých lidech.

K nejvýznamnějším sociálním změnám ve stáří řadí většina autorů, jako například Malíková (2011), Mühlpachr (2004), Klevetová (2008) nebo Vágnerová (2008), odchod do důchodu a s tím spojené zhoršení finanční situace, dále snížení sociálních kontaktů dané odchodem dětí z primární rodiny a ztrátou spolupracovníků a umíráním rodinných příslušníků a přátel. Sociální změny můžeme doplnit dle Venglářové (2007, s. 12) ještě o změny ovlivněné stěhováním seniora (ať už k dětem nebo do sociálního pobytového zařízení) a s tím často spojenou změnu životního stylu seniora.

I když jedním z poslání domova pro seniory je nahradit zpřetrhané sociální kontakty jinými, mám zkušenost, že ne vždy se toto daří a část seniorů i přes veškerou snahu odborného personálu se uzavírá do sebe a žádné nové sociální kontakty nenavazuje. Na druhou stranu mám zkušenost, že si senior našel svého životního partnera či přítele až v domově pro seniory.

V kapitole „Změny ve stáří“ popisují změny člověka spojené s jeho stárnutím. Z vlastní zkušenosti vím, že zdravotní a sociální změny spolu úzce souvisí. Několikrát jsem zažila situaci, kdy sociální změna, konkrétně úmrtí vnuka, urychlila zdravotní změny seniora, který byl do této smutné události soběstačný a aktivní. Přestože výše uváděné změny provázejí každého stárnoucího člověka, lze najít určitý typický způsob, jak se s nimi v životě vyrovnat. V následující kapitole se proto zabývám adaptací seniora na změny ve stáří.

4 ADAPTACE SENIORA NA ZMĚNY VE STÁŘÍ

V této kapitole se zamyslím nad tím, jak senior přijímá nevyhnutelné změny spojené se stárnutím.

Jak uvádí Venglářová (2007) adaptaci na stáří ovlivňuje především osobnost seniora, odezva jeho okolí a možnosti získání pomoci a podpory v oblastech, které člověku působí problémy a dělají jej závislým na pomoci druhé osoby. Na základě výše uvedeného Venglářová (2007, s. 12) definuje následující způsoby adaptace člověka na stáří:

- konstruktivní přístup: člověk se aktivně připravuje na stáří, zajímá se o zdravý životní styl, snaží si vytvářet pozitivní rodinné vztahy a udržuje přátelství s více lidmi tak, aby se po jejich případném onemocnění anebo úmrtí nedostal do sociální izolace. Je dobré mít i dostatek zájmů a koníčků, které může člověk provozovat i v případě zhoršení svého zdravotního stavu. Dle Haškovcové (1989) se jedná o vstřícného, optimistického člověka, který má radost ze života a je svým okolím přijímán jako „*milý starší člověk*“.
- závislost na okolí: člověk zneužívá své zdravotní potíže k manipulaci s rodinnými příslušníky anebo ošetřujícím personálem, kdy vyžaduje zvýšenou pozornost a pomoc, která však neodpovídá jeho objektivnímu zdravotnímu stavu. Haškovcová (1989) v této souvislosti dodává, že se jedná o málo ctižádostivého, pasivního člověka, který se výhradně spoléhá na druhé osoby a očekává od nich, že se mu budou plně věnovat, jak v oblasti citové, tak po hmotné stránce.
- nepřátelský postoj: stárnoucí člověk zaujímá nepřátelský postoj nejen k vlastní osobě, ale hlavně ke svému okolí (rodině, ošetřujícímu personálu, spolubydlícím v zařízení domova pro seniory). Tento nepřátelský postoj je dle Venglářové (2007) nejčastěji pozorovaný u starších seniorů. Jak uvádí Haškovcová (1989) tyto seniory považují své stáří za neštěstí a proto nejsou ochotní přijímat změny, které tento věk sebou přináší.

Haškovcová (1989, s. 114-116) rozšířila výše uvedené způsoby adaptace člověka na stáří ještě o další typické postoje:

- obranný postoj: k přibližujícímu se stáří jej zaujímají lidé, kteří byli během svého produktivního věku velmi aktivní jak po stránce pracovní, tak po společenské stránce. Protože tyto seniory byli celý život soběstační a zvyklí více dávat než brát, odmítají odejít do penze, která často bývá spojována se závislostí v otázkách sebeobslu-

hy. Proto dle Haškovcové (1989) popírají realitu a oddalují řešení nových situací, spojených se stárnutím a stářím.

- sebenenávist: stárnoucí člověk zaujímá k sobě samému velmi negativní postoj, provázený pocitem sebenenávisti. Je depresivní, lítostiví a obtížně ovládá své emoce.

Dle Haškovcové (1989) hodnotí svůj život jako neúspěšný a cítí se proto zbytečný.

Přestože člověk může očekávat, že se vlivem stárnutí omezí nebo ztratí některé jeho schopnosti, myslím si, že je těžké tyto změny přijmout, lze se však na ně do určité míry připravit. Proto souhlasím s názorem Klevetové (2008, s. 35), že snahou každého člověka má být sestavení „*vlastního modelu aktivního stárnutí*“, který bude zahrnovat způsob života přinášející radost bez ohledu na změny provázející stáří.

4.1 Adaptace seniora na pobyt v domově pro seniory

V případě adaptace nově přichozích uživatel do domova pro seniory se především jedná o přizpůsobení se a orientaci v novém prostředí, navázání nových vztahů a sloučení osobních rituálů člověka s každodenním průběhem života v zařízení domova. Usnadnit adaptaci novému uživateli může, podle mě, ošetřující personál na základě znalostí nejen zdravotního stavu člověka, ale i informací o důvodech a potřebách, které vedly seniora k rozhodnutí odejít do zařízení domova pro seniory. Mám zkušenost, že když je senior přijat do domova pro seniory, tak často očekává, že bude nadále žít navyklým způsobem života, anebo v případě neuspokojení potřeb v jeho předchozím bydlišti, očekává jejich naplnění právě v zařízení sociálních služeb. Pokud jsou však očekávání člověka nepřiměřená jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu, tak se dost často stává, že se prodlužuje délka jeho adaptace na nové prostředí anebo si člověk nezvykne vůbec. Pomoc ošetřujícího personálu proto musí být podle Klevetové (2008) provázená tolerancí, trpělivostí a laskavostí, protože každý člověk jinak citlivě reaguje na změnu prostředí a navyklého způsobu života.

V této kapitole jsem se zabývala adaptací seniora na změny ve stáří a na změny způsobené jeho přestěhováním do domova pro seniory. Jak uvádím výše, adaptaci seniora na tento pobyt mohou usnadnit i znalosti personálu, které potřeby jsou pro nově přichozího uživatele prioritou. Potřeby seniorů popisují v další kapitole.

5 ZÁKLADNÍ LIDSKÉ POTŘEBY VE STÁŘÍ

Ať už si to člověk uvědomuje anebo ne, jeho jednání je v každém věku směřováno k uspokojování svých potřeb. Proto i odchod člověka do domova pro seniory je motivován myšlenkou, že v tomto prostředí budou jeho potřeby lépe uspokojeny než například v domácím prostředí, ze které odchází. Nejvýrazněji je to podle mě patrné v případě zdravotního handicapu seniora, kdy je pro něj uspokojení základních potřeb v domácím prostředí velmi obtížné. V praxi se často setkávám se seniory, kteří přicházejí do domova pro seniory právě proto, že už si sami nejsou schopni zajistit základní potřeby a v důsledku toho se cítí být na obtíž svým dětem anebo jiným příbuzným. Myslím si, že uspokojování potřeb seniorů je specifické především v tom, že jsou často v jejich zajišťování odkázáni na druhé osoby, což nemusí být pro každého člověka vždy příjemné.

Potřeba je dle Matouška (2008) motivem k jednání a její neuspokojení je příčinou vzniku deprivace a strádání. Jak uvádí Hartl (2009) rozdíl mezi přáním a potřebou je ten, že potřeba je vyjádřením životní nezbytnosti člověka jako živočišného druhu. Dlouhodobé neuspokojování potřeby člověka se negativně projeví nejen na zdraví, ale i na pocitu vyrovnanosti.

Základní lidské potřeby shrnul a rozdělil do pěti kategorií americký psycholog Abraham Harold Maslow. Maslowova pyramida potřeb (Venglářová 2007, s. 39):

5. stupeň	Seberealizace
4. stupeň	Potřeba sebeúcty
3. stupeň	Potřeba lásky, blízkosti
2. stupeň	Potřeba bezpečí
1. stupeň	Fyziologické potřeby

Různě upravenou Maslowovu pyramidu potřeb nalezneme v každé psychologické učebnici i knize, zabývající se potřebami lidí. Přehledný popis jednotlivých potřeb nejen stárnoucího člověka uvádí například Malíková (2011), Pichaud (1998) anebo Vágnerová (2000).

5.1 Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby patří k základním potřebám člověka, a proto se jejich neuspokojování negativně projevuje nejen na zdraví, ale i na celkovém stavu člověka.

Mezi fyziologické potřeby patří dle Pichaud (1998) i Malíkové (2011): dýchání, vylučování, výživa, hygiena, pohyb, spánek, odpočinek, správná teplota, fyzické kontakty, zdraví, tišení bolesti, smích a pláč (jako fyzická záležitost).

Myslím si, že pokud je člověk schopný si tyto potřeby zajistit sám, tak je považuje za nedůležité a samozřejmé. Teprve až v případě, že je tato jeho schopnost vlivem nemoci anebo stárnutím zhoršena či omezena, přikládá uspokojení základních potřeb větší význam než doposud. To pozoruji i v praxi, kdy se někteří senioři například z důvodu poruchy vyprazdňování začnou zabývat pouze myšlenkami směřujícími k uspokojení této potřeby a všechny ostatní problémy jsou pro ně nepodstatné.

5.2 Potřeba bezpečí

Potřebu bezpečí Pichaud (1998) člení na potřebu bezpečí fyzického a psychického a potřebu ekonomického zabezpečení člověka.

Uspokojení potřeby bezpečí vyvolává v člověku pocit jistoty. Tento pocit senior z velké části ztrácí právě změnou domova, kdy si zvyká na život v ústavním zařízení. Proto je důležité, aby senior získal jistotu, že se o něho personál dokáže nejen kvalitně, ale i s porozuměním postarat. Pocit jistoty seniora tak například zvýšíme podáním ruky a laskavým slovem, kterým seniora povzbudíme a ubezpečíme, že na své problémy není sám. V neposlední řadě pocit bezpečí a jistoty starších lidí můžeme zvýšit nabídkou kompenzačních pomůcek anebo stanovením a připomenutím orientačních částí dne (například kdy se podává snídaně, kdy probíhá cvičení, podává se oběd a tak podobně).

Jak upozorňuje Vágnerová (2000), potřeba bezpečí však může být u nesoběstačného seniora svázána s potřebou nadměrné fixace na personál, který potřeby seniora zajišťuje. To se může projevat tím, že senior, často bez objektivního důvodu, upoutává na sebe pozornost personálu, mnohdy jen proto, aby se necítil opuštěný. Dle Vágnerové (2000) tak může docházet k citové závislosti seniora na ošetřujícím personálu a v důsledku toho k omezení autonomie seniora. Na druhou stranu osvojování si jednoho pečovatele jen pro sebe, které se projevuje mimo jiné i zvýšenými nároky na tohoto pečovatele, nikdy nekončícími rozhovory a neustálým upozorňováním na své problémy, se bohužel někdy mění na citové vydírání ze strany seniora. To může být jednou z příčin syndromu vyhoření ošetřujícího personálu, protože pečující osoba po emocionální stránce více dává, než dostává. Tady je důležitá vzájemná spolupráce pečovatelů, kteří se snaží takto protěžovaného spolupracovníka nenechávat dlouho o samotě s tímto uživatelem.

5.3 Sociální potřeby

Sociální potřeby podle Pichaud (1998): potřeba náležitosti k nějaké skupině, potřeba lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut a potřeba informovanosti.

Téměř žádný člověk nedokáže bez následků žít osamoceně, potřeba osobního kontaktu, komunikace a pocitu sounáležitosti s druhými lidmi provází člověka celý život. Neméně důležité je pro člověka i uspokojování duchovních potřeb. Jejich nenaplnění se podle Malíkové (2011) může u seniora projevit například strachem ze smrti a s tím spojenými poruchami spánku, proměnlivostí nálady anebo trávicími potížemi.

Při poskytování péče imobilním uživatelům si často uvědomují, že ošetřující personál představuje mnohdy jediný společenský kontakt tohoto uživatele. Bohužel z důvodů velkého pracovního vytížení personálu, kdy počet uživatelů mnohonásobně přesahuje personální obsazení denní směny, se tento kontakt a případná komunikace zaměřuje pouze na zjišťování aktuálních potřeb uživatele a na jejich zajištění.

5.4 Potřeba autonomie

K potřebě autonomie řadí Pichaud (1998) následující potřeby: rozhodovat sám za sebe, být svobodný v rámci soužití více lidí, potřeba užitečnosti, uznání a vážnosti. Klevelandová (2008) doplňuje potřebu autonomie o možnost kontroly nad svým životem.

Myslím si, že uspokojení těchto potřeb je zvláště obtížné u člověka, který ať už vlivem stáří anebo nemoci není schopný uspokojovat své potřeby a je tak zcela odkázaný na pomoc druhé osoby. V tomto okamžiku u člověka dochází nejen ke ztrátě autonomie, ale i k určité ztrátě kontroly nad způsobem a kvalitou jeho života. Myslím si však, že i v tak obtížném stavu seniora, lze nalézt situace, ve kterých mu umožníme se rozhodovat. Například při volbě oblečení nabídneme seniorovi několik variant a necháme mu vybrat. Přestože se může zdát, že se jedná o nepodstatnou věc, stále se přesvědčuji, jakou tato „maličkost“ vyvolá u imobilního člověka radost a podpoří jeho schopnost být sám sebou.

5.5 Potřeba seberealizace a rozvoje vlastní činnosti

Potřeba seberealizace a rozvoje vlastní činnosti je považována za nejvyšší potřebu člověka. Jedná se především o nalezení smyslu svého života, což v seniorském věku a na sklonku života člověka vůbec, je obtížným úkolem. Častým problémem je podle Vágnerové (2000)

i ztráta motivace seniora k jakékoli činnosti, protože je snadné zvyknout si, že personál vše udělá.

V této souvislosti je podle mě důležitou otázkou nabídka aktivizačních činností v domovech pro seniory, protože je logické, že v případě širokého věkového rozložení uživatelů a s přihlédnutím k jejich fyzickým a psychickým možnostem, je problematické najít kvalitní aktivity pro všechny tyto uživatele.

Přesto, jak připomíná Pichaud (1998), pro starého člověka je stejně důležité uspokojovat jak základní (fyziologické) potřeby, tak i potřeby nejvyššího stupně, protože všechny tyto potřeby jsou vzájemně propojené a vytváří celek.

Z vlastní zkušenosti však vím, že není v silách ošetřujícího personálu maximálně uspokojovat všechny potřeby uživatelů, zvláště potřeby vyšších stupňů. Proto považuji za velmi přínosnou pomoc dobrovolníků, kteří vyplňují volný čas imobilních uživatelů například četbou, rozhovorem anebo krátkou projíždkou po areálu zařízení.

V kapitole Základní lidské potřeby jsem se zaměřila na potřeby člověka a jejich zajišťování v ústavní péči. Mezi jednu z nejdůležitějších sociálních potřeb stárnoucího člověka podle mě určitě patří komunikace. Z praxe vím, že uspokojení této potřeby bývá pro ošetřující personál často velmi obtížné, proto jsem se v následující kapitole zaměřila právě na komunikaci se seniory.

6 KOMUNIKACE SE SENIORY

Při komunikaci se seniory je často nutné překonávat komunikační bariéry, které vyplývají zejména z věkového rozdílu mezi personálem a seniory. Proto se v této kapitole zabývám převážně problémy souvisejícími s komunikačními bariérami.

Myslím si, že komunikace mezi pečovatelem a seniorem je jedním z nejdůležitějších prvků v ošetrovatelské práci, protože zajišťuje mnohdy jediný společenský kontakt, který senior v ústavní péči má. Při komunikaci zjišťujeme nejen potřeby seniora, ale například i to, o čem rád mluví, jaký je jeho životní příběh, co ho trápí. To vše nám umožňuje vzájemně navázat kvalitní vztah. Osobně za nejtěžší považuji komunikaci se seniorem trpícím syndromem demence. Tito uživatelé totiž často o osobě uvádějí informace, které neodpovídají jejich současným schopnostem, ve větší míře bývají dezorientovaní, snadněji mění své náladu a neudrží dlouho pozornost.

V současné době je již hodně odborných publikací, zaměřených právě na komunikaci se seniory, ve kterých si může ošetroující personál vyhledat rady, týkající se komunikace s uživateli s různým typem poruchy nebo postižení. Jedná se o tzv. komunikační desatera, jejichž přehledný výčet uvádí například Klevetová (2008), Malíková (2011) nebo Pokorná (2010). Na těchto publikacích mě především zaujaly konkrétní příklady z praxe, po jejichž přečtení jsem si uvědomila, že se s popisovanými jevy sama v zaměstnání setkávám.

Například Pokorná (2010) zdůrazňuje, že i na první pohled bezvýznamná nepřesnost v komunikaci může ve svém důsledku narušit atmosféru důvěry a vzájemného respektu mezi ošetrojícím personálem a seniorem. Komunikační bariéry mohou být způsobené jak záměrně, tak i nezáměrně.

Mezi záměrné komunikační bariéry řadí Pokorná (2010) například zkreslování sdělení, uvádění mylných informací nebo nepředání důležitých informací. Úmyslné bariéry tedy udržují seniora ve zmatku a jsou příčinou pochybností o jeho dorozumívacích a poznávacích schopnostech. Vzájemné porozumění mezi pečovatelem a uživatelem je negativně ovlivňováno i používáním profesionálního jazyka, kterému senior většinou nerozumí. Je tedy nezbytné, aby pečující osoby pravidelně hodnotily svůj přístup k uživatelům a snažily se příčiny používání těchto negativních postupů při komunikaci odstraňovat.

K typickým znakům nezáměrné manipulace podle Pokorné (2010) patří například použití jiného nářečí, které senior nezná, nepochopení obsahu sdělení anebo neschopnost sdělit

jednoznačné a stručné informace. Nezáměrnou manipulací se může stát i přesvědčování seniora z důvodu dosažení pro něj pozitivního výsledku. Je třeba ale dbát na to, aby tato snaha ošetřující osoby vycházela z morálního hlediska a neodporovala pravidlům etiky.

Komunikační bariéry můžeme dále dle Venglářové (2007) rozdělit na bariéry související s uživatelem, ošetřujícím personálem anebo s prostředím, ve kterém komunikace probíhá. Například za časté bariéry na straně uživatele považuje Venglářová (2007) neochotu komunikovat, která může souviset s poruchou sluchu seniora, s poruchou řeči anebo s demencí. Za komunikační bariéru lze považovat i stereotypní obsah komunikace. Jak upozorňuje Vágnerová (2008), vlivem stárnutí člověka se mění i obsah jeho komunikace. S přibývajícím věkem seniora se do popředí jeho zájmu dostávají zdravotní problémy a s tím související ubývání schopnosti být soběstačný a v případě vážného onemocnění i myšlenky očekávané smrti. Stereotypnost tématu má pak za následek neudržení pozornosti ošetřující osoby a je pro pečujícího vyčerpávající. S tímto problémem se v praxi často setkávám. Pozoruji, že velká část seniorů volí jako hlavní téma rozhovoru své zdravotní problémy, aktuální počasí nebo vzpomínky na dřívější doby. Proto považuji za přínosná doporučení, která uvádí Klevetová (2008), týkající se oblíbených témat seniorů.

Komunikace jako způsob uspokojení potřeby sociálního kontaktu má seniory obohacovat. Primární snahou ošetřující osoby při komunikaci s uživatelem by proto měla být podpora efektivní komunikace a porozumění, založené na vnímání seniora jako individuální osoby, mnohdy se specifickými potřebami.

V této kapitole jsem se samostatně zaměřila na jednu sociální potřebu, konkrétně na komunikaci se seniory. Uvědomuji si totiž, že způsob jakým ošetřující personál komunikuje se seniorem a jeho rodinou, se jednak odráží ve vzájemných vztazích mezi seniorem a pečující osobou a dále pak nepřímo ovlivňuje hodnocení kvality péče v sociálních službách.

V následující kapitole se zabývám důvody, které mohou ovlivnit seniorovo rozhodnutí odejít do domova pro seniory.

7 DŮVODY SENIORŮ K ODCHODU DO DOMOVA PRO SENIORY

Obecně můžeme říci, že důvodem k lidské činnosti (a tedy i ke změně) je absence, případně nadbytek potřeby člověka. Důvody k činnosti jsou tedy úzce spjaty se zajišťováním a uspokojením lidských potřeb. Proto zde k rozčlenění důvodů, které mohou seniory motivovat k využití pobytových sociálních služeb, lze použít lidské potřeby definované v Maslowově pyramidě potřeb (Venglářová 2007, s. 39) a můžeme tedy rozdělit důvody seniora ovlivňující jeho rozhodnutí na zdravotní a sociální.

Myslím si, že pokud personál domova pro seniory zná důvody, které vedly nově příchozího seniora do tohoto zařízení, tak se personálu daří nejen kvalitně plnit požadavky uživatele, ale taky lépe chápe jeho chování a reakce, čímž se zvýší pravděpodobnost, že uživatel bude spokojený.

7.1 Zdravotní důvody vedoucí seniora k rozhodnutí odejít do domova pro seniory

Podle mého názoru i zkušenosti, patří k hlavním příčinám k odchodu člověka do domova pro seniory zdravotní důvody a sociální důvody jsou u něj až na druhém místě.

Zdravotní důvody především souvisí se zhoršením zdravotního stavu člověka a s tím spojeným možným zdravotním postižením člověka. Tato negativní změna zdravotního stavu seniora se projevuje zejména zhoršením schopnosti péče o vlastní osobu, potřebou bezbariérového prostředí, potřebou zajištění pravidelné lékařské a ošetřovatelské péče, potřebou obstarat nákup a zajistit úklid domácnosti. Na první pohled se může zdát, že to jsou všechny činnosti, které mohou rodinní příslušníci bez problémů zvládnout v domácím prostředí seniora, ale je třeba si uvědomit, že v závislosti na možnosti, respektive nemožnosti seniora se pohybovat, úměrně roste jeho závislost na pomoci druhého člověka. Bohužel v dnešní době si málokdo z pracujících může dovolit odejít ze zaměstnání a na „plný úvazek“ se starat o své stárnoucí rodiče, aniž by tím neztratil možnost se znovu do zaměstnání vrátit. V současné době se jedná především o lidi ve věku okolo 55 let, což je generace, nejvíce znevýhodněná na trhu práce.

Jedním z možných důvodů pro využití pobytové sociální služby je nepříznivý zdravotní stav člověka. V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 3, je popsán tento stav člověka jako nepříznivý zdravotní stav trvající (dle lékařů) déle než jeden rok, omezující

fyzické, smyslové anebo duševní schopnosti člověka a ovlivňující péči o vlastní osobu a soběstačnost tohoto člověka.

V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 3 je též vymezeno zdravotní postižení člověka. Jedná se o tělesné, smyslové, duševní, mentální anebo kombinované zdravotní postižení, jehož následkem je člověk závislý na pomoci druhé osoby.

Dále v § 3 nalezneme informace týkající se úkonů při péči o vlastní osobu. Jde například o provádění hygieny, mytí těla, koupání a holení, péči o ústa, nehty a vlasy, oblékání a svlékání, obouvání a zouvání, příprava, podávání a porcování stravy, dodržování pitného režimu, ošetření drobného poranění, uléhání a vstávání z lůžka, změna polohy v lůžku, chůze a orientace člověka v jeho přirozeném prostředí.

7.2 Sociální důvody vedoucí seniora k rozhodnutí odejít do domova pro seniory

Přestože sociální důvody nemusí vždy přímo souviset se zhoršením zdravotního stavu seniora, jsou jím často doprovázené a způsobují strach člověka z osamělosti anebo nesoběstačnosti. Vlivem zhoršení svého zdravotního stavu může mít senior například pocit, že je přítěží pro svoji rodinu, může pociťovat ztrátu bezpečí anebo fyzickou závislost na druhé osobě.

Úmrtí životního partnera a postupné umírání přátel, neshody s rodinnými příslušníky, odchod do penze spojený se zhoršením finanční situace anebo ztížení možnosti udržovat kontakty s přáteli mohou být podle Malíkové (2011) dalšími příčinami sociálního vyloučení seniora.

Sociální vyloučení je v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 3, popsáno jako vyčlenění člověka mimo všední společenský život a vlivem nepříznivé situace člověka nemožnost se do tohoto společenského života zpět zapojit.

K neméně podstatným sociálním důvodům podle mě patří i strach seniora ze stárnutí, samoty a umírání a proto hledá prostředí, ve kterém by mohl tyto pocity sdílet a zvládnout. Seniorů, kteří odcházejí do domova pro seniory z výše uváděných důvodů, je však podle mě méně, protože si myslím, že pokud je člověk schopný postarat se o sebe sám, je pro něj vlastní domov tím nejlepším prostředím. Vzácně se v praxi setkávám se soběstačným seniorem, který uvádí, že odešel ze svého domova proto, aby si zajistil péči o svoji osobu, až ji bude někdy v budoucnosti potřebovat.

V kapitole Důvody seniorů jsem se zamýšlela nad tím, co vede seniory k rozhodnutí využít pobytové sociální služby, tedy domov pro seniory. V praxi se nejčastěji setkávám s uživateli, kteří uvádějí jako důvod k odchodu do domova pro seniory zhoršení svého zdravotního stavu a s tím související potřebu pomoci v běžných lidských činnostech.

V následující kapitole popisuji sociální služby určené seniorům, konkrétně domovy pro seniory a uvádím informace o poskytovaných službách v domovech pro seniory, ve kterých jsem prováděla výzkum.

8 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby jsou podle Matouška (2008) všechny krátkodobé a dlouhodobé služby poskytované příslušným uživatelům s cílem zvýšení kvality jejich života, eventuálně s cílem ochránit zájmy společnosti.

Sociální služby jsou v současné době v České republice formulovány v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální služba je dle tohoto zákona popsána jako činnost anebo soubor činností, které zabezpečují podporu a pomoc jedincům s cílem jejich sociálního začlenění nebo jsou prevencí sociálního vyloučení člověka.

Podle § 33 se sociální služby poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

V § 32 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou uvedeny následující druhy poskytovaných sociálních služeb:

- „sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.“

V § 35 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nalezneme výčet základních činností prováděných při poskytování sociálních služeb. Jedná se o následující činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

8.1 Služby sociální péče

Služby sociální péče zajišťují dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pomoc lidem v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a způsob pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost a měl by působit na jedince aktivně s cílem umožnit jim zapojení do všedního ži-

vota společnosti.

Nepříznivá sociální situaci je ve výše uvedeném zákoně, v § 3, definována jako „*oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.*“

8.1.1 Služby sociální péče určené seniorům – domov pro seniory

V této kapitole jsem se zaměřila na sociální služby pobytového charakteru, konkrétně na domovy pro seniory, protože tato zařízení jsou místem, kde probíhal můj výzkum.

Podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku a jejichž aktuální situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Pobytovými službami se dle výše uvedeného zákona rozumí služby, které jsou spojené s ubytováním osob v zařízeních sociálních služeb.

Na základě výše uvedeného můžeme říci, že domovy pro seniory poskytují především péči starým lidem, kteří už nejsou schopni plnit svoji společenskou funkci a zároveň, o které se rodina nemůže anebo nechce sama postarat.

Výhodou dle Malíkové (2011) je ta skutečnost, že v zařízeních domovů pro seniory mohou být ubytovány jak manželské páry, tak v případě potřeby i sourozenci, popřípadě rodič a dítě (pokud tyto osoby minimálně splňují věkové podmínky stanovené v § 49). Souběžné poskytování sociální služby rodinným příslušníkům má dle Malíkové (2011) pozitivní vliv jak na jejich adaptaci v zařízení, tak i na zvýšení pocitu jistoty, bezpečí, klidu a spokojenosti těchto uživatel. Zároveň se posilují rodinné vazby, protože příbuzní navštěvují členy rodiny společně. Na straně ošetřujícího personálu to přináší souvislou možnost získávat informace o druhém uživateli z příbuzenského vztahu a často i kvalitnější spolupráci s ostatními příbuznými. V praxi se občas setkávám s opačnou reakcí, kdy například schopnější uživatel z manželské dvojice, protěžuje personál přisvojováním si jeho pozornosti pro svého nemocného partnera a péči, kterou zvládal doposud sám (například dopomoc při jídle) vyžaduje na personálu, protože jak uvádí „si za to platí.“

8.1.1.1 Podmínky pro umístění žadatele do zařízení domova pro seniory

Jedna z hlavních podmínek je stanovena přímo v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 49: žadatel o službu je osoba se sníženou soběstačností, která dosáhla odpovídajícího věku, tj. 60 let a jejíž současná situace vyžaduje neustálou pomoc nebo podporu druhé fyzické osoby.

Mezi další často uváděné podmínky pro přijetí žadatele do domova pro seniory (které nalezne žadatel na příslušných internetových stránkách zařízení) například patří: české občanství, komunikace seniora v českém popřípadě slovenském jazyce a vyjádření lékaře o tom, že žadatel netrpí duševní poruchou anebo závislostí na jakýchkoliv návykových látkách.

8.1.1.2 Základní služby poskytované v domovech pro seniory

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 49 stanovuje, jaké jsou základní činnosti, které jsou poskytovatelé sociálních služeb v domovech pro seniory povinni vždy zajistit. Jedná se o následující služby:

- poskytnutí ubytování a stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- poskytnutí podmínek pro osobní hygienu a pomoc při osobní hygieně,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- aktivizační a sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv a pomoc při obstarávání osobních záležitostí.

Seznam těchto poskytovaných služeb většinou nalezneme i v informačních letácích jednotlivých zařízení anebo na internetových stránkách konkrétních domovů pro seniory. Zde případní zájemci o poskytnutí péče zjistí podmínky pro umístění žadatele do zařízení domova pro seniory.

8.1.1.3 Ošetřovatelská péče poskytovaná seniorům v domovech pro seniory

Ošetřovatelská péče je podle Malíkové (2011) zaměřená v první řadě na uspokojování základních biologických potřeb (nejčastěji nesoběstačného) člověka. Jedná se hlavně o pomoc při přijímání potravy a tekutin, podpora pravidelného vyprazdňování a péče o inkontinentní uživatele, zajištění osobní hygieny a celkové koupele, péče o pokožku zaměřená na prevenci vzniku kožních defektů, pomoc při oblékání a svlékání, udržování čistého lůžka,

pomoc při pohybu na lůžku a polohování imobilního uživatele a zajištění podmínek pro kvalitní odpočinek a spánek (například vyvětrání pokoje).

Nesmíme zapomenout na zajištění psychosociálních potřeb uživatele, například zajištění kontaktu se sociálním prostředím, kdy ošetřující personál doprovází uživatele na bohoslužbu, na procházku anebo zajišťuje účast uživatele na volnočasových aktivitách. Neméně důležitou a zároveň velmi náročnou součástí ošetrovatelské péče je citlivé uspokojování základních potřeb a empatické poskytnutí psychické podpory umírajícímu člověku.

Přestože si uživatel za tyto služby platí, nevylučuje to možnost zapojení rodinných příslušníků do péče o svého příbuzného. Myslím si, že to na jednu stranu posiluje vazby mezi nimi a zároveň na druhou stranu má příbuzný možnost sledovat, co všechno a do jaké míry ještě jeho rodič zvládá. Podle mne se tak dá předejít nedorozuměním, kdy například v případě zhoršení zdravotního stavu seniora mu musí personál podávat mixovanou stravu, i když, jak upozorňují příbuzní, při jejich poslední návštěvě „tatínek všechno bez problémů jedl sám“. To, že ta poslední návštěva byla před půl rokem, už příbuzní nezmiňují.

8.1.1.4 Zdravotní péče poskytovaná seniorům v domovech pro seniory

Všeobecně lze říci, že zdravotní péče je primárně zaměřená na prevenci, případně léčbu nemocí a sekundárně je posláním zdravotní péče pěstovat a udržovat tělesnou a psychickou pohodu člověka. U stárnoucích lidí je dle některých odborníků dalším jejím úkolem oddálit zhoršení zdravotního stavu seniora a v případě vážné a nevléčitelné nemoci, umožnit člověku klidný a důstojný odchod. Naopak dle Hartla (2009) zdravotní péče znamená zrealizování práva člověka na zdraví. Zdravotní péče je dána časovou, institucionální i ekonomickou dostupností a mírou schopnosti člověka zdravotní péči vyžadovat i přijímat.

Domovy pro seniory v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytují základní zdravotní péči.

Náplň práce zdravotní sestry uvádí například Malíková (2011). Jedná se hlavně o podávání léků, aplikaci injekcí a inzulinu podle ordinace lékaře; měření fyziologických funkcí a základní odběry biologického materiálu podle ordinace lékaře; sledování příznaků dehydratace a příjmu potravy u uživatelů, kteří mají problémy s příjmem a vyprazdňováním; prevence a ošetřování již vzniklých dekubitů a kožních defektů; provádění základního rehabilitačního ošetření, jako je polohování uživatele, nácvik chůze a dechová rehabilitace. V neposlední řadě se jedná o péči o umírající uživatele, kdy je zdravotní péče především

zaměřená na sledování základních fyziologických potřeb, na tišení bolesti dle ordinace lékaře a poskytnutí psychické podpory jak umírajícímu, tak i jeho příbuzným.

8.2 Sociální služby pro seniory ve Zlínském kraji

Přehlednou nabídku sociálních služeb pro seniory nabízí Katalog sociálních služeb Zlínského kraje (2009).

Podle informací uvedených v tomto katalogu byly seniorům v roce 2009 nabízeny ve Zlínském kraji následující sociální služby:

- Centra denních služeb: 4 zařízení,
- Denní stacionáře: 9 zařízení,
- Domovy pro seniory: 37 zařízení,
- Domovy se zvláštním režimem: 8 zařízení,
- Odlehčovací služby: 10 zařízení,
- Osobní asistence: 4 zařízení,
- Pečovatelská služba: 45 zařízení,
- Sociálně aktivizační služby pro seniory: 4 zařízení.

8.2.1 Popis jednotlivých sociálních zařízení, ve kterých probíhal výzkum

Z důvodů, které uvádím v praktické části, jsem pro výzkum vybrala tato zařízení:

Centrum pro seniory Holešov, Domov pro seniory U Kašny Kroměříž, Domov pro seniory U Moravy Kroměříž, Domov pro seniory Nezdenice a Domov pro seniory Strážnice. Následující informace jsou čerpány z internetových stránek příslušných Domovů pro seniory.

Centrum pro seniory Holešov:

Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž posláním je poskytování sociálně zdravotní péče starým občanům a občanům, kteří pro trvalé změny svého zdravotního stavu potřebují komplexní péči. Dále zařízení poskytuje péči těm občanům, kteří ze závažných důvodů nemohou zůstat v domácím prostředí a potřebují zajištění sociálně zdravotní péče jen ve vymezeném čase – mohou využít denní stacionář. Zařízení taktéž pomáhá rodinám, které se pravidelně starají o své blízké a z nějakého důvodu krátkodobě tuto péči nemohou zajistit, k tomuto účelu slouží odlehčovací služby. Ubytování je zajištěno pro 178 klientů ve dvoj-
lůžkových pokojích.

Domov pro seniory U Kašny a Domov pro seniory U Moravy Kroměříž:

Tato dvě zařízení jsou spravována Sociálními službami města Kroměříž. Domov pro seniory U Kašny nabízí celoroční pobyt, stravování a dle potřeb seniorů zdravotní, obslužnou, ošetrovatelskou a sociální péči včetně nabídky aktivit pro volný čas. Kapacita zařízení je 80 lůžek. Domov pro seniory U Moravy poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Kapacita domova je 136 lůžek, v jedno a dvojlůžkových pokojích.

Domov pro seniory Nezdenice:

Domov pro seniory Nezdenice je součástí příspěvkové organizace Sociální služby Uherské Hradiště a poskytuje pobytovou službu občanům, kteří dosáhli věku 60 let, kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují péči, která jim nemůže být zajištěná jinak a mohlo by dojít k jejich sociálnímu vyloučení. Kapacita domova je 165 lůžek.

Domov pro seniory Strážnice:

Sociální služba Domov pro seniory má celkem 37 lůžek v jednolůžkových, dvoulůžkových, třílůžkových a dvou vícelůžkových pokojích. Cílovou skupinou pro toto sociální zařízení jsou senioři nad 60 let se sníženou soběstačností, kteří potřebují pomoc nebo podporu druhé osoby při základních činnostech sebeobsluhy.

V kapitole Sociální služby jsem uvedla přehled sociálních služeb určených pro seniory, konkrétně jsem se zaměřila na domovy pro seniory, protože se v bakalářské práci zabývám důvody, které ovlivnily rozhodnutí seniorů využít právě tato pobytová zařízení.

V následující kapitole popisují historii ošetrovatelství a ústavní péče zaměřené na seniory.

9 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ A ÚSTAVNÍ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA SENIORY

Je zřejmé, že vývoj ošetrovatelské péče přímo souvisí s vývojem morálního postoje společnosti k sociálně potřebným. Způsob péče je závislý především na kulturní tradici, politické ideologii a organizaci společenského uskupení v jednotlivých historických epochách. Dle Matouška (2007) můžeme z historického pohledu rozeznat tři navzájem se překrývající vývojové směry, které měly vliv na vznik ošetrovatelství jako profese. Jsou to: laická péče, charitativní péče a organizovaná léčebná péče. Ve většině zemí je vznik ošetrovatelské péče spojován s náboženstvím, především s křesťanstvím, jehož učení se zakládá na pomoci bližnímu. Velký význam na vznik organizované ošetrovatelské péče měly války, vědecké objevy a s tím související rozvoj medicíny. Jak tedy uvádí Matoušek (2007) charitativní péče se vyvinula s křesťanstvím a byla zaměřená na pomoc chudým, nemocným a mentálně postiženým lidem. Charitativní péče se na konci 19. století postupně přetransformovala v organizovanou léčebnou péči, zaměřenou v první řadě na léčení tělesného onemocnění a vlivem toho se tak ošetrovatelství začínalo orientovat více na výkon, než na samotného člověka.

Podobný vývoj můžeme pozorovat i u péče o staré lidi. V prvopočátcích jsou staří lidé na okraji společnosti, pro kterou znamenají přítěž, protože již nepodávají požadovaný výkon. V další fázi se podle Matouška (2007) hlavní péče odehrává v rodině a od 19. století se postupně rozšiřuje i na ústavní péči, jejímž garantem je stát, který tak nahrazuje církevní instituce. Ústavní péče byla zpočátku zaměřená především na staré lidi, kteří nemají rodinné zázemí, postupně se péče začala orientovat na zajištění sociálních i zdravotních potřeb všech starých lidí, bez rozdílu jejich zařazení ve společnosti. Určitý posun vidíme i v pojmenování těchto sociálních ústavů, když se z útulků a starobinců stávají ústavy a následně nalézáme v názvu slovo „domov“, přičemž je název domov důchodců v současné době změněn na domov pro seniory.

Malíková (2011) v souvislosti s vývojem poskytování sociální pomoci a péče u nás, zmiňuje tu skutečnost, že v době socialistického Československa sloužila ústavní zařízení výhradně k izolaci lidí s různými zdravotními handicap. Stáří, nemoc a umírání byly v této době značně tabuizovány. Na základě toho existoval v tehdejší společnosti mylný názor, že umístěním starých nebo nemocných lidí do státních ústavních zařízení je o tyto lidi kvalitně

postaráno. Tento postoj ve společnosti vyžadoval dle Malíkové (2011) direktivní systém, založený na rutinní skupinové péči, bez ohledu na individuální potřeby člověka a bez respektování práv, soukromí a svobody rozhodování při zajišťování ústavní péče těmito lidmi. Jak upozorňuje Malíková (2011), snížená soběstačnost anebo úplná nesoběstačnost seniorů se řešila prakticky jediným možným způsobem, a to umístěním člověka do státního domova důchodců, ve kterém poskytnutou péči bez ohledu na její kvalitu dotovoval stát. Umístěním seniora do domova důchodců se často řešil i problém s nedostatkem bydlení, takže do ústavních zařízení odcházeli i senioři, kteří byli prakticky soběstační a nevyžadovali žádnou zvláštní pomoc, ale na druhou stranu si o to intenzivněji uvědomovali beznadějnost své situace, kdy se museli podříditi zaběhnutému režimu bez zohlednění jejich návyků a potřeb. V případě, že se rodinní příslušníci nemohli postarat o nesoběstačného seniora a v domově důchodců nebylo volné místo, byli tito nesoběstační senioři dlouhodobě umístěni (mnohdy opakovaně) ve zdravotnickém zařízení na odděleních léčeben pro dlouhodobě nemocné, kde, jak uvádí Malíková (2011), pobývali bez stanovení léčebného postupu a tak docházelo ke zbytečnému protěžování zdravotnického personálu a hrazení nákladné zdravotní péče. Aby se zvýšila ubytovací kapacita domovů důchodců, byli senioři ubytováni ve vícelůžkových pokojích, se společným sociálním zařízením na patře, což bylo dle Malíkové (2011) jednou z příčin brzké inkontinence imobilních seniorů, kteří tak byli okolnostmi nuceni vyprazdňovat se na lůžku.

Absence soukromí a možnosti o sobě rozhodovat, návštěvy rodinných příslušníků v domově důchodců těsně po výplatě starobního důchodu, minimální prostor k seberealizaci, to byly podle Malíkové (2011) typické vyhlídky starých lidí na strávení posledních let jejich života, často doprovázené pocity lítosti, zklamáním a pasivitou. Vzhledem k tomu, že se ošetrovatelská péče poskytovala rutinně, bez definovaných pravidel ošetrovatelského procesu, docházelo k jejímu odlidštění, což mnohdy vedlo k porušování práv ubytovaných seniorů, jak v zařízeních domovů důchodců, tak i ve zdravotnických zařízeních.

Lepší vyhlídky nejen pro seniory, ale vůbec pro všechny občany žijící v ústavních sociálních zařízeních, přišly po listopadu 1989, kdy se začal prosazovat tolik očekávaný pokrok i do sféry realizování a poskytování sociálních služeb.

Jak připomíná Malíková (2011), skončil tak jeden náročný úsek života člověka, odkázaného žít v pobytovém sociálním zařízení, a naskytla se mu možnost kvalitnějšího života, ve kterém je brán ohled i na jeho pocity a osobní potřeby.

K významným změnám ve sféře sociálních služeb však došlo podle Malíkové (2011), teprve až v roce 2006, kdy vstoupil v platnost Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V novém sociálním zákoně nalezneme například definování nových zásad a pravidel pro poskytování sociálních služeb a rovněž důraz na začlenění osob se zdravotním postižením anebo jedinců v nepříznivé sociální situaci do života společnosti.

Neméně důležitým dokumentem v procesu transformace sociálních služeb je konzultační dokument Ministerstva práce a sociálních věcí z roku 2003, „Bílá kniha v sociálních službách“, ve které mimo jiné nalezneme formulaci sedmi hlavních principů tvořících základ všech poskytovaných sociálních služeb (Bílá kniha, 2003, s. 6):

1. nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoli závislost,
2. začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení,
3. respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem,
4. partnerství – pracovat společně, ne odděleně,
5. kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem,
6. rovnost bez diskriminace,
7. standardy národní, rozhodování v místě.

Spolu s autory výše uvedených principů můžeme říci, že pokud se všechny zainteresované osoby budou řídit těmito základními pravidly, dojde k naplnění poslání sociálních služeb, tj. *„pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě, největšinové společnosti, ve svém přirozeném společenství“* (Malíková, 2011, s. 31).

Jak poukazuje Malíková (2011), senior využívající pobytové sociální zařízení se tak stává v rámci svých možností aktivním partnerem ošetřujícího personálu, čímž se podporuje nejen jeho soběstačnost, ale zároveň se zvyšuje i seniorovo sebevědomí a posiluje se pocit důležitosti jeho bytí a smyslu života (i v poslední části života člověka).

Z výše uvedeného je patrné, že poskytování sociálních služeb seniorům v našem státě směřuje k lepšímu. Mění se jak přístup společnosti ke stárnoucí populaci a ke stáří, tak i způsob poskytování sociálních služeb, jejichž cílem je poskytnutí podpory a pomoci uživate-

lům tak, aby mohli sami provádět co nejvíce činností a byli tak méně závislí na pečujících osobách.

V kapitolách teoretické části práce jsem se zabývala stářím, stárnutím a změnami, které je provází, základními lidskými potřebami a důvody, které vedou seniory k rozhodnutí odejít do domova pro seniory. Dále jsem se zaměřila na sociální služby určené seniorům a v poslední kapitole popisuji historii ošetrovatelství a ústavní péče zaměřené na seniory.

V následující praktické části popisuji výzkum a zhodnocení získaných výsledků. V závěru práce se věnuji shrnutí získaných poznatků a zamýšlím se nad jejich praktickým využitím.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

10 VÝZKUM

Protože péče o seniory stále častěji přechází na společnost, je třeba se zamýšlet mimo jiné i nad potřebami a důvody, které vedou seniory k tomu, že se rozhodnou strávit poslední část svého života právě v domově pro seniory. Je zřejmé, že se tyto potřeby a důvody budou v průběhu času měnit, proto by se společnost měla snažit získávat aktuální informace. Jednu z možností pro jejich získání spatřuji v bakalářských a magisterských výzkumech absolventů fakult humanitních oborů.

Při zpracovávání výzkumu jsem vycházela z následující odborné literatury: Chráška M. - Metody pedagogického výzkumu a Reichel J. - Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.

10.1 Výzkumný problém

V této práci se zabývám následujícím výzkumným problémem:

Co motivuje stárnoucího člověka změnit zázemí svého domova za pobyt v ústavním zařízení?

10.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaké potřeby a důvody nejčastěji vedly oslovené seniory k rozhodnutí, využít pobytových služeb domova pro seniory.

Dále jsem si stanovila následující dílčí cíle:

- 1) Zjistit, co senioři nejčastěji očekávají od pobytu v domově pro seniory a které potřeby jsou zde podle nich nejméně uspokojovány.
- 2) Zjistit, zda muži a ženy uvádějí rozdílné důvody k odchodu do domova pro seniory.
- 3) Vymežit praktické využití dat získaných výzkumem.

10.3 Výzkumné otázky

Dostatečný zdroj informací pro odpovědi na výzkumné otázky, mi poskytl dotazník, při jehož tvorbě jsem vycházela z výzkumného problému a stanovených dílčích cílů.

Stanovila jsem si následující výzkumné otázky:

1. Převládají u respondentů zdravotní důvody nebo sociální důvody k odchodu do domova pro seniory?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 9.

2. Jsou důvody, které vedly seniory k rozhodnutí žít v domově pro seniory odlišné u žen a mužů?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 1 a č. 9.

3. Jaké činnosti dělaly respondentům v domácím prostředí největší problémy?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 8.

4. Co respondenti nejčastěji očekávají od pobytu v domově pro seniory?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 12.

5. Jsou splněna očekávání respondentů vyplývající z pobytu v domově pro seniory?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 14.

6. Které potřeby jsou podle seniorů nejméně uspokojovány?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 13.

7. Do jaké míry je respondenty využívána zdravotní péče poskytovaná v domově pro seniory?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 11.

8. Odcházejí senioři do domova pro seniory dobrovolně?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 10.

9. Kdo nejčastěji nabízí respondentům možnost využít pobytové zařízení?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 7.

10. Využívají pobytových služeb častěji lidé osamocení nebo lidé žijící společně s druhou osobou?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 6.

10.4 Druh výzkumu

Jako druh výzkumu jsem si zvolila kvantitativní výzkum, protože mi umožnil oslovit větší počet respondentů a zároveň nastíní možné vztahy mezi proměnnými. Výzkum bude menší, krátkodobý a jednorázový.

Dle Reichela (2009) kvantitativní přístup vychází z předpokladu, že je předmět zkoumání měřitelný a tříditelný, informace o něm jsou získávané v určité kvantifikovatelné a formálně porovnatelné formě. Dále dle Reichela (2009) následuje analýza pomocí statistických metod s cílem ověřit platnost vizí výzkumníka o přítomnosti určitých podstatných znaků zkoumaných hledisek, o možných vzájemných vztazích těchto znaků a o jejich vztazích k jiným předmětům a jejich vlastnostem.

10.5 Metoda výzkumu

Pro výzkum jsem zvolila metodu dotazníku. Dotazník je dle Chrásky (2007, s. 163) „*soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“

Výhodu dotazníku vidím především v tom, že půjde o anonymní písemné vyplňování, což umožní respondentům zbavit se ostychu a být otevřenými a upřímnými. Další výhodou dotazníku je i to, že jde o rychlý způsob sbírání dat od velkého počtu respondentů.

Nevýhodou dotazníku může být ta skutečnost, že pokud respondent potřebuje při vyplňování dotazníku pomoc druhé osoby, nemusí vždy odpovídat pravdivě. Uvědomuji si, že přítomnost druhé osoby při vyplňování může vyvolat u seniora pocit studu, v důsledku čehož na něj nebude upřímně odpovídat. Vlivem toho tak může dojít ke snížení platnosti výzkumu. S tímto rizikem počítám, protože ze své praxe vím, že nejen klienti upoutaní na lůžko mívají problémy se psaním. Proto bude moje pomoc (anebo pomoc sociální pracovníce) při vyplňování dotazníku pravděpodobně nezbytná.

10.5.1 Vytvoření dotazníku

Nejprve dotazník obsahoval 29 položek, ale jak se ukázalo v předvýzkumu, toto množství otázek bylo pro respondenty náročné, jak co do času k odpovídání, tak i k udržení jejich pozornosti. Pomocí předvýzkumu jsem si ověřovala srozumitelnost otázek v dotazníku, zda jsou otázky správně formulované a jednoznačné, jestli mi přinesou potřebné informace a minimální dobu na vyplnění dotazníku. Dále mne zajímalo, jestli jsem respondentům u výčtových otázek poskytla dostatek možností k odpovědi a nakonec zda je dotazník pro seniory čitelný (pro usnadnění čitelnosti jsem dotazník napsala větším písmem).

Předvýzkum proběhl v září 2011 s 5 respondenty z Domova pro seniory Nezdenice, ve kterém pracuji. Každému respondentovi jsem nabídla pomoc při vyplňování dotazníku. Tři respondenti toho využili. Vyplnění jednoho dotazníku nám trvalo přibližně hodinu, protože hodně otázek evokovalo u seniorů vzpomínky, o které se chtěli se mnou podělit. Dva respondenti odpovídali na dotazník sami a při odevzdávání mi řekli, „že to bylo na ně moc dlouhé.“ Respondenti, kteří se účastnili předvýzkumu, se dalšího výzkumu nezúčastnili.

Na základě informací získaných v předvýzkumu, jsem přehodnotila důležitost a funkčnost otázek v dotazníku, dotazník jsem upravila a konečný počet položek v dotazníku jsem stanovila na 14 položek.

Dotazník obsahuje níže uvedené typy položek (otázek), jejichž charakteristika je dle Chrásky (2007) následující:

- a) otevřené otázky – jsou to volné otázky, které nenabízí respondentům žádnou danou odpověď; (v dotazníku položka č. 4),
- b) uzavřené otázky dichotomické – uzavřená otázka nabízí respondentovi dopředu vytvořené odpovědi; na dichotomickou otázku lze odpovědět pouze dvěma navzájem se vylučujícími odpověďmi; (položka č. 1),
- c) uzavřené otázky polytomické výběrové – tyto otázky nabízí více než dvě odpovědi, respondent jednu z nich vybírá; (položky č. 2, 3, 7, 10, 14),
- d) polouzavřené otázky – nabízí vedle několika předem daných odpovědí ještě položku „jiná odpověď“; (položky č. 5, 6),
- e) škálové otázky – na škálovou otázku respondent odpovídá dle míry svého souhlasu příslušným číslem na dané hodnotící škále; (položky č. 8, 9),
- f) výčtové otázky – respondent může na tyto otázky vybrat současně více odpovědí (většinou bývá uvedeno kolik); (položky č. 11, 12, 13).

Pro upřesnění věku respondentů jsem využila dělení dle periodizace stáří Světové zdravotnické organizace (WHO). Pro vytvoření položky č. 8 jsme použila některé možnosti z Bathelova testu základních všedních činností (in Venglářová, 2007, s. 31 - 32).

10.5.2 Průběh výzkumu

Dotazníky jsem zadávala v listopadu a prosinci 2011. Největší část dotazníků jsem distribuovala v zařízení, kde pracuji. Z celkového počtu 163 uživatelů, mým kritériím při výběru odpovídalo 70 uživatelů. Ty jsem postupně oslovila a nabídla jim pomoc při vyplňování. Kromě deseti z nich, chtěl každý, abych dotazník vyplnila s ním, protože: „špatně vidím“, „mohla bych vám to pokazit“, „pojďte si povykládat.“ Tato zkušenost mě motivovala k předpokladu, že další respondenti v jiných domovech pro seniory budou mít pravděpodobně stejné pocity a budou požadovat pomoc při vyplňování dotazníku. Proto jsem další domovy pro seniory vybírala podle toho, kde mám nějaké známé v ošetřujícím personálu. A byl to taky hlavní důvod k zadání dotazníků do jednotlivých zařízení po 20 až 25 kusech, abych příliš nezatěžovala personál zařízení a zároveň nesnižovala jeho ochotu ke spoluprá-

ci při zadávání dotazníků. Při předávání dotazníku jsem všechny zainteresované osoby požádala, aby nabídly respondentovi svoji pomoc při vyplňování, čímž jsem si zajistila téměř stoprocentní návratnost dotazníku.

10.6 Výzkumný soubor

Respondenty jsem vybírala tzv. záměrným kvótním výběrem podle následujících kontrolních znaků:

- doba pobytu seniora v domově pro seniory minimálně 3 měsíce,
- orientace osobou, místem a časem,
- schopnost komunikace,
- ochota seniora ke spolupráci při vyplňování dotazníku.

Záměrný kvótní výběr je dle Chrásky (2007, s. 22) takový výběr prvku, o kterém rozhoduje výzkumník. Výzkumník na základě svého úsudku „*zvolí určité kontrolní znaky, podle nichž se výběr orientuje.*“

Do výzkumu jsem chtěla zařadit nejen soběstačné seniory, ale i uživatele, kteří jsou v důsledku svého zdravotního stavu odkázáni trávit celý den v lůžku. S výběrem vhodných respondentů jsem požádala o pomoc sociální pracovnice z vybraných domovů pro seniory ze Zlínského kraje. Jedná se o respondenty z následujících zařízení: Centrum pro seniory Holešov, Domov pro seniory U Kašny Kroměříž, Domov pro seniory U Moravy Kroměříž, Domov pro seniory Nezdenice a Domov pro seniory Strážnice.

10.6.1 Charakteristika výzkumného souboru

Celkový počet respondentů byl 160, dotazníků se mi vrátilo 158 kusů a z toho bylo správně vyplněno 150 dotazníků, což odpovídá 94 %. Jako důvod tak vysokého procenta správně vyplněných dotazníků považuji tu skutečnost, že jsem osobně distribuovala 70 dotazníků a zbylých 90 dotazníků jsem zadávala přes své známé, kteří pracují v sociálních službách.

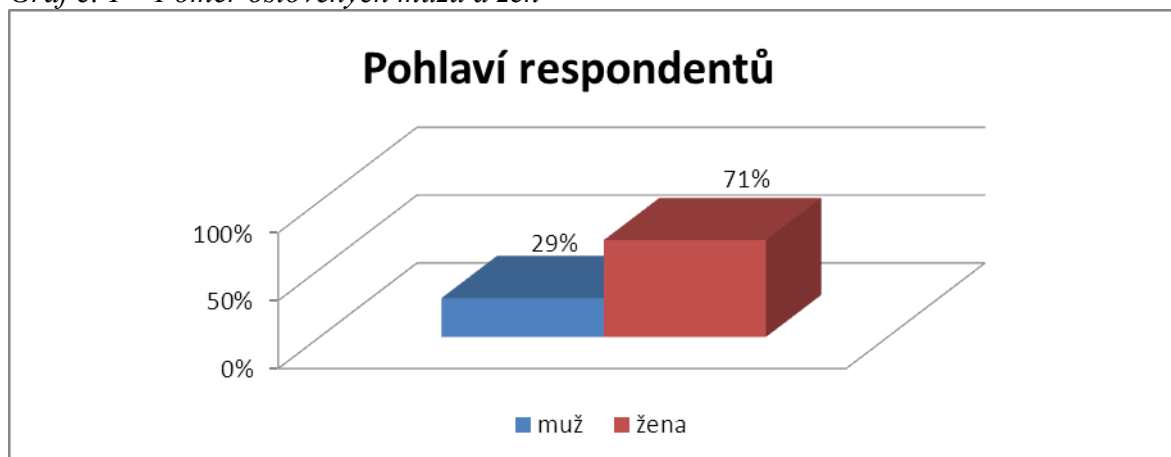
Charakteristika respondentů podle pohlaví:

Pro zjištění zastoupení respondentů dle pohlaví jsou použity odpovědi z položky č. 1, dotazníku.

Tabulka č. 1 – Charakteristika respondentů podle pohlaví

1. Pohlaví respondentů:	<i>Relativní četnost [%]</i>	<i>Absolutní četnost</i>
muž	29	43
žena	71	107
Celkem	100	150

Graf č. 1 – Poměr oslovených mužů a žen



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 1:

Ze 150 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 71 % žen a 29 % mužů, což je patrné z výše uvedené tabulky a grafu.

Komentář k položce č. 1:

Vyšší zastoupení žen ve výzkumném vzorku, je dáno tím, že v domovech pro seniory, ve kterých byl průzkum proveden, bylo ubytováno více žen než mužů. To mohu potvrdit i ze své zkušenosti, kdy například v Domově pro seniory v Nezdenicích, kde pracuji, je ze 165 uživatelů pouze jedna třetina mužů. Jednou z možností, proč tomu tak je, může být ta skutečnost, že je v dnešní populaci seniorů více ovdovělých žen.

Charakteristika respondentů podle věku:

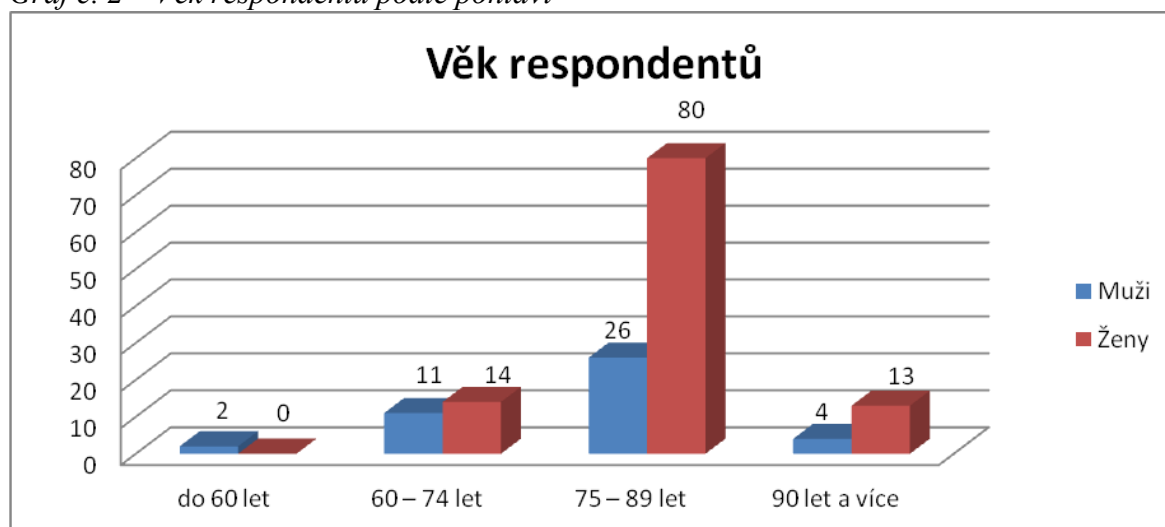
Věk respondentů jsem pro potřeby výzkumu rozdělila do kategorií dle Světové zdravotnické organizace (WHO), která člení stáří na rané stáří (60-74 let), vlastní stáří (75-89 let) a dlouhověkost (90 a více let).

Pro zjištění zastoupení respondentů dle věku jsou použity odpovědi z položky č. 2, dotazníku.

Tabulka č. 2 – Charakteristika respondentů podle věku

2. Věk respondentů:	Muži		Ženy	
	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost
do 60 let	5	2	0	0
60 – 74 let	26	11	13	14
75 – 89 let	60	26	75	80
90 let a více	9	4	12	13
Celkem		43		107

Graf č. 2 – Věk respondentů podle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 2:

Nejpočetnější skupinou ve výzkumu byli respondenti ve věku 75-89 let, z toho ženy byly zastoupeny v této věkové kategorii 80 krát a muži 26 krát z celkového počtu 150 respondentů. Dlouhověkových žen bylo 13 a výzkumu se také zúčastnili 4 dlouhověcí muži.

Komentář k položce č. 2:

Zajímavé je zjištění, že ženy byly nejpočetněji zastoupeny ve věku 75-89 let. Je to podle mne nejspíš dáno tím, že v tomto věku většina žen ovdoví. Nejstarší respondent, kterého jsem osobně oslovila, byla žena ve věku 101 let.

Charakteristika respondentů podle nejvyšší dosaženého vzdělání:

Pro zjištění zastoupení respondentů dle dosaženého vzdělání jsou použity odpovědi z položky č. 3, dotazníku. Tato položka je pouze informativní, proto zde neuvádím další dělení na muže a ženy.

Tabulka č. 3 – Charakteristika respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:	<i>Relativní četnost [%]</i>	<i>Absolutní četnost</i>
základní	42	63
vyučen/a bez maturity	35	53
vyučen/a s maturitou	9	13
středoškolské	12	18
vysokoškolské	2	3
Celkem	100	150

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 3:

Z výše uvedené tabulky je patrné, že respondenti nejčastěji uváděli jako své nejvyšší dosažené vzdělání základní vzdělání, 42 % respondentů a vyučení bez maturity, 35 % respondentů.

Komentář k položce č. 3:

Tento výsledek je podle mne dán situací a dobou, ve které respondenti žili jako dospívající, tedy obdobím první republiky, kdy středoškolské a vysokoškolské vzdělání bylo výsadou vyšších vrstev společnosti. Jsem přesvědčená, že pokud se bude podobný průzkum dělat za deset let, respondenti budou nejčastěji uvádět vyučení/a s maturitou, protože se všeobecně zvyšují nároky na vzdělání obyvatel.

Charakteristika respondentů dle délky jejich pobytu v domově pro seniory:

Pro zjištění zastoupení respondentů dle délky jejich pobytu v domově pro seniory jsou použity odpovědi z položky č. 4, dotazníku.

Minimální dobu pobytu respondentů jsem stanovila na 0,25 let, což odpovídá 3 měsícům. Tuto položku jsem analyzovala pomocí výpočtu aritmetického průměru a pomocí výpočtu pro modus.

Tabulka č. 4 – Doba pobytu respondentů v domově pro seniory

4. Jak dlouho žijete v domově pro seniory?	<i>Průměr</i>	<i>Maximum</i>	<i>Minimum</i>	<i>Modus</i>
hodnota je uvedena v letech	3,68	26	0,25	2

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 4:

Z výzkumu vyplynulo, že průměrná doba pobytu oslovených seniorů v domově pro seniory je 3,68 let a maximální doba pobytu byla 26let. Výpočtem modu jsem zjistila, že nejčastěji udávaná délka pobytu v domově pro seniory byla 2 roky a to ve 20 -ti případech.

Komentář k položce č. 4:

Minimální dobu pobytu respondenta v zařízení domova pro seniory jsem si stanovila na 3 měsíce z toho důvodu, že z praxe vím, že uživatelům trvá přibližně 3 měsíce, než se sžijí s novým prostředím a zvyknou si na personál.

Charakteristika respondentů podle předchozího bydliště:

Pro zjištění zastoupení respondentů dle jejich předchozího bydliště jsou použity odpovědi z položky č. 5, dotazníku. Vzhledem k tomu, že se jedná pouze o doplnění charakteristiky respondentů, uvedla jsem dělení jen na město a vesnici, aniž bych dále zkoumala, jestli respondent žil v rodinném domě anebo v bytě.

Tabulka č. 5 – Předchozí bydliště respondentů

5. Vaše předchozí bydliště:	<i>Relativní četnost [%]</i>	<i>Absolutní četnost</i>
město	41	61
vesnice	47	71
jiné (např.: LDN, jiný domov pro seniory) :	12	18
Celkem	100	150

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 5:

Jako své předchozí bydliště uvedlo 47 % respondentů vesnici a 41 % respondentů uvedlo město. Ostatní respondenti přišli do domova pro seniory po hospitalizaci v Léčebně dlouhodobě nemocných.

Komentář k položce č. 5:

Téměř stejné rozdělení respondentů pocházejících z města a z vesnice mne překvapilo, protože jsem předpokládala, že větší procento respondentů bude před svým odchodem do domova pro seniory bydlet ve městě. Počítala jsem s tím, že na vesnici jsou lidé více spjatí s rodinou a proto bude více seniorů trávit závěr svého života v rodinném kruhu. Tento můj

předpoklad výzkum nepotvrdil, protože 47 % respondentů uvedlo, že před odchodem do domova pro seniory žili na vesnici a 41 % respondentů žilo ve městě.

10.7 Způsob vyhodnocení dat

Při zpracování výsledků kvantitativního výzkumu doporučuje Chráska (2007) nejdříve vyřadit z dalšího zpracování dotazníky, které nejsou správně anebo úplně vyplněny. Následuje kódování, sestavení tabulek četností, výpočty a grafické znázornění získaných dat.

Kódování získaných dat (odpovědí respondentů) probíhá podle Reichela (2009) tak, že jednotlivým druhům každého symbolu přiřadí výzkumník číselné znaky. Varianty symbolů se zakódují na základě dopředu přichystaného kódovacího klíče, který stanovuje styl kódování jednotlivých symbolů a zároveň přiřazuje standardní pořadí mezi dalšími symboly.

10.7.1 Průběh zpracování získaných dat

Nejdříve jsem dotazníky zkontrolovala, zda jsou vyplněny všechny odpovědi na dané položky. Zjistila jsem, že správně je vyplněno 150 dotazníků, zbylých 8 kusů dotazníků jsem vyřadila, protože v nich buď chyběla odpověď anebo bylo vybráno více odpovědí, než jsem požadovala.

Samotný dotazník je složen ze 14 položek, na 12 z nich jsem požadovala od respondentů jednu odpověď a u dvou položek mohli vybrat odpovědi dvě. Abych mohla získané odpovědi zadávat do programu Microsoft Excel 2007, vytvořila jsem si dva kódovací klíče.

Pomocí kódovacího klíče č. 1 jsem každému dotazníku zadala pořadové číslo a zároveň každé odpovědi v jednotlivé otázce (položce) jsem přiřadila příslušný číselný kód (kódovací klíče viz příloha PI.).

Pomocí kódovacího klíče č. 2 jsem zadala číselné kódy odpovědi „jiné“ obsažené v dotazníku v položce č. 13 (kódovací klíče viz příloha PII.). Odpověď „jiné“ je nabídnuta i v položkách č. 9, 11 a 12, ale protože tuto možnost využilo pouze 5 respondentů, popsala jsem jejich odpovědi přímo v popisu výsledků výzkumu u příslušné položky.

Získaná data jsem následně analyzovala v programu Microsoft Excel 2007 pomocí vzorců pro výpočet a analýzu získaných dat. Jedná se o výpočet aritmetického průměru, výpočet absolutní a relativní četnosti a výpočet modusu.

10.8 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Výsledky výzkumu popisují ve dvou kapitolách. V první kapitole (10.8.1) jsem vyhodnotila získaná data z jednotlivých položek z dotazníku. V druhé kapitole (10.8.2) se věnuji odpovědím na výzkumné otázky.

10.8.1 Výsledky a interpretace dotazníkového šetření

Správně vyplněných dotazníků je 150. Dotazník obsahuje 14 položek.

Položky č. 1 až č. 5 jsou prezentované v kapitole 10.6.1 Charakteristika výzkumného souboru. Jedná se o charakteristiku respondentů podle pohlaví, věku, dosaženého vzdělání, podle délky jejich pobytu v zařízení domova pro seniory a charakteristika respondentů podle předchozího bydliště.

Položka č. 6 zjišťovala, s kým respondent žil, než odešel do domova pro seniory

Tato položka zjišťovala, zda respondent žil sám, než odešel do domova pro seniory.

Tabulka č. 6 – S kým respondent žil, než odešel do domova pro seniory

6. Než jste odešel/odešla do domova pro seniory, žil/a jste:	Muži		Ženy	
	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost
sám/sama	63	27	60	64
s partnerem	21	9	15	16
jiná možnost (např.: u své dcery/syna, u příbuzných)	16	7	25	27
Celkem	100	43	100	107

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 6:

Z tabulky je patrné, že největší procento respondentů žilo před příchodem do domova pro seniory osamoceně. S partnerem žilo více mužů než žen.

Komentář k položce č. 6:

Na základě výsledků můžeme říci, že osamocení lidé častěji využívají pobytových sociálních služeb, ale na druhou stranu to není pro ně hlavní důvod, jak vyplývá z analýzy položky č. 9 (Co bylo pro respondenta důvodem k odchodu do domova pro seniory).

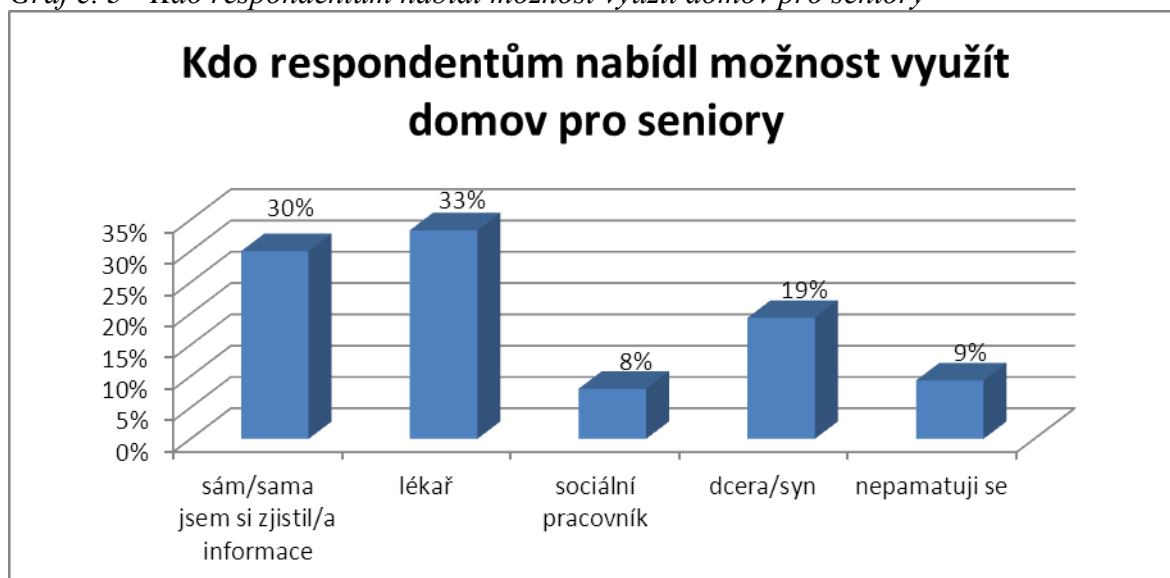
Položka č. 7 zjišťovala, kdo respondentům nabídl možnost využít domov pro seniory

Tato položka zjišťovala, jakým způsobem respondenti získali informace o možnosti využít domov pro seniory.

Tabulka č. 7 - Kdo respondentům nabídl možnost využít domov pro seniory

7. Kdo Vám nabídl možnost využití domova pro seniory?	<i>Relativní četnost [%]</i>	<i>Absolutní četnost</i>
sám/sama jsem si zjistil/a informace	30	45
lékař	33	50
sociální pracovník	8	12
dcera/syn	19	29
nepamatuji se	9	14
Celkem	100	150

Graf č. 3 - Kdo respondentům nabídl možnost využít domov pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 7:

Lékař byl ve 33 % případů první osobou, která nabídla respondentovi možnost využít domov pro seniory, 30 % respondentů si zjistilo informace samostatně.

Komentář k položce č. 7:

Myslím si, že informovanost seniorů o pobytových sociálních službách je velmi dobrá, protože jak ukazují výsledky výzkumu, třetina respondentů si dokázala potřebné informace zjistit sama.

Položka č. 8 zjišťovala, jak senior v domácím prostředí zvládal vybrané činnosti?

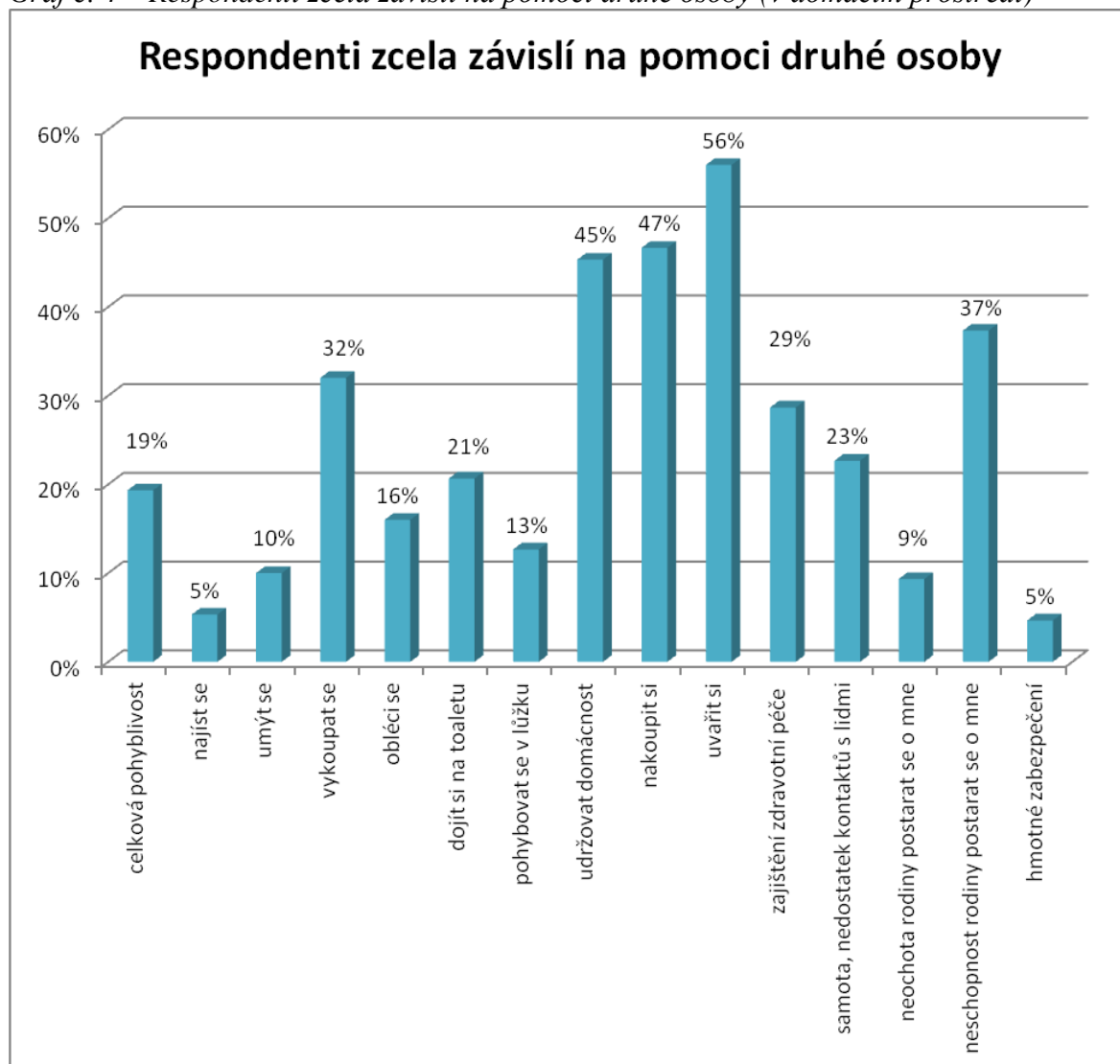
Respondent měl na stupnici 0 až 4 označit, jak v domácím prostředí zvládal vybrané činnosti nebo situace.

Tabulka č. 8 – Schopnost respondenta zvládat v domácím prostředí vybrané činnosti

Stupnice závislosti na pomoci jiné osoby:	0	1	2	3	4
	nezávislý na pomoci [%]	potřebuji minimální pomoc [%]	potřebuji malou pomoc [%]	potřebuji velkou pomoc [%]	zcela závislý na pomoci [%]
celková pohyblivost	28	19	16	18	19
najít se	63	19	8	5	5
umýt se	53	15	16	7	10
vykoupat se	25	7	13	23	32
obléci se	44	15	13	11	16
dojít si na toaletu	50	11	11	7	21
pohybovat se v lůžku	58	9	10	10	13
udržovat domácnost	8	5	15	26	45
nakoupit si	13	9	13	18	47
uvařit si	7	6	9	22	56
zajištění zdravotní péče (podávání léků, převazy, ...)	18	19	16	19	29
samota, nedostatek kontaktů s lidmi	37	14	16	11	23
neochota rodiny postarat se o mne	75	11	2	3	9
neschopnost rodiny postarat se o mne	43	7	5	8	37
hmotné zabezpečení	83	8	2	3	5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4 – Respondenti zcela závislí na pomoci druhé osoby (v domácím prostředí)



Zdroj: vlastní výzkum - odpovědi respondentů z pátého sloupce tabulky č. 8, tj. činnosti (situace), ve kterých jsou respondenti zcela závislí na pomoci druhé osoby.

Vyhodnocení položky č. 8:

Jak je patrné z grafu, největší problémy v domácím prostředí měli respondenti při vaření, 56 % respondentů, při obstarání nákupu, 47 % respondentů, a při udržování domácnosti, 45 % respondentů.

Komentář k položce č. 8:

V této položce jsem se zaměřila na to, jak respondent zvládal péči o svoji osobu a starost o domácnost. Z výzkumu vyplynulo, že zcela nezávislých respondentů na pomoci druhé osoby, co se týče udržování domácnosti, bylo pouze 8 %. Pro mne je zajímavá hodnota 37 %, uvedená u neschopnosti rodiny postarat se o seniora. Myslím si, že toto procento je

značně vysoké, a je jakoby v rozporu s často zmiňovaným trendem v péči o sociálně slabé občany, kdy má být snahou společnosti přechod od institucionalizované péče k péči domácí s podporou odborníků.

Položka č. 9 zjišťovala, co bylo pro respondenta důvodem k odchodu do domova pro seniory?

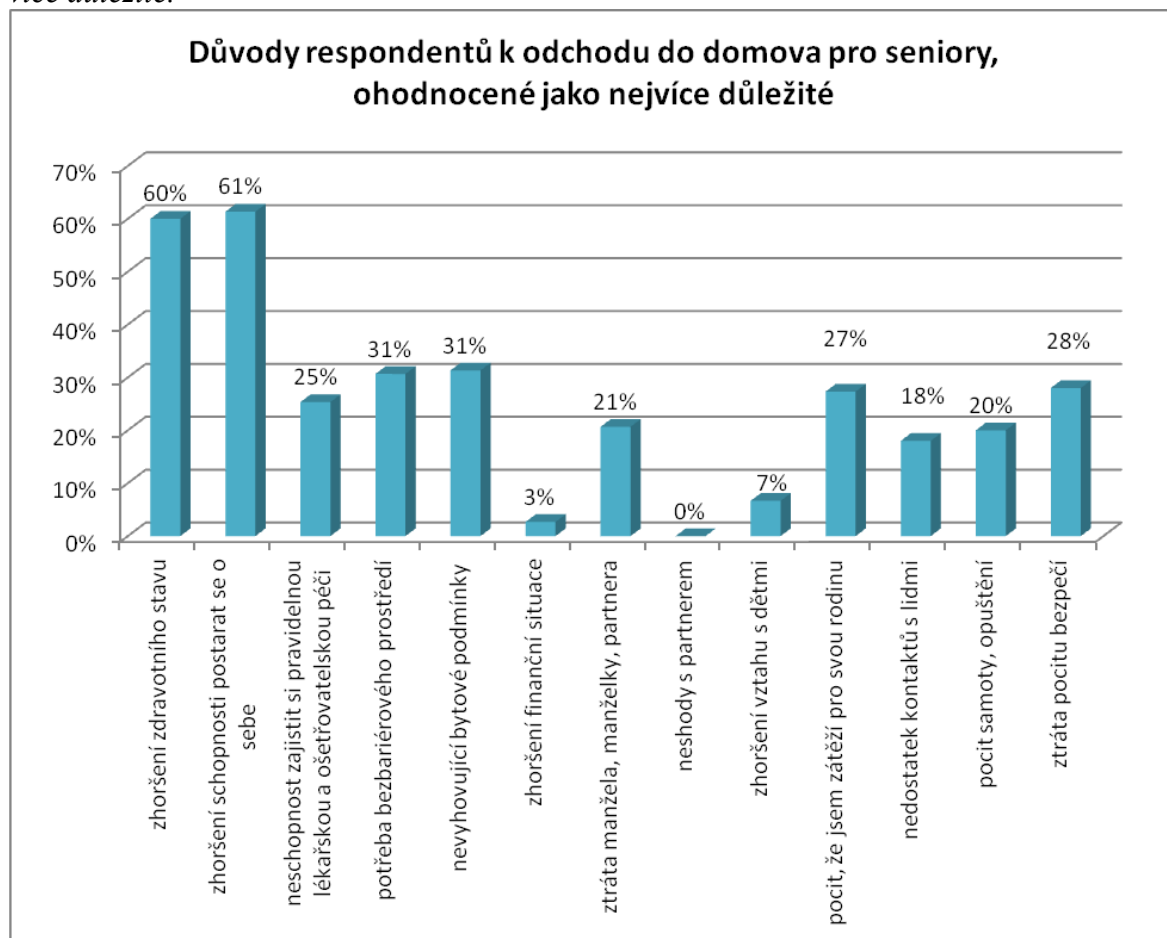
Respondent měl k vybraným důvodům přiřadit číslo na stupnici 0 až 4, dle toho, jakou váhu tomuto důvodu přikládá. Dále měl respondent možnost doplnit vlastní důvod.

Tabulka č. 9 – Důvody respondentů k odchodu do domova pro seniory

Stupnice důležitosti pro odchod do domova pro seniory:	0	1	2	3	4
	vůbec ne [%]	spíš ne [%]	částečně ano [%]	spíš ano [%]	ano [%]
zhoršení zdravotního stavu	5	5	21	9	60
zhoršení schopnosti postarat se o sebe	4	4	16	15	61
neschopnost zajistit si pravidelnou lékařskou a ošetrovatelskou péči	15	19	22	18	25
potřeba bezbariérového prostředí	21	14	23	11	31
nevyhovující bytové podmínky	27	14	19	9	31
zhoršení finanční situace	62	21	11	3	3
ztráta manžela, manželky, partnera	67	5	5	2	21
neshody s partnerem	95	3	1	1	0
zhoršení vztahu s dětmi	77	7	8	1	7
pocit, že jsem zátěží pro svou rodinu	49	7	11	5	27
nedostatek kontaktů s lidmi	41	15	19	7	18
pocit samoty, opuštění	34	19	21	7	20
ztráta pocitu bezpečí	26	15	20	11	28

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 – Důvody k odchodu respondentů do domova pro seniory, ohodnocené jako nejvíce důležité.



Zdroj: vlastní výzkum - odpovědi respondentů z pátého sloupce tabulky č. 9, tj. důvody, u kterých respondenti uvedli nejvyšší důležitost.

Výše uvedené možnosti důvodů jsem dále rozdělila dvou skupin, na zdravotní důvody a sociální důvody. Pro další zpracování jsem použila hodnoty uvedené v pátém sloupci tabulky č. 9, to znamená hodnoty, které mají u respondentů nejvyšší důležitost.

Tabulka č. 10 - Zdravotní důvody respondentů pro odchod do domova pro seniory

Zdravotní důvody:	Průměrné bodové ohodnocení
zhoršení zdravotního stavu	4,147
zhoršení schopnosti postarat se o sebe	4,253
neschopnost zajistit si lékařskou a ošetrovatelskou péči	3,187
potřeba bezbariérového prostředí	3,173

Tabulka č. 11 – Sociální důvody respondentů k odchodu do domova pro seniory

Sociální důvody:	Průměrné bodové ohodnocení
nevyhovující bytové podmínky	3,027
zhoršení finanční situace	1,640
ztráta manžela, manželky, partnera	2,033
neshody s partnerem	1,067
zhoršení vztahu s dětmi	1,520
pocit, že jsem zátěží pro svou rodinu	2,540
nedostatek kontaktů s lidmi	2,467
pocit samoty, opuštění	2,600
ztráta pocitu bezpečí	2,993

Tabulka č. 12 – Průměrné bodové ohodnocení důvodů respondentů (k odchodu do domova pro seniory)

Důvody respondentů	Průměrné bodové ohodnocení
Zdravotní důvody	3,690
Sociální důvody	2,210

Pro následující rozdělení důvodů dle pohlaví jsem použila hodnoty uvedené v pátém sloupci tabulky č. 9, to znamená hodnoty, které mají u respondentů nejvyšší důležitost.

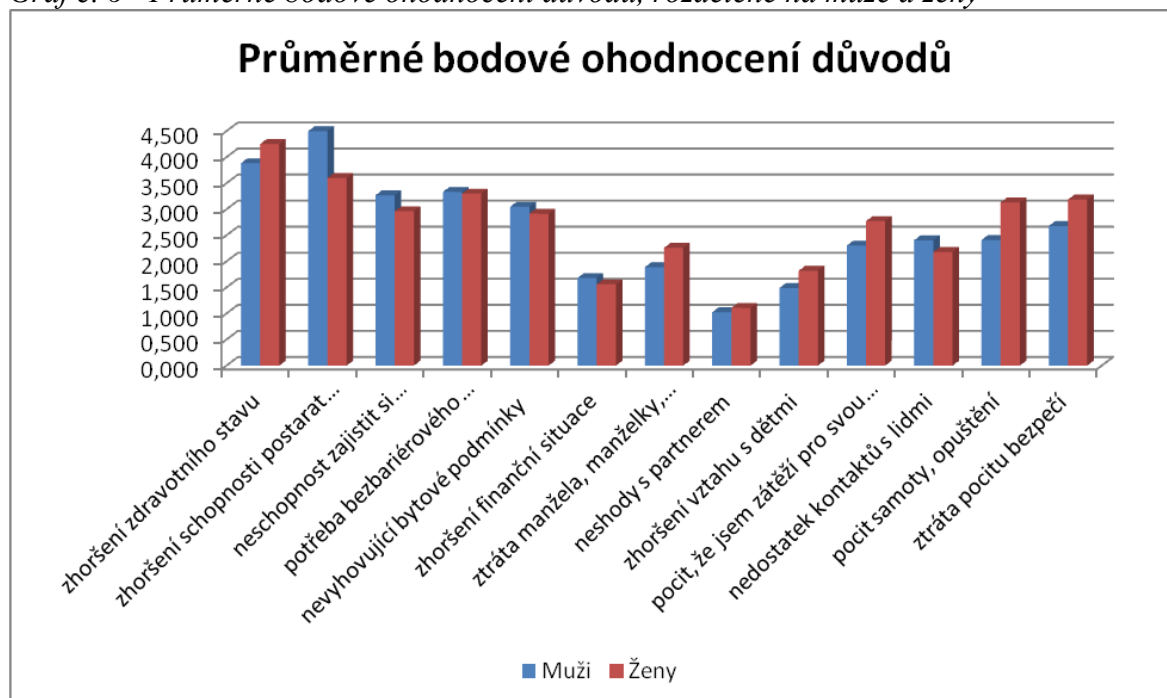
Tabulka č. 13 - Pořadí důvodů dle průměrného bodového ohodnocení - ženy

Pořadí důvodů podle žen:	Průměrné bodové ohodnocení
1. zhoršení zdravotního stavu	4,252
2. zhoršení schopnosti postarat se o sebe	3,600
3. potřeba bezbariérového prostředí	3,300
4. ztráta pocitu bezpečí	3,188
5. pocit samoty, opuštění	3,130
6. neschopnost zajistit si lékařskou a ošetrovatelskou péči	2,962
7. nevyhovující bytové podmínky	2,915
8. pocit, že jsem zátěží pro svou rodinu	2,773
9. ztráta manžela, manželky, partnera	2,260
10. nedostatek kontaktů s lidmi	2,182
11. zhoršení vztahu s dětmi	1,821
12. zhoršení finanční situace	1,560
13. neshody s partnerem	1,107

Tabulka č. 14 - Pořadí důvodů dle průměrného bodového ohodnocení - muži

Pořadí důvodů podle mužů:		Průměrné bodové ohodnocení
1.	zhoršení schopnosti postarat se o sebe	4,500
2.	zhoršení zdravotního stavu	3,884
3.	potřeba bezbariérového prostředí	3,333
4.	neschopnost zajistit si lékařskou a ošetrovatelskou péči	3,270
5.	nevyhovující bytové podmínky	3,049
6.	ztráta pocitu bezpečí	2,680
7.	pocit samoty, opuštění	2,409
8.	nedostatek kontaktů s lidmi	2,405
9.	pocit, že jsem zátěží pro svou rodinu	2,304
10.	ztráta manžela, manželky, partnera	1,889
11.	zhoršení finanční situace	1,681
12.	zhoršení vztahu s dětmi	1,489
13.	neshody s partnerem	1,024

Graf č. 6 - Průměrné bodové ohodnocení důvodů, rozdělené na muže a ženy



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 9:

Jako hlavní důvod k odchodu do domova pro seniory nejčastěji respondenti uváděli zhoršení schopnosti postarat se o sebe, 61 %, a zhoršení zdravotního stavu, 60 % respondentů, což je patrné z grafu č. 5 (strana 59).

Protože možnost „jiné“ využil pouze jeden respondent, uvádím jeho odpověď zde, a nezobrazuji tuto odpověď v tabulce ani grafu. Odpověď respondenta byla: „*manželka onemocněla*“.

Komentář k položce č. 9:

Přestože je domov pro seniory veden v kategorii sociálních zařízení, víc jak polovina respondentů uvedla jako důvod, který měl pro ně nejvyšší důležitost při rozhodnutí odejít do domova pro seniory, zhoršení schopnosti postarat se o sebe a zhoršení zdravotního stavu. Pouze cca 20 % respondentů uvádí jako hlavní důvod pocit samoty, ztrátu partnera nebo nedostatek kontaktů s lidmi. S touto skutečností se setkávám i v praxi, kdy mohu pozorovat, že senioři přicházejí do domova pro seniory ve stále vážnějším zdravotním stavu. Domov pro seniory tak bohužel často nahrazuje léčebny dlouhodobě nemocných anebo hospic.

Položka č. 10 zjišťovala, zda respondent odešel do domova pro seniory dobrovolně

I přes všechna možná společenská a zákonná opatření nelze vyloučit, že senior opustí svůj domov nedobrovolně. Proto jsem tuto otázku zařadila do dotazníku.

Tabulka č. 15 – Dobrovolnost odchodu respondenta do domova pro seniory

10. Odešel/odešla jste do domova pro seniory dobrovolně?	<i>Relativní četnost [%]</i>	<i>Absolutní četnost</i>
ano, rozhodl/a jsem se sám/sama	71	107
ne, rozhodl to za mne někdo druhý	7	11
ne, nechtěl/a jsem odejít, ale neměl/a jsem jinou možnost	21	32
Celkem	100	150

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 10:

Z výzkumu vyplynulo, že 71 % respondentů odešlo do domova pro seniory dobrovolně, 21 % respondentů uvedlo, že nemělo jinou možnost a za 7 % respondentů rozhodl někdo jiný.

Komentář k položce č. 10:

Přestože 107 respondentů uvedlo, že se sami rozhodli odejít do domova pro seniory, stále zbývá 32 seniorů, kteří nechtěli odejít ze svého původního domova. Myslím si, že je to dost vysoké procento, které vypovídá o tom, že by lidé jistě dali přednost domácí péči před péčí ústavní. Bohužel dnešní společenská ani politická situace stále nijak neusnadňuje rodinným příslušníkům domácí péči o stárnoucí příbuzné.

Položka č. 11 zjišťovala, jakou zdravotní péči respondent v domově pro seniory nejvíce využívá

Respondenti mohli vybrat maximálně dvě možnosti, případně doplnit jinou možnost.

Tabulka č. 16 – Zdravotní péče, kterou respondenti nejvíce v domově pro seniory využívají

11. Jakou zdravotní péči v domově pro seniory nejvíce využíváte?	<i>Relativní četnost [%]</i>	<i>Absolutní četnost</i>
podávání léků, aplikace injekcí	44	91
převazování ran (bércové vředy, dekubity)	8	16
péči o močový katétr	2	4
rehabilitaci	25	53
jiné:	1	2
nepotřebuji žádnou speciální zdravotní péči	20	42
Celkem	100	

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 11:

Nejvíce využívanou zdravotní péčí v domově pro seniory je podávání léků. Tento zdravotní úkon potřebuje 44 % respondentů. Dále 25 % respondentů využívá rehabilitaci a 20 % respondentů uvedlo, že nepotřebuje žádnou speciální zdravotní péči.

Protože možnost „jiné“ využili pouze dva respondenti, uvádím jejich odpověď zde, v komentáři. Odpověď respondentů je: „*podávání stravy*“ a „*jsem odkázaná na pomoc druhých*“.

Komentář k položce č. 11:

Tento výsledek podle mě svědčí o tom, že v domovech pro seniory je třeba zajistit zvýšenou míru zdravotní péče. Dále mne vede k zamyšlení, zda domov pro seniory nesplňuje chybějící zdravotnické zařízení zaměřené na geriatrické pacienty a na paliativní péči.

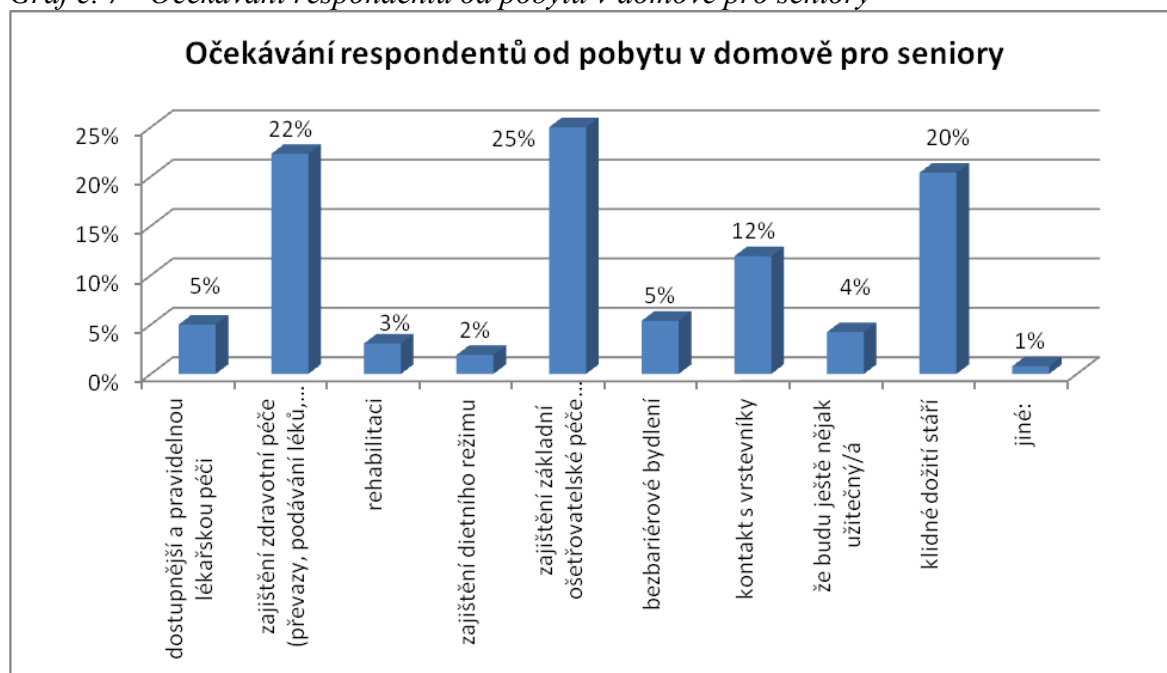
Položka č. 12 zjišťovala, co respondenti od pobytu v domově pro seniory očekávají

Respondenti mohli vybrat maximálně dvě možnosti, případně doplnit jinou možnost.

Tabulka č. 17 – Očekávání respondentů od pobytu v domově pro seniory

12. Co od pobytu v domově pro seniory očekáváte nebo jste očekával/a?	<i>Relativní četnost [%]</i>	<i>Absolutní četnost</i>
dostupnější a pravidelnou lékařskou péči	5	13
zajištění zdravotní péče (převazy, aplikaci injekcí, atd.)	22	58
rehabilitaci	3	8
zajištění dietního režimu	2	5
zajištění základní ošetrovatelské péče (hygieny, stravy, atd.)	25	65
bezbariérové bydlení	5	14
kontakt s vrstevníky	12	31
že budu ještě nějak užitečný/á	4	11
klidné dožití stáří	20	53
jiné:	1	2
Celkem	100	

Graf č. 7 - Očekávání respondentů od pobytu v domově pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 12:

Respondenti uvedli, že nejčastěji od pobytu v domově pro seniory očekávají zajištění základní ošetrovatelské péče, 25 % respondentů, a zajištění zdravotní péče, 22 % respondentů. Na třetím místě svých očekávání respondenti uvedli klidné dožití stáří, 20 % respondentů.

Protože možnost „jiné“ využili pouze dva respondenti, uvádím jejich odpověď zde. Odpověď respondentů byla: „*že bude postaráno o manželku*“ a „*péči jakou budu potřebovat*“.

Komentář k položce č. 12:

Výsledky výzkumu potvrdily moji zkušenost. Senioři od ústavních zařízení nejčastěji očekávají zajištění zdravotní a ošetrovatelské péče. To podle mě souvisí především s povědomím občanů, že domovy pro seniory se orientují hlavně na zajištění základní péče, v důsledku čehož do pozadí zájmu ustupuje sociální oblast.

Položka č. 13 zjišťovala, co respondentům nejvíce v domově pro seniory schází

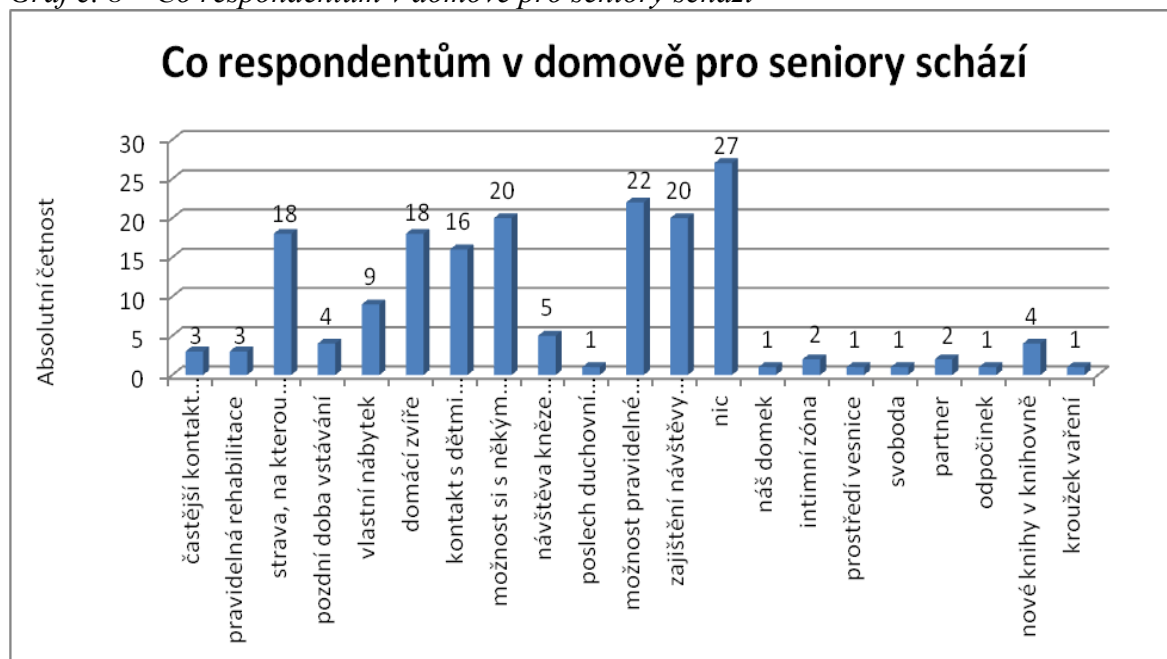
Respondenti mohli vybrat maximálně dvě možnosti, případně doplnit jinou možnost.

Jinou možnost doplnilo 22 % respondentů. Tyto odpovědi jsou zpracované a vyhodnocené podle kódovacího klíče č. 2 (viz příloha PII.). Pro přehlednost jsem již do následující tabulky č. 18 rozepsala možnost „jiné“.

Tabulka č. 18 – Co respondentům v domově pro seniory schází

Co Vám nejvíce v domově pro seniory schází?	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost
častější kontakt s lékařem	2	3
pravidelná rehabilitace	1,7	3
strava, na kterou jsem zvyklá	10,1	18
pozdní doba vstávání	2,2	4
vlastní nábytek	5,0	9
domácí zvíře	10,1	18
kontakt s dětmi (nebo příbuznými)	8,9	16
možnost si s někým povykládat	11,2	20
návštěva kněze (duchovního)	2,8	5
poslech duchovní hudby	0,6	1
možnost pravidelné vycházky po okolí domova pro seniory	12,3	22
zajištění návštěvy kulturních akcí mimo domov pro seniory	11,2	20
nic	15,1	27
naš domek	0,6	1
intimní zóna	1,1	2
prostředí vesnice	0,6	1
svoboda	0,6	1
partner	1,1	2
odpočinek	0,6	1
nové knihy v knihovně	2,2	4
kroužek vaření	0,6	1

Graf č. 8 – Co respondentům v domově pro seniory schází



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 13:

Z výzkumu vyplynulo, že 12,3 % respondentům v domově pro seniory nejvíce schází možnost pravidelné vycházky po okolí domova pro seniory. 11,2 % respondentů chybí zajištění návštěvy kulturních akcí mimo domov pro seniory a možnost si s někým povykládat chybí 11,2 % respondentů.

Komentář k položce č. 13:

Z výzkumu je patrné, že respondentům nejvíce schází sociální kontakt, jako je možnost pravidelné vycházky po okolí domova pro seniory, zajištění návštěvy kulturních akcí mimo domov pro seniory a možnost si s někým povykládat. Myslím si, že to může být důsledek toho, že se ošetřující personál musí zaměřovat v první řadě na uspokojování zdravotních potřeb uživatelů a na zajištění ošetrovatelské péče. Na základě toho je personál nucen omezit uspokojování sociálních potřeb seniorů.

Položka č. 14 zjišťovala, zda se splnila čekávání respondentů týkající se jejich života v domově pro seniory

Tato položka zjišťovala, zda se plní očekávání seniorů od pobytu v domově pro seniory.

Tabulka č. 19 – Splnění očekávání respondentů od pobytu v domově pro seniory

14. Splnila se anebo plní se Vaše očekávání týkající se života v domově pro seniory?	<i>Relativní četnost [%]</i>	<i>Absolutní četnost</i>
ano	47	70
částečně ano	44	66
spíš ne	9	14
vůbec ne	0	0
Celkem	100	150

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 14:

Z výzkumu vyplynulo, že očekávání respondentů od pobytu v domově pro seniory se ve 47 % splnila a 9 % respondentů uvedlo, že se jejich očekávání spíše nesplnila.

Komentář k položce č. 14:

Průzkum potvrdil moji zkušenost z praxe, že se plní očekávání seniorů týkající se života v domově pro seniory. Myslím si, že je to zásluhou kvalitně poskytované péče, která jde i nad rámec zákonem stanovených poskytovaných služeb.

10.8.1.1 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

- 1) Ze 150 oslovených respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 107 žen a 43 mužů.
- 2) Nejpočetnější skupinou ve výzkumu byli respondenti ve věku 75 - 89 let, z toho ženy byly zastoupeny v této věkové kategorii 80 krát a muži 26 krát.
- 3) Nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů bylo základní vzdělání.
- 4) Průměrná doba pobytu respondentů v domově pro seniory byla 3,68 let. Nejdéle je v domově pro seniory jeden respondent, který uvedl délku pobytu 26 let. Minimální dobu pobytu v domově pro seniory jsem si stanovila na 3 měsíce.
- 5) Jako své předchozí bydliště uvedlo 47 % respondentů vesnici a 41 % respondentů město. Ostatní respondenti přišli do domova pro seniory po hospitalizaci v Léčebně dlouhodobě nemocných.
- 6) Největší procento respondentů uvedlo, že před odchodem do domova pro seniory žilo osamoceně.
- 7) Lékař byl ve 33 % případů první osobou, která nabídla respondentovi možnost využít domov pro seniory, 30 % respondentů si zjistilo informace samostatně.
- 8) Největší problémy v domácím prostředí měli respondenti při vaření, 56 % respondentů, při obstarání nákupu, 47 % respondentů a při udržování domácnosti, 45 % respondentů.
- 9) Jako hlavní důvod k odchodu do domova pro seniory nejčastěji respondenti uváděli zhoršení schopnosti postarat se o sebe, 61 % respondentů a zhoršení zdravotního stavu, 60 % respondentů.
- 10) Z výzkumu vyplynulo, že 71 % respondentů odešlo do domova pro seniory dobrovolně, 21 % respondentů uvedlo, že nemělo jinou možnost.

- 11) Nejvíce využívanou zdravotní péčí v domově pro seniory je podávání léků, využívá ji 44 % respondentů. Pouze 20 % respondentů uvedlo, že nepotřebuje žádnou speciální zdravotní péči.
- 12) Jak uvedli respondenti, nejčastěji od pobytu v domově pro seniory očekávají zajištění základní ošetrovatelské péče, 25 % respondentů, a zajištění zdravotní péče, 22 % respondentů. Na třetím místě svých očekávání respondenti uvedli klidné dožití stáří, 20 % respondentů.
- 13) Z výzkumu vyplynulo, že respondentům v domově pro seniory nejvíce schází možnost pravidelné vycházky, projížďky po okolí domova pro seniory, 12,3 % respondentů, zajištění návštěvy kulturních akcí mimo domov pro seniory, 11,2 % respondentů, a možnost si s někým povykládat, 11,2 % respondentů.
- 14) Na otázku, zda se splnila očekávání respondentů týkající se života v domově pro seniory, uvedlo 47 % respondentů ano, 44 % respondentů spíše ano a 9 % respondentů odpovědělo, že je spíše nespokojených.

10.8.2 Odpovědi na výzkumné otázky

K vyřešení cílů výzkumu jsem vytvořila následující výzkumné otázky:

1) Převládají u respondentů zdravotní důvody nebo sociální důvody k odchodu do domova pro seniory?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 9, vyhodnocená v tabulkách č. 10, č. 11, č. 12 (strana 59 - 60).

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti přikládali při hodnocení důvodů pro své rozhodnutí odejít do domova pro seniory větší důležitost změnám svého zdravotního stavu a s tím souvisejícím potřebám. Nejvyšší důležitost respondenti přiřadili zhoršení schopnosti postarat se o sebe (průměrné bodové ohodnocení 4,253) a zhoršení zdravotního stavu (průměrné bodové ohodnocení 4,147). Ze sociálních důvodů respondenti přikládali nejvyšší důležitost nevyhovujícím bytovým podmínkám (průměrné bodové ohodnocení 3,027) a ztrátě pocitu bezpečí (průměrné bodové ohodnocení 2,993).

Z tabulky č. 12 (strana 60) je tedy patrné, že u oslovených respondentů převládají zdravotní důvody (které je vedly k rozhodnutí odejít do domova pro seniory), protože jim respondenti přiřadili větší váhu než sociálním důvodům.

Komentář k výzkumné otázce č. 1:

Výsledky této výzkumné otázky potvrdily můj předpoklad, podložený zkušeností z praxe, že senioři odcházejí do domovů pro seniory hlavně ze zdravotních důvodů, přestože by se dalo očekávat, že uživatelé pobytových sociálních služeb odcházejí to těchto zařízení především z důvodů sociálních, jako je například samota anebo nedostatek kontaktů s lidmi. Může to být způsobeno tím, že v současné době dochází v rodinách k přetrhávání mezigeneračních vztahů. V důsledku osamocení seniorů se pak o ně nemá v případě jejich zhoršeného zdravotního stavu kdo postarat a jediné řešení, které se jim naskytuje je odejít do domova pro seniory.

2) Jsou důvody, které vedly seniory k rozhodnutí žít v domově pro seniory odlišné u žen a mužů?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídají v dotazníku položky č. 1 a č. 9, zpracované v tabulkách č. 13, č. 14 (strana 60 - 61).

Jak je patrné z tabulky č. 13 ženy uvedly, že pro ně nejvyšší důležitost při rozhodování odejít do domova pro seniory má zhoršení jejich zdravotního stavu (průměrné bodové ohodnocení důležitosti je 4,252).

Z tabulky č. 14 je patrné, že muži přiřadili nejvyšší důležitost při rozhodování odejít do domova pro seniory, zhoršení schopnosti postarat se o sebe (průměrné bodové ohodnocení důležitosti je 4,500).

Komentář k výzkumné otázce č. 2:

Z výzkumu vyplynulo, že důvody, které vedly seniory k rozhodnutí žít v domově pro seniory, jsou u žen a mužů odlišné. Oslovení respondenti muži, přiřadili nejvyšší důležitost při rozhodování odejít do domova pro seniory, zhoršení schopnosti postarat se o sebe, na rozdíl od žen, které uvedly, že pro ně nejvyšší důležitost při rozhodování odejít do domova pro seniory má zhoršení jejich zdravotního stavu. Pokud tuto otázku budeme hodnotit z pohledu rozdělení důvodů na sociální a zdravotní důvody, uvedli jak muži, tak ženy

zdravotní důvody, takže můžeme říci, že jejich důvody pro odchod do domova pro seniory byly v tomto směru stejné.

3) Jaké činnosti dělaly respondentům v domácím prostředí největší problémy?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 8, zpracovaná v tabulce č. 8 (strana 56).

Z výzkumu vyplynulo, že největší problémy v domácím prostředí měli respondenti při vaření, 56 % respondentů, při obstarání nákupu, 47 % respondentů, a při udržování domácnosti, 45 % respondentů.

Komentář k výzkumné otázce č. 3:

Největší problémy měli senioři při činnostech jako je udržování domácnosti, vaření a nákup, což jsou činnosti vyžadující dobrou pohyblivost a zvýšenou pozornost. Myslím si, že je to opět důsledek zdravotních omezení vyplývajících ze stárnutí. Senioři ztrácejí jistotu při zajišťování chodu domácnosti, a proto se mnohdy zbytečně rozhodují zaměnit domov za ústavní zařízení, i když v tomto případě mohou využít terénní sociální služby.

4) Co respondenti nejčastěji očekávají od pobytu v domově pro seniory?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 12, zpracovaná v tabulce č. 17 (strana 64).

Z výzkumu vyplynulo, že oslovení respondenti od pobytu v domově pro seniory nejčastěji očekávají zajištění základní ošetrovatelské péče, 25% respondentů, a zajištění zdravotní péče, 22% respondentů. Uspokojení sociální potřeby, konkrétně klidné dožití stáří, očekávalo 20% respondentů a kontakt s vrstevníky očekávalo 12% respondentů.

Komentář k výzkumné otázce č. 4:

Na základě výsledků výzkumu je patrné, že respondenti častěji od pobytu v domově pro seniory očekávají zajištění základních, tj. fyziologických potřeb než uspokojení sociálních potřeb. To mohu potvrdit i z praxe, kdy senioři vlivem svého zdravotního stavu kladou hlavní význam na zajištění fyziologických potřeb a sociální potřeby nevnímají jako prioritu. Je to logické, protože pokud člověk nemá uspokojeny základní fyziologické potřeby, tak

jejich zajištění věnuje maximální pozornost a již se nedokáže soustředit na nic jiného. Tento výsledek je zcela v souladu s Maslowovou pyramidou potřeb.

5) Jsou splněna očekávání respondentů vyplývající z pobytu v domově pro seniory?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 14, vyhodnocená v tabulce č. 19 (strana 67).

Z výzkumu vyplynulo, že očekávání respondentů od pobytu v domově pro seniory se ve 47 % splnila, pouze 9 % respondentů uvedlo, že se jejich očekávání spíše nesplnila.

Komentář k výzkumné otázce č. 5:

Většina respondentů je v domově pro seniory spokojená, protože jejich očekávání byla naplněna. Myslím si, že největší podíl na tom má kvalita poskytované péče, která jde často i nad rámec zákonem stanovených poskytovaných služeb.

6) Které potřeby jsou podle seniorů nejméně uspokojeny?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 13, zpracovaná v tabulce č. 18 (strana 66).

Z výzkumu je patrné, že nejméně jsou uspokojovány následující sociální potřeby:

- možnost pravidelné vycházky po okolí domova pro seniory (12,3 % respondentů),
- zajištění návštěvy kulturních akcí mimo domov pro seniory a možnost si s někým popovídat (11,2 % respondentů),
- schází domácí zvíře a strava, na kterou je respondent zvyklý (10,1 % respondentů).

Komentář k výzkumné otázce č. 6:

Myslím si, že nejméně jsou uspokojovány sociální potřeby (jako je možnost pravidelné vycházky po okolí domova pro seniory nebo zajištění návštěvy kulturních akcí mimo domov pro seniory) právě proto, že se ošetřující personál musí zaměřit na uspokojování zdravotních potřeb uživatelů a na základě toho je personál nucen omezit uspokojování sociálních potřeb seniorů. Dále je to podle mě ovlivněno tím, že celkově zhoršený zdravotní stav respondentů omezuje využívání sociálních a kulturních aktivit. Jestli je tato nabídka dostatečná i pro imobilní uživatele, zůstává otázkou a zároveň podnětem pro případný další výzkum.

7) Do jaké míry je respondenty využívaná zdravotní péče poskytovaná v domově pro seniory?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 11, zpracovaná v tabulce č. 16 (strana 63).

Z tabulky č. 16 je patrné, že zdravotní péče je respondenty využívána v 80 %.

Komentář k výzkumné otázce č. 7:

Zdravotní péče je respondenty v domově pro seniory využívána v maximální možné míře, protože tak jak vyplynulo z výzkumné otázky č. 2, senioři odcházejí do ústavního zařízení především ze zdravotních důvodů.

8) Odcházejí senioři do domova pro seniory dobrovolně?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 10, zpracovaná v tabulce č. 15 (strana 62).

Z výsledků výzkumu vyplývá, že 71 % respondentů odešlo do domova pro seniory dobrovolně. 21 % respondentů uvedlo, že nechtěli odejít, ale neměli jinou možnost a 7 % respondentů uvedlo, že o jejich odchodu do domova pro seniory rozhodl někdo jiný.

Komentář k výzkumné otázce č. 8:

Přestože výzkum potvrdil, že senioři odcházejí do domovů pro seniory dobrovolně, stále zbývá téměř třetina respondentů, kteří nechtěli odejít ze svého původního domova. Myslím si, že to vypovídá o tom, že by lidé jistě dali přednost domácí péči před péčí ústavní. Bohužel dnešní společenská ani politická situace stále nijak neusnadňuje rodinným příslušníkům domácí péči o stárnoucí příbuzné a tak současná generace dětí vyrůstá v mylném přesvědčení, že je přirozené stáří strávit v domově pro seniory.

9) Kdo nejčastěji nabízí respondentům možnost využít pobytové zařízení?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 7, zpracovaná v tabulce č. 7 (strana 55).

Z tabulky č. 7 je patrné, že nejčastěji nabídl respondentovi možnost využít domov pro seniory lékař, ve 33 %. Sami si respondenti zjistili informace v 30 % případů.

Komentář k výzkumné otázce č. 9:

Myslím si, že tento výsledek je v souladu se zdravotními důvody respondentů, které uvádějí jako jednu z hlavních příčin pro odchod domova pro seniory, kdy většinou lékař jim nabídne tuto alternativu na základě jejich zhoršeného zdravotního stavu.

Skutečnost, že 30 % respondentů si zjišťovalo informace samo, je podle mě ovlivněno i tím, že nabídka sociálních služeb určených seniorům je ve Zlínském kraji dostatečná a informace jsou dostupné i této věkové kategorii.

10) Využívají pobytových služeb častěji lidé osamocení nebo lidé žijící společně s druhou osobou?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá v dotazníku položka č. 6, zpracovaná v tabulce č. 6 (strana 54).

Z výzkumu vyplynulo, že větší procento respondentů žilo před příchodem do domova pro seniory osamoceně (60 % respondentů).

Komentář k výzkumné otázce č. 10:

Výsledek této výzkumné otázky se shoduje s předpokladem, že osamocení lidé hůře snášejí ztrátu sociálních kontaktů a to že se o ně nemá kdo postarat. Myslím si, že tento závěr není v rozporu s výsledkem další výzkumné otázky, týkající se hlavního důvodu k odchodu do domova pro seniory, kterým je zhoršení zdravotního stavu.

10.9 Shrnutí cílů výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké potřeby a důvody nejčastěji vedly oslovené seniory k rozhodnutí, využít pobytových služeb domova pro seniory.

Na základě analýzy získaných dat lze říci, že nejčastěji vedly respondenty k tomuto rozhodnutí zdravotní důvody, konkrétně zhoršení schopnosti postarat se o sebe a zhoršení zdravotního stavu. Těmto důvodům jak ženy, tak muži přikládali největší váhu. Naopak sociálním důvodům respondenti přiřadili menší důležitost.

Dále jsem si stanovila následující dílčí cíle:

- 1) Zjistit, co senioři nejčastěji očekávají od pobytu v domově pro seniory a které potřeby jsou zde podle nich nejméně uspokojovány.

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti na prvním místě očekávají uspokojení základních biologických potřeb (konkrétně zajištění základní ošetrovatelské péče uvedlo 25 % re-

spondentů a zajištění zdravotní péče uvedlo 22 % respondentů). Na třetím místě svých očekávání respondenti uvedli klidné dožití stáří (20 % respondentů).

Nejméně jsou dle respondentů uspokojeny sociální potřeby. Jedná se o možnost pravidelné vycházky (projížděky) po okolí domova pro seniory a zajištění návštěvy kulturních akcí mimo domov pro seniory.

2) Zjistit, zda muži a ženy uvádějí rozdílné důvody k odchodu do domova pro seniory.

Pokud srovnáme konkrétní důvody, analýzou výsledků zjistíme, že ženy uvedly na prvním místě zhoršení zdravotního stavu a naopak muži na prvním místě uvedli zhoršení schopnosti postarat se o sebe. Na základě toho můžeme říci, že důvody jsou rozdílné. Pokud se ale na uvedené důvody podíváme z pohledu rozdělení na zdravotní a sociální důvody, tak zjistíme, že důvody jsou u mužů i žen stejné. K rozhodnutí využít domov pro seniory vedly muže i ženy stejné důvody, tedy zdravotní důvody.

3) Vymezit praktické využití dat získaných výzkumem.

Získaná data mohou být podnětem pro další výzkum, například zjištění nabídky kulturního vyžití a zájmových aktivit pro imobilní uživatele domovů pro seniory.

Z výzkumu vyplývá, že nejpočetnější skupinou obyvatel domovů pro seniory jsou lidé ve věku 75 – 89 let. Bylo by proto zajímavé zacílit případný další výzkum na to, jaké služby jsou poskytované této věkové skupině a zda jí vyhovují.

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výsledky mého výzkumu mohou být přínosné především pro poskytovatele sociálních služeb vybraných domovů pro seniory, protože jim umožní statisticky zpracovaný náhled na důvody příchodu seniorů do zařízení. Mohou se stát impulsem pro rozšíření poskytovaných služeb. Například posílení zdravotnického personálu ve vybraných domovech pro seniory, zvýšení zdravotnického vzdělání a na základě tohoto i rozšíření kompetencí pracovníků v přímé obslužné péči (pečovatelů) anebo užší spolupráce se zdravotnickým zařízením, jako je léčebna dlouhodobě nemocných. Již v průběhu výzkumu mě oslovili vedoucí jednotlivých zařízení a vyžádali si výsledky mého dotazníkového šetření. Z toho je patrné, že jakákoliv další informace, týkající se uživatelů jejich zařízení, je pro ně přínosná.

Myslím si, že na straně ošetřujícího personálu dostatek podrobných informací pomůže nejen kvalitně plnit požadavky uživatele, ale taky usnadní porozumění jeho chování a jednání, čímž se zvýší pravděpodobnost, že uživatel bude spokojený. Zároveň zjištění jeho potřeb a důvodů vedoucích k odchodu do sociálního zařízení personálem, může pomoci překonat seniorovi těžký začátek prožívání jeho pobytu v zařízení domova pro seniory. Ošetřující personál tak může lépe uspokojit specifické potřeby seniorů.

Výsledky výzkumu by měly být přínosné i pro zřizovatele domovů pro seniory, protože jim přinášejí konkrétní informace, týkající se důvodů, které vedly seniory k rozhodnutí využít zařízení domovů pro seniory. Je totiž patrné, že přestože jsou domovy pro seniory koncipované na uspokojování sociálních potřeb, oslovení respondenti jako nejzávažnější důvod pro rozhodnutí odejít do domova pro seniory uváděli zdravotní důvody, především zhoršení schopnosti postarat se o sebe a zhoršení svého zdravotního stavu.

V Katalogu sociálních služeb Zlínského kraje je k roku 2009 registrováno 121 sociálních služeb určených seniorům, pobytová zařízení tvoří 1/3 z nabízených služeb. I z této nabídky je patrné, že poptávka po sociálních službách pobytového charakteru pro seniory je vysoká a proto je třeba získávat aktuální informace, týkající se budoucích uživatelů těchto služeb.

ZÁVĚR

Opustit rodinné zázemí a prostředí svého domova a zvyknout si na nový způsob života, například v pobytovém sociálním zařízení domova pro seniory, klade velké nároky na přizpůsobivost seniora. Proto by mělo být zjišťování důvodů, které vedou seniory k tomuto mnohdy těžkému rozhodnutí, prioritou každého sociálního pracovníka.

Získané výsledky výzkumu - převaha zdravotních důvodů pobytu v ústavním zařízení pro seniory - potvrzují mou každodenní zkušenost ze zaměstnání. Striktní vymezení domova pro seniory pouze jako zařízení sociálního charakteru komplikuje život jak uživatelům, tak pečovatelům. Domovy pro seniory v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, totiž poskytují pouze základní zdravotní péči. Tím, že ošetřující personál musí ve zvýšené míře uspokojovat potřeby související se zhoršeným zdravotním stavem uživatelů, jsou odčerpávány síly potřebné k uspokojování sociálních potřeb seniorů, k jejichž zajišťování je domov pro seniory primárně určen. Tuto skutečnost potvrdily i výsledky mého výzkumu, ze kterých je zřejmé, že respondenti považují za nejméně uspokojené potřeby v domově pro seniory právě sociální potřeby. Konkrétně se jedná o možnost pravidelné vycházky (projížděky) po okolí domova pro seniory, zajištění návštěvy kulturních akcí mimo domov pro seniory a možnost si s někým popovídat. Pečovatelé jsou na jedné straně nuceni odmítat poskytovat zdravotní péči, která nespadá do jejich kompetence, na druhé straně objektivně vidí, že jejich klient tuto péči potřebuje a sám není schopen si ji zajistit. V této souvislosti je nutné zmínit nepřipravenost domova pro seniory (koncipovaného pouze jako sociálního zařízení) k zajištění kvalitní a odborné paliativní péče uživatelům v závěru života. Postrádám možnost psychoterapeutické pomoci uživatelům, kteří by na sklonku života nebo při vážném zhoršení svého zdravotního stavu jistě ocenili rozhovor s profesionálem, např. s psychoterapeutem, který by se zaměřil na uživatelovo porozumění vlastní situaci a přijetí svého současného zdravotního stavu. Zároveň by se ulehčila již dost psychicky náročná práce ošetřujícímu personálu, který bývá okolnostmi nucen doprovázet seniora v jeho umírání.

Podle holistického modelu se osobnost skládá ze složky biologické, psychologické a sociální. Domov (rodinné zázemí) je místem, kde se všechny tyto složky projevují a jsou uspokojovány co nejlépe. Pokud tedy zdravotní (biologickou) stránku osobnosti člověka nevnímáme a nevěnujeme jí dostatečně velkou pozornost, nemůže se pobytové zařízení pro seniory nikdy stát svým uživatelům plnohodnotným domovem. Na základě výše uvedených

výsledků výzkumu můžeme konstatovat, že by bylo vhodné rozšířit pole působnosti domovů pro seniory (ze zařízení poskytujících především sociální služby a základní zdravotní péči) o zajištění komplexní péče o seniory zahrnující navíc odbornou zdravotní a paliativní péči. Vyspělost společnosti můžeme totiž hodnotit i podle toho, jak a do jaké míry se stará nejen o lidi s handicapem, ale také o lidi staré.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DLABALOVÁ, Irena a Dana KLEVETOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [2] HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-247-2.
- [3] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1989. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-158-2.
- [5] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [6] JANDOUREK, Jan, 2007. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0.
- [7] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [8] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- [9] MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [10] MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.

- [11] PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ, 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.
- [12] POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [13] REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [14] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1777-7.
- [15] VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- [16] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Portál. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [17] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [18] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2008 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>. ISSN 1211-1244.
- [19] ČESKO. *Katalog sociálních služeb Zlínského kraje*. Zlín: Zlínský kraj, 2009. Dostupné z: <http://www.kr-zlinsky.cz>.

SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

- [1] <http://www.ddhol.cz/>
- [2] <http://www.ddstraznice.cz/>
- [3] http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
- [4] <http://www.ouss-uh.cz/ds/domov-pro-seniory-nezdenice/>
- [5] <http://www.sskm.cz/>
- [6] <http://www.who.cz/>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 – Poměr oslovených mužů a žen.....	49
Graf č. 2 – Věk respondentů podle pohlaví	50
Graf č. 3 - Kdo respondentům nabídl možnost využít domov pro seniory	55
Graf č. 4 – Respondenti zcela závislí na pomoci druhé osoby (v domácím prostředí).....	57
Graf č. 5 – Důvody k odchodu respondentů do domova pro seniory, ohodnocené jako nejvíce důležité.....	59
Graf č. 6 - Průměrné bodové ohodnocení důvodů, rozdělené na muže a ženy	61
Graf č. 7 - Očekávání respondentů od pobytu v domově pro seniory.....	64
Graf č. 8 – Co respondentům v domově pro seniory schází	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Charakteristika respondentů podle pohlaví.....	49
Tabulka č. 2 – Charakteristika respondentů podle věku	50
Tabulka č. 3 – Charakteristika respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	51
Tabulka č. 4 – Doba pobytu respondentů v domově pro seniory.....	51
Tabulka č. 5 – Předchozí bydliště respondentů.....	52
Tabulka č. 6 – S kým respondent žil, než odešel do domova pro seniory	54
Tabulka č. 7 - Kdo respondentům nabídl možnost využít domov pro seniory	55
Tabulka č. 8 – Schopnost respondenta zvládat v domácím prostředí vybrané činnosti.....	56
Tabulka č. 9 – Důvody respondentů k odchodu do domova pro seniory.....	58
Tabulka č. 10 - Zdravotní důvody respondentů pro odchod do domova pro seniory	59
Tabulka č. 11 – Sociální důvody respondentů k odchodu do domova pro seniory	60
Tabulka č. 12 – Průměrné bodové ohodnocení důvodů respondentů (k odchodu do domova pro seniory).....	60
Tabulka č. 13 - Pořadí důvodů dle průměrného bodového ohodnocení - ženy.....	60
Tabulka č. 14 - Pořadí důvodů dle průměrného bodového ohodnocení - muži.....	61
Tabulka č. 15 – Dobrovolnost odchodu respondenta do domova pro seniory.....	62
Tabulka č. 16 – Zdravotní péče, kterou respondenti nejvíce v domově pro seniory využívají	63
Tabulka č. 17 – Očekávání respondentů od pobytu v domově pro seniory	64
Tabulka č. 18 – Co respondentům v domově pro seniory schází	66
Tabulka č. 19 – Splnění očekávání respondentů od pobytu v domově pro seniory.....	67

SEZNAM PŘÍLOH

- PI. Kódovací klíč č. 1
- PII. Kódovací klíč č. 2
- PIII. Dotazník

PŘÍLOHA P I: KÓDOVACÍ KLÍČ Č. 1

Znak 1- pohlaví

muž	= 1
žena	= 2

Znak 2 – věková kategorie

do 60 let	= 1
60 – 74 let	= 2
75 – 89 let	= 3
90 let a více	= 4

Znak 3 - nejvyšší dosažené vzdělání

základní	= 1
vyučen/a bez maturity	= 2
vyučen/a s maturitou	= 3
středoškolské	= 4
vysokoškolské	= 5

Znak 4 – doba pobytu v domově pro seniory

počet v letech = uvedený počet číslem

Znak 5 – předchozí bydliště

město	= 1
vesnice	= 2
jiné	= 3

Znak 6 – s kým respondent žil

sám/sama	= 1
s partnerem	= 2
jiná možnost	= 3

Znak 7 – kdo nabídl využití domova pro seniory

sám si zjistil informace	= 1
lékař	= 2
sociální pracovník	= 3
dcera/syn	= 4
nepamatuji se	= 5

Znak 8 – činnosti, které dělaly v domácím prostředí problémy

celková pohyblivost	= 1		
najít se	= 2		
umýt se	= 3		
vykoupat se	= 4		
obléci se	= 5		
dojít si na toaletu	= 6		
pohybovat se v lůžku	= 7	platí pro 1 až 15:	
udržovat domácnost	= 8	nezávislý	= 1
nakoupit si	= 9	min. pomoc	= 2
uvařit si	= 10	malá pomoc	= 3
zajištění zdr. péče	= 11	velká pomoc	= 4
samota	= 12	zcela závislý	= 5
neochota rodina	= 13		
neschopnost rodiny	= 14		
hmotné zabezpečení	= 15		

Znak 9 – důvod k odchodu do domova pro seniory

zhoršení zdravotního stavu	= 1	platí pro 1 až 14:	
zhoršení schopnosti postarat se o sebe	= 2	vůbec ne	= 1
neschopnost zajistit si zdr. péči	= 3	spíš ne	= 2
potřeba bezbariérové prostředí	= 4	částečně ano	= 3
nevyhovující bytové podmínky	= 5	spíš ano	= 4
zhoršení finanční situace	= 6	ano	= 5
ztráta manžela	= 7		
neshody s partnerem	= 8		
zhoršení vztahu s dětmi	= 9		
pocit zátěže pro rodinu	= 10		
nedostatek kontaktů s lidmi	= 11		
pocit samoty	= 12		
ztráta pocitu bezpečí	= 13		
jiný důvod	= 14		

Znak 10 – dobrovolnost odchodu do domova pro seniory

ano, rozhodl se sám	= 1
ne	= 2
nechtěl odejít, ale neměl jinou možnost	= 3

Znak 11 – využití zdravotní péče

podávání léků, aplikace injekcí	= 1
převazování ran	= 2
péči o močový katétr	= 3
rehabilitaci	= 4
jiné	= 5
nepotřebuji žádnou spec. zdr. péči	= 6

Znak 12 – co respondent očekává

dostupnější a pravidelnou lékařskou péči	= 1
zajištění zdravotní péče	= 2
rehabilitaci	= 3
zajištění dietního režimu	= 4
zajištění základní ošetrovatelské péče	= 5
bezbariérové bydlení	= 6
kontakt s vrstevníky	= 7
že budu ještě nějak užitečný/á	= 8
klidné dožití stáří	= 9
jiné	= 10

Znak 13 – co respondentovi schází

častější kontakt s lékařem	= 1
rehabilitace	= 2
strava, na kterou je zvyklý	= 3
doba vstávání	= 4
vlastní nábytek	= 5
domácí zvíře	= 6
kontakt s dětmi	= 7
povykládat si	= 8
kněz	= 9
duchovní hudba	= 10
vycházka	= 11
kulturní akce mimo DpS	= 12
jiné	= 13

Znak 14 – jestli se splnila respondentova očekávání

ano	= 1
částečně ano	= 2
spíš ne	= 3
vůbec ne	= 4

PŘÍLOHA P II: KÓDOVACÍ KLÍČ Č. 2

Znak 13/13 = jiné – v otázce č. 13 co respondentovi schází

nic	= 131
naš domek	= 132
intimní zóna	= 133
prostředí vesnice	= 134
svoboda	= 135
partner	= 136
odpočinek	= 137
nové knihy v knihovně	= 138
kroužek vaření	= 139

PŘÍLOHA III: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Důvody odchodu do domova pro seniory

Dobrý den,
prosím Vás o vyplnění následujícího anonymního dotazníku. Získané informace budou použity pro moji bakalářskou práci zabývající se potřebami a důvody seniorů odcházejících do domova pro seniory. Označte prosím možnost, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru, nebo doplňte jinou odpověď.

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci. Marcela Vaculínová

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Věk:

- do 60 let
- 60 – 74 let
- 75 – 89 let
- 90 let a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní
- vyučen/a bez maturity
- vyučen/a s maturitou
- středoškolské
- vysokoškolské

4. Jak dlouho žijete v domově pro seniory?

.....

5. Vaše předchozí bydliště:

- město
- vesnice
- jiné (např.: LDN, jiný domov pro seniory) :

6. Než jste odešel/odešla do domova pro seniory, žil/a jste:

- sám/sama
- s partnerem
- jiná možnost (např.: u své dcery/syna, u příbuzných):

7. Kdo Vám nabídl možnost využití domova pro seniory?

- sám/sama jsem si zjistil/a informace
- lékař
- sociální pracovník
- dcera/syn
- nepamatuji se

8. Které z následujících činností (nebo situací) Vám v domácím prostředí dělaly problémy?

Označte křížkem číslo na stupnici 0 až 4

	0 nezávislý na pomoci druhé osoby	1 potřebuji minimální pomoc	2 potřebuji malou pomoc	3 potřebuji velkou pomoc	4 zcela závislý na pomoci druhé osoby
celková pohyblivost					
najít se					
umýt se					
vykoupat se					
obléci se					
dojít si na toaletu					
pohybovat se v lůžku					
udržovat domácnost					
nakoupit si					
uvařit si					
zajištění zdravotní péče (pravidelné podávání léků, injekce, převazy, rehabilitace apod.)					
samota, nedostatek kontaktů s lidmi					
neochota rodiny postarat se o mne					
neschopnost rodiny postarat se o mne					
hmotné zabezpečení					

9. Co bylo důvodem pro Váš odchod do domova pro seniory?

Označte křížkem číslo na stupnici 0 až 4

	0 vůbec ne	1 spíš ne	2 částečně ano	3 spíš ano	4 ano
zhoršení zdravotního stavu					
zhoršení schopnosti postarat se o sebe					
neschopnost zajistit si pravidelnou lékařskou a ošetrovatelskou péči					
potřeba bezbariérového prostředí					
nevyhovující bytové podmínky					
zhoršení finanční situace					
ztráta manžela, manželky, životního partnera					
neshody s partnerem					
zhoršení vztahu s dětmi					
pocit, že jsem zátěží pro svou rodinu					
nedostatek kontaktů s lidmi					
pocit samoty, opuštění					
ztráta pocitu bezpečí					
jiný důvod (napište prosím jaký):					

10. Odešel/odešla jste do domova pro seniory dobrovolně?

- ano, rozhodl/a jsem se sám/sama
- ne, rozhodl to za mne
- ne, nechtěl/a jsem odejít, ale neměl/a jsem jinou možnost

11. Jakou zdravotní péči v domově pro seniory nejvíce využíváte? (vyberte maximálně 2 možnosti)

- podávání léků, aplikace injekcí
- převazování ran (běrcové vředy, dekubity)
- péči o močový katétr
- rehabilitaci
- jiné:
- nepotřebuji žádnou speciální zdravotní péči

12. Co od pobytu v domově pro seniory očekáváte nebo jste očekával/a? (vyberte max. 2 možnosti)

- dostupnější a pravidelnou lékařskou péči
- zajištění zdravotní péče (převazy, podávání léků, aplikaci injekcí)
- rehabilitaci
- zajištění dietního režimu
- zajištění základní ošetrovatelské péče (zajištění osobní hygieny, stravy, atd.)
- bezbariérové bydlení
- kontakt s vrstevníky
- že budu ještě nějak užitečný/á
- klidné dožití stáří
- jiné:

13. Co Vám nejvíce v domově pro seniory schází? (uved'te maximálně 2 možnosti)

- častější kontakt s lékařem
- pravidelná rehabilitace
- strava, na kterou jsem zvyklá
- pozdní doba vstávání
- vlastní nábytek
- domácí zvíře
- kontakt s dětmi (nebo příbuznými)
- možnost si s někým povykládat
- návštěva kněze (duchovního)
- poslech duchovní hudby
- možnost pravidelné vycházky (projižd'ky) po okolí domova pro seniory
- zajištění návštěvy kulturních akcí mimo domov pro seniory
- jiné:

14. Splnila se anebo plní se Vaše očekávání týkající se života v domově pro seniory?

- ano
- částečně ano
- spíš ne
- vůbec ne