

Senioři v podmínkách rezidenční péče

Eva Zavřelová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva ZAVŘELOVÁ**
Osobní číslo: **H108349**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Senioři v podmínkách rezidenční péče**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na fenomén stáří a proces stárnutí;

- na životní situaci, která ovlivnila seniora v rozhodnutí podat žádost o přijetí do rezidenčního zařízení;

- na meze a možnosti rezidenční péče.

Součástí práce bude sociologický výzkum zaměřený na otázku, jak vnímá kvalitu života v rezidenční péči samotný senior.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Haškovcová, H. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.

Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2010.

Matoušek, O. Ústavní péče. Praha: SLON, 1999.

Matoušek, O. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

Mühlpachr, P. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

16. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2013

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

vedoucí ústavu




PhDr. Miloslav Jüzl, Ph.D.

vedoucí katedry

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 obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu 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. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 § 60 ³⁾ 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.

EVA ZAVŘELOVÁ

.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně ... 30. 4. 2013

Eva Zavřelová

.....
Podpis

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 nahlázení 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 vzdělávacího 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 užít 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 jím 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

Bakalářská práce pojednává o fenoménu stáří a o seniorech, umístěných v rezidenčním zařízení. Definuji pojmy, které spadají do problematiky stáří a stárnutí, soustředím se na systém ústavní péče o seniory od historického vývoje ústavní péče až po etické principy ústavní péče o seniory. Také se věnuji seniorům v rezidenční péči, tedy důvodům k odchodu do ústavního zařízení, adaptaci seniora na pobyt v domově, potřebám seniorů a jejich aktivizaci.

Snažím se zhodnotit, zda zkvalitňování služeb a péče o seniory odpovídá současnému stavu sociálních podmínek rezidenčních zařízení, a také získat poznatky o sociálních podmínkách zkoumaného zařízení z pohledu jeho klientů. Cílem této práce je tedy analýza sociálních podmínek rezidenční péče ve vztahu k seniorům.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, senior, rezidenční zařízení, sociální podmínky, adaptace, potřeby, aktivizace

ABSTRACT

My graduation thesis describes the phenomenon of aging and seniors in residential facility. I define concepts related to old age and ageing. I focus on the system of institutional care for the seniors from the historical development of institutional care to the ethical principles of institutional care for the seniors. I regard to seniors in residential care, reasons for leaving to the residential institution, senior's adaptation to stay in the residential institution, and the needs of seniors and their activation.

I try to assess whether the improvement of residential care services for seniors corresponds to the current state of social conditions in residential facilities in relation to seniors. I would like to gain knowledge about the social conditions of the studied facility from the perspective of clients. So, the aim of this thesis is to analyze social conditions of residential care in relation to seniors.

Keywords: age, aging, senior, residential facility, social conditions, adaptation, needs, activation

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce panu profesorovi PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D., za jeho odborné vedení a cenné připomínky v průběhu psaní práce.

Děkuji také seniorům, kteří mi umožnili realizovat výzkum práce.

Prohlášení

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

Obsah

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 8 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ | 11 |
| 1. 1 Vymezení pojmů stáří, stárnutí a senior | 11 |
| 1. 2 Periodizace stáří | 13 |
| 1. 3 Aspekty stárnutí | 14 |
| 1. 4 Stárnutí populace z hlediska demografie | 18 |
| 2 SYSTÉM ÚSTAVNÍ PÉČE O SENIORY | 20 |
| 2. 1 Historický vývoj ústavní péče | 20 |
| 2. 2 Typologie ústavních zařízení pro seniory | 23 |
| 2. 3 Meze a možnosti ústavní péče | 25 |
| 2. 4 Etické principy ústavní péče o seniory | 27 |
| 3 SENIOR V REZIDENČNÍM ZAŘÍZENÍ | 29 |
| 3. 1 Důvody k odchodu do ústavního zařízení | 29 |
| 3. 2 Adaptace seniora na pobyt v domově | 32 |
| 3. 3 Potřeby seniorů | 34 |
| 3. 4 Aktivizace seniorů | 36 |
| 4 CHARAKTERISTIKA DOMU NADĚJE BRNO - ŘEČKOVICE | 38 |
| 4. 1 Domov pro seniory | 38 |
| 4. 2 Denní stacionář | 40 |
| 4. 3 Křesťanská duchovní péče | 40 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 42 |
| 5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ | 43 |
| 5. 1 Zdůvodnění projektu..... | 43 |
| 5. 2 Metody použité při zpracování dat a informací | 44 |
| 5. 3 Realizace výzkumu | 46 |
| 5. 4 Výsledky šetření | 48 |
| 5. 5 Návrhy a opatření | 65 |
| ZÁVĚR | 68 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 71 |
| SEZNAM TABULEK | 74 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 75 |

ÚVOD

Stojíme na prahu třetího tisíciletí a ocitáme se v době, pro kterou je příznačných několik sociálních fenoménů, a které dále ovlivňují fungování celé společnosti. Mezi takové jevy patří i problematika stáří, stárnutí a života seniorů. Její aktuálnost se dotýká oblastí nejen sociálních, ale také ekonomických a politických, přičemž se dá předpokládat, že toto téma bude stále diskutovanějším. Ujišťují nás o tom statistická data, která hovoří o stárnutí populace nejen v České republice, ale v celé Evropské unii.

Senioři v podmínkách rezidenční péče, jak se také má bakalářská práce nazývá, je tématem významným zejména proto, že přibývá seniorů, kteří tento druh služeb potřebují, a vzhledem k prodlužující se délce života a stárnutí populace bude poptávka po sociálních a zdravotních službách určené pro seniory i v budoucnu nadále růst.

Můj zájem o toto téma pramení také ze zkušeností, které jsem získala během vykonávání praxe v domově pro seniory v Řečkovících, kde jsem spatřovala jak klady, tak i zápory zmíněného zařízení a sledovala míru spokojenosti klientů domova v jeho podmínkách.

V současné době je kladen velký důraz na zkvalitnění péče o seniory, jsou vydávány nové a nové publikace, jak správně pečovat o seniory v rezidenčních zařízeních, jak dodržovat kvalitu poskytovaných služeb apod. Zásadní změny přináší také nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Změny se týkají nového pojetí sociálních služeb, ve formách a podmínkách jejich poskytování, ale zejména individuálního přístupu ke klientům. Zajímá mě však, zda tyto změny a opatření vnímají i samotní senioři, jakožto uživatelé těchto služeb.

Jaká životní událost seniora zapříčinila rozhodnutí nastoupit do rezidenčního zařízení? Je seniorům usnadňována adaptace na nové prostředí? Dbá se na životní spokojenost seniorů v nových podmínkách? Odpovědi na tyto a další otázky, se budu snažit nalézt ve své práci, přičemž se zaměřím na samotné postoje a názory klientů domova pro seniory.

Z výše uvedených důvodů zaměřím cíl absolventské práce na analýzu sociálních podmínek rezidenční péče ve vztahu k seniorům.

V teoretické práci pojednám o problematice stáří a stárnutí, kde se budu soustředit na periodizaci stáří, aspekty stárnutí a demografická data. Zmiňuji se o systému ústavní péče o seniory od historického vývoje ústavní péče až po etické principy ústavní péče o seniory. Věnuji se seniorům v rezidenční péči, tedy důvodům k odchodu do ústavního zařízení, adaptaci seniora na pobyt v domově, potřebám seniorů a jejich aktivizaci. Ve čtvrté kapitole charakterizuji Dům Naděje, kde jsem prováděla výzkum. Poté přejdu k části praktické.

Praktická část bude nejdříve obsahovat metodologii a popis realizace výzkumu. Zvolila jsem kvalitativní výzkum, díky kterému můžeme snáze pochopit život lidí ve zkoumaném prostředí a porozumět sociálnímu nebo lidskému problému. Metodou sběru dat mi bude rozhovor s klienty Domu Naděje Brno - Řečkovice, pomocí nichž se budu snažit odpovědět na výzkumnou otázku „Jaké jsou sociální podmínky v rezidenční péči z pohledu seniorů/klientů tohoto zařízení?“.

Skrze moji bakalářskou práci bych ráda poskytla utříděné informace z oblasti problematiky stáří a stárnutí a rezidenční péče o seniory. Tyto informace mohou sloužit vedení a pracovníkům Domu Naděje, kde jsem prováděla výzkum, jako zdroj případných námětů ke zlepšení, doplnění či změnám poskytovaných služeb. Kromě toho mohou být využity dalšími poskytovateli rezidenční péče o seniory.

Bakalářská práce však není určena pouze pro odbornou veřejnost. Jejím zpracováním bych ráda poskytla základní informace potencionálním klientům, tedy seniorům, popř. jejich rodinám, kteří uvažují o nástupu do rezidenčního zařízení. Dále může být využita jak studenty, kteří by se v budoucnu rádi věnovali práci se seniory, tak každým, kdo si chce pouze rozšířit povědomí či znalosti této problematiky.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

1.1 Vymezení pojmů stáří, stárnutí a senior

Stárnutí je zcela přirozený proces každého živého organismu, tedy ani člověk netvoří výjimku. Již od svého narození se stáváme součástí koloběhu vzniku a zániku, života a smrti, během kterého procházíme jednotlivými vývojovými fázemi. A právě stáří je poslední ontogenetickou vývojovou etapou.

Otázkami proč vlastně člověk stárne, se zabývali již staří myslitelé, filozofové a vědci od starověku po současnost. Důsledkem je nespočet definic a teorií o příčinách stárnutí a stáří, avšak žádná z nich není definitivní.

Jednotnému a stálému vymezení těchto pojmů brání fakt, který uvádí Mühlpachr (2009), že stárnutí je proces individuální a probíhá se značnou interindividuální variabilitou (každý člověk stárne do určité míry svým tempem), která se vyznačuje různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem.

Zároveň se jedná o proces asynchronní (heterochronní), který nerovnoměrně postihuje různé struktury a funkce organismu, což opět částečně souvisí s jejich zatěžováním a stimulováním (aktivitou) či poškozováním (chorobnými procesy) (Mühlpachr, 2009).

Topinková s Neuwirthem (1995, s.13) uvádějí, že stárnutí je specifickým, nezvratným a neopakovatelným biologickým procesem, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinována a pro každý přírodní druh specifická.

Pacovský (1990, s.30) hovoří o stárnutí jako o přechodné vývojové periodě mezi dospělostí a stářím, přičemž stárnutí a stáří jsou geneticky nakódovány a podléhají formativním vlivům prostředí.

Pacovský (1990) operuje v rámci stárnutí se dvěma věky:

- věk kalendářní, který je dán datem narození,
- věk funkční neboli věk skutečný, který odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka a má charakteristiky biologické, psychologické a sociální.

„Funkční a kalendářní věk nemusí být vždy v souladu. Zkoumáním funkčního věku můžeme např. zjistit, že osmdesátník svým funkčním potenciálem odpovídá věku 75 let a naopak“ (Doňková, Novotný, 2010, s.132).

Z této teorie lze dále vyvodit, že stárnutí zasahuje rozdílným způsobem do všech složek života člověka. „Můžeme hovořit o tzv. biologickém, psychologickém a sociálním stárnutí“ (Jarošová, 2006, s.10).

„Stářím je označována konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života, obecně též pozdní fáze ontogeneze“ (Doňková, Novotný, 2010, s.130).

Podle Haškovcové (1990, s.59) je stáří přirozeným obdobím lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Je třeba si ale uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku.

Pohled na stáří a na období, kdy se člověk stává seniorem je velice různorodý, založený především na společenských konvencích. Tento pohled ovlivňují kulturní, sociální aspekty či ekonomické důvody. „Současná společnost považuje za starého jedince, kterému vznikl nárok na starobní důchod“ (Jarošová, 2006, s.9). Jedinci se často označují za staré také podle vzhledu či rodinné role prarodičů.

„Seniorská populace vykazuje některé charakteristické rysy a je velmi heterogenní. To je dáno především:

- obecně platnou jedinečností vloh a osobnostních rysů, které se s věkem neztrácejí,
- různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku,
- interindividuální variabilitou involučních biologických dějů,
- různou mírou chorobných změn,

- událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky včetně vzdělání a profesní kariéry, životním způsobem,
- hodnotovým systémem, životním názorem, aspirací, expektací,
- různým sociálně ekonomickým zázemím včetně majetku, bytových podmínek a bytové situace (osamělost, ovdovění, počet dětí a vztahy s nimi).

Senioři, přestože mají mnohé rysy společné, se tak navzájem velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích“ (Mühlpachr, 2004, s.9).

1. 2 Periodizace stáří

Průběh lidského života a jeho periodizace bývá rozdílná, stejně tak existuje mnoho jednotlivých kategorizací (Jarošová, 2006). Z tohoto důvodu zde předkládám jak znění mezinárodně platné kategorizace stáří podle Světové zdravotnické organizace tak další dělení odborníků, kteří se danou problematikou zabývají.

Příhoda dělí věk:

60 – 75 senescence (stáří)

75 a více senectus (kmetství) (Jarošová, 2006).

Erikson zohledňuje ve své kategorizaci sociálně kulturní vlivy, přičemž je pro něho poslední fáze lidského života osmým stadiem lidského vývoje a označuje ji jako fázi integrity proti zoufalství (Jarošová, 2006).

Vágnerová (2007) dělí stáří:

60 – 75 let období raného stáří

75 let a více období pravého stáří.

Mühlpachr (2004) uvádí stále častěji se uplatňující členění stáří:

65 – 74 mladí senioři (problematika penzionování, volného času, seberealizace)

75 – 84 staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)

85 a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení).

Světová zdravotnická organizace člení stadium stáří na 15leté úseky.

| | |
|---------------|--|
| 60 – 74 | rané stáří (tzv. presenium) |
| 75 – 89 | vlastní stáří (tzv. senium) |
| 90 let a více | dlouhověkost“ (Doňková, Novotný, 2010) |

Odborná literatura vymezuje název třetí věk pro období po 60. roku života jedince, vyjadřující aktivní, nezávislé, soběstačné a tvořivé stáří. Označení čtvrtého věku pak vymezuje etapu, kdy je již člověk v důsledku nemoci odkázán na pomoc druhých (Doňková, Novotný, 2010).

1. 3 Aspekty stárnutí

Jak jsem již výše zmínila, stárnutí probíhá u každého jedince individuálně v závislosti na genetické výbavě a různých exogenních vlivech. Také proto proces tělesného a duševního úpadku bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů (Vágnerová, 2007).

Změny v organismu v průběhu stáří se popisují na třech úrovních: biologické, psychické a sociální.

Biologické aspekty stárnutí

„V užším slova smyslu se tímto pojmem označují veškeré vývojové změny organismu člověka probíhající na organické úrovni. Primárně přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalování a úbytek)“ (Jarošová, 2006, s.21).

Jedním z nejvýznamnějších faktorů biologického stárnutí je genetická dispozice. „Obecně lze říci, že lidé mají ve svém genetickém programu zakódován počátek a průběh stárnutí i pravděpodobnou délku života. To je základ tzv. **primárního stárnutí**“ (Vágnerová, 2007, s.311).

K tzv. **sekundárně podmíněnému stárnutí** vede působení vnějších faktorů. Právě ty ovlivňují tempo stárnutí a závisí na nich, do jaké míry se člověk přiblíží předpokládané maximální délce života (Vágnerová, 2007).

Vágnerová (2007, s.312) dále uvádí: „Exogenní zátěže modifikují v průběhu života fungování jednotlivých orgánových systémů, popřípadě i celého organismu. Výsledkem je aktuální stav, který může být právě z tohoto důvodu horší, než bychom mohli na základě genetických předpokladů očekávat“. Jasně tedy vyplývá, že mezi zmiňované vnější faktory lze zařadit předchozí způsob života a životní styl, prostředí, ve kterém člověk žil popř. stále žije, prodělané nemoci apod.

„K obecným biologickým projevům gerontogeneze patří např.:

- atrofie všech orgánů a tkání,
- snížená funkce endokrinních žláz,
- zmenšení postavy,
- změna složení tělesné hmoty,
- změny v nervovém systému a pohybovém aparátu,
- změny respirační, termoregulační a zažívací
- změny výkonnosti smyslových orgánů, senzomotoriky
- snížení odolnosti organismu vůči zátěžím
- zpomalení procesu hojení
- změny chrupu atd. (Doňková, Novotný, 2010, s.132).

Psychické aspekty stárnutí

Změny v psychické oblasti nejsou důvodem významně negativního ovlivňování kvality života stárnoucího a starého jedince, pakliže nejde o situaci patologického stárnutí. Spíše se poukazuje na souvislost mezi změnami tělesnými (biologickými) a psychickými (psychosociálními). Graduující tělesné změny jsou seniorem negativně prožívány a projevují se tak na změnách psychických (Malíková, 2010).

„Pacovský připomíná, že změny ve stáří nejsou jen sestupného charakteru ve smyslu zhoršení (pokles vitality, omezování tvůrčích schopností, vzrůst úzkosti a nejistoty, pokles sebehodnocení). Některé funkce zůstávají nezměněny (slovní zásoba, jazykové dovednosti, intelekt), jiné mohou naopak vykazovat zlepšení (vytrvalost, trpělivost, životní stereotypie, schopnost úsudku). Upozorňuje, že většina českých psychologů se shoduje na velkých inter- a intraindividuálních rozdílech psychického stárnutí“ (Jarošová, 2006, s.25).

Doňková s Novotným (2010) uvádí tyto změny v psychické oblasti:

- pokles výkonu v oblasti paměti, učení, pozornosti a fluidní inteligence (pozn. využívané při řešení úkolů, kde je zapotřebí jemná senzomotorická koordinace),
- nesnáze v adaptaci na nové situace, prostředí apod.,
- menší či nepatrné změny osobnosti či stylů zvládnání,
- zlepšení krystalické inteligence (pozn. je výsledkem celoživotního procesu učení),
- zlepšení kulturně vázaných dovedností a schopností jako je řeč, profesní zkušenosti, vědomosti, slovní zásoba či sociální inteligence,
- elementární psychické procesy (např. senzomotorické schopnosti, perцепčně motorická koordinace) silně klesají po 50. – 70. roce,
- změna hierarchie hodnot, emoční labilita (Jarošová, 2006).

Pokud dochází k úbytku zmíněných funkcí, existuje možnost je do určité míry modifikovat (např. kognitivním tréninkem), nebo alespoň kompenzovat („u starších lidí pozorujeme zvýšenou opatrnost, racionalizaci postupu činnosti, zpomalení tempa prováděných úkonů, větší úsilí, zvýšenou kontrolu činnosti“) (Doňková, Novotný, 2010, s.133).

Sociální aspekty stárnutí

Sociální stárnutí provází několik změn, se kterými se každý člověk vyrovnává individuálně specifickým způsobem.

Jednou z nejvýznamnějších změn je odchod z aktivního pracovního života do starobního **důchodu**. Tento přechod vede k větší **izolovanosti** od společenského dění. V průběhu stáří narůstá počet seniorů, kteří nepřekračují hranice rodiny, resp. teritoria bytu a nejbližšího okolí, čímž se snižují i požadavky na jejich sociální orientaci a společenské chování. Jelikož starší lidé už mnohé sociální dovednosti a návyky nepotřebují, může dojít k jejich stagnaci či dokonce úpadku (Vágnerová, 2007).

„Změna životní situace, např. nutnost odejít z vlastního bytu do domácnosti svých potomků nebo do nějaké instituce pro seniory, od nich naopak vyžaduje osvojení nových způsobů chování, které by byly za daných okolností potřebné a účelné“ (Vágnerová, 2007, s.350).

Významným dopadem odchodu ze zaměstnání jsou změny v **ekonomickém zajištění**, které starého člověka často omezují v kulturních a společenských aktivitách a mohou být dále dekompenzovány osamělostí, finančními problémy, špatným bydlením apod. To sebou nese rizika jako je ztráta životního programu, nadbytek volného nestrukturovaného času a jiné (Jarošová, 2006).

S postupujícím poklesem fyzických a psychických funkcí narůstá **závislost** starého člověka. Ta může být fyzická (závislost na pomoci druhé osoby, bez níž by byl člověk bezmocný) nebo pro emocionální sféru osobnosti citová (na životním partnerovi, na dětech apod.) (Jarošová, 2006).

„**Strach z osamocení a opuštěnosti** se ve stáří zvyšuje a může být iniciován a ovlivňován různými faktory jako jsou sociální situace seniora (ovdovění), jeho fyzický stav (ztráta sluchu, zraku, závažná onemocnění) a psychický stav (změny osobnosti, deprese, demence. [...]) Lidé izolovaní, kteří pociťují samotu, zpravidla ztrácejí zájem o dění kolem sebe, jsou pasivní a vytvářejí si značný odstup“ (Jarošová,

2006, s.31). Můžeme se setkat také s pojmem **generační osamělost**. Ten označuje nutnost smíření se s úmrtím partnera nebo svých vrstevníků.

Senioři prožívají své stáří v rámci několika sociálních skupin. Je zřejmé, že nejvýznamnější z nich je **rodina**, kam patří nejen soužití s partnerem, ale i kontakt s rodinami dětí a sourozenců. Velmi důležitou skupinou jsou **přátelé a známí ze sousedství**, kteří umožňují staršímu člověku udržet mnohé sociální kompetence, které v rámci rodiny neužívá. Mohou mít také kompenzační význam v případě, kdy by vlastní rodina neexistovala nebo neplnila své funkce. Třetí sociální skupinou je **společenství obyvatel určité instituce** (např. nemocnice, LDN nebo domov důchodců), kde starší člověk sdílí s ostatními stejné teritorium a určitý styl života, na základě čehož může i zde vytvořit hlubší vztahy (Vágnerová, 2007).

Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty jsou:

- funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta,
- plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří – zajištění vhodného bydlení, penzijní připojištění atd.,
- plánovaná příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky, dohodnutá forma občasných výpomocí atd.) a efektivní nakládání s volným časem
- možnost uspokojení potřeb seniora (Malíková, 2010, s.22).

1. 4 Stárnutí populace z hlediska demografie

„Nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje ČR je stejně jako v jiných vyspělých zemích pokračující stárnutí populace“ (www.nrzp.cz). Stárnutí obyvatelstva se tak stává jedním z významných aktuálních problémů současnosti.

„Pod stárnutím obyvatelstva je třeba si představit dlouhodobější a provázanější proces, odborně nazývaný demografické stárnutí, při němž dochází ke změně věkové struktury určité populace. Tato změna se vyznačuje výrazným převýšením postreprodukční složky populace ve věku 50 a více let nad složkou dětskou ve věku do 15 let v poměru zhruba 3:2“ (www.demografie.info.cz).

„Existují **dva druhy demografického stárnutí**. První vzniká důsledkem snižování úrovně plodnosti, která snižuje podíl dětské složky v populaci. Jedná se o působení zesponu věkové pyramidy. Druhý typ demografického stárnutí je způsoben snížením intenzity úmrtnosti. Prodlužuje se naděje dožití a dochází k růstu na vrcholu věkové pyramidy. Oba druhy demografického stárnutí probíhají většinou současně“ (www.demografie.info.cz.)

„K 31. prosinci 2005 bylo v ČR celkem 10 251 079 osob, z toho 1 456 391 (14,2%) ve věku 65 a více let, (počet obyvatel nad 60 let 2 054 380 (20%). Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob“ (www.nrzp.cz).

Tato prognóza má mnoho společenských důsledků. Pacovský (1990) popisuje tyto důsledky.

- Ekonomické – zvyšování počtu a podílu staršího obyvatelstva vede k nezbytnosti tvořit vyšší důchod osobami ekonomicky aktivními.
- Sociálnězdravotní – s vyšším věkem narůstají i nemocnost a potřeby různých forem sociální péče i péče zdravotní.
- Sociologické (psychosociální) – týkají se rolí starých lidí ve společnosti, zabezpečování jejich práv a potřeb, jejich postavení v současné rodině, řešení specifických osobních problémů např. hmotného zabezpečení, bydlení, stravování, soběstačnosti, aktivity, kvality života.

Při zajišťování péče o staré lidi je třeba mít na paměti, že se demografické stáří jednotlivých regionů v ČR liší. Se zcela jinou problematikou seniorů se setkáváme v řídké zalidněných oblastech (vesnice) a v oblastech hustě zalidněných (města, velkoměsta).

2 SYSTÉM ÚSTAVNÍ PÉČE O SENIORY

2.1 Historický vývoj ústavní péče

Při ohlédnutí do minulosti lze vidět, že se situace v oblasti péče nejen o seniorskou populaci, ale i o děti, handicapované nebo duševně nemocné výrazně zlepšila a posunula vpřed. Je patrný také fakt, že úroveň poskytovaných služeb vždy závisela na ekonomické a politické situaci i na kultuře dané společnosti.

V prvobytně pospolné společnosti neexistovala žádná forma institucionální péče (Mühlpachr, 2004). Hlavní úlohu v péči o seniory měla především rodina.

Začátek středověku s sebou přináší novou víru, *křesťanství*. To je významné pro středověké pojetí ústavní péče. Církev založená na ideálu křesťanské lásky k bližnímu předjímá úlohu novodobého státu, který nutnost vzájemné pomoci spatřuje v ideálu solidarity občanů. Církev se stává významnější institucí než je stát, a vedle rodiny přebírá úkol starosti o staré a nemohoucí (Matoušek, 1999).

V období raného středověku vznikají první církevní instituce, zabývající se pomocí starým lidem – *gerontotrofium* a chudým – *ptochotrofium* (Geremek in Jarošová, 2006). Postupně se zakládají chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy. Ty plní především azylovou funkci pro nemajetné, chudé a staré lidi, a o jejich organizaci a vedení se starají většinou kláštery, později městské a obecní rady. Tato zařízení se časem přeměňovala na dnes známé domovy pro seniory. Vedle rodiny a církve pomáhali také bohatí a vlivní lidé, z jejichž iniciativy se začíná rozvíjet charitativní pomoc a péče (Jarošová, 2006).

12. století bylo obdobím pro zakládání špitálů provozovaných církevními řády. Středověké špitály byly prvním zařízením pro dlouhodobý a trvalý pobyt starých lidí avšak jejich funkce nebyla ani tolik léčebná jako sociální. Poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek chudým a starým lidem, přičemž bohatí senioři byli léčeni doma nebo v klášterních nemocnicích (Jarošová, 2006).

V 15. a 16. století vznikají obecní ústavy, které slouží pro zchudlé a staré občany na území Prahy. Od 17. století jsou na našem území zakládány klasické nemocnice, které s rozvojem medicíny ztrácí azylový charakter a začíná převládat léčebná složka. Staří lidé jsou tak po staletí umísťováni do starobinců nebo chudobinců (Jarošová, 2006).

Významným mezníkem v oblasti péči o seniory je doba vlády Josefa II. (1741 - 1790). V Čechách se začala rozvíjet cílená péče o staré na základě **farní chudinské ústavy**. Tzn., že na panstvích vznikaly první chudinské instituty pro nezaopatřené, chudé nebo staré lidi (Jarošová, 2006).

Objevuje se a postupně prosazuje také kvalitativně nový princip v péči o lidi sociálně handicapované, tzv. **domovské právo** (Mühlpachr, 2004). To ukládá domovské obci povinnost postarat se o chudé, handicapované a staré, a poskytnout jim nutnou výživu a opatření v nemoci (Jarošová, 2006). Obec se tímto stává vedle církve dalším zřizovatelem ústavů pro lidi se sociálním handicapem (Mühlpachr, 2004).

Tato dvě práva můžeme označit za základ novodobého systému sociální péče, která nese znaky *institucionalizované péče* tím, že je někým garantována (Haškovcová in Jarošová, 2006).

Ačkoliv institucí pro staré a chudé v tomto období přibývá, po kvalitativní stránce je úroveň péče v nich velmi nízká. Podle Jarošové (2006) byla v chudobincích a starobincích budovaných a provozovaných na úrovni státu, měst a obcí, péče poskytována jako vzájemná pomoc nemocných ve spolupráci s omezeným počtem ošetřovatelek, většinou řádových sester bez odborné přípravy a vzdělání.

Období první republiky s sebou nese ustanovení správy pro otázky sociální péče, která spadala pod ministerstvo sociálních věcí. To značí velký posun a rozvoj. Začínají vznikat nová zařízení pro staré lidi a pomoc poskytují také různé dobročinné organizace a církve např. Charita, Diakonie, České srdce, Československý červený kříž (Staňková in Jarošová, 2006). „Péče o staré lidi pak byla následně rozdělena na péči zdravotní a sociální“ (Jarošová, 2006, s.40).

„V roce 1929 byla v Praze založena R. Eislem první specializovaná instituce pro seniory na světě – Klinika nemocí stáří, která měla velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče o seniory“ (Haškovcová in Jarošová, 2006, s.40).

Mühlpachr (2004) uvádí, že většina dnešních ústavů byla založena v době poválečné, kdy byl také vytvořen organizační systém ústavní péče, obsahující kritéria pro zařazení jednotlivce do ústavu zdravotního, sociálního či výchovného charakteru.

Po zestátnění všech léčebných a ošetrovacích ústavů postupně vznikaly domovy důchodců, dnes označované domovy pro seniory (Mlýnková, 2011).

V 50. letech 20. století dochází k rozvoji pečovatelských služeb, určených pro osamělé seniory a o dvacet let později se začínají budovat první domy s pečovatelskou službou pro seniory ze vzdálených a špatně dostupných míst (Jarošová, 2006).

V 70. letech 20. století vznikají léčebny dlouhodobě nemocných jako pomoc pro nesoběstačné seniory nebo pro seniory s potřebou doléčovací popř. rehabilitační péči (Mlýnková, 2011).

Se změnou politické situace po roce 1989 se začíná vyskytovat nový typ péče o umírající – *hospicová péče*, která u nás neměla tradici. Cílem hospiců je poskytování zvýšené péče o těžce nemocné a umírající včetně péče o pozůstalé.

Novou službou pro seniory se stává také *domácí ošetrovatelská péče* (Mlýnková, 2011).

Jak uvádí Matoušek (1999), v současné době ubývá ústavních forem péče ve prospěch forem neústavních. Vyplývá to ze snahy udržet klienta co nejdéle v jeho přirozeném prostředí, namísto vytváření nového, umělého prostředí ústavního.

2. 2 Typologie ústavních zařízení pro seniory

Než vstoupil v platnost zákon o sociálních službách, existovaly v České republice do roku 2006 tyto typy rezidenčních zařízení:

- *domovy důchodců,*
- *domovy s pečovatelskou službou,*
- *domovy – penziony pro důchodce.*

Tyto typy zařízení však nová legislativa zahrnuje do kategorie *domov pro seniory* (Matoušek, 2007).

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách obsahuje konkrétní seznam všech zařízení, já bych se však ráda věnovala podrobněji následujícím vybraným.

Domovy pro seniory

Zákon o sociálních službách definuje domov pro seniory (dále jen DPS) jako místo, kde jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností a to zejména z důvodu věku. Situace těchto osob dále musí vyžadovat pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Z této charakteristiky vyplývá, že většina klientů je v DPS nedobrovolně. Matoušek (1999) popisuje typické reakce po přestěhování do DPS jako je úzkost, útlum chování, spavost, nechutenství, zhoršení zdravotního stavu a také zvýšenou frekvenci úmrtí, což ukazuje na náročnost adaptace. Senior je tak vytržen ze svého přirozeného prostředí i ze svých zvyklostí a to ho spíše ohrožuje, než naplňuje nadějami.

Při budování těchto zařízení je tedy nutné klást důraz na uspokojování specifických potřeb seniorů, jak zmiňuje Jarošová (2006) – preferování menších zařízení tohoto typu s důrazem na hustější síť, která by umožnila setrvání seniora v obci, městě nebo městské části, na kterou je zvyklý.

Klienti DPS mají po celý rok zajištěnou celodenní komplexní péči jak pečovatelskou, ošetřovatelskou tak i lékařskou. Důsledkem toho je nadbytek času, o kterém hovoří Matoušek (1999). Je tedy důležité věnovat velkou pozornost náplni dne seniorů. DPS

poskytují podmínky pro dobrovolnou pracovní a zájmovou činnost a nabízí také možnosti kulturního a společenského vyžití.

Ubytování klientů je poskytováno v jednolůžkových, ale mnohem častěji dvou a vícelůžkových pokojích. Zde spatřuji problém ztráty soukromí, anonymity, intimity a nedotknutelnosti osobních věcí.

Domovy se zvláštním režimem

Podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách se „v domovech se zvláštním režimem (dále jen DZR) poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění [...] a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ Režim těchto zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

V zásadě se jedná stejně jako v DPS o celoroční a celodenní pobytovou službu. Vycházíme-li z definice je ale patrné, že DZR disponuje větším počtem personálu, specializovaného na danou poruchu.

Domy s pečovatelskou službou

Dům s pečovatelskou službou představuje zvláštní formu péče o relativně zdravé seniory, kteří mají sníženou soběstačnost, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Klientem může být jednotlivec, ale i manželská dvojice. Obyvatelům je poskytováno za úhradu trvalé ubytování v bezbariérových bytech. Tito senioři nepotřebují komplexní a celodenní péči ošetřujících osob jak tomu bylo ve výše zmíněných zařízeních, ale vyžadují pomoc pouze při některých úkonech (Mlýnková, 2011). Výčet těchto úkonů uvádí zákon o sociálních službách a je následující: 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, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

V příloze č. 1 přikládám tabulky s počty typů zařízení v jednotlivých krajích ČR.

2. 3 Meze a možnosti ústavní péče

Meze ústavní péče

V momentě, kdy u seniora nastává zhoršení zdravotního stavu, který brání v soběstačnosti a rodina se o takového člena rodiny nemůže nebo nechce postarat, dochází k většinou nedobrovolnému svolení seniora k přestěhování se do rezidenčního zařízení. V této chvíli nastávají dva problémy. *Nízká kapacita* těchto zařízení v příslušné obci či kraji a převyšující poptávka způsobují dlouhé čekací lhůty pro umístění. Čekání na nedobrovolnou změnu dosavadního života je pro seniory stresující situací a zátěží.

O *nedobrovolnosti pobytu, ztrátě soukromí a riziku nadbytku volného času* jsem se zmínila již výše, proto bych ráda přešla k dalšímu úskalí, kterým je tzv. *ponorková nemoc*. Ta plyne ze stereotypního prostředí, ze kterého se nedá uniknout, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Zatímco období sžívání se vyznačuje optimismem, rozjařeností a všeobecným tykáním, již po několika dnech může nastat útlumové období. V chování přibývá obranných prvků, mizí oční kontakty, a zvyšuje se význam osobního teritoria, které je považováno za poslední zbytek soukromí (Matoušek, 1999).

Pokládám za důležité zmínit se také o *zátěži personálu*, což je úskalí všech pomáhajících profesí, především pak v přímé péči. Při práci s klienty je personál vystaven mnoha zátěžovým situacím (např. konflikt mezi profesionalitou a požadavky klienty či rodiny, smrt klienta, rychlá adaptace na zátěž), kdy nahromadění určitých faktorů může ovlivnit vznik syndromu vyhoření. Je proto nutné dbát na prevenci a přijmout podporu např. formou supervize (Venglářová, 2007).

Možnosti ústavní péče

V současné době patří zkvalitnění péče o seniory k velmi diskutovaným tématům právě kvůli již zmíněným demografickým změnám. K obratu v České republice částečně dochází po roce 1989, výrazné změny se ale situace dočkala až po vstupu v platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Dochází k *transformaci* celé oblasti sociálních služeb nejen z ekonomických důvodů, ale i z důvodu přiblížení života ve stáří normálnímu životu. Roste zájem o práva klientů a o potřebu jejich větší autonomie (Dvořáčková, 2012).

Financování sociálních služeb v pobytových zařízeních je vícezdrojové. Přispívá stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, rodina, ale podílí se také úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které náleží pobytovému zařízení, poskytujícímu klientovi sociální službu (Malíková, 2010).

Kvalita poskytovaných služeb je garantována *povinností registrace* jejich poskytovatelů po dodržení zákonem stanovených podmínek a dále pomocí *standardů kvality* sociálních služeb, které přesně vymezují povinnosti při poskytování těchto služeb a povinnosti vůči klientům (Malíková, 2010).

V zákoně o sociálních službách jsou přesně definovány *pracovní pozice* pracovníků, požadavky pro výkon profese i povinnost celoživotního vzdělávání a účast na akreditovaných vzdělávacích programech (Malíková, 2010). Toto přesné vymezení brání možnosti práce se seniory pracovníkům bez odborného vzdělání a kvalifikace.

Jedním z nejvýznamnějších bodů je vytvoření *individuálního plánu*. Ten zaručuje ochranu práv klienta a přístup jako k jednotlivci s individuálními zájmy a potřebami. Malíková (2010) dále uvádí, že klient se tak stává aktivním spolutvůrcem poskytované sociální služby a partnerem pro pečující personál.

Booth (in Matoušek, 1999) sestavil Dotazník ústavních režimů, který umožňuje hodnotit ústavní režim ve čtyřech oblastech:

- možnosti osobní volby klientů (čas spánku, vstávání, čas jídla a jeho výběr, možnost podílet se na zařizování místností, osobní schůzky a jiné výhody)
- soukromí (možnost oddělit se od ostatních v budově i mimo ni, držení osobních cenností, přístup do ložnic)
- oddělování (možnost opustit zařízení, přijímat návštěvy, účast společenského života v obci i mimo ni)

- participace (možnost podílet se na řízení a činnosti zařízení např. plánováním jídla, úklidem a údržbou, tvorbou programů pro klienty).

Tyto čtyři oblasti umožňují podle Bothe odpověd' na otázky, je-li režim pružný nebo pevně strukturovaný, respektuje-li individualitu klientů nebo je-li zařízení otevřené či uzavřené vůči vnějšímu prostředí.

2. 4 Etické principy ústavní péče o seniory

Etický kodex pro sociální pracovníky stojí na pěti základních principech:

- I. sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti,
- II. sociální pracovník respektuje jedinečnost člověka bez jakékoliv známky diskriminace,
- III. sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci,
- IV. sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám a komunitám při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jedinců se společností,
- V. sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před osobními zájmy.

Z těchto zásad by měli vycházet nejen sociální pracovníci, ale všichni ti, kteří přichází do styku s cílovými skupinami sociální práce, v našem případě se seniory.

Jak uvádí Malíková (2010), jakákoliv lidská činnost by ale měla být především prováděna zcela přirozeně s vnitřními morálními zásadami a principy, které jsou v nás zakotveny.

Je důležité, aby si pracovníci poskytující sociální služby v pobytových zařízeních uvědomovali jedinečnost každého svého klienta, postavení jeho osobnosti se vším, co k němu patří. Jedině tak může dojít k vytvoření respektu, úcty a tolerance a tím i k zlepšení mezilidských vztahů (Malíková, 2010).

Je zřejmé, že morální aspekty nejsou ve společnosti u všech na potřebné výši. Setkáváme se s různými formami diskriminace, devalvace a jiných negativních projevů vůči seniorům. Z tohoto důvodu vznikla řada dokumentů, které mají za úkol chránit práva a garantovat je. V České republice se primárně vychází z Ústavy a Listiny

základních práv a svobod. Jako reakce na narůstající projevy ageismu a degradace stáří vznikl dokument **Práva seniorů**. Ten zahrnuje práva a saturaci všech potřeb seniorů jako plnohodnotných lidských bytostí a garantuje právo samostatného rozhodování a výběru způsobu života podle vlastní volby (Malíková, 2010).

Každé zařízení, které poskytuje ústavní péči, má individuálně vypracováno vlastní etický kodex, který obsahuje základní pravidla chování pracovníků. Mezi taková pravidla by měla patřit tato:

- zachovávat profesionální mlčenlivost, nesdělovat klientovy osobní údaje a jiné informace bez jeho svolení,
- dodržovat zásady slušnosti, lidskosti a ohleduplnosti,
- jednat bez předsudků, nadřazování, bez projevů diskriminace,
- nevystavovat formám zastrašování, šikanování, posměchu, projevům slovní či tělesné hrubosti,
- v komunikaci neoslovovat familiérně, neignorovat, neponižovat,
- nechovat se ke klientům s odporem či štítlivostí a další.

3 SENIOR V REZIDENČNÍM ZAŘÍZENÍ

3.1 Důvody k odchodu do ústavního zařízení

Hlavními aspekty, které vedou k rozhodnutí odejít do rezidenčního zařízení, jsou radikální zdravotní nebo sociální změny v životě seniora. Tyto změny mají pak vliv na dobrovolnost takového rozhodnutí.

Matoušek (2005) uvádí, že se staří lidé rozhodují dobrovolně na základě rodinných či ekonomických důvodů. V takovém případě opouštějí své původní bydliště za účelem menšího bytu v instituci, kde mají navíc k dispozici i služby. Častěji jsou však senioři donuceni okolnostmi, zejména zhoršením svého zdravotního stavu při současné nepřipravenosti přirozeného prostředí vyrovnat se s nemohoucností a zajistit služby.

Zdravotní změny

V první kapitole jsme se seznámili s biologickými aspekty stáří, kde jsem uvedla biologické projevy gerontogeneze (viz. kapitola 1. – Aspekty stárnutí). Tyto projevy výrazně souvisí se zdravotními změnami seniorů.

Kalvach (in Mühlpachr, 2004) uvádí 7 hlavních oblastí chorobných poruch funkčního stavu seniorů:

- **Ateroskleróza** neboli kornatění tepen a její orgánové projevy:
 - *Ischemická choroba srdeční*, kam můžeme zařadit nejen akutní infarkt myokardu, ale i chronické těžké poruchy mechanické srdeční činnosti se závažnou dušností a nevykonností.
 - *Postižení mozkových tepen* (smrtící mozkové příhody, mozkové mrtvice s následkem částečného nebo úplného ochrnutí poloviny těla, poruchy svalového napětí, tzv. parkinsonský syndrom, mozková skleróza tzv. multiinfarktová demence)
 - *Postižení tepen dolních končetin* vedoucí k invalidizujícím bolestem, ale také k amputaci.

Hlavními rizikovými faktory aterosklerózy jsou poruchy metabolismu tuků (vysoká hladina krevního cholesterolu), cukrů (diabetes mellitus), vysoký krevní tlak, kouření, obezita a nedostatek pohybu.

- **Obstrukční choroba bronchopulmonální** (tj. rozedma plic), která vede k dušnosti.
- **Osteoartróza** – degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti způsobené vrozenou dispozicí nebo přetěžováním a drobným poraněním kloubů.
- **Osteoporóza** – vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti a zvýšením rizika zlomenin. Jejími důsledky jsou typické změny postavy, bolesti v zádech, komprese obratlů a obávané zlomeniny při pádu.
- **Alzheimerova nemoc** je vedle multiinfarktové demence nejčastější příčinou demence ve stáří, tedy úpadku psychických, intelektových schopností.
- **Poruchy zraku**, které mohou vést až ke slepotě.
- **Poruchy sluchu**, zvláště tehdy, pokud nejsou ovlivněny naslouchadly.

Sociální změny

Sociální změny opět navazují na sociální aspekty stárnutí (viz. kapitola 1. – Aspekty stárnutí).

Jednou z nejzávažnějších zátěží a nejčastějším důvodem k odchodu do rezidenčního zařízení v oblasti sociálních změn je **smrt životního partnera**. Jedná se o událost, která je v tomto věku vysoce pravděpodobná a obvyklá, přesto na ni lidé nebývají připraveni.

Prožitek ztráty partnera se liší u staršího člověka a u dospělých dětí. Starší lidé prožívají tuto ztrátu hůře, neznamená to však, že by smrt zasáhla dospělé děti méně. Mají jen jiný způsob uvažování a prožívání, jejich život je bohatší a budoucnost otevřená (Vágnerová, 2007).

DeGarmo a Kitson; Kubíčková (in Vágnerová, 2007) uvádějí reakce na ztrátu celoživotního partnera, která ovlivňuje všechny složky života staršího člověka:

- Smrt partnera vede ke ztrátě jednoho významného smyslu života a důležité složky identity. Důsledkem je pocit ohrožení, prázdnoty a osamělosti.
- Dochází ke zhroucení struktury obvyklého denního režimu a mnoha dalších rituálů, protože už není proč je dodržovat.
- Mizí perspektiva společné budoucnosti a společných plánů.
- Zhoršuje se ekonomická situace.

Dalším důvodem odchodu do domova pro seniory je fakt, že se o starého člena **rodina nemůže nebo nechce postarat**. Roli může hrát špatná finanční situace, nedostačující kapacita bytu pro více členů rodiny, kde dochází ke ztrátě soukromí, vzdálenost rodiny, psychická a fyzická vyčerpanost rodinných příslušníků při péči o seniora a v neposlední řadě nezájem rodiny.

Je dobré poznamenat, že v dnešní uspěchané době je v některých rodinách problém věnovat se vlastním dětem, natož pak věnovat péči starším členům rodiny.

Soběstačnost seniora

Soběstačnost seniora vypovídá o závažnosti již zmíněných zdravotních a sociálních změn. Senior je soběstačný tehdy, je-li schopen uspokojovat základní životní potřeby a sám zvládat aktivity denního života (Jarošová, 2006).

Dle Zavázalové (in Jarošová, 2006) je soběstačnost seniora komplexem následujících čtyř základních komponent:

- fyzické, kde je nejdůležitější mobilita,
- psychické, především schopnost zařizovat si věci samostatně,
- sociální jako úroveň integrace s rodinou a společností,
- ekonomické, tedy dostačující příjmy.

Ztráta soběstačnosti je vysoce obávanou realitou a závislost na druhé osobě může u seniora vyvolávat pocit nepotřebnosti, strach ze samoty a bezmoci a též ze smrti.

3. 2 Adaptace seniora na pobyt v domově

Z hlediska psychologie je pojem „adaptace“ pojmem klíčovým. Podle definice Křivohlavého (2011, s. 55) se „adaptivita týká plasticity lidského jednání – naší schopnosti měnit jednání (chování) v průběhu času s ohledem na změny životních podmínek“. Obecněji tedy pojem adaptace znamená zvyknout si na něco, s čím se nedá nic dělat. Takovou situací může být i odchod seniora do domova pro seniory.

Umístění do domova pro seniory znamená pro seniora zásadní změnu jeho dosavadního života. Taktéž představuje zátěžovou situaci, jejíž intenzita je závislá na mnoha okolnostech a souvisí se ztrátou zázemí a s ní spojené identity. Starší člověk se ocitá v novém neznámém prostředí, kde se špatně orientuje, ztrácí pocit bezpečí a vzniklou situaci může chápat jako signál blížícího se konce života. Většina rezidenčních zařízení je navíc stále typická svojí organizovaností a tlakem na dodržování určitých pravidel (Bayerová, 2004).

Je proto velmi důležité, aby byl senior na přijetí připraven a jeho rozhodnutí k nástupu bylo pokud možno dobrovolné. Jelikož jsou adaptační mechanismy ve starším věku značně oslabené, celý proces přechodu by měl být dobře naplánován. Pro kompenzaci strachu z neznámého a možnost rozhodnutí musí mít senior dostatek informací podaných včas. Důležitou roli zde hraje sociální pracovník, který seniora v době přechodu a adaptace doprovází a rodina, která mu poskytuje emocionální podporu (Kalvach, Janečková, 2011).

Standardy kvality sociálních služeb vyžadují od každého zařízení pobytových služeb pro seniory popsání procesu přijímání nových uživatelů služeb. Obvyklý postup přípravy seniora na přijetí je návštěva sociálního pracovníka v jeho bydlišti či nemocnici, kde vede rozhovor s budoucím klientem i s jeho rodinou, seznámí je se zařízením a nabízenými službami, zjistí jeho zdravotní a funkční stav, ptá se na zájmy, zvyky, povahové rysy, domlouvá možnosti bydlení a spolubydlících (Kalvach, Janečková, 2011).

Proces adaptace pokračuje po přijetí klienta a je třeba věnovat mu maximální pozornost. Důležité je přidělení klíčového pracovníka, který klientovi pomáhá nejen v období adaptace, ale i po celou dobu pobytu (Janečková, 2005).

Spolu s příchodem klienta do zařízení se zpracovává tzv. **individuální plán**, který zahrnuje klientovi potřeby a rizika v období adaptace, a pomáhá tak k úspěšnému zvládnutí tohoto náročného období. Zapojuje se rodina pro udržení kontinuity dosavadního života a sociálních vztahů, klient je informován o novém prostředí pro podporu nových přátelských a sousedských vztahů, aby si vybavil, přisvojil a individualizoval svůj prostor, a aby měl možnost vykonávat aktivity podle svých zájmů (Janečková, 2005).

Individuální plán péče se sestavuje na základě zdravotního a duševního stavu klienta a také míře soběstačnosti a posouzení potřeb. Plán obsahuje:

- *nejzávažnější problémy klienta a možnosti jejich zlepšení* (např. rehabilitace, výživa, psychoterapie, kontakt s rodinou, změna fyzického prostředí apod.),
- *časový horizont a úkoly pro jednotlivé členy týmu.*

Tyto informace umožňují pravidelné hodnocení stavu a změn v potřebách klienta, popř. nové stanovení konkrétního cíle. Hlavní roli při sestavování plánu má klient, který má tímto příležitost uvědomit si, co pro sebe chce a může udělat (Janečková, 2005).

Vedle toho by měl mít klient také právo podávat připomínky a stěžovat si. Cílem všech zmíněných opatření je pomoci klientovi adaptovat se a začlenit v prostředí nového domova, aby byla zároveň zachována jeho osobitost, autonomie a kontrola nad vlastním životem. Tím můžeme předejít maladaptivnímu syndromu (Kalvach, Janečková, 2011).

3. 3 Potřeby seniorů

Už z názvu vyplývá, že potřeba znamená projev nedostatku něčeho, organismu chybí něco, co nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Podle Mlýnkové (2011) tento nedostatek ovlivňuje naši psychiku a celkově se odráží na našem chování.

Potřeby se v jednotlivých obdobích vývoje mění. Jiné potřeby mají děti, jiné dospělí a zcela odlišné staří lidé, u kterých se mění hodnotová orientace potřeb. Důležité je pro ně v tomto období především zdraví, klid, bezpečí a spokojenost (Mlýnková, 2011).

Ačkoliv má každý jedinec individuální žebříček potřeb, nejrozšířenější a nejvíce akceptovanou se stala *hierarchická teorie potřeb*, kterou sestavil představitel humanistické psychologie Maslow (Jarošová, 2006).

Základ Maslowovy pyramidy tvoří **fyziologické potřeby** (např. potřeba hygieny, výživy, vylučování, dýchání, spánku). U starších lidí se zvyšuje potřeba vyprazdňování, se kterým mají někteří senioři problémy. Může docházet k inkontinenci moči a k zácpám. V tomto věku se také zvyšuje potřeba spánku a odpočinku. Spánek je polyfázický, tedy probíhá nejen v noci, ale i během dne (časté zdímnutí např. po obědě). Neméně důležitá je potřeba být bez bolesti, v teple a pohodlí.

Do pozadí naopak ustupují např. potřeba příjmu tekutin, sexuální potřeba apod. (Mlýnková, 2011).

Pokud jsou tyto potřeby zajištěny, otevírá se prostor **potřeb psychických**.

Základem psychických potřeb je bezpečí – ekonomické, fyzické i sociální. V podkapitole „Adaptace seniora“, jsem se zmínila, že senior při příchodu do pobytového zařízení ztrácí pocit bezpečí, právě z důvodu neznámého prostředí, dezorientace v něm, nepoznává věci kolem sebe a v bezprostřední blízkosti má prozatím neznámé lidi. Právě tyto aspekty mohou u seniora vyvolávat pocit ohrožení. Ve starším věku je navíc tento pocit umocňován např. strachem z onemocnění nebo ovdovění.

Člověk je tvor sociální a jako takový, potřebuje společnost, kontakt s druhými, být milován, patřit do nějaké sociální skupiny, vyjadřovat se a být vyslechnut. Tyto a podobné potřeby můžeme nazvat **sociálními potřebami**.

Senioři jsou velmi závislí na vztazích s nejbližšími lidmi, především na rodině. Mají potřebu blízkosti jiné osoby a vyhledávají fyzický kontakt, mají potřebu doteků. Tato snaha může být ale interpretována jako sexuálně motivované chování a budí v okolí spíše nechuť či pohrdání (Venglářová, 2007).

Značný osobní význam hraje prožitek intimity, který má ale ve stáří jiný charakter. Jde o naplnění prožitím společných chvil, vědomím vzájemné blízkosti i spirituálního sdílení (Vágnerová, 2007).

Potřeba uznání (sebe sama i jinými lidmi) a **sebeúcty** vzniká ve chvílích ztráty respektu, kompetencí a důvěry. Důsledkem je snaha získat ztracené sociální hodnoty (Jarošová, 2006). Tato snaha může mít podobu tendence vymáhat pozornost nebo udělat něco užitečného, co by kompenzovalo narůstající pocit vlastní zbytečnosti (Vágnerová, 2007).

Na vrcholu Maslowovy pyramidy je **potřeba seberealizace**. Jak jsem se již zmínila, ve stáří dochází ke změnám životních potřeb. Senioři jakoby se vraceli z vrcholu pyramidy k jejím základům. To ale neznamená, že nepocítují potřebu seberealizace či uznání. Mnozí senioři se realizují prostřednictvím různých akcí pořádaných domovy pro seniory, kulturních akcí, aktivit v denním stacionáři apod.

3. 4 Aktivizace seniorů

Kvalitní program je nejen nutnou součástí péče o seniory, ale plní i terapeutickou funkci a stimuluje jejich fyzický i duševní stav. Poskytuje udržení fyzické i mentální činnosti a především nabízí příležitost sociálního kontaktu, vzájemné sblížení a společenský život, což je pro seniora a jeho psychiku, jak je zmíněno výše, nutností (Rheinwaldová, 1999).

Rheinwaldová (1999) uvádí tři základní požadavky úspěšného programu:

1. nadšení personálu,
2. tvořivá příprava programů,
3. připravenost klientů.

První požadavek splňuje motivovaný personál, zajišťující efektivní vedení, adekvátní zdroje a inovační plánování. Je důležité preferovat zájmy klientů nad zájmy personálu.

Pro druhý požadavek je vhodné určit pracovníci, která bude program vytvářet, zavádět ho a dohlížet na jeho provádění. Taková pracovníce také vede výcvik ostatního personálu.

K tomu, aby byl program cenným prožitkem, je třeba, aby sami senioři aktivně k programu přispívali a rozhodovali o své účasti. Je nutné volit programy pro konkrétní skupinu klientů. Při jejich vytváření by se mělo vycházet z potřeb a zájmů obyvatel, které zjistíme z dotazníku, cenné informace ale může poskytnout také rodina (Venglářová, 2007).

Rheinwaldová (1999) poukazuje na důležitost pravidelného *hodnocení aktivit*, kterým lze zjistit, zda je pro obyvatele stále vhodná a dále uvádí *kategorie programů pro seniory*:

- rukodělné práce, tvořivé činnosti,
- společenské programy, diskuse, hry, hudba, tanec,
- cvičení, sporty, sportovní hry,
- činnosti venku v přírodě,

- náboženské programy,
- vzdělávací činnost.

K zajištění třetího požadavku je vhodné sestavit *plán aktivit* a některé dny vyhradit konkrétním činnostem. To proto, že starší lidé mají rádi, když jsou na akce včas připraveni. Také určitá rutina dopomáhá klientům zvyknout si a účastnit se (Rheinwaldová, 1999).

Na sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením pamatuje i zákon č. 108/2006 Sb., konkrétně je upravuje §66.

Gulová (2011) k jednotlivým službám dodává konkrétní činnosti a úkony:

- **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:** zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity;
- **sociálně terapeutické činnosti:** socioterapeutické činnosti pro udržení a rozvoj osobních a sociálních schopností a dovedností, podporujících sociální začleňování osob;
- **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.**

4 CHARAKTERISTIKA DOMU NADĚJE BRNO – ŘEČKOVICE

4.1 Domov pro seniory

Naděje o.s., je založena jako spolek podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů a je registrována od 21.8. 1990 u Ministerstva vnitra. Podle Stanov je Naděje nepolitická a mezikonfesní s celostátní působností. Nejvyšším orgánem je Valná hromada, která se podle Stanov Naděje schází podle potřeby, nejméně jednou za dva roky. Předsednictvo je nejvyšším výkonným orgánem.

Cílovými skupinami Naděje jsou děti a mladiství, rodiny, lidé bez domova, lidé s handicapem a senioři.

Naděje o.s. má řadu poboček po celé České republice. V Brně jsou to: Dům pokojného stáří - Královo Pole (domov pro seniory), Dům Naděje - Bohunice (domov pro seniory, denní stacionář, pečovatelská služba), Dům Naděje - Vinohrady (domov se zvláštním režimem, denní stacionář), **Dům Naděje - Řečkovice** (domov pro seniory, denní stacionář).

Dům Naděje Brno – Řečkovice

Druh služby: domov pro seniory dle § 49 zákona o sociálních službách

Forma služby: pobytová

Kapacita: 31 lůžek

Poskytované služby podle zákona o sociálních službách: Domov pro seniory
Denní stacionář

Další služby: Křesťanská duchovní péče

Dovoz a odvoz klientů denního stacionáře

Domov pro seniory poskytuje sociální služby seniorům nad 65 let věku s trvalým pobytem v Jihomoravském kraji. Těmto osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, snížené soběstačnosti v základních aktivitách denního života a v orientaci potřebují pravidelnou péči o vlastní osobu a pomoc při zajišťování

svých potřeb, jsou poskytovány podmínky pro důstojný a klidný život v prostředí, kde se tyto osoby mohou cítit bezpečně a dobře.

Seniorům jsou poskytovány dlouhodobé pobyty, celoroční pobyt může být trvalého nebo přechodného charakteru. Smlouva s klientem se uzavírá na dobu neurčitou se zkušební dobou v délce tří měsíců. Ubytování je navrženo v jednolůžkových, dvoulůžkových nebo třílůžkových pokojích, objekt je bezbariérový a vybaven výtahem.

Kromě ubytování a stravování je zde nepřetržitá péče o klienty, která zahrnuje sociálně-ošetřovatelské služby, terapeutické, aktivizační a vzdělávací činnosti včetně pravidelných pastoračních služeb. Jsou zde poskytovány i další služby jako např. rehabilitace, pedikúra a kadeřnictví (www.nadeje.cz).

Cíle:

1) Dlouhodobé

Dlouhodobé cíle se plánují na maximálně pětileté období, přičemž jednou za toto období jsou v rámci provozní porady domova a porady vedení brněnské pobočky Naděje vyhodnocovány. Aktuálně stanovené cíle jsou pro rok 2012 – 2016:

- vedení dokumentace v elektronické podobě,
- navázat a udržovat spolupráci pro dlouhodobou dobrovolnickou činnost,
- rozšiřovat pro klienty nabídku aktivizačních činností a kulturních programů,
- rozšiřovat spolupráci s rodinnými příslušníky a přáteli klientů, rozšiřovat nabídku akcí s účastí rodinných příslušníků a přátel klientů,
- prohlubovat spolupráci se zařízeními obdobného typu,
- poskytovat kvalitní péči s individuálním přístupem,
- poskytovat celodenní stravování na dostatečné biologické úrovni s možností individuální volby klientů,
- zajistit vzdělávací akce, které povedou k profesnímu rozvoji zaměstnanců domova,
- zajistit odbornou supervizi pro zaměstnance domova,
- provádět celkovou sanaci a údržbu objektu domova,
- rozšiřovat materiální a technické vybavení domova,

- vybudování zahrady pro klienty (www.nadeje.cz).

2) Krátkodobé (operační)

Krátkodobé cíle jsou plánované na období jednoho roku a stejně jako dlouhodobé cíle jsou vyhodnocovány v rámci provozní porady domova a porady vedení brněnské pobočky Naděje.

4. 2 Denní stacionář

Denní stacionář poskytuje ambulantní sociální službu, která je určena seniorům se sníženou soběstačností, kdy v důsledku toho nemohou zůstat během dne sami ve své domácnosti. Rodinným příslušníkům pečujícím o seniora je tak umožněno chodit do zaměstnání aniž by museli seniora umístit do pobytového zařízení.

Denní stacionář poskytuje aktivizaci seniora, vzdělávací, kulturní a terapeutické programy. Taktéž zajišťuje stravování, obědy se dováží z vlastního stravovacího zařízení v Brně – Bohunicích. Pro zájemce je možnost zajištění dopravy z domova do stacionáře a zpět.

Denní stacionář slouží především k aktivnímu trávení života seniora s cílem udržení či navázání sociálních kontaktů.

Poskytované služby mají především sociální charakter, organizují se různé přednášky, besedy, výstavy, videoprojekce, hudební programy. Ty jsou dále doplněny zdravotními službami (měření tlaku, teploty, podávání léků, aplikace injekcí apod.) a rekondičními, jako jsou relaxační cvičení, masáže, vycházky a výlety (www.nadeje.cz).

4. 3 Křesťanská duchovní péče

Lidé na sklonku svého života mají tendence ohlížet se za svým životem, hodnotit jej a své skutky. Zamýšlí se nad smyslem života, bilancují, zda splnili životní úkol a stihli, co stihnout chtěli. Často si také kladou otázky, na které neznají odpověď. V takovém případě nepotřebují, aby je někdo hodnotil, posuzoval či mentoroval, ani nikoho, kdo by je poučoval, jak měli co řešit. Právě naopak potřebují tichého empatického člověka,

kteřý by je svým porozuměním, nasloucháním a správnými poznámkami dovedl k pochopení a dal jim tak možnost, aby našli odpovědi na své nezodpovězené otázky sami v sobě.

Personál pracující se seniory by měl počítat s možností, že dříve nevěřící senioři mohou na základě řady okolností změnit svůj postoj k víře a změnit názorovou orientaci. Takový senior začne přemýšlet o příčinách nejrůznějších událostí ve svém životě, o jejich hlubším významu a smyslu. K porozumění potřebují spolehlivého průvodce, který jim pomůže nalézt „pravdu“ a umožní pokojný odchod z tohoto světa (Malíková, 2010).

Dům Naděje v rámci svého programu nabízí duchovenskou a pastorační péči pro své klienty. Ta je poskytována především o víkendech v prostorách denního stacionáře či individuálně na žádost klienta.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Zdůvodnění projektu

Demografické stárnutí populace se stalo realitou pro všechny vyspělé země. V důsledku této skutečnosti již stárí neznámá událost, která se dotýká pouze jedince a jeho rodiny, ale je vnímáno jako jev celospolečenský.

Vzhledem k transformacím ve strukturách potřeby péče, ke kterým dochází v důsledku těchto skutečností, je velmi pravděpodobné, že poptávka po sociálně-zdravotních službách určených pro seniory bude v budoucnu nadále stoupat. Z toho vyplývá, že oblast řízení kvalit služeb a péče o seniory zasluhuje výrazně větší pozornost.

Reakcí na zmíněný fenomén je vydávání stále nových publikací a příruček, které se zabývají problematikou seniorů v rezidenčním zařízení, poskytovanou péčí a službami pro seniory a jejich kvalitou. K debatě přispívá také nový zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

V praktické části se tedy zaměřím na život seniora v rezidenčním zařízení, konkrétně, co zapříčinilo jeho odchod do zařízení, zda je klientům usnadněna adaptace na nové prostředí a podmínky, jaká je míra spokojenosti s poskytovanými službami a péčí a také s přístupem zaměstnanců.

Součástí bude i interpretace rozhovorů se zaměstnanci, která má za cíl tematicky doplnit praktickou část.

Cílem mého výzkumu je **analýza sociálních podmínek rezidenční péče ve vztahu k seniorům**. Z výzkumu chci zjistit, jak vnímají poskytovanou péči a služby sami senioři, jakožto klienti domova pro seniory, zda jsou naplňovány jejich potřeby, a jaké okolnosti stojí za využíváním těchto služeb.

Pro naplnění cíle jsem formulovala výzkumnou otázku: „**Jaké jsou sociální podmínky v rezidenční péči z pohledu seniorů/klientů tohoto zařízení?**“.

5. 2 Metody použité při zpracování dat a informací

Pro hledání odpovědi na zvolenou výzkumnou otázku jsem zvolila kvalitativní výzkum, díky kterému můžeme pochopit život lidí ve zkoumaném prostředí a porozumět sociálnímu nebo lidskému problému.

Disman (2002) uvádí, že se jedná o nenumerické šetření a interpretaci sociální reality. Informace jsou získávány do hloubky od menšího počtu jedinců, proto je zobecnění na celou populaci problematické až nemožné. Konečným cílem kvalitativního výzkumu je pak porozumění lidem v sociálních situacích, vytváření nových hypotéz a nových teorií, čehož chci svým výzkumem dosáhnout.

Pro svůj výzkum jsem si vybrala jako metodu sběru dat rozhovor pomocí návodu. Návod k rozhovoru přikládám v příloze č. 2.

Výzkumný vzorek a místo výzkumu

Má bakalářská práce je zaměřena na seniory, kteří se ocitli v rezidenčním zařízení. Proto jsem vedla rozhovor s klienty domova pro seniory Domu Naděje v Brně – Řečkovících, kde jsem dříve vykonávala odbornou praxi, a kteří jsou taktéž analytickou jednotkou mého výzkumu.

Pozornost věnuji i zaměstnancům Domu Naděje, jejichž výpovědi z rozhovorů dokreslují prováděný výzkum a mohou pomoci nahlédnout na problematiku seniora v rezidenčním zařízení z druhého pohledu.

Před samotnou realizací výzkumu jsem oslovila paní vedoucí Hanu Bilíkovou DpS v Řečkovících, a požádala ji o umožnění provést rozhovor s klienty tohoto zařízení. Po jejím svolení mě dále odkázala na sociální pracovníci Bc. Michaelu Hráčkovou, DiS, se kterou jsme se domluvily na výběru respondentů úsudkem. Pro tento výběr jsem se rozhodla právě na základě toho, že senioři jsou specifickou skupinou, kde hraje velkou roli ochota, ale především dobrý zdravotní stav, který umožní zúčastnit se rozhovoru.

Dle Jeřábka (1993) je možné použít výběr úsudkem v případech, kdy jsme dobře obeznámeni se zkoumanou problematikou a v situacích, kdy výběr nepřekračuje desítky osob. Takový výběr úsudkem by potom mohl být označen za vysoce riskantní.

Z plánovaných 8 rozhovorů se jich podařilo zrealizovat pouze 6. Důvodem takto malého počtu respondentů byly především jejich obavy zúčastnit se rozhovoru, ačkoliv byli ujištěni, že nemusí odpovídat na otázky, na které by odpovědět nechtěli. Dalšími důvody byl špatný zdravotní stav klientů nebo odmítnutí podílet se na výzkumu.

Tabulka č. 1: Charakteristika konverzačních partnerů

| Označení | Pohlaví | Věk | Délka pobytu (roky) | Rodinný stav |
|--------------|---------|---------|------------------------|--------------|
| KP 01 | Žena | 80 - 85 | 2 | vdova |
| KP 02 | Žena | 80 - 85 | 1 | vdova |
| KP 03 | Žena | 85 - 90 | 5 | vdova |
| KP 04 | Žena | 80 - 85 | 4 | vdova |
| KP 05 | Muž | 90 - 95 | 1/2 | ženatý |
| KP 06 | Žena | 80 - 85 | 1/2 | vdova |

Zdroj: vlastní výzkum

Plánovaných rozhovorů se zaměstnanci bylo 5, z nichž se mi podařily realizovat 4. Všechny z dotazovaných byly ženy, které v Domě Naděje pracují v rozmezí od 2 – 3 roky.

Vzhledem k paralelně probíhajícímu výzkumu v Domě pokojného stáří Brno – Královo Pole, který provádím za účelem absolventské práce, jsem se rozhodla právě pro další pobočku Naděje, kterou Dům Naděje Brno – Řečkovice je. Domnívám se, že bude zajímavé a užitečné v závěru práce srovnat výsledky výzkumu.

5. 3 Realizace výzkumu

Jak jsem již výše uvedla, než jsem přistoupila k samotné realizaci výzkumu, oslovila jsem formou e-mailu paní vedoucí Domu Naděje Brno – Řečkovice Hanu Bilíkovou, a požádala ji o umožnění provést rozhovor s klienty domova. Po jejím souhlasu jsem si domluvila osobní schůzku se sociální pracovnící domova Bc. Michaelou Hráčkovou, DiS., kdy jsem slečnu Hráčkovou blíže seznámila s výzkumem a s mou představou o jeho průběhu.

Mým cílem bylo získat 8 konverzačních partnerů, jejichž zdravotní a mentální stav by jim umožňoval poskytnutí rozhovoru. Dalším kritériem bylo, aby takový klient pobýval v Domě Naděje minimálně půl roku, tedy aby byl seznámen s denním chodem domova, nabízenými službami, se všemi zaměstnanci a poskytovanou péčí, nabízenými aktivitami domova apod. Tyto znalosti klientů jsou důležité pro adekvátní odpovědi na mé dotazy během rozhovoru. Neopomenutelným kritériem byla dobrovolnost zúčastnit se rozhovoru. Pohlaví a věk respondentů nehrál roli.

Slečna Hráčková mě následně zavedla za klienty do denního stacionáře popř. na jejich pokoj. Zde jsem měla příležitost se seniorům představit, a obeznámit je s účelem mé návštěvy. Po krátké rozmluvě jsem získala jejich svolení účastnit se rozhovoru, bohužel ale i odmítnutí. Tak jsem získala soubor konverzačních partnerů.

Bohužel jsem získala minimální počet konverzačních partnerů, tj. šest. Kritérium doby pobytu delší než půl roku bylo splněno.

Samotný výzkum probíhal v průběhu dvou dnů, přičemž jsem velmi dbala na to, aby nebyl narušen denní režim seniorů a čas vymezený na rozhovor nezasahoval do jejich aktivit.

Rozhovory s konverzačními partnery probíhal v dopoledních hodinách na pokojích klientů Domu Naděje Brno – Řečkovice nebo venku na terase. Během rozhovoru jsme byli na pokoji či venku pouze já a můj konverzační partner, na což jsem velmi dbala. Přítomnost třetí osoby by mohla výrazně ovlivnit obsah odpovědí či narušovat soustředěnost a pozornost konverzačních partnerů.

Během rozhovoru se nevyskytl žádný problém. Konverzační partneři byli příjemní, milí a ochotni mi pomoci s výzkumem. Byla znát jejich potřeba popovídat si, jejich odpovědi často odbočovaly na jiná témata. Dbala jsem na to, aby kladené otázky byly srozumitelné a jasné. Intenzitu hlasitosti při komunikaci s klienty jsem přizpůsobovala jejich zhoršenému stavu sluchu.

Se zaměstnankyněmi probíhal rozhovor v soukromí kanceláře podle jejich časových možností.

Po nahrání rozhovorů na diktafon následoval přepis záznamů, vyhodnocení odpovědí a jejich interpretace.

Všichni konverzační partneři se pro účast výzkumu rozhodli svobodně a dobrovolně. Před samotným začátkem rozhovoru byli ujištěni, že výzkum je zcela anonymní, nahrávka bude použita pouze za účelem analýzy dat a nebude nikde zveřejněna. Též byli poučeni o tom, že nemusí odpovídat na otázky, které by se jich osobně dotýkaly, nebo by na ně z různých důvodů odpovědět nechtěli.

Odpovědi konverzačních partnerů nemohly být ovlivněny rušivými vnějšími faktory ani přítomností třetí osoby.

5. 4 Výsledky šetření

Cílem této podkapitoly je zhodnotit výzkum, analyzovat a interpretovat data, která jsem získala od svých konverzačních partnerů během rozhovoru. Tato část práce je rozdělena do tří tematických okruhů. Zaměřila jsem se na hlavní důvody, kvůli kterým se senioři ocitli v domově pro seniory, dále se otázky týkají adaptace seniorů na nové prostředí a podmínky, a zajímá mě také hodnocení poskytovaných služeb a péče z pohledu seniorů jakožto klientů.

Zvláště se věnuji analýze a interpretaci rozhovorů pracovníků domova pro seniory. Ráda bych zjistila, jaký byl hlavní důvod zaměstnanců, pracovat se seniory, jaké situace se jim zdají být motivující popř. demotivující při práci se seniory, a zda zaměstnancům vyhovují pracovní podmínky ve zkoumaném domově pro seniory.

- **I. Rozhovory se seniory / klienty Domu Naděje**

Motivace k nástupu do zařízení

Pro analýzu sociálních podmínek rezidenční péče z pohledu klientů je základní otázkou, z jakého důvodu se senioři rozhodli nastoupit do rezidenčního zařízení, resp. jaká životní událost je k tomuto rozhodnutí donutila.

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách je domov pro seniory definován jako místo, kde jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, a to zejména z důvodu věku. Situace těchto osob dále musí vyžadovat pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Matoušek (2005) uvádí, že se staří lidé rozhodují dobrovolně na základě rodinných či ekonomických důvodů, mnohem častěji jsou však senioři donuceni okolnostmi, jako je zhoršení zdravotního stavu při současné nepřipravenosti přirozeného prostředí.

Tuto teorii potvrzují výsledky mého výzkumu. Že jsou motivací k nástupu do domova pro seniory (dále jen DpS) především zdravotní nebo sociální změny, které jdou ruku v ruce se snižující se soběstačností, potvrzuje většina konverzačních partnerů.

Sociální změny

V teoretické části uvádím, že jednou z nejzávažnějších zátěží a nejčastějším důvodem k odchodu do rezidenčního zařízení v oblasti sociálních změn je smrt životního partnera. Toto tvrzení se shoduje s výpověďmi konverzačních partnerek, které na otázku „Co bylo Vaší motivací k nástupu do DpS?“ odpověděly: KP 01: „...mám barák jednoposchod'ový a nemohla jsem tam zůstat sama, když mi manžel zemřel...“.

KP 04 dodává: „No tak mně zemřel manžel, ovdověla jsem, no a tady byla moje vnučka, tady pracovala...“.

Při svém výzkumu jsem se setkala také s ojedinělým případem a to, že motivací k nástupu do DpS byl doprovod manželky trpící demencí. KP 05 uvádí: „Mou manželku postihlo krvácení do mozku a nevléčili jí to, čili že je dementní a potřebuje pomoc. Já jsem ju měl napřed v takovém sanatoriu, tam to bylo strašně drahý [...], a tak jsem ju vzal jako k sobě dom, jenomže mně je 94, takže jsem na to jako nestačil, tak se mi podařilo ju umístit sem. Docházel jsem za ní každý den a naznal jsem, že ty sestřičky jí nemůžou věnovat takovou péči, jak by mohly, tak jsem se rozhodl, že se tady nastěhuju [...].“.

Z rozhovorů se dále dovídám o dalších situacích, které zapříčinily rozhodnutí seniorů, nastoupit do DpS. KP 02 popsala svůj příběh, jak bydlela se synem a snachou. Snacha se však stala závislou na hracích automatech a neplatila nájem. Kvůli této závislosti přišla klientka o dům i chatu. Žádné další peníze již neměla, a tak hledala možnost, kde by mohla bydlet. Proto se rozhodla k nástupu do DpS.

KP 06 dodává, že k nástupu do zařízení ji dovedl prodej domku a smrt syna.

Zdravotní změny

Zhoršující se zdravotní stav je obávanou součástí stárnutí a stáří. Gerontogeneze je však přirozený a biologicky zákonitý proces, při kterém dochází k sestupným změnám ve funkčnosti organismu na základě jejích biologických projevů. Úbytek adaptačních schopností a funkčnosti organismu má za následek snižující se soběstačnost. Opět vzniká situace, kdy senior potřebuje pomoc jiné fyzické osoby, která by mu pomohla zvládat běžné denní aktivity. KP 01 uvádí, že dostala cévní mozkovou příhodu a ve svém bytě nemohla zůstat dále sama.

Role rodiny je v tomto případě velmi důležitá. Ne vždy je ale rodina schopna postarat se o svého nejstaršího člena. Příčinou může být špatná finanční situace, nedostatečná kapacita bytu, vzdálenost rodiny, vyčerpanost rodinných příslušníků při péči o seniora, bohužel i nezájem rodiny.

Pokud seniorovi tuto pomoc není schopna zajistit rodina, jde o další důvod, proč nastoupit do rezidenčního zařízení.

Zmíněné kombinace jsou příčinou nástupu do DpS pro dvě konverzační partnerky.

Při svém výzkumu jsem se setkala také s případem, který není ojedinělý, a to, kdy důvodem k nástupu do domova pro seniory je pooperační stav seniorů, nástup ze zdravotnického zařízení či LDN. KP 03 uvádí: *Já jsem byla v nemocnici na dlouho trvající u Milosrdných bratří, a tam mně paní primářka doporučila, že nemohu být sama [...].“*

Po zjištění hlavních důvodů, které seniory přivedly do domova pro seniory, jsem zkonkretizovala otázku „Na základě čeho jste se rozhodli právě pro Dům Naděje?“. Nabízí se možnosti, jako jsou lokalita, doporučení, nebo že se o domově doslechli samotní senioři.

Výsledky odpovědí potvrzují nabízené možnosti. Ve třech případech se jednalo o doporučení kamarádky nebo personálem zdravotnického zařízení, v jednom případě pak šlo o lokalitu. KP 04 dodává, že do Domu Naděje nastoupila na základě toho, že zde pracovala její vnučka.

Z jedné odpovědi lze vyzorovat, že při výběru zařízení hraje roli také volná kapacita míst. To naráží na problematiku čekacích lhůt, než se uvolní místo v rezidenčním zařízení. Ačkoliv většina zařízení nemá stanovenou čekací lhůtu a pořadí nástupu se řídí potřebností žadatele, tyto lhůty jsou v obvyklé délce dva až tři roky, v některých případech až pět let. Dlouholeté čekací doby jsou následkem zpřísnění kritérií pro přijetí žadatelů. Tato kritéria si kladou za cíl prvořadě poskytnutí péče seniorům, kteří ji potřebují nejvíce.

KP 02: „Čekala jsem, nebylo to hned, ale měla smůlu, ta paní, co bydlela s paní X, ona spadla z postele a nějak si ublížila, no prostě zemřela. Takže jsem se já sem dostala.“.

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Co bylo Vaší motivací k nástupu do DpS?“:

- úmrtí manžela, osamělost
- zdravotní problémy, úbytek sil
- přechod z LDN
- doprovod životního partnera
- prodej domu, ztráta bytu (finanční důvody)
- absence pečujících v domácím prostředí, neschopnost rodiny starat se o seniora

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Na základě čeho jste se rozhodla právě pro Dům Naděje?“:

- doporučení, zprostředkování (kamarádka, pracovnice v LDN, pracovnice sanatoria)
- uvolnění kapacity
- lokalita, domácí prostředí
- zaměstnaný rodinný příslušník v DpS

Adaptace na nové prostředí a podmínky

Senior před umístěním do rezidenčního zařízení prochází psychicky náročnými fázemi. V první řadě je to fáze, kdy si uvědomí vzniklou situaci, tedy, že není schopen nadále žít v přirozeném prostředí svého domova. Ať už z důvodu zdravotních či sociálních změn. Nastává fáze, kdy senior musí dojít k rozhodnutí nastoupit do zařízení a tím opustit své zázemí. Ani další etapa, kterou je výběr zařízení a čekací lhůta, není příjemná a nevzbuzuje v seniorovi klid.

Proces adaptace pokračuje po přijetí klienta do rezidenčního zařízení. Dle Bayerové (2004) znamená umístění seniora do DpS zásadní změnu jeho dosavadního života. Též představuje zátěžovou situaci, při které senior ztrácí zázemí a s ním spojenou identitu.

Ocitá se v neznámém prostředí, kde se špatně orientuje a v souvislosti s tím může ztratit pocit bezpečí.

Právě toto období je zásadní, a je třeba věnovat klientovi maximální péči a pozornost, díky které se mohou eliminovat obavy, strach, pocit nejistoty apod.

Zvláště významnou roli hraje přístup zaměstnanců, prostředí celého domova, prostředí pokoje, možnost aktivního trávení volného času a naplňování potřeb, které měl klient i před nástupem do domova.

Denní režim

Jelikož jsou adaptační mechanismy ve starším věku značně oslabené, nemělo by docházet k radikálním změnám v životě seniora. Tyto podmínky Dům Naděje splňuje. Vyplývá to z odpovědí konverzačních partnerů na otázku, zda jim vyhovuje režim dne, ve smyslu času spánku, vstávání, obědů apod. Ve většině případů zazněla kladná odpověď. KP 03: „*To nám celkem klape, to by nebylo tak zlý*“.

Výjimku tvoří stížnost KP 02, která říká, že denní režim jí řídí paní spolubydlící, která brzy vstává a chodí brzy spát.

Dům Naděje tedy nemá striktní organizovanost a nevytváří tlak na klienty, pokud chtějí upravit denní režim, podle svých potřeb a zvyklostí. KP 05: „*Tady nějakej přísněj režim není. Tady je důležitý, aby tady byl člověk včas, když se podává jídlo*“. „*Já su zvyklej chodit spát až tak kolem té dvanácté hodiny. Že se podíváme společně s manželkou na nějakej ten televizní program [...]a potom si bud' ještě čtu, nebo něco luštím.*“.

Díky volné úpravě režimu dne a možnostem aktivního trávení volného času se senioři realizují, čas jim lépe ubíhá a tím dochází i k úspěšné adaptaci.

Možnosti aktivního trávení volného času

Rheinwaldová (1999) uvádí, že kvalitní program je nutnou součástí péče o seniory. Poskytuje udržení mentální i fyzické činnosti, ale především nabízí příležitost sociálního kontaktu, vzájemné sblížení a společenský život, což je pro seniora a jeho psychiku nutností, zvláště pokud chceme dosáhnout úspěšné adaptace na nové prostředí.

Dům Naděje poskytuje aktivizaci klientů, vzdělávací, kulturní a terapeutické programy. Nejružnější aktivity jsou nabízeny v rámci denního stacionáře, kde je klientům umožněn široký program společenských aktivit. Na tom, že klienti mají možnost aktivně trávit svůj volný čas, se shodují všichni dotázaní.

KP 06: „*Já hlavně čtu, víte. Jinak, zúčastňuji se každé akce, která se pořádá. Chodíme na vycházky...kam se jede, tam jdu. [...]*“. KP 01 dodává: „*Chodím denně tady na to cvičení, na všechny ty bohoslužby [...]*“.

Právě společenské aktivity slouží především k aktivnímu trávení života seniora s cílem udržení či navázání sociálních kontaktů. KP 05 se vyjádřil, že sice možnost navštěvovat denní stacionář má, ale této příležitosti nevyužívá, jelikož mu nevyhovují tamní aktivity. Uvádí, že pokud je dobré počasí, jde místo toho raději s manželkou ven na terasu nebo na vycházku.

KP 03 k tomuto tématu dodává: „*Někdy chodím do stacionáře a chodila jsem až donedávna, ale teď mně bouchá to srdce [...], takže su taková nejistá, víte, a těžko se mi dýchá...Možnost tam mám kdykoliv a chodím, když je nějaký hudební pořad, děti zpívají, takže nejsou tak izolovaná...*“.

Prostředí DpS a zařízení pokoje

Příjemné prostředí, ve kterém žijeme a trávíme denně nejvíce času je také velmi důležité pro to, abychom se cítili co nejlépe. Tím více to platí pro rezidenční zařízení, která mají seniorům suplovat domov. Tato zařízení jsou navíc specifická, jejich vybavení by tedy měla odpovídat potřebám seniorů. Je třeba dbát na bezbariérovost, funkčnost pomůcek, správnou teplotu prostředí apod. Důležitým prvkem je také soukromí. Bohužel, pro zařízení typu domovů pro seniory jsou zatím běžné pokoje po dvou a více lůžkách.

Konkrétně u Domu Naděje je ubytování navrženo v jednolůžkových až třílůžkových pokojích, objekt je bezbariérový a vybaven výtahem.

Zjistit, jaký názor mají konverzační partneři na prostředí DpS, na zařízení jejich pokoje, a zda jim vyhovuje, mi umožňuje vyhodnocení jejich odpovědí. Vesměs se jedná o kladná hodnocení. KP 02 k tomu dodává: „*To by ušlo. Já mám svoje křeslo, svoji*

stojací vysokou lampu. Ty skříně mohly být větší. A jsou krátký, že když mám kabát, tak je ohnutej.“.

KP 04 se svou spolubydlící rády háčkují a svůj pokoj mají vyzdobený svými výrobky. To jim dodává na pocitu domácího prostředí a cítí se tu příjemněji.

Zaměstnanci a jejich přístup

Jak uvádí Malíková (2010), je nutné, aby každá sociální služba byla poskytována v souladu s právními předpisy, platnou legislativou a lidskými právy, zmíněnými v jednotlivých dokumentech. Pro sociální pracovníky, zdravotní sestry a další pracovníky již existují etické kodexy, které mají konkrétní pracovníci dodržovat a řídit se jimi. Jakákoliv lidská činnost by ale měla být především prováděna zcela přirozeně s vnitřními morálními zásadami a principy, které jsou v nás zakotveny.

Že jsou tyto zásady a principy dodržovány v Domě Naděje potvrzují všichni konverzační partneři. KP 06 hovoří o zaměstnancích: *„Můžu vám říct, že jich teda velice obdivuju. Já su sama zdravotní sestra a vím, o čem je řeč. A obdivuju jich a velice smekám před nima, protože to je opravdu těžká práce.“.*

KP 05 dodává: *„Nesetkal jsem se s tím, že by mně něco odmítli. [...] Dá se říct, že jsou ty sestřičky dost ochotný jako vyhovět ve všem, pokud jim to čas dovoluje.“.*

Na vytíženost personálu naráží také KP 04, která uvádí, že jsou ochotní a hodní. Kdyby sestřičky neměly tolik práce, tak by byly ještě hodnější.

Zajímalo mě, zda by senioři navrhovali nějakou změnu v DpS, pokud by měli tu příležitost. Třem z dotázaných vyhovuje vše tak, jak je. KP 02 zmínila malé skříně a nedostatek soukromí. O sníženém soukromí hovoří také KP 05 a dále se zmiňuje o nedostatečném počtu personálu (myšleno zdravotních sester) a studeném jídle. Stejný problém má i KP 04, které vadí málo personálu a dlouhé čekání v jídelně na jídlo.

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Vyhovuje Vám zdejší režim dne?“:

- ano, možnost individuální úpravy režimu
- ne, režim je řízený spolubydlící

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Máte možnost aktivně trávit svůj volný čas?:

- ano
- ano, ale vzhledem ke zdravotním komplikacím nemohou být využívány
- ano, ale aktivity nevyhovují

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Vyhovuje Vám prostředí DpS a zařízení Vašeho pokoje?:

- ano
- nedostatky: malé skříně

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Jak hodnotíte poskytovanou péči zaměstnanci a jejich přístup?‘‘

- výborné, ochota

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Navrhovala byste nějaké změny v DpS?‘‘

- ne
- soukromí, větší skříně, více zdravotního personálu, kratší čekání na jídlo, teplejší jídlo

Poskytované služby a péče

Služby a péče poskytované rezidenčním zařízením by měly naplňovat klientovy potřeby a zájmy.

Dům Naděje nabízí kromě ubytování a stravování nepřetržitou péči o klienty, která zahrnuje sociálně-ošetřovatelské služby, již zmíněné terapeutické, aktivizační a vzdělávací činnosti a pravidelné pastorační služby. Jsou zde poskytovány i další služby jako např. rehabilitace, pedikúra a kadeřnictví (www.nadeje.cz).

Gulová (2011) k jednotlivým službám dodává konkrétní činnosti a úkony, do nichž aplikují činnosti Domu Naděje:

- **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:** zájmovým, vzdělávacím a volnočasovým aktivitám jsem se věnovala výše;
- **sociálně terapeutické činnosti:** pro udržení a rozvoj osobních a sociálních schopností a dovedností, podporujících sociální začleňování osob; k aktivnímu trávení života seniora s cílem udržení či navázání sociálních kontaktů slouží denní stacionář Domu Naděje, organizují se různé přednášky, besedy, výstavy, videoprojekce, hudební programy apod.

pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Vedle toho by měl mít klient také právo podávat připomínky a stěžovat si. S žádostí o pomoc či s řešením problémů se klienti mohou obrátit na personál Domu Naděje.

V souvislosti s tímto bodem je i má otázka, zda jsou konverzační partneři vyslyšeni, pokud je trápí nějaký problém. Dostává se mi kladných odpovědí od všech dotázaných klientů. KP 06 dodává: „*Já jsem zatím žádný problém neměla. Nemusela jsem to řešit.*“. Klienti se mohou obracet na zdravotní sestry, sociální pracovníci nebo na paní vedoucí Bílíkovou.

Zastoupení služeb Domu Naděje je na první pohled vyčerpávající, přesto mě zajímá názor konverzačních partnerů, zda jim některá ze služeb nechybí. Všichni se shodují na tom, že už v domově všechno mají. Konverzační partneři oceňují především služby typu pedikúra a kadeřnictví a také pravidelné nákupy. KP 01: „*Chodím na pedikúru, ke kadeřnici [...], na všechny ty bohoslužby, i když jsou to jiné církve jako, ne římsko-katolické. Prostě říkám si, že Pán Bůh je jen jeden.*“.

KP 05 a KP 06 se shodují, že žádné služby jim nechybí a vzhledem k tomu, že jsou soběstační, mohou si dojít, kam potřebují.

Chtěla bych zjistit, nakolik klienti oceňují možnost pobytu v domově. Za tímto cílem svým konverzačním partnerům kladu otázku, co považují za výhody a nevýhody pobytu v zařízení. Konverzační partneři si cení pravidelné stravy a kvalitní péče. Hovoří o výhodách ve smyslu, že je o ně postaráno a nejsou sami. O stravě se ale vyjadřují jako

o jednotvárné a chybí jim, že si nemohou uvařit to, na co mají právě chuť. Tento názor zastávají čtyři z šesti dotázaných. KP 04 uvádí: „*Výhody domácího prostředí jsou ty, že prostě si uvaříte to, na co máte chuť a uvaříte si to dobře. A tady ta strava kolikrát nebývá dobrá. Třeba kuře, víte, upečený. To není upečený, to je uvařený. Takže to jako se nedá přirovnat.*“.

Dům pokojného stáří se snaží s tímto nedostatkem vypořádat. Usuzuji tak ze stanovených dlouhodobých cílů, kde se mj. řeší také strava. Konkrétně se v plánech uvádí cíl: „poskytovat celodenní stravování na dostatečné biologické úrovni s možností individuální volby klientů“.

KP 06 se o pobytu v domově vyjadřuje takto: „*Mně to tady osobně nevyhovuje vůbec. Já su tady jenom proto, abych pomohl manželce. To tak musím z tohoto hlediska posuzovat všechno.*“.

Názor konverzačních partnerů na výši prostředků, které platí za poskytované služby, se shoduje na jedné skutečnosti, tj. že tato výše je adekvátní vůči kvalitě a množství poskytovaných služeb. KP 06: „*K dnešní době a dnešním cenám já myslím, že je to přiměřený.*“ KP 04 dodává: „*Dneska je všechno drahý, takže asi je to adekvátní.*“.

Zajímá mě tedy celkové zhodnocení míry spokojenosti klientů. Z výše uvedené analýzy výpovědí konverzačních partnerů vyplývá, že Dům Naděje vychází vstříc svým klientům. Tato skutečnost se shoduje s výsledkem odpovědí konverzačních partnerů na otázku, zda jsou v Domě Naděje celkově spokojeni. Dostává se mi kladných hodnocení, krom KP 05, kterému zdejší pobyt neprospívá, a je zde jen za účelem pomoci své manželce.

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Chybí Vám zde některá služba?“:

- ne
- vše potřebné je k dispozici a využíváno

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Jste vyslyšena, pokud Vás trápí nějaký problém?“:

- vždy ano
- možnost domluvy se zdravotními sestrami, sociální pracovníci či s paní vedoucí
- zatím nenastal problém potřebný řešení

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Co považujete za výhody a nevýhody pobytu v zařízení?“:

výhody:

- nepřetržitá péče, lékařská péče
- pravidelná strava
- hezké prostředí

nevýhody:

- sdílení pokoje se spolubydlicí
- strava není podle chuti klientů

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Jste zde celkově spokojena?“:

- ano
- pobyt v DpS pouze jako nutnost být manželce nablízku

Obecný souhrn odpovědí na otázku „Jaký máte názor na výši prostředků, které platíte za poskytované služby?“:

- přiměřené k sazbám
- adekvátní k poskytovaným službám a péči

Závěr výzkumu – senioři / klienti Domu Naděje

Výsledky první části výzkumu se zčásti ztotožňují s teoretickou částí mé bakalářské práce, kapitola 3.1 Důvody k odchodu do ústavního zařízení, a zčásti tuto teorii doplňují. Velmi častým motivem je dle získaných odpovědí samota, ve které seniory nemá kdo opatrovat. V zastoupení se též vyskytuje snížená soběstačnost z důvodu zdravotních komplikací, ale také situace, kdy senioři přišli z různých důvodů o své bydliště či do DpS nastoupili přímo ze zdravotnického zařízení.

Vzhledem k tomu, že rodina není schopna se o své členy z různých důvodů postarat, nastupuje alternativa rezidenčního zařízení. Z výzkumu je patrné, že z většiny byl seniorům pobyt v DpS zprostředkován. Senioři se ale pro pobyt v Domě Naděje rozhodli také pro známou lokalitu, uvolnění místa nebo proto, že zde pracovala vnučka jedné z klientek

Jako každé zařízení i Dům Naděje nabízí určité možnosti, ale nese také jistá omezení. Nemá přísně vyhraněnou strukturu dne a vychází vstříc denním potřebám svých klientů. Reaguje na individuální požadavky změny režimu. Díky tomu klient nemusí měnit své zvyky, na které byl zvyklý před nástupem do domova. Tato skutečnost přispívá také k pocitu klidu a pohodlí klientů.

Denní stacionář též poskytuje aktivizaci klientů formou volnočasových aktivit, kterých se klienti mohou denně zúčastňovat. Této možnosti využívají čtyři z šesti konverzačních partnerů. Další dva konverzační partneři příležitost omezují kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu a ve druhém případě pro nevyhovující aktivity.

Konverzační partneři jsou spokojeni i s prostředím DpS a zařízením jejich pokojů. Až na dva případy nevnímají ztrátu soukromí a prostředí i zařízení hodnotí jako pěkné. Nedostatek však spatřuje jedna z klientek v malých skříních na ošacení.

Co však všichni konverzační partneři hodnotí jako výborné je přístup zaměstnanců. Chválí si jejich vstřícnost a ochotu. Jedinou připomínkou je nízký počet zdravotního personálu.

Z výzkumu vyplývá, že nejsou zásadní překážky pro adaptaci klientů Domu Naděje.

Dále docházím k názoru, že senioři jsou s nabízenými a poskytovanými službami a péčí v Domě pokojného stáří spokojeni. Oceňují především, skutečnost, že je o ně postaráno a jsou pod dohledem zdravotního a sociálního personálu. Zajistit tuto péči v domácím prostředí by bylo komplikované, ne-li nemožné.

Kdykoliv klienti potřebují řešit nějaký problém, mohou se obrátit na některého z personálu. Dotazování se shodují, že jsou vždy vyslyšeny a jejich požadavkům se

vychází vstříc. Výhodu pobytu v zařízení spatřují dotázaní též v poskytování pravidelné stravy. Její kvalita ale ne všem vyhovuje. Dlouhodobé cíle Domu Naděje však myslí na zlepšení této skutečnosti a změna je ve fázi řešení.

Klienti jsou spokojeni s nabízenými službami typu kadeřník, manikúra a pedikúra, a tyto služby využívají. Zmiňují se také o pravidelných bohoslužbách.

Výše poplatku za pobyt v domově pro seniory a za poskytované služby se po nedávném zdražování zvýšila. Dotazovaní tuto skutečnost však považují za nutnost v rámci obecného zdražování. Výši prostředků, kterou platí, stále pokládají za přiměřenou a adekvátní vůči množství a kvalitě služeb a péče, které se jim dostávají.

Z výzkumu dále vyplývá, že vše, co klienti potřebují je zajištěno a žádná další služba jim tedy nechybí. Všichni jsou v Domě Naděje spokojeni, až na jednoho dotazovaného, který se stal klientem domova pro seniory je z důvodu, aby byl nablízku své manželce a mohl se o ni starat.

Je příhodné, vrátit se zpět do teorie, kde uvádím Boothův sestavený Dotazník ústavních režimů, který umožňuje hodnotit ústavní režim ve čtyřech oblastech:

- možnosti osobní volby klientů (čas spánku, vstávání, čas jídla a jeho výběr, možnost podílet se na zařizování místností, osobní schůzky a jiné výhody)
- soukromí (možnost oddělit se od ostatních v budově i mimo ni, držení osobních cenností, přístup do ložnic)
- oddělování (možnost opustit zařízení, přijímat návštěvy, účast společenského života v obci i mimo ni)
- participace (možnost podílet se na řízení a činnosti zařízení např. plánováním jídla, úklidem a údržbou, tvorbou programů pro klienty), (Booth in Matoušek, 1999).

Tyto čtyři oblasti umožňují podle Boothůva odpověď na otázky, je-li režim pružný nebo pevně strukturovaný, respektuje-li individualitu klientů nebo je-li zařízení otevřené či uzavřené vůči vnějšímu prostředí.

Tento dotazník využiji k aplikaci na Dům Naděje – informace jsou použity z realizovaných rozhovorů:

- **možnosti osobní volby klientů** - klienti nejsou omezováni v individuální volbě času spánku, vstávání, času jídla; klienti mají možnost podílet se na výzdobě svých pokojů i celého zařízení, denní režim si klienti určují podle svých potřeb
- **soukromí** - dvou a vícelůžkové pokoje neumožňují klientům stoprocentní soukromí, přístup do ložnic je volný; klienti mají možnost odložit si cenné věci do trezoru
- **oddělování** - klienti mohou opustit domov za účelem vycházky, nákupu (soběstační klienti), domov mohou klienti opustit i na delší dobu za účelem návštěvy rodiny; mohou přijímat návštěvy popř. se navštěvovat s ostatními klienty z ostatních domovů pro seniory; klientům je poskytována možnost společenského a kulturního vyžití a výletů
- **participace** – klienti mohou podávat návrhy personálu, kterým jsou v rámci možností vyslyšeni, domov reaguje na požadavky svých klientů; klienti nemají možnost rozhodovat a spolupodílet se při tvorbě jídelníčku.

Vyhodnocení:

- **Je režim Domu pokojného stáří pružný nebo pevně strukturovaný?**

Režim domova pro seniory je pružný a přizpůsobuje se individuálním požadavkům svých klientů.

- **Respektuje domov individualitu klientů?**

Dům pokojného stáří je, jako většina domovů pro seniory u nás, limitován kapacitou. Neumožňuje takové soukromí, na jaké byli klienti zvyklí před nástupem, avšak snaží se o kompenzaci zřízením zahrádky a balkonu, kam mohou klienti kdykoliv během dne.

- **Je zařízení otevřené nebo uzavřené vůči vnějšímu prostředí?**

Domov pro seniory je otevřeným zařízením a klientům umožňuje všestranné vyžití. Klienti mohou přijímat návštěvy a sami tyto návštěvy podnikat.

- **II. Rozhovory se zaměstnanci Domu Naděje**

Je zajímavé podívat se na problematiku seniorů v podmínkách rezidenční péče očima samotných pracovníků, kteří se svými klienty přichází denně do styku. Tato část má být tematickým doplněním mého výzkumu a jeho dokreslením.

Hlavní důvody pro práci se seniory

Nabízí se otázka, co bylo pro tyto pracovníky motivací k práci s cílovou skupinou seniorů. Důvody se v každém případě různí, v jednom se však výpovědi všech shodují na tom, že žádná z dotázaných neměla v úmyslu pracovat se seniory od samého počátku své profesní kariéry. Motivací pro tuto práci byly zejména důvody:

- menší fyzická náročnost než byla předchozí práce tj. osobní asistentka v terénu,
- vážná nemoc,
- na základě školní praxe, kdy se dotázané práce se seniory velmi zalíbila,
- na základě inzerátu, kde dotázanou zaujala náplň práce.

Motivující popř. demotivující situace při práci se seniory

Práce se seniory, ať už ve zdravotnických či sociálních zařízeních, je velmi náročná. Hovořím nejen o fyzické námaze při práci s nemobilními klienty, ale též, a to především, o náročnosti psychické. Každá mince má ale dvě strany, a stejně tak, jak může být práce se starými lidmi vyčerpávající, může být i obohacující, a může nám vnést do života nové zkušenosti a poznání.

O kladech i záporech své práce hovoří dotazované zaměstnankyně.

Situace, které hodnotí jako vyčerpávající, jsou především:

- bezmoc pomoci klientům, kteří nejsou vyrovnáni se stářím,
- nadměrná administrativa,
- psychická vyčerpanost a emoční vypětí při „odcházení“ klientů.

Situace obohacující, spatřují zaměstnankyně zejména v:

- uvědomění si konečnosti svého života; důležitosti dobrých rodinných vztahů; poučení z životních příběhů některých klientů,
- v dobrém pocitu někomu pomáhat, být užitečná, dělat někoho šťastným a spokojeným,
- v přípravě na to, že ve stáří musí být člověk velmi skromný.

Důležitým prvkem při práci se seniory je supervize, která může zabránit syndromu vyhoření především u pracovníků, kteří s touto cílovou skupinou pracují již delší dobu. V Domě Naděje je supervize povinná pro všechny zaměstnance. To hodnotí všechny dotázané jako užitečné a využívané.

Hodnocení pracovních podmínek zaměstnanců

Při vykonávání takto náročné práce mě zajímá, zda zaměstnancům vyhovují pracovní podmínky Domu Naděje.

Zaměstnanci domova pro seniory mají možnost vyjadřovat své názory a připomínky. Jedna z dotazovaných uvádí, že dle ní by se mělo především změnit to, aby se pracovníci více osobně věnovali klientům, povídali si s nimi, chodili na procházky apod. Konkrétně klíčový pracovník se svým klientem. Dále by prosazovala větší individuální přístup a uspokojování individuálních potřeb klienta.

Další ze zaměstnankyň by byla ráda, kdyby byl domov více směřován do reminiscence a byly využívány prvky biografie člověka.

Všechny dotázané se ale shodují, že vzhledem k nedostatku pracovníků a finančním možnostem jsou tyto cíle a další návrhy během na dlouhou trať.

Na čem se dále dotazované shodují, je nedostatečné finanční ohodnocení a jedním dechem dodávají, že tato práce je silně nedocenená i společensky. K této otázce se vyjádřila jedna z dotazovaných následovně: *„Tato práce je podhodnocena. A kromě fyzické dopomoci od nás klienti očekávají stálou vstřícnost, ochotu, empatii, dobrou náladu a spoustu času, kdy nás chtějí mít jen pro sebe.“*

Na otázku, zda se naplnila očekávání zaměstnankyň od práce v DpS všechny odpověděly jednoznačně „ano“.

Závěr výzkumu – zaměstnanci Domu Naděje

Rozhovory se zaměstnanci Domu Naděje byly realizovány za účelem dokreslení praktické části a pochopení případných potřeb seniorů neboli klientů domova.

Jako jeden takový, je úsudek seniorů o nízkém počtu zaměstnanců. Na tento fakt upozorňují také dotazované pracovnice.

Pokud shrnu výsledky jednotlivých rozhovorů se zaměstnankyněmi, docházím ke zjištění, že všechny zaměstnankyně jsou v Domu Naděje spokojené. Mají možnost podávat jisté připomínky a návrhy, konečné rozhodnutí ale vždy zůstává na ředitelství. Poukazují však na podhodnocení své práce, ať už finanční nebo společenské. Domnívám se, že tato skutečnost odpovídá současnému stavu společnosti.

5. 5 Návrhy a opatření

Pro podávání případných návrhů či opatření si shrnu veškeré skutečnosti, které klienty Domu Naděje trápí, a pokusím se zamyslet nad tím, jak odstranit nebo vyřešit tyto problémy.

Tabulka č. 2: Nedostatky DpS z pohledu konverzačních partnerů

| Konverzační partneři | Označení problému |
|----------------------|---|
| KP 01 | X |
| KP 02 | <ul style="list-style-type: none"> – neshody se spolubydlíci, – malé krátké skříně – jednotvárná strava – špatný úklid z nedostatku personálu |
| KP 03 | – špatná kvalita dietní stravy |
| KP 04 | <ul style="list-style-type: none"> – dlouhé čekání na jídlo – špatná kvalita stravy |
| KP 05 | <ul style="list-style-type: none"> – nízký počet zdravotního personálu – studené jídlo – nevyhovující aktivity denního stacionáře |
| KP 06 | X |

Zdroj: vlastní zpracování

Strava

Lze vypočítat, že konverzační partneři nejčastěji poukazují na nedostatky týkající se stravy. Jak jsem již výše zmínila, Dům Naděje si tento problém uvědomuje a reaguje na něj. Řešení kvality stravy zařadil do svých dlouhodobých cílů. Výsledkem by měla být vyvážená strava, přičemž si klienti budou sami moci vybrat z nabídky jídel podle svých chutí.

Stížnost na studené jídlo má své opodstatnění. Obědy se totiž dováží z vlastního stravovacího zařízení v Brně – Bohunicích, než se tedy dostanou ke strážníkům, projdou několika procedurami jako je např. přendávání jídla do nádob na přepravu, delší

cesta, nabrání jídla z nádob na chladné talíře apod. Bylo by tedy vhodné pořídit troubu na kompletní ohřev jídla. Tato záležitost je ale finančně náročnější, proto si myslím, že prozatím by stačilo nahřívání talířů a ohřátí jednotlivých porcí v mikrovlnné troubě.

S tímto problémem souvisí stížnost KP 04, která si stěžuje na dlouhé čekání v jídelně na jídlo.

Čas oběda je stanoven na 12:00 hod.. Často se však stává, že jsou obědy dováženy do DpS z různých důvodů se zpožděním. Proto bych navrhovala, aby byli klienti svoláváni a doprovázeni do jídelny přibližně 10 – 15 minut před příjezdem dodávky s obědem (jídlem), který by řidič nahlásil kompetentní osobě Domu Naděje.

Je evidentní, že tento problém souvisí také s nedostatkem zaměstnanců. Je třeba, aby se pomáhalo špatně mobilním klientům do jídelny a zároveň, aby obsluha v kuchyňce připravovala jídlo. Nabízí se řešení spolupracovat s dobrovolníky popř. brigádníky, kteří by do Domu Naděje docházeli v časech podávání jídla, ale i jindy, dle potřeby. To by mohlo být také řešením stížnosti KP 02 na nedostatečný úklid.

Navázání a udržení spolupráce s dobrovolníky je taktéž plánovaným bodem v dlouhodobých cílech Domu Naděje.

Zdravotní personál

Nedostatek zdravotního personálu je dalším nedostatkem, na který klienti poukazují. V důsledku toho jsou zaměstnanci vytíženější, tím i více nervózní a tato situace se pak negativně odráží na klientech domova. Zvláště nedávné období viróz vnímali klienti jako stresové. Většina zdravotních sester onemocněla, zbytek se tak nemohl klientům adekvátně věnovat.

Domu Naděje prozatím finanční situace nedovoluje přijmout větší počet zaměstnanců resp. zdravotních sester. I tento problém by ale mohla vyřešit dobrovolnická (brigádnická) činnost, která by ulevila sestřám např. od hygieny, oblékání či krmení nemohoucích klientů, tedy od sanitární činnosti apod.

Aktivity denního stacionáře

V jednom případě zazněla připomínka od KP 05, o nevhodných aktivitách denního stacionáře. Je ale na místě zmínit, že tento klient je soběstačný, a do DpS nastoupil jen z důvodu toho, aby pomáhal své manželce s demencí. Hovoří o tom, že mu „dvakrát nevyhovuje číst si Káju Maříka nebo zpívat Beskyde, Beskyde“.

Na rozšíření nabídky aktivizační činnosti a kulturních programů také myslí Dům Naděje v dlouhodobých cílech. Prozatím by ale bylo dobré, aby si pracovnice denního stacionáře promluvili s KP 05 o jeho potřebách a přáních, a snažily se je zakomponovat do denních aktivit stacionáře.

Vybavení pokoje, neshody se spolubydlící

KP 02 si mj. stěžuje na svoji spolubydlící. Nerozumí si s ní a vadí jí, že jí řídí denní režim svým brzkým vstáváním a večer brzkým usínáním. O těchto neshodách vedení DpS ví, avšak prozatím nelze tento problém vyřešit. Řešení nedovoluje plná kapacita pokojů, KP 02 ani není s kým vyměnit. Důležité však je, že problém není smeten ze stolu a čeká se na uvolnění místa, aby KP 02 mohla být přestěhována na jiný pokoj.

KP 02 vidí nedostatek také v malých a krátkých skříních, kde se jí mačká dlouhé ošacení. Své věci má rozdělené podle sezóny, a uložené v pytlích či krabicích. Tato skutečnost znovu naráží na finanční situaci DpS. Na základě dlouhodobých cílů se dá opět říci, že zmíněný problém je ve fázi řešení.

Aktuálně stanovené cíle jsou pro rok 2012 – 2016 např.:

- rozšiřovat pro klienty nabídku aktivizačních činností a kulturních programů,
- navázat a udržovat spolupráci pro dlouhodobou dobrovolnickou činnost,
- rozšiřovat spolupráci s rodinnými příslušníky a přáteli klientů, rozšiřovat nabídku akcí s účastí rodinných příslušníků a přátel klientů,
- poskytovat celodenní stravování na dostatečné biologické úrovni s možností individuální volby klientů,
- rozšiřovat materiální a technické vybavení domova (www.nadeje.cz).

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem zmapovala současnou problematiku seniorů v podmínkách rezidenční péče. V důsledku demografického stárnutí populace a prodlužující se délce života roste počet seniorů, kteří potřebují zmíněný druh služby a podle statistických prognóz bude tato poptávka i nadále růst.

V současné době se velmi dbá na zkvalitňování služeb a péče o seniory, k čemuž přispívá i zákon o sociálních službách. Proto jsem se snažila zhodnotit, zda těmto změnám odpovídá i stav sociálních podmínek rezidenčních zařízení ve vztahu k seniorům. Cílem této práce tedy byla analýza sociálních podmínek rezidenční péče ve vztahu k seniorům.

V teoretické části jsem se snažila rozebrat taková témata, která bych dále mohla propojit s částí praktickou, a která by tuto část tematicky doplňovala. Pomocí mi byla literatura, která se zmíněnou problematikou zabývá. Na našem trhu je jí dostatek, a vzhledem k tomu, že téma senior a rezidenční péče je čím dál aktuálnější, objevují se stále nové a nové publikace.

Praktická část vychází z výzkumné otázky „Jaké jsou sociální podmínky v rezidenční péči z pohledu seniorů/klientů tohoto zařízení?“.

Tuto otázku jsem se snažila zodpovědět za pomoci analýzy rozhovorů se svými konverzačními partnery, kterými mi byli klienti Domu Naděje Brno – Řečkovice.

Pokud se budeme zabývat poznatky, které vzešly k tématu motivace seniorů k nástupu do zařízení, lze říci, že se shodují s poznatky autorů zaměřených na tuto problematiku. Nejčastější příčinou nástupu do pobytového zařízení je samota a obavy seniorů, že se o sebe nebudou moci postarat. Osamocení také ve většině případů doprovází zdravotní komplikace ovlivňující především mobilitu seniorů. Tato kombinace se podepisuje na soběstačnosti seniora. Ze samoty seniorů v domácím prostředí vyplývá, že se o ně rodina z různých důvodů nemůže postarat.

Senioři volí alternativu rezidenčního zařízení také z finančních důvodů, dále se jedná o přesun z nemocnic nebo léčeben dlouhodobě nemocných, uvolnění kapacity či krátkou čekací lhůtu. Pro mě ojedinělým případem byl i doprovod životního partnera.

Poznatky, které vplynuly z tématu adaptace seniorů na nové prostředí a podmínky zařízení, především charakterizují meze a možnosti zkoumaného zařízení. Dům Naděje nedbá na striktní organizovanost a nevytváří tlak na dodržování určitých pravidel, což jsou typické znaky ústavních zařízení nejen pro seniory, popisovaných ve starších publikacích. Tato volnost a přizpůsobení se režimu klienta velmi pozitivně ovlivňuje adaptaci seniorů, jelikož změna od domácího režimu není tak zásadní a tím si senior lépe zvyká na nové podmínky.

Naopak, skrze volnočasové aktivity je snaha dosáhnout mj. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a prohloubení sociálních vztahů. Zmíněné volnočasové aktivity Dům Naděje denně poskytuje v rámci denního stacionáře, čili klienti mají možnost sociálního kontaktu, a tím se i lépe začlenit do kolektivu ostatních spolubydlících. Nabídka těchto volnočasových aktivit se navíc má v budoucnu rozšiřovat.

Zařízení domova pro seniory a vybavení pokojů připomíná domácí prostředí. Klienti jsou s vybavením spokojeni a nemají připomínky k jeho zlepšení. Někteří si své pokoje vyzdobují svými výrobky, což dělá místnost ještě útulnější. Poukázáno však bylo na nespokojenost ohledně velikosti skříní. Na materiální vybavení Dům Naděje reaguje a myslí na něj v dlouhodobých cílech. Tento problém je tedy již ve fázi řešení.

Neochotný personál může způsobit potlačení potřeby sebeúcty a demotivaci klienta o něco požádat, na něco upozornit či si na něco stěžovat. Přístup personálu Domu Naděje je hodnocen jako výborný, ale je poukazováno na nedostatek zaměstnanců. Tento problém by mohla vyřešit spolupráce s dobrovolníky, která se též řeší v dlouhodobých cílech domova pro seniory.

Oblast služeb a péče, nabízených Domem Naděje, je hodnocena jako vyčerpávající. Klientům v domově nic nechybí. Oceňují sociální a zdravotnickou péči, pravidelnou stravu, kadeřnické služby apod. O stravě se ale vyjadřují jako o nevyhovující.

Výše prostředků za poskytované služby a péči klienti pokládají za adekvátní a přiměřené, čímž hodnotí jejich kvalitu a množství.

Klienti Domu pokojného stáří jsou celkově spokojeni.

Snaha o zkvalitňování služeb a péče o seniory je ve zkoumaném zařízení viditelná a klienty vnímaná.

Vyhodnocení dílčích otázek mě dovedlo k zodpovězení výzkumné otázky, která zní **„Jaké jsou sociální podmínky v rezidenční péči z pohledu seniorů/klientů tohoto zařízení?“**. Docházím k závěru, že sociální podmínky zkoumaného rezidenčního zařízení, umožňují klientům plnohodnotný život bez ztráty důstojnosti.

Část svého výzkumu jsem věnovala také pracovníkům Domu Naděje. Pomocí rozhovorů se zaměstnanci, jsem chtěla docílit komplexního obrazu problematiky seniorů v podmínkách rezidenční péče očima zaměstnanců tohoto zařízení. Pracovníci Domu Naděje jsou se svým zaměstnáním spokojeni, poukazují ale na jeho finanční a společenské podhodnocení.

Výsledky výzkumu, prováděném v Domě Naděje Brno – Řečkovice, se shodují s výsledky paralelně probíhajícího výzkumu v Domě pokojného stáří Brno – Královo Pole, který jsem realizovala za účelem absolventské práce.

V Domě Naděje jsem se setkala s vyšší rozmanitostí důvodů, jež přinutily klienty k nástupu do domova pro seniory, zatímco v Domě pokojného stáří to byly převážně důvody zdravotní.

Také míra soběstačnosti je vyšší u klientů Domu Naděje. Z toho usuzuji, že tyto klienti mají také vyšší nároky. U klientů Domu pokojného stáří jsem nezaznamenala žádné stížnosti na nedostatky domova, až na jednu připomínku ohledně technického vybavení v koupelně, které je ale ve fázi řešení.

Mým subjektivním názorem je, že klienti Domu pokojného stáří jsou vyrovnanější se vzniklou situací, tj. s umístěním do DpS, než je tomu u klientů Domu Naděje, ačkoliv v obou zařízeních jsou poskytovány služby a péče na stejně kvalitní úrovni.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAYEROVÁ, M. Sociální práce so seniormi v ústavním zariadení. In SÝKOROVÁ, D., CHYTL, O. (Eds.). Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování. Ostrava: Albert, 2004. ISBN 80-7326-026-3.
- [2] DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
- [3] DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ, J. S. Vývojová psychologie pro sociální pedagogy. Brno: IMS, 2010. ISBN neuvedeno.
- [4] DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [5] GULOVÁ, L. Sociální práce pro pedagogické obory. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- [7] HENDL, J. Kvalitativní výzkum. Praha: portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [8] JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-02-X.
- [9] JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- [10] JEŘÁBEK, H. Úvod do sociologického výzkumu. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-662-5.
- [11] KALVACH, Z., a kol. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [12] KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ E. Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany. Ostrava: Anag, 2003. ISBN 80-7263-168-3.
- [13] KŘIVOHLAVÝ, J. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

- [14] MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3148.
- [15] MÁTL, O. Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
MATOUŠEK, O., a kol. Sociální služby. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [16] MATOUŠEK, O. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [17] MATOUŠEK, O. Ústavní péče. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- [18] MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [19] MÜHLPACHR, P. Sociální práce jako životní pomoc. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-62-4.
- [20] MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 978-80-210-5029-7.
- [21] PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- [22] RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
- [23] TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.
- [24] VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [25] VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [26] WEIL, A. Zdravé stárnutí. Praha: Pragma, 2007. ISBN 978-80-7349-030-0.

CITOVANÉ PRÁVNÍ NORMY

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

INTERNETOVÉ ZDROJE

ŽOFKA, J. *Socioekonomické dopady demografického stárnutí*. [online]. 2006 [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=383

Internetové stránky Národní rady osob se zdravotním postižením ČR [online]. 2010 [cit. 2013-01-04]. Dostupné z: http://www.nrzp.cz/dokumenty/Demograficky_vyvoj_CR.pdf

Internetové stránky Naděje [online]. 1990-2013 [cit. 2013-03-15].

Dostupné z: http://www.nadeje.cz/brno/kralovo_pole/kralovo_pole.html

Internetové stránky Naděje [online]. 1990-2013 [cit. 2013-03-15].

Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/index.php?q=node/130>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Charakteristika konverzačních partnerů (str. 45)

Tabulka č. 2 Nedostatky DpS z pohledu konverzačních partnerů (str. 65)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Tabulky s počtem ústavních zařízení v ČR

Příloha P II Návody k rozhovorům

Příloha P III Doslovný přepis rozhovoru s KP 01

Příloha P IV Doslovný přepis rozhovoru se zaměstnankyní Domu Naděje

PŘÍLOHA P I: TABULKY S POČTEM ÚSTAVNÍCH ZAŘÍZENÍ V ČR

Druh sociální služby: Domov pro seniory

| Kraj | Počet DPS |
|-----------------------|-----------|
| 1. Hlavní město Praha | 25 |
| 2. Jihočeský | 38 |
| 3. Jihomoravský | 48 |
| 4. Karlovarský | 15 |
| 5. Královéhradecký | 34 |
| 6. Liberecký | 17 |
| 7. Moravskoslezský | 66 |
| 8. Olomoucký | 34 |
| 9. Pardubický | 22 |
| 10. Plzeňský | 23 |
| 11. Středočeský | 66 |
| 12. Ústecký | 41 |
| 13. Vysočina | 25 |
| 14. Zlínský | 37 |
| Celkem DPS 491 | |

Zdroj: <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenevyhledavanisluzby> - vlastně zpracováno

Druh sociální služby: Domov se zvláštním režimem

| Kraj | Počet DZR |
|-----------------------|-----------|
| 1. Hlavní město Praha | 4 |
| 2. Jihočeský | 9 |
| 3. Jihomoravský | 21 |
| 4. Karlovarský | 2 |
| 5. Královéhradecký | 5 |
| 6. Liberecký | 9 |
| 7. Moravskoslezský | 18 |
| 8. Olomoucký | 6 |
| 9. Pardubický | 3 |
| 10. Plzeňský | 5 |
| 11. Středočeský | 11 |
| 12. Ústecký | 4 |
| 13. Vysočina | 3 |
| 14. Zlínský | 3 |
| Celkem DZR 103 | |

Zdroj: <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenevyhledavanisluzby> - vlastně zpracováno

Druh sociální služby: Pečovatelská služba pro seniory

| Kraj | Počet PSS |
|-----------------------|-----------|
| 1. Hlavní město Praha | 45 |
| 2. Jihočeský | 53 |
| 3. Jihomoravský | 62 |
| 4. Karlovarský | 20 |
| 5. Královéhradecký | 53 |
| 6. Liberecký | 46 |
| 7. Moravskoslezský | 69 |
| 8. Olomoucký | 36 |
| 9. Pardubický | 56 |
| 10. Plzeňský | 49 |
| 11. Středočeský | 99 |
| 12. Ústecký | 65 |
| 13. Vysočina | 62 |
| 14. Zlínský | 40 |
| Celkem PSS 755 | |

Zdroj: <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenevyhledavanisluzby> - vlastně zpracováno

PŘÍLOHA P II: NÁVODY K ROZHOVORŮM

Rozhovor s klienty DpS

Při představení respondentů se zaměřím na:

- věk,
- délku pobytu,
- zdravotní stav,
- záliby, koníčky,
- rodinný stav.

Rozhovor bude veden za účelem hledání odpovědí na tyto otázky:

1. Jaký byl hlavní důvod seniora k nástupu do zařízení?
2. Co seniorům pomáhá nebo naopak brání v adaptaci na nové prostředí a podmínky?
3. Nakolik jsou senioři spokojeni s poskytovanými službami a péčí v zařízení?

Otázky:

| I. Jaký byl hlavní důvod seniora k nástupu do zařízení? | |
|--|---|
| 1. Co bylo Vaší motivací k nástupu do DpS? | Důvody: <ul style="list-style-type: none">- zdravotní- sociální (ovdovění)- rodinné (neschopnost rodiny starat se)- nízká soběstačnost |
| 2. Na základě čeho jste se rozhodl/a právě pro Dům pokojného stáří? | <ul style="list-style-type: none">- doporučení- lokalita- internetové stránky, letáčky... |
| II. Co seniorům pomáhá nebo naopak brání v adaptaci na nové prostředí a podmínky? | |
| 3. Vyhovuje Vám zdejší režim dne? | - čas jídla, spánku, vstávání... |
| 4. Máte možnost aktivně trávit svůj volný čas? | |
| 5. Vyhovuje Vám prostředí DpS a zařízení Vašeho pokoje? | - soukromí, vybavení, bezbariérovost, funkčnost pomůcek |
| 6. Navrhoval/a byste nějaké změny v DpS? | |

| | |
|--|--|
| 7. Jak hodnotíte poskytovanou péči zaměstnanci a jejich přístup? | - míra ochoty, vstřícnosti |
| III. Nakolik jsou senioři spokojeni s poskytovanými službami a péčí v zařízení? | |
| 8. Chybí Vám zde některá služba? | - kadeřnictví, pedikúra, bohoslužby, nákupy... |
| 9. Jste vyslyšen/a, pokud Vás trápí nějaký problém? | - jsou problémy řešeny, bere se na ně ohled, jsou smeteny ze stolu... |
| 10. Co považujete za výhody a nevýhody pobytu v zařízení? | - porovnání s domácí péčí, zdravotní péče 24 hod/denně |
| 11. Jste zde spokojen/a? | - celková spokojenost |
| 12. Jaký máte názor na výši prostředků, které platíte za poskytované služby? | - adekvátní, přiměřené, nepřiměřené, nemají na to, přispívají děti... - vztah finance versus kvalita a množství poskytovaných služeb... |

Rozhovor s pracovníky DpS

Při představení respondentů se zaměřím na:

- pracovní funkci,
- praxe před nástupem do DpS,
- jak dlouho pracuje v DpS

Rozhovor bude veden za účelem hledání odpovědí na tyto otázky:

1. Jaký byl hlavní důvod zaměstnance pracovat s cílovou skupinou seniorů?
2. Jaké situace při práci se seniory se zaměstnancům jeví jako motivující/demotivující?
3. Vyhovují zaměstnancům pracovní podmínky?

Otázky:

1. Chtěl/a jste pracovat se seniory od samého počátku Vaší profesní kariéry?
2. Na základě čeho jste se rozhodla pro práci v DpS?
3. Obohacuje Vás něčím práce se seniory?
4. Jsou situace, které Vás naopak vyčerpávají?
5. Máte možnost supervize? (Pokud ne, přivítala byste ji? Pokud ano, využíváte ji, je pro Vás užitečná?)

6. Máte možnost spolurozhodovat o zásadních věcech v DpS? (Pokud máte připomínky, jste vyslyšen/a?)
7. Navrhoval/a byste nějaké změny v DpS?
8. Jste spokojen/a s finančním ohodnocením za Vaši práci? (Adekvátní, přiměřená, nepřiměřená...)
9. Naplnila se Vaše očekávání od práce v DpS popř. se seniory?

PŘÍLOHA P III: DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORU S KP 01

Ráda bych se Vás zeptala, co bylo Vaší motivací k nástupu do domova pro seniory, jaká životní událost se odehrála?

No, prostě dostala jsem mozkovou příhodu a mám barák na ..., jednoposchodový, a nemohla jsem tam být sama, když mi manžel zemřel před šesti lety. Tak po té mrtvičce jsem šla prostě do toho.

A na základě čeho jste se rozhodla právě pro tento domov v Řečkovicích?

No, poněvadž jsem byla v několika domovech, můj syn mě povozil téměř po celém Brně a tady to bylo nejmilejší ze všech těch domovů. No a také jako zdravotní sestra jsem tu mívala přednášky pro učitelky, jako první pomoc a ošetrovatelskou techniku. Takže jsem se rozhodla pro tento domov.

A vyhovuje Vám zdejší režim dne? Kdy chodíte spát, čas obědů, snídaně...

Jo, to mně vyhovuje. Mám diabetickou stravu, poněvadž jsem dostala po smrti mého muže cukrovku. Vhovuje mi to. Mám poloviční stravu, i to mně někdy... vůbec nesním.

A čas, kdy chodíte spát, a kdy vstáváte, to si můžete určovat sama? Ano, mohu. Nebo je to tady nějak přísně dané?

Ne, není. Prostě, dívám se tak do osmi na televizi a pak si vezmi prášek na spaní a jdu spát. Ale budím se velmi brzy. Jak jsem celý život vstávala kolem té páté a přes Lužánky letěla po Příkopu do té úrazovky.

A máte možnost aktivně trávit svůj volný čas? No jistě. Využíváte to, tady ty možnosti?

Využívám, ano. Chodím denně tady na to cvičení, na všechny ty bohoslužby, i když jsou to jiné církve, jako, ne římsko-katolické. Prostě, říkám si, že Pán Bůh je jen jeden.

A co říkáte na prostředí a vybavení domova? Vyhovuje Vám, jak máte zařízený pokoj? Ano. Soukromí Vám nechybí? Ne a mám všechno, co potřebuji.

Takže kdybych se Vás zeptala, jestli byste navrhovala nějaké změny, napadly by Vás nějaké? ...No...Kdybyste mohla cokoliv změnit tady v domově. Mně to vyhovuje.

Tak, a když se zeptám na zaměstnance, tak jak hodnotíte poskytovanou péči a jejich přístup?

Já myslím, že to dělají dobře. Jsou ochotní, vstřícní? Ano.

Chybí Vám zde některá služba? Myslím tím například rehabilitace, kadeřnice, pedikúra...

Ne, prostě chodíme na pedikúru, ke kadeřnici. No, na rukou se stříhám sama, to ještě zvládnou...Nákupy jsou Vám také poskytovány? Ano, ano. Právě včera byla Miluška nakupovat, takže mně nakoupila za 205 korun ovoce. A ty dia oplatky, aspoň jeden denně sním, poněvadž mám mlsnou pusou. Tak to já taky. (smích).

Takže žádná služba Vám tady nechybí? Ne, nechybí.

A pokud Vás trápí nějaký problém, jste vyslyšena? Máte se na koho obrátit?

No tak můj syn, můj syn prostě... mně zařídí vše, co potřebuji. A ze zaměstnanců tady v domově se máte na koho obrátit, pokud Vás trápí něco tady konkrétně s pobytem spojeného? Nestěžuji si. Dobře.

Pokud byste měla srovnat výhody a nevýhody pobytu tady v domově a v domácím prostředí, jaké myslíte, že to zde má výhody nebo nevýhody?

Že nemohu být sama tam v tom baráku. Ted' tam právě bydlí můj vnuk s přítelkyní, což mně dost vadí, no ale říkal, že prostě svatba také bude. (smích). No, a opravují tam ten byt. To byl první barák na Staňkove, postavený, a byly tam strašně vysoké stropy, a muselo se moc vytápět, takže snižuje ty stropy. No, ten nábytek, co my jsme měli s manželem, všechno vyházeli a ted' tam dělá renovaci. Takže výhody tady jsou, že zde nejste sama, že je o Vás postaráno. Ano, je postaráno, oč poprosím.

Takže celkově jste zde spokojená? Jsem.

A jaký máte názor na výši prostředků, které platíte za poskytované služby? Zdají se Vám přiměřené?

Miláčku, vůbec mě peníze nezajímají. Všechno zařizuje můj syn, a když jsem sem odcházela z domu, tak jsem měla v České spořitelně na Lidické (částka z etických důvodů nevedena). Takže, prostě mě peníze nezajímají. Jste ráda, že jste tady. No, ted' jsem si byla vyzvednout..., mám tady v kabelce peníze, když půjdem do cukrárny, na tu kadeřnici, na pedikérku, no a na ten nákup, že. Abych dala peníze vždycky předem, ne až mně to někdo koupí.

Děkuji Vám mockrát za rozhovor.

PŘÍLOHA P IV: DOSLOVNÝ PĚPIS ROZHOVORU SE ZAMĚSTNANKYŇÍ DOMU NADĚJE

Chtěla jste pracovat se seniory od samého počátku Vaší profesní kariéry?

Ne, již na studiích mne spíše byla bližší práce s dětmi, s mladými lidmi... chtěla jsem být sociální pracovnící nebo kurátorkou na OSPOD, tedy jako úřednice, anebo jako sociální pracovníce či vychovatelka v kojeneckém/dětském domově, anebo v nějakém občanském sdružení.

Na základě čeho jste se tedy rozhodla pro práci v DpS?

Z předchozího zaměstnání jsem odcházela dobrovolně, přesto, že se mi práce velice líbila, ale nebyla jsem spokojena s chováním týmu vedoucích pracovníků zejména k zaměstnancům, tudíž jsem dala výpověď a hledala jsem novou práci. Poslala jsem několik životopisů na různá zaměstnání. Objevila jsem také inzerát, že se v domově pro seniory hledá sociální pracovníce a instruktorka terapie, nadchla mne náplň práce, tak jsem také poslala životopis, prošla výběrovým řízením a nyní již třetí rok spokojeně pracuji v domově.

Obohacuje Vás něčím práce se seniory?

Každá práce člověka obohacuje. Jsem ráda, že i přes můj počáteční strach pracovat s touto cílovou skupinou, s ní nakonec pracuji. Je to pro mne zkušenost, která je vždy vítaná, člověk si uvědomuje konečnost svého života a jak je důležité mít pěkné vztahy ve své rodině, což se nejvíce projeví také na stará kolena, kdy právě senioři potřebují více jak kdy jindy psychickou podporu a touhu blízkosti své rodiny, přátel anebo nás zaměstnanců domova důchodců. A čím mne dále práce se seniory obohacuje? Určitě i tím, že mám možnost se setkávat se seniory, kteří mají, jakož to starší lidé své zkušenosti a prožili dobu, kterou mohou vyprávět jen oni sami. Mezi klienty jsou lidé, kterým je či se blíží téměř 100 let a je velice zajímavé povídat si s nimi a vyslechnout si jejich osudy.

Jsou situace, které Vás naopak vyčerpávají?

Nemyslím si, že moje profese je natolik vyčerpávající, určitě ne ve smyslu fyzické námahy, kterou víceméně mají zdravotní sestry či pečovatelky, eventuálně pracovníci, jež pracují delší dobu se seniory a mohou už pociťovat syndrom vyhoření, ale vzhledem k tomu, že s touto cílovou skupinou nepracuji tak dlouho, že bych byla pravidelně vyčerpaná. Ovšem jsou situace, kdy jsem cítila jakousi psychickou vyčerpanost, dá-li se to tak nazvat. Bylo to v období, kdy jedna z mých oblíbených klientek umírala

v posledním stádiu rakoviny a byla na poslední týden svého života odvezena do hospice sv. Ludmily, kam jsme za ní s paní vedoucí zajely, a musím uznat, že loučení s ní bylo velice smutné a vyčerpávající.

A máte možnost supervize? *Supervize u nás v domově důchodců probíhá pravidelně a povinně. Je pro Vás užitečná?* *Užitečná jistě je.*

Máte možnost spolurozhodovat o zásadních věcech v DpS?

Ano, každý měsíc probíhají s celým týmem domova důchodců porady, následně máme porady v rámci sociálních pracovníků našich domovů, a v neposlední řadě hodně věcí konzultuji s vedoucí domova, se kterou máme totožné názory, tudíž není problém za ní s čímkoliv zajít a danou záležitost prodiskutovat a řešit.

A navrhovala byste nějaké změny v DpS?

Neustále se snažíme něco navrhovat, aby daná sociální služba byla co nejefektivnější a nejlepší zejména pro klienty, rodinné příslušníky, ale i pro nás zaměstnance, abychom do práce chodili s radostí. Nyní jdeme směrem, kdy našim cílem je, aby domov byl více směřován do reminiscence a využívány prvky biografie člověka, ovšem je to běh na dlouhou trať.

Jste spokojena s finančním ohodnocením za Vaši práci?

Určitě bych uvítala menší příplatek, ale každá práce má své plusy a minusy.

Naplnila se Vaše očekávání od práce v DpS popř. se seniory?

Musím uznat, že jsem se vždy bála pracovat s touto cílovou skupinou, jak jsem se již na začátku zmínila, a to z více důvodů, a proto mé očekávání je spíše pozitivní a jsem ráda za tuto životní zkušenost pracovat se staršími a starými lidmi.

Moc Vám děkuji za rozhovor.