

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Problematika stáří a práce se seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. František Sýkora

Vypracovala:

Michaela Mráčková, DiS.

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Problematika stáří a práce se seniory“ zpracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.
Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Tetčicích dne 22.4.2012

Michaela Hráčková, DiS.

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Františku Sýkorovi za jeho ochotu a připomínky při vedení této práce.

OBSAH

Úvod	2
1. Vymezení stáří a stárnutí	4
1.1 Biologické stárnutí	6
1.2 Psychické stárnutí	7
1.3 Sociální stárnutí	8
1.4 Pojetí stáří dnes a jeho pohled do minulosti	10
2. Formy péče o seniory	12
2.1 Péče o starého člověka v rodině	13
2.2 Péče o starého člověka v sociálních institucích	16
2.3 Starý člověk a domov pro seniory	21
3. Problematika současných seniorů	25
3.1 Zdravotní komplikace u seniorů	25
3.2 Syndrom demence	28
3.3 Depresivní stavy u seniorů	32
3.4 Seniori jako oběť	34
4. Práce se seniory	38
4.1 Potřeby seniorů	38
4.2 Aktivizace seniorů	39
4.3 Individuální plánování	42
4.4 Vzdělávání v postproduktivním věku	44
5. Empirický výzkum	47
5.1 Cíl výzkumu	47
5.2 Metody použité při zpracování dat a informací	48
5.3 Realizace výzkumu	48
5.4 Interpretace výsledků	49
5.5 Shrnutí výzkumu	63
Závěr	65
Resumé	67
Anotace	69
Seznam literatury	71
Přílohy	73

ÚVOD

Dětství, dospělost a stáří jsou součástí našeho nevyhnutelného vývoje. Ne však všichni, kteří spatří světlo světa se dožijí důchodového věku. V dřívějších dobách se málokterý člověk vůbec stáří dožil. Stárnutí, stáří, umírání a smrt, to byla vždy témata, která znepokojovala a zároveň zajímala lidstvo, ale i odborníky. Jelikož se však lidský věk prodlužuje a populace stárne, stala se problematika stáří a stárnutí aktuálním celosvětovým problémem. Ať chceme či nikoliv jsme obkloповání stále větším počtem seniorů. Proto je důležité se do budoucna této problematice věnovat. Stárnutí a stáří s sebou nese řadu otázek, někdy i odpovědí, které nás zajímají, a ze kterých máme mnohdy i oprávněné obavy. Ze všech stran se mluví a píše, kdy půjdeme do důchodu, zda a jaký důchod bude, kdo se o nás bude starat, když se rodí stále málo dětí a ženy posouvají mateřství do pozdějšího věku. Problematika stáří a práce se seniory je téma mé bakalářské práce, kterou jsem si vybrala zejména proto, že pracuji jako sociální pracovníce a částečně i jako instruktorka terapie v domově pro seniory. Přicházím tak denně do kontaktu se seniory, s jejich osudy, problémy, nemocemi, starostmi, ale i radostmi. Práce se starými lidmi je pro pracovníky náročná, jak po fyzické stránce, tak i psychické, má svá úskalí jako každá jiná práce, avšak stále dle mého mínění zůstává nedocenená, proto ji spousta lidí bere do jisté míry jako posláním, neboť si uvědomujeme konečnost i svých vlastních životů.

Jak jsem se již zmínila, pracuji se seniory a jsem s nimi denně v kontaktu, proto má práce je zaměřena právě na tuto cílovou skupinu v Domově pro seniory Naděje Brno – Řečkovicech. Cílem mé práce tedy bude zjistit: **S jakými problémy se současní senioři v domově nejčastěji potýkají a jaké aktivity nejvíce v rámci domova preferují?**

Ve své teoretické části se chci věnovat problematice stáří a stárnutí jako určité fázi životního procesu a zároveň se zaměřit na práci se seniory. První kapitola je věnována problematice stáří a stárnutí, kde vymezím základní pojmy, ale také bio-psycho-sociální stárnutí a pohled na stáří v současné době a v minulosti. Ve druhé kapitole se zaměřím na formy péče o seniory v rodině a péči o seniory v sociálních institucích, kde posléze popíši přímo péči o starého člověka v domově pro seniory. Další kapitola je věnována problematice současných seniorů, tedy co je trápí a čím jsou nejvíce ohroženi, kde se zaměřím přímo na zdravotní komplikace u seniorů, syndrom demence, ale i depresivních stavů u seniorů

a v neposlední řadě se budu věnovat seniorům, jež se stávají obětí různého druhu násilí. Poslední kapitola je věnována práci se seniory, kam jsem zařadila potřeby seniorů, ze kterých vlastně určitá práce vychází, posléze aktivizace seniorů, individuální plánování, stejně tak vzdělávání v postproduktivním věku.

V praktické části nejprve přiblížím zvolenou metodologii a popis výzkumu. Výzkum jsem si zvolila kvantitativní. Dotazníkovou metodu jsem volila zejména pro větší pokrytí od co největšího počtu respondentů domova, ale také proto, že cílovou skupinou jsou právě senioři, z nichž mnozí se potýkají s různými zdravotními potížemi a bylo by tak pro ně problematické udržet delší čas pozornost při rozhoru. Ovšem i kvantitativní metoda má pro tuto věkovou skupinu svá úskalí, čehož jsem si vědoma, a proto budu po celou dobu výzkumu respondentům nápomocna.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení stáří a stárnutí

Od vzniku našeho narození, jsme den ode dne starší, vlastně stárneme neustále. Stárnutí je proces, který je nezvratitelný, ač se nám to líbí či nikoliv, čas pozastavit bohužel nelze, i když věřím, že by spousta lidí ráda zůstalo mladými. Každý z nás si postupně ve svém životě, pokud vše jde tak jak má, prochází určitými vývojovými fázemi od narození až po smrt.

Stárnutí je zákonitý, celoživotní a individuální proces, který je dán nejen genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem (Mühlpachr, P. 2004).

„Stáří je poslední etapou života, fází která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Stáří má dle Junga značný smysl, představuje vrchol osobnostního rozvoje a zvládnutí této fáze je významným vývojovým úkolem. Umět zestárnout je stejně důležité, jako bylo kdysi dosažení dospělosti, a ulpívání na Personě, tj. sebereprezentaci typické pro střední věk, žádoucí variantou není. Stáří přináší nové zkušenosti, s nimiž se musí každý člověk nějakým způsobem vyrovnat, a záleží na jedinci, jak tento vývojový úkol zvládne. Na počátku 60.let života si lidé uvědomují nevyhnutelné přibližování stáří se všemi jeho problémy a jde o to, jak budou očekávanou proměnu interpretovat a jak jí dokáží přizpůsobit svůj životní plán“ (Vágnerová, M. 2007, s. 2009-302).

U starších lidí můžeme pozorovat jejich zaměření do minulosti. Postoj k sobě samému i ke světu je převážně bilancující, už nemá tendenci něco měnit. Svůj život změnit nemůže a vlastně ani nechce, aby se měnil i okolní svět, jelikož je to svět, který dobře zná a v mezích možností si přizpůsobil svým potřebám. V tomto věku nemají senioři důvod domnívat se, že by změny byly k něčemu dobré. Cílem bilancování v tomto věku je vyrovnání vztahu k vlastnímu životu, ale i k okolnímu světu a najít smysl zbývajících života (Vágnerová, M. 2007).

„Pro staršího člověka je důležité kam a ke komu patří. Jeho identita je vázaná na příslušnost k určitým lidem, sociální skupině a místu:

- Velmi důležitou složku identity je rodina. V tomto věku je ještě o něco významnější, než byla dřív. Starší člověk se definuje příslušností k partnerovi, dětem, vnukům, ale i místem, kde žije, tj. domovem. I v této oblasti dochází k postupné proměně. Úmrtí partnera je spojeno se ztrátou určité role, která byla součástí identity staršího člověka.
- Součástí identity starého člověka je i jeho teritorium, tj. místo, kde žije a společenská skupina, k níž náleží. Tuto součást identity starší člověk ztrácí např. umístěním do domova důchodců“ (Vágnerová, M. 2007, s. 307).

„Světová zdravotnická organizace člení stáří na 15leté úseky. Období mezi 60-74 lety označuje jako rané stáří, mezi 75-89 lety jako vlastní stáří, dobu po 90. roce pak nazývá dlouhověkostí“ (Doňková, O., Novotný, J. S. 2009, s. 134).

Stárnutí zasahuje do všech oblastí života člověka a jak již bylo na začátku kapitoly zmíněno, je stárnutí proces nezvratný a do značné míry individuální, který je ovlivněn genetickou výbavou jedince, jeho dosavadním způsobem života, vnějším prostředím a dalšími vlivy.

„**V rámci stárnutí operujeme se dvěma věky:**

- Kalendářní věk-kolik let je člověku dle jeho data narození
- Funkční věk – nebo též tzv. skutečný funkční potenciál člověka, zkoumáním funkčního věku můžeme např. zjistit, že osmdesátník svým funkčním potenciálem odpovídá věku 75 let.

Funkční věk se dělí na tři oblasti stárnutí, a to biologické, psychické a sociální“ (Doňková, O., 2009, s. 134).

Jsou známy určité faktory, jež mohou ovlivňovat proces stárnutí, mezi ty nejzákladnější můžeme uvést například:

a) faktory urychlující stárnutí

- nadměrný příjem potravy
- stres
- vysoký krevní tlak
- tabák a alkohol
- obezita
- osamocení, malé společensko-pracovní zapojení
- sedavý způsob života, malá fyzická aktivita

b) faktory zpomalující stárnutí

- klidný spánek
- častá fyzická aktivita
- zdravá výživa
- společenské a pracovní zapojení

1.1 Biologické stárnutí

U biologického stárnutí je důležitý zejména předchozí způsob života, stejně tak ale vnější prostředí a nemoci prodělané v minulosti. Úpadek funkcí organismu má svůj počátek již v rané dospělosti, ovšem průběh této degenerace je velmi pozvolný (Doňková, Novotný, 2009).

Proces stárnutí je velmi individuální, závisí i na interakci dědičných předpokladů a důsledků dalších vlivů, které se během života nakumulovaly. Právě **genetické dispozice** jsou jednou z příčin individuálních rozdílů. Obecně však můžeme říci, že každý má ve svém genetickém programu zakódován počátek a průběh stárnutí, ale i pravděpodobnou délku života, to je vlastně základ tzv. primárního stárnutí. Dědičné stárnutí je ovšem pouze jedním z faktorů, které mohou ovlivnit rychlost a kvalitu stárnutí. Tempo stárnutí ovlivňují i různé **vnější faktory**, na nichž bude záviset, do jaké míry se člověk přiblíží předpokládané maximální délce svého života. Jejich působení vede k tzv. sekundárně podmíněnému stárnutí (Vágnerová, 2007).

„Stáří je pozdním obdobím života, a tak není divu, že se v něm projeví i způsob prožití minulých fází ovlivněných například životním stylem, výživou, nadměrným zatěžováním některých orgánových systémů“ (Vágnerová, M. 2007, s. 312).

Biologické stárnutí zahrnuje též stárnutí smyslových orgánů, úbytek můžeme zpozorovat zejména u zraku, sluchu, chuti a čichu.

Zrak - až u 90% osob starších 60. let zaznamenat výrazné zhoršení zraku, stáří postihuje zprvu schopnost vidět blízké předměty, posléze vzdálené. Stejně tak se snižuje i ostrost vidění, ovšem vnímání a odhad vzdálenosti zůstává většinou nezměněn.

Sluch – i sluch se výrazněji zhoršuje po 60. roku života jedince a to až u 30% lidí. Objevuje se tzv. stařecká nedoslýchavost, tedy zhoršení vnímání zvuků o vyšší frekvenci, čímž je vnímání řeči daleko obtížnější. Kolem 75 let je již jedna třetina osob postihnuta nedoslýchavostí, popřípadě úplnou ztrátou sluchu.

Chut' – ve stáří se snižuje i prah senzitivity na sladké a slané.

Čich – i čich je zhoršen jak po stránce kvantitativní, tak i kvalitativní (Doňková, Novotný, 2009).

V rámci tělesných změn ve stáří se logicky mění i vzhled člověka, což ovlivňuje jeho sociální status. Starší člověk ztrácí své typické rysy, vypadá jinak než dříve, jako by se proměnila celá jeho bytost. Může například nápadněji ztloustnout nebo naopak zhubnout, stane se vrásčitým, zešediví mu vlasy apod. Mnozí senioři o sebe velice pečlivě dbají, ovšem jsou i tací, kteří naopak rezignovali na svůj vnější vzhled. Důvodem může být nějaké závažné onemocnění, popřípadě úpadek osobnosti způsobený vlivem demence. Ke ztrátě zájmu o hygienu a zevnějšek dochází často u osamělých lidí, kteří již nemají žádný důvod o sebe pečovat (Vágnerová, 2007).

1.2 Psychické stárnutí

I zde jsou velké individuální rozdíly. Člověk vykazuje své funkční maximum na počátku 30 let, poté funkční úroveň pozvolna klesá. Po 50.-70. roce již ale výkonové křivky klesají strmě. U starších osob si můžeme všimnout zvýšenou opatrnost, zpomalenost prováděných úkonů, větší úsilí či zvýšenou kontrolu činnosti. V rámci psychického stárnutí lze říci, že se postupně zhoršuje paměť, pozornost, schopnost se učit, ale také celková osobnost starého člověka.

Paměť – je známo, že si senioři obecně pamatují zážitky dávno minulé, ovšem nové události si hůře pamatují. Minulé zážitky jsou i pozitivně hodnoceny. Krátkodobá paměť je ovlivněna zvláště typem úkolu.

Učení – i schopnost učit se zhoršuje, prodlužuje se doba potřebná k naučení a zvyšuje se i počet chyb např. v nově osvojené činnosti. Je prokázáno, že osoby nad 60. let ve srovnání s osobami nad 20 let potřebují čtyřikrát delší dobu na učení, během níž udělají i čtyřikrát více chyb a k úplnému naučení potřebují 2,5 krát více opakování (Doňková, Novotný, 2009).

Osobnost – „Typické vlastnosti starého člověka snad ani neexistují, ale obecně platí, že se některé vlastnosti, které měl dotyčný jedinec již dříve, jakoby zesilují (např. starostlivost se mění v úzkostnost a mentorování, spořivost v lakotu, nerealistický pohled v nesoudnost apod.) Jedinec je mnohem méně adaptabilní a v důsledku toho trvá na svých návycích a stereotypch, bývá přecitlivělý a málo empatický. Žije často ve vzpomínkách, hodnotí

uplynulý život a více či méně úspěšně se vyrovnává s faktem blížící se smrti“ (Doňková, O., Novotný, J. S. 2009, s. 137).

Obecně lze říci, že starší lidé používají zafixované strategie za všech okolností, i ve zcela nových situacích, a to i leckdy bez ohledu na jejich vhodnost. Jsou často ulpívaví a dávají přednost rutině a stereotypu (Vágnerová, 2007).

I během své praxe se seniory jsem si všimla, že zátěží po psychické stránce je pro ně i jakákoliv změna, dokonce i taková, která je nebo může být hodnocena jako pozitivní. Na nové zkušenosti předem raději rezignují, nezajímají je, dokonce se jich mnohdy i neoprávněně bojí. Považují je prostě za zbytečné. Jsou zvyklí na svůj život a nehodlají ho měnit, pokud je k tomu okolnosti nedoženou.

1.3 Sociální stárnutí

Abychom pochopili proces sociálního stárnutí, musíme znát celou životní dráhu člověka. Jedinec, jenž byl během svého života spíše přizpůsobivý, bude mít i ve vlastním stáří méně adaptačních problémů, než-li člověk, který se v mládí těžce přizpůsoboval. Sociální věk zahrnuje různé aspekty sociálního života člověka, jeho vztahy ke společnosti, ale i k druhým lidem či ke společenským aktivitám.

Většina lidí po 60. roku odchází do důchodu a s touto skutečností je nezřídka spojen komplex neužitečnosti a snížené sebehodnocení. Senior se musí najednou adaptovat na jiný – nový denní režim, hledat pro sebe nové uplatnění a hlavně naučit se využívat volný čas, kterého mají nyní logicky více, než dříve (Říčan, 2004).

Průběh stáří do velké míry ovlivňuje společenská izolovanost člověka, zejména zda má partnera – manžela, děti, vnoučata či přátele. Důležitým faktorem je též existence zájmů, ale také určitá soběstačnost a aktivní přístup k životu (Doňková, Novotný, 2009).

Pokud je senior sám, bez přátel, rodiny nebo je naopak má, avšak rodina o něj nejeví zájem, cítí se logicky opuštěný a svoji pozornost tak obrací k sobě samému, soustředí se na svůj život a na své problémy, což si můžeme povšimnout u mnoha starých osob, a to nejen v domovech pro seniory.

„V oblasti stáří dochází k postupné diferencované proměně či redukci různých sociálních dovedností, kterou lze v krajním případě chápat i jako proces desocializace. Tento proces je individuální a může být nápadnější až v pozdním stáří. Staří lidé jsou po odchodu do důchodu mnohem více izolováni od společenského dění, jejich život probíhá převážně v soukromí,

především ve vlastní rodině. V průběhu stáří narůstá počet seniorů, kteří nepřekračují hranice rodiny, resp. teritoria bytu a nejbližšího okolí. Vzhledem k tomu se snižují požadavky na jejich sociální orientaci a společenské chování. Starší lidé už mnohé sociální návyky nepotřebují, a proto může dojít k jejich stagnaci či dokonce úpadku. 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, M. 2007, s. 350).

Senioři prožívají své stáří v rámci několika sociálních skupin, což je zejména jejich **rodina**, která je nyní ještě více významnější, než kdykoliv dříve. Dále **přátelé a známí ze sousedství** a v neposlední řadě je to i společenství obyvatel určité instituce, jako je například nemocnice, LDN, či domov pro seniory, v jehož prostředí sdílí senioři určité teritorium a jistý životní styl života, a může si zde eventuálně vytvořit i hlubší vztahy (Vágnerová, 2007).

Jak jsem se již zmínila, staří lidé nemají obecně rádi změny, jsou víceméně konzervativní, někteří, a to zejména muži, hůře nesou i odchod do důchodu, jelikož se jim uzavírá velice dlouhý a významný životní úsek, jež byl spojen s profesní činností. Člověk v důchodu, ač symbolicky, ale i přesto má pocit, že odchází ze společenského života, nyní mu zůstávají pouze soukromé role. Odchod do důchodu má svůj vliv i na manželský vztah, manželé jsou nyní nuceni spolu trávit daleko více času, někdy u nich může dojít i tzv. ponorkové nemoci, a to i přesto, že tito manželé či partneři na sebe mohou a většinou jsou fixováni, zejména proto, že spolu žijí tak dlouho. Právě v důchodovém věku většinou ztrácí jeden z manželů svého partnera, což je pro ně velkou zátěží, která má dopad na všechny složky života člověka, ovšem ztráta celoživotního partnera je ve stáří ještě více bolestivější a nenahraditelná. (Vágnerová, 2007).

Proto je důležité, aby měl starý člověk pocit, že někam a někomu patří, že má svoji rodinu, přátelé, svůj domov, ale i například ještě nějaké zájmy, které mu mohou třeba i částečně kompenzovat smrt blízkého člověka. Většina seniorů se právě ve stáří upíná na svá vnoučata, kterým se snaží předávat své zkušenosti a určitou moudrost života.

1.4 Pojetí stáří dnes a jeho pohled do minulosti

Stáří bylo v průběhu naší lidské existence věnována vždy pozornost, a to nejen v podobě filozofické, ale také lékařské. Již v dávných dobách si lidé uvědomovali souvislost mezi stářím a nemocí, které končívало zákonitě smrtí, jako definitivním koncem života. V minulých staletích umírali lidé o mnoho let dříve, než-li je tomu dnes. Délka lidské života logicky souvisela s celou řadou podmínek od genetických dispozic až po vyspělost doby a jejím možnostem čelit různým onemocněním. Postupem času se začaly zlepšovat podmínky žití, lidstvo již tolik neničily různé přírodní a válečné katastrofy, mor a další nemoci, které měly za následek, že se lidstvo sotva mnohdy dožilo nástupu stáří (Mühlpachr, 2004).

„Díky postupné vyspělosti civilizace se lidé začali dožívat vyššího věku, uvědomovali si i mnohé vlivy, jež jsou důvodem právě dožití stáří a také nazírání na stáří mělo mnohdy i různé pohledy. Každá doba pojímala stáří a úctu k stáří a starým lidem trochu jinak. „Středověk pohlížel na stáří negativně, a proto v té době panoval strach ze stárnutí a stáří“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 8).

19. a 20. století se teprve stalo staletím, kdy se formují vědy zabývající se stárnutím a stářím jako jsou geriatric, gerontologie či andragogika, jež právě reagují na postupně se zvyšující délku života lidí a uvědomování si důležitosti stárnutí a stáří jako takové, které s sebou ovšem přináší i řadu otázek v podobě nových civilizačních nemocí, v podobě pomoci a péči pro tyto osoby, ale také problematiku důchodového zabezpečení, šikany starých lidí, ale i vzdělávání seniorů a mnohé další (Mühlpachr, 2004).

Dle demografů ještě nikdy nedošlo k tak výrazným demografickým změnám v historii lidstva, jako je tomu nyní, proto je současné stárnutí populace nazývané „revolucí dlouhověkosti“. Starší obyvatelstvo je jedinou věkovou skupinou, která u nás v příštích letech (min. do r. 2030) početně poroste (Kotýnková, Červenková, 2001).

Problematikou stáří a zejména tedy stárnutím populace je postihnout celý svět, avšak hlavní oblastí, která se stane nejvíce zasaženou tímto novodobým fenoméne bude Evropa. Zde bude podíl osob starších 60 let nejvyšší. Bylo předpokládáno, že se tento podíl měl zvýšit z 20% v roce 1998 na 35% a v roce 2050 to má být každý třetí obyvatel starší šedesáti let. V roce 2050 bude nejstarší zemí světa Španělsko a těsně za ním Itálie, v nichž bude na jednu osobu pod patnáct let připadat 3,6, respektive 3,4 osob starších šedesáti let. Kromě Evropy se stárnutí populace nejvýznamněji dotkne Severní Ameriky, Oceánie, Asie, Latinské Ameriky a karibské oblasti (Kotýnková, Červenková 2001).

Když se podíváme do minulosti, zjistíme, jak se neustále snižuje zastoupení dětské složky v důsledku poklesu porodnosti a zároveň nárůst podílu seniorské populace způsobený zlepšováním úmrtnostních poměrů, zvláště osob vyššího věku (Nešporová, O., Svobodová, K., Vidovičová, L. 2008).

„Zatímco na počátku 90. let podíl dětí do 15 let nad poproduktivní složkou převažoval, v roce 1997 u nás poprvé došlo k převaze procentuálního zastoupení osob starších 60 let a tato převaha se od té doby stále zvyšuje“ (Nešporová, O., Svobodová, K., Vidovičová, L. 2008, s. 10).

„Období mladšího důchodového věku bylo v době do konce osmdesátých let považováno za zlatý věk života“ (Kotýnková M., Červenková A. 2001, s. 20).

Senioři měli v této době, sice skromnou, ale zato relativně slušnou životní úroveň. Zatímco povinnost pečovat o staré rodiče se z povědomí veřejnosti pomalu vytrácela, tak uvnitř generace seniorů panovala jakási morální odpovědnost „být mladým ještě užitečný“. Nízký věk do důchodu zastihl mnohé lidi ještě v době poměrné životní svěžesti. Současně neexistovaly ani žádné legislativní zábrany proti dalšímu zaměstnávání, což umožňovalo, aby senioři pobírali kromě důchodu i druhý pracovní příjem, častí vedeni záměrem pomáhat mladým rodinám. Důchodci, kteří dále nepokračovali v ekonomické aktivitě, se stali vítanými pomocníky svých dětí při zajišťování chodu rodiny (Kotýnková, Červenková, 2001).

V naší společnosti ještě stále do jisté míry přetrvává model z let šedesátých, který viděl úspěšné stárnutí právě v trávení volného času v poklidu svého domova, což s sebou neslo ochotu přijmout změny sociálních rolí, jistou sociální osamělost ve stáří a postupné se vzdávání svých společenských a životních rolí a odpočívání doma s myšlenkou, že si to dotyčný zasloužil, neboť se přeci napracoval dost a dost. Proto logicky společnost nepřipravovala pro seniory nějaké programy. (Klevertová, Dlabalová, 2008).

Ovšem musím uznat, že postupem času, zejména poslední desetiletí se výrazně problematika seniorů začala řešit, stejně tak nazírání na seniory a uvědomování si důležitosti role seniora včetně trávení jeho volného času.

Závěr kapitoly

V této kapitole jsem popsala bio-psycho-sociální stárnutí, ale také jsem poukázala na pojetí stáří v dnešní době v porovnání s nedávnou minulostí, kdy se za velice krátký čas změnil pohled na celou seniorskou populaci.

2. Formy péče o seniory

V této kapitole rozeberu jednotlivé formy péče o seniory, zejména co se týká rodinné péče a sociální. Popíši péči o starého člověka v domácím rodinném prostředí, kde se dotknu také mezigeneračního soužití, ze kterého leckdy vyplývají i různé problémy v podobě dysfunkčních rodin v porovnání a nabídkou péče o seniory v sociálních zařízeních. V další podkapitole se zaměřím na proces přijímání seniora do domova pro seniory, tedy od podání žádosti až po jeho přijetí.

Dříve bývalo zvykem dochovávat seniory doma, považovalo se to za zcela přirozené a svým způsobem i opodstatněné. Pokud měli dědeček s babičkou dostatek sil, vypomáhali svým dětem s péčí o vnučata a domácnost, někdy i o hospodářství patřící k domovu, tedy spíše v menších městech a vesnicích. Pakliže senioři již měli výrazně sníženou soběstačnost, starali se pak o ně jejich děti, se kterými žili pod jednou střechou, eventuálně na tzv. „vejměnku“. Lidé to považovali za morální, postarat se o své nejbližší a jakoby splatit to, že rodiče se o ně a o jejich děti též starali.

Senioři v převážné většině dožívali a umírali ve svém domě, což bylo dáno nejen morálními základy obyvatel postarat se o své nejbližší i v tak těžkých chvílích jako je umírání a smrt milované člověka, ale i nižším počtem domovů důchodců. Málokterý senior dožíval v sociálním zařízení, snad jen tací, kteří neměli, kdo by se o ně postaral z jakéhokoliv důvodu. Ovšem dnešní trend začíná být odlišný, což je způsobeno více faktory, zejména tím, že lidé jsou pracovním dost vytiženi a kromě své práce se věnují sami sobě, svým zájmům, pokud jim ještě zbývá čas, vedle starostí a péčí o děti a domácnost. Proto se domnívám, že 21. století bude stoletím sociálním, kdy převážná část seniorů skončí v různých sociálních zařízeních, jako jsou domovy pro seniory a jiné. Samozřejmě je to dáno i tím, že se neustále zvyšuje průměrná délka života a rodí se stále méně dětí, což se projeví i pozdějším odchodem do důchodu a tím pádem i pozdějším umístěním starého člověka do sociálního zařízení. Jelikož do domova budou umísťováni spíše senioři nad 80 let a výše, o které se buď nebude moci kdo postarat či jejich vlastní děti budou též již v seniorském věku, ale zároveň pracovním aktivní.

2.1 Péče o starého člověka v rodině

Existuje řada důvodů, proč se lidé postarají o starého člověka a nedají ho do sociálního zařízení pro seniory. U některých je stále zakořeněna morální zodpovědnost postarat se o svého blízkého bez ohledu na to, jak je to náročné nejen po psychické a fyzické stránce, ale někdy i stránce časové a finanční. Vedle toho jsou ale i další důvody, pro které nemůže či nechce senior odejít do domova. Může se jednat o důvody na straně samotného seniora či poskytovatelů sociálního zařízení. Na straně seniora se může jednat o příliš vysoké finanční úhrady za služby v návaznosti i na jeho nízký příjem, dále pak uvědomění si odchodu ze svého domova, kde mnohdy žil celý svůj život a najednou by si musel zvykat na nové lidi, nové spolunocležníky s uvědoměním ztráty nejen bydliště a blízkých lidí, ale v domově i ztrátou soukromí, která s sebou nese v tomto věku i určitou míru přizpůsobivosti. Tyto důvody jsou zvláště pro staré lidi krokem dosti citově bolestivým.

Na straně sociálního zařízení může být příliš mnoho zájemců a tím pádem dlouhá čekací lhůta na umístění seniora do domova.

Existují však také překážky při poskytování péče rodinnými příslušníky:

- **Nevyhovující bydlení** – zvláště malý byt může být velkou překážkou, při které dochází ke ztrátě soukromí, a to obzvláště, žije-li v domě více lidí
- **Zaměstnanost střední generace** – převážná část lidí v produktivním věku si nemůže dovolit zůstat doma a starat se o svého blízkého, respektive věnovat mu celodenní péči
- **Povinnosti vůči vlastní rodině** – střední generace se věnuje hlavně péči o svoje děti a domácnost
- **Vzdálenost rodin** – tento problém nastává zvláště tehdy, když rodiče a děti od sebe bydlí dost vzdáleně
- **Vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora** – tento případ je v dnešní době dosti častý. Není to totiž v lidských silách, aby střední generace chodila do zaměstnání, starala se o děti, domácnost a o svého většinou starého nemocného člena rodiny, zvláště tehdy, bydlí – li od sebe daleko (Mlýnková, J. 2011).

Starý člověk však může zůstat v bezpečí svého domova a starost o jeho péči nemusí být jen v rukou jeho rodiny, ale i pečovatelské služby, která supluje částečně pomoc rodiny, která je většinou časově vytížená.

„Ve většině rodin je samozřejmé, že se dospělé děti o své stárnoucí rodiče postarají. Někdy dochází i k tomu, že se stárnoucí rodič přestěhuje do bytu svých dětí. Tento krok má svá pozitiva a negativa. Střední generaci to usnadní péči, ušetří čas, péče se může rozdělit mezi všechny členy rodiny, senior není sám a s rodinou se cítí bezpečně“ (Mlýnková, J.2011, s. 63).

Určitá negativa můžeme však spatřit v napjatých vzájemných vztazích, jelikož při společném soužití může nastat řada konfliktů a problémů (Mlýnková, J. 2011).

Vraťme se ale k původní myšlence, tedy trávení zbylého času se svoji rodinou a ve svém domově. V předešlých dobách byla obzvláště rodina považována za důležitou a nezastupitelnou instituci.

Jistě si každý z nás dokáže představit, že většina seniorů na otázku, zda chce strávit zbytek života doma či v sociálních institucích, odpoví, že doma, protože „doma je doma“. Téměř každý senior chce zůstat doma co nejdéle a být ve své vlastní domácnosti co nejvíce soběstačný. Pokud je tato varianta možná a senior je alespoň částečně soběstačný a nebo má možnost, aby se o něj rodina postarala, třeba i za spolupráce různých sociálních služeb, zůstane jistě doma. V případě péče o starého člověka v domácnosti se většinou postará rodina o svého příbuzného, ovšem v dnešní uspěchané době lze právě péči kombinovat právě různými nabídkami sociálních služeb. Většinou rodina v tomto případě využívá pro svého blízkého ambulantní či terénní formu sociální služby v podobě osobní asistence, pečovatelské služby či různých stacionářů a odlehčovacích služeb.

Péče o starého člověka může probíhat v jeho rodině, respektive v jeho přirozeném prostředí, ve své domácnosti, kde může žít senior sám a jeho rodina se o něj může „pouze“ postarat tak, že mu například zajišťuje základní potřeby, kupříkladu mu uvaří, uklidí, pomohou s hygienou, nakoupí potraviny, obstarají léky, lékaře, ale nemusí s ním zákonitě žít v jedné domácnosti.

Ovšem existuje i varianta společného soužití seniora a ostatních členů rodiny pod jednou střechou, které nazýváme „**mezigenerační soužití**“.

Vícegenerační rodina se většinou skládá z prarodičů, rodičů a jejich dětí. Dobře fungující rodina poskytuje svým členům pocit bezpečí, pochopení a samozřejmě vzájemnou pomoc a podporu. U vícegeneračního soužití by měla panovat přirozená úcta ke starším a respekt mezi jejími členy a právě generační soužití může řešit problém opuštěnosti starých lidí. (Klvetová, Dlabalová, 2008).

„Rodina musí splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena, nejpodstatnější z nich jsou tyto:

- **moci pečovat** – mít podmínky fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční atd.
- **chtít pečovat** – mít dobrou vůli, snažit se hledat možnost a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny
- **umět pečovat** – vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci

Pro současného seniora měla a má význam rodina a bezpečné rodinné zázemí. Ve velké vícegenerační tradiční rodině byl určen její sociální i ekonomický status a společenské postavení. Tato rodina byla mocnou skupinou nátlaku ochrany a zárukou určité sociální jistoty. Stárnoucí lidé v ní měli své místo získané věkem, zkušeností, moudrostí, majetkem a časem sice omezenými, ale relevantními činnostmi, které vykonávali ku prospěchu všech jejich členů. V tradiční rodině se všichni účastnili práce, a to včetně starších členů, jejichž odchod na „výměnek“ neznamenal konec jejich pracovní činnosti. Úbytek fyzických sil ve stáří znamenal pouze orientaci na jiný druh práce. I ve vyšším věku tak pokračovala aktivita, která bránila rozvoji snížené soběstačnosti a posilovala sebeúctu, tolik potřebnou ve stáří“ (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008, s. 82-86).

Staří lidé tak vlastně měli práci díky níž se cítili stále užiteční. Byli i nadále součástí velké rodiny zároveň i celé společnosti. Jejich zkušenosti byly využívány, jejich rady ceněny díky čemuž očekávali a vlastně i právem, že se o ně jejich děti postarají. (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Rodinný život se za poslední roky výrazně změnil, v rodinách ubývá mezigeneračních soužití, dochází k citovému oslabení a v důsledku toho vážně důvěrnější komunikace právě mezi generacemi v rodině. Rodina je také více otevřenější vůči různým sociálním a technickým vymoženostem. Změnil se také postoj ke starým lidem, životní moudrost a dobře míněné rady od starších osob již nejsou přijímány tak kladně jako dříve, což má za následek, že ubývá sociální prestiž seniorů. Je důležité si ale uvědomovat, že i starý člověk může být stále přínosem, a to zejména právě v roli prarodiče, který předává své zkušenosti další generaci a zároveň mladší generace může být přínosem pro starší generaci. (Klevetová, Dlabalová, 2008).

2.2 Péče o starého člověka v sociálních institucích

Ve své praxi jsem si všimla, proč a za jakých okolností a důvodů se většinou staří lidé ocitnou v domově pro seniory, a to i přesto, kdy mnozí z nich i z jejich rodinných příslušníků nikdy předtím nepomysleli, že by svůj blížící se konec života prožili jinde, než-li ve své domácnosti a se svými blízkými. Jsou a existují různé důvody, kdy se člověk dobrovolně, ale i za jistých okolností možná i nedobrovolně ocitne v sociálním zařízení. Nejčastějším důvodem je jistě zhoršený zdravotní stav vzhledem k věku, a tím pádem nemožnost se sám či za pomoci rodinných příslušníků o sebe ve svém přirozeném prostředí postarat.

Pakliže již senior nemůže nadále zůstat ve své domácnosti a jeho zhoršený zdravotní stav mu to tedy nedovoluje, zvažuje zdravotní či sociální alternativu pomoci, většinou však senior potřebuje obě tyto služby současně.

V dnešní době mají přeci jen senioři na výběr z různých druhů sociálních služeb, ovšem ne vždy tomu tak bylo. Dříve starost o seniory probíhala spíše v rámci rodiny.

„Až do 19.století nemůžeme v dějinách lidstva vystopovat žádné zařízení, které by se specializovalo pouze na péči o nemocné a nesoběstačné seniory“ (Mlýnková, J. 2011, s. 60).

Ve středověku začaly vznikat nemocnice při klášterech, které byly určené hlavně pro nemocné členy řádu, jež v klášteře působili. Postupně vznikaly hospice, hospitály, jejichž účelem bylo pečovat o chudé, nemocné, zestárlé a umírající, ale také sirotky a další potřebné. Tehdejší péče nebyla nikterak specializovaná, spočívala spíše v tom, že tyto instituce nabízeli střechu nad hlavou, trochu potravin a možnost přespání. Ve středověku se o nemocné, ale i další potřebné osoby staraly církevní řády, které zakládaly špitály, jež byly považovány za předchůdce pozdějších nemocnic. Kapacita takového zařízení byla dosti omezená a navíc neměla ani tak léčebný význam jako spíše charitativní. (Mlýnková, J. 2011).

„Mezníkem v péči o seniory bylo zakládání nemocnic v době vlády Josefa II. Již jeho matka Marie Terezie zavedla několik reforem týkajících se zvýšení péče o zdraví obyvatel a její syn v započaté tendenci osvícených reforem pokračoval. Josef II. Vydal v roce 1781 tzv. direktivní pravidla (zákon), na jejichž základě došlo k zakládání specializovaných lůžkových zařízení ve velkých městech“ (Mlýnková, J. 2011, s. 61).

Tento direktivní zákon představoval průlom v péči o populaci, byly totiž zakládány všeobecné nemocnice, porodnice a nalezince, ústavy chorobomyslných a chorobince. Do chorobinců byly přijímány nejen zestárlé osoby, ale i nevléčitelně nemocní, byly otevřeny i v Brně v 18. st. zhruba pro 120 osob. Ovšem ani tyto ústavy nebyly určeny pouze pro staré

osoby. Měly opět sociální a azylový charakter, o vysoké úrovni lékařské a pečovatelské zatím nemohla být ani řeč. Postupně však vznikaly další léčebné a ošetrovatelské ústavy. Po první světové válce byla pozornost věnována spíše likvidaci válečných škod a léčbě infekčních chorob (Mlýnková, J., 2011).

„Až po druhé světové válce, kdy došlo k zestátnění všech léčebných a ošetrovatelských ústavů, začaly postupně vznikat domovy důchodců, dnes říkáme domovy pro seniory. Po pádu totalitního režimu v Československu se profiluje nový typ péče o umírající nemocné, který u nás neměl žádnou tradici – hospicová péče. Seniorům je také poskytována pozornost po stránce denní aktivizace, socioterapie, canisterapie, muzikoterapie apod. (Mlýnková, J. 2011, s. 62).

Za posledních dvacet let se péče o seniory, respektive zařízení poskytující sociální péči o seniory velmi rozšířila, a to nejen po kvantitativní stránce, ale domnívám se, že i kvalitativní stránce.

Zákon o sociálních službách nám předkládá podrobný výčet všech zařízení poskytující sociální služby pro seniory. Seniori mají na výběr z více sociálních služeb, jež jsou určeny právě pro tuto cílovou skupinu jako jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domy s pečovatelskou službou, domovinky, denní a týdenní stacionáře, pečovatelská služba, osobní asistence, ale také odlehčovací služby.

1) Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>

2) Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem jsou podobné domovům pro seniory. Mají také dlouhodobý charakter poskytování služby. Disponují však větším počtem personálu specializovaného na danou poruchu. Rozdíl mezi klasickým domovem a domovem se zvláštním režimem je ten, že do těchto typů domovů jsou přijímáni klienti, jež mají zvláštní potřeby, u seniorů jsou to většinou různé duševní poruchy či mentální postižení (Mlýnková, J. 2011).

3) Domovy s pečovatelskou službou

V domově s pečovatelskou službou jsou senioři ubytováni v samostatné bytové jednotce. Mohou využívat pečovatelských a dalších služeb, např. rehabilitaci, zajištění obědů, pedikúru apod. Pečovatelská služba je poskytována stejně jako v běžném domácím prostředí. Je to forma péče, která soustředí spíše na relativně zdravé a soběstačné seniory ať již jednotlivce či manželský pár. Tito senioři většinou ještě nepotřebují komplexní péči, jež nabízejí různé ústavní zařízení. Potřebují pomoc zejména u určitých úkonů jako je například hygienická péče v koupelně, jde tedy hlavně o zajištění pocitu jistoty a bezpečí (Mlýnková, J. 2011).

4) Domovinky

Domovinky jsou centra denních služeb a jsou určena pouze pro denní pobyt seniorů s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, kteří potřebují denní péči. Domovinky pomáhají nejen klientům, ale i rodinným příslušníkům. Senioři zde mohou trávit svůj volný čas v době, kdy osoby, jež o ně pečují jsou v zaměstnání. Během dne jsou pro ně zajištěny různé aktivity od výtvarných po společenské. Domovinky obvykle současně poskytují i odlehčovací službu (Mlýnková, J. 2011).

5) Denní stacionáře

Denní stacionáře poskytují ambulantní službu ve specializovaném zařízení seniorům, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. <http://www.mpsv.cz/cs/9>
„Do stacionáře docházejí senioři se sníženou soběstačností, kteří potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby. Seniorům je poskytována všestranná péče, včetně socializační či aktivizační činnosti“ (Mlýnková, J. 2011, s. 66).

6) Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. <http://www.mpsv.cz/cs/9>
„Týdenní stacionáře pracují na stejném principu jako denní stacionáře. Rozdíl je v délce pobytu seniora. Týdenní stacionáře zpravidla fungují od neděle večer nebo od pondělí ráno do pátku odpoledne. Víkendy tráví senioři se svými rodinami. Stacionář je určen např. pro seniory s poruchami paměti, s nedostatečnou soběstačností a sebedpěčí (Mlýnková, J. 2011, s. 66).

Denní a týdenní stacionáře jsou služby, které obsahují pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. <http://www.mpsv.cz/cs/9>

7) Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnání 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 a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

<http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>

„Pečovatelská služba zřizuje střediska osobní hygieny, prádelny, zajišťuje a rozváží obědy svým klientům“ (Mlýnková, J. 2011, s. 67).

8) Osobní asistence

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

<http://www.mpsv.cz/cs/9>

9) Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským

prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Jde vidět, že se situace v oblasti poskytování sociálních služeb za poslední roky výrazně změnila k lepšímu, což je samozřejmě pozitivní. Když se ještě na chvíli otočíme do minulosti, uvidíme, že dříve byli staří lidé, nemocní či umírající izolováni v ústavech a celá záležitost týkající se jakékoliv sociální problematiky se tabuizovala.

„Společnost před nimi zavírala oči a snažila se udržet zdání, že mezi námi žijí jen zdraví, silní a výkonní a schopní jedinci. Tvářila se, že když jsou staří a nemocní izolováni, tak je vše v pořádku. Vždyť je přece o ně dobře postaráno. To ale znamenalo direktivní přístup, rutinní skupinový systém péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám jako individualitě, lidské bytosti, která má své potřeby a pocity, cítí a vnímá, jak je o ni postaráno“ (Malíková, E. 2011, s. 29).

Před revolucí bylo jedinou alternativou umístování seniorů do jediné formy institucionální péče, státních domovů důchodců. Byl to obvyklý a výhradní způsob řešení snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Často se tak řešil i problém v bydlení, kdy do domovů důchodců odcházeli i lidé vcelku soběstační a schopní dalšího bezproblémového samostatného života. Oproti dnešní době, nebyla vlastně žádná možnost výběru a volby. Pokud se tedy o svého nesoběstačného seniora nemohla postarat jeho rodina, zbývala tak jediná možnost odchodu do ústavní péče (Malíková, E. 2011).

Dnešní doba co se týče celkové problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb se výrazně změnila a zejména se neinstitucionalizovala. Což znamená, že do popředí přichází sám klient, kdy se služba zaměřuje na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí a je mu nabízena široká škála terénních a ambulantních služeb, které umožňují i v nepříznivé situaci setrvat v domácím prostředí, což je vlastně zásadní rozdíl od předchozího a vlastně jediného modelu poskytování sociální služby pro seniory (Malíková, E., 2011).

Kromě velké nabídky poskytovaných sociálních služeb, jež je seniorům nabízena na úrovni ambulantní, terénní či pobytové, mohou staří lidé různé druhy sociální služby kombinovat i s možností využití příspěvku na péči, který slouží na jeho pokrytí. Široká nabídka různých druhů služeb není pouze ve výhradních rukou státu, který byl dříve jediným a výhradním poskytovatelem, ale současná nabídka je daleko širší. Velké zastoupení mají jistě neziskové organizace, kraje, města, obce, ale i dobrovolníci.

2.3 Starý člověk a domov pro seniory

V předchozí kapitole jsem popisovala sociální služby, od jejich historie po současnou nabídku různých druhů sociálních služeb, které mohou senioři různě kombinovat. Samozřejmě, že je jisté pro každého staršího občana nejideálnější zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a popřípadě využít ambulantní či terénní nabídky sociální služby. Ovšem jsou i takové případy a není jich málo, kdy může časem dojít i ke třetí možnosti, tedy pobytové sociální služby, jež představují zejména domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem. Já se však budu soustředit na seniora od jeho rozhodnutí podat žádost o přijetí do domova pro seniory až po jeho přijetí a žití v domově.

„Normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související schopnost vést plný, kvalitní a nezávislý život. Z toho je třeba vycházet při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí. Zatímco za rozhodující projev zdraví považujeme v dětství schopnost zdravého a normálního rozvoje, v dospělosti pracovní a reprodukční schopnost, ve stáří se zaměřujeme zejména na soběstačnost, tedy schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život“. (Holmerová, I., Jurašková, K., Zikmundová K., 2007, s. 67).

Pokud se senior tedy rozhodne právě na základě svého zhoršeného zdravotního stavu, že již nadále nemůže zůstat ve své domácnosti, podává si žádost i s vyjádřením praktického lékaře do sociálního zařízení, tedy do domova pro seniory. Většina domovů požaduje i kopii rozhodnutí o příspěvku na péči a výměru důchodu. Každý sociální pracovník domova pro seniory si vede pořádník s žádostmi o přijetí a v případě, že se uvolní místo, kontaktuje žadatele. Důvod přijetí klienta do těchto zařízení si každá sociální organizace nastavuje dle svých přijímacích kritérií. Ovšem právě k tomu slouží pro sociální pracovníky sociální šetření, aby zjistili, jak je na tom žadatel o sociální službu se soběstačností. Pro takovéto měření se v sociálních službách používají například testy ADL a IADL, MMSE či monitoring denních činností.

„Zatímco omezení v některých instrumentálních aktivitách denního života (IADL) vede ke zhoršení kvality života seniora, ale nepředstavuje ještě potřebu péče o druhé osoby, omezení v základních aktivitách denního života (ADL) již takovouto potřebu představuje“ (Holmerová, I., Jurašková, K., Zikmundová K. 2007, s. 67).

Pod pojmem základní aktivity denního života rozumíme základní sebeobslužné aktivity. „**Test ADL** - Test je zaměřen na zjištění schopností jedince v deseti oblastech:

najedení/napítí, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, konince stolice, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině, chůze po schodech. Bodová škála je v rozmezí 0-100 bodů. Nejvyšší počet bodů znamená nezávislost seniora 0 až 40 bodů vyjadřuje vysokou závislost“ (Malíková, E. 2011, s. 206).

Test IADL - tento test se týká schopnosti provádění činností v běžném životě v domácím prostředí, jež se týkají telefonování, transportu, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků a financí (Malíková, E. 2011).

V případě, že chceme zjistit, zda dotyčný senior trpí syndromem demence můžeme použít **test MMSE**, jež vyplňuje zejména zdravotnický personál. „Jde o nejrozšířenější test pro komplexní zhodnocení kognitivních funkcí starších osob. Test umožňuje zhodnocení orientace, okamžité paměti a výbavnosti, pozornosti a funkcí fatických (řeč), gnostických (rozpoznání) a praktických (zacházení a předměty), a to včetně zrakově-prostorové schopnosti (kreslení), čtení, psaní a počítání. Bodová škála je v rozpětí 0-30 bodů“ (Malíková, E. 2011, s. 207).

Jestliže klient splňuje veškerá kritéria pro přijetí, může žadatel na vyzvání sociálního pracovníka nejlépe do týdne nastoupit do domova pro seniory. Je vhodné ještě před nástupem do domova, aby žadatel domov navštívil, pokud se tam nebyl podívat před či při podávání žádosti.

„Přijetí klienta do pobytového sociálního zařízení znamená zahájení nové, významné životní etapy seniora. Každý se s touto změnou vyrovnává jinak a odlišně ji také toleruje. Proto je jedním ze základních úkolů vytvořit v pobytovém zařízení takové podmínky, které budou umožňovat co nejplynulejší přechod z původního sociálního prostředí klienta a usnadní mu adaptaci na nové prostředí a nový způsob života. Život klientů v pobytovém zařízení je většinou výrazně odlišný od jejich předchozího způsobu života. Klienti musí být podrobně seznámeni s chodem zařízení, jeho možnostmi apod., aby získali již před nástupem do zařízení dostatek informací a mohli konkrétně projednávat své požadavky, jejich reálnost a konkrétní provedení. Je nutné žadatelům, tedy budoucím klientům poskytnout co nejvíce informací o životě v zařízení“ (Malíková, E. 2011, s. 79).

Ideální je ještě před nástupem nejen žadatele provést pobytovým zařízením, jak jsem se již zmínila, ale vysvětlit mu, jak funguje celý chod domova, jeho domácí a návštěvní řád, jaké jsou požadavky na klienty, jaký je harmonogram práce pracovníků, ale také poskytnout klientovi a jeho rodině k prostudování smlouvu o poskytování sociální služby. Povinností sociálního pracovníka je seznámit klienta s touto smlouvou a umět odpovědět na případné dotazy žadatele.

Při každém novém přijetí klienta do domova by měl být přítomen sociální pracovník, vedoucí pracovník, vrchní sestra, pracovník v sociálních službách a pracovník pro volnočasové aktivity. Všichni pracovníci by se měli klientovi představit a objasnit mu, jaké služby mu budou poskytovat. (Malíková, E. 2011).

Ještě před přijetím si většinou sociální pracovník předchystá sociální kartu klienta, kam založí požadované doklady, které sociální pracovník měl již před nástupem, ale také doklady, které se podepisují nejlépe v den přijetí jako je smlouva o poskytování sociální služby, smlouva o spolupráci, eventuálně dohoda o spoluúčasti, a jiné doklady, které se podepisují, shromažďují a průběžně ukládají. Sociální pracovník přiřazuje každému novému klientovi klíčového pracovníka, jež s ním v průběhu pobytu sestavuje individuální plán, ale je mu také nápomocen při řešení různých záležitostí v rámci.

„V průběhu dne jsou klientovi poskytovány služby v dohodnutém rozsahu tak, aby svým provedením odpovídaly uzavřené písemné smlouvě. Pracovníci v sociálních službách pomáhají při běžných denních činnostech a sledují efekt, projevy a reakce klienta“ (Malíková, E. 2011, str.80).

V dopoledních hodinách pak probíhají různé volnočasové aktivity a ergoterapie, v nichž pracovník pro volnočasové aktivity, ergoterapeut či instruktor terapie provádí s klienty vybrané vhodné aktivizační činnosti, které systematicky spojuje s dalšími činnostmi, jako je například muzikoterapie, aromaterapie, biblioterapie či canisterapie. Odpoledne se konají různé kulturní, zábavné, poslechové akce, které jsou méně náročné na vlastní aktivitu klientů (Malíková, E. 2011).

„Fyzioterapeut provádí v průběhu dopoledne a odpoledne s klienty individuální nebo skupinové cvičení, a to aktivní nebo pasivní formou. V průběhu dne mají klienti možnost využívat služby kadeřnictví, pedikúry, knihovny a jiných služeb, které jsou v zařízení k dispozici“ (Malíková, E. 2011, s. 81).

Většina pobytových zařízení má svého praktického lékaře, který vykonává v určené dny vizitu. V případě zhoršení zdravotního stavu klienta je přivolán tento praktický lékař nebo zdravotní záchranná služba. O těchto změnách je vždy informována rodina klienta (Malíková, E., 2011).

„Poskytování služby klientům probíhá nepřetržitě a všechny činnosti jsou poskytovány s vysoce individualizovaným přístupem a se snahou zapojit klienta do aktivní spoluúčasti“ (Malíková, E. 2011, s. 81).

Každý domov pro seniory se řídí svými vnitřními pravidly, má vypracované vlastní řády a smlouvy, a tudíž i rozsah poskytování služby až po přístup ke klientům projevující se právě

v jeho individualizaci. V domově pro seniory, ve kterém pracuji, mám na starosti přijímání klientů já z pozice sociálního pracovníka, vedu žádosti, provádím sociální šetření a na jeho základě vybírám s konečným rozhodnutím vedoucí domova, nového klienta.

Žadatelům, ale i již budoucím klientům je nabídnuta prohlídka domova s dopředu danou smlouvou k prostudování. Klientům je k dispozici 24 hodinová pečovatelská služba, kde jsou vždy přítomni pracovníci v sociálních službách a zdravotní sestra, jedenkrát týdně dochází do zařízení také praktický lékař. Klienti mají přes dopoledne svůj program, který je dán na měsíc dopředu, jelikož staří lidé mají rádi stereotyp a pevný řád. Ráno se začíná pravidelným cvičením, a to jak fyzickým, tak i procvičováním paměti, posléze je na řadě denní program. Většinou klienti dělají v rámci ergoterapie různé výrobky, někdy je do programu zařazena muzikoterapie, canisterapie, vystoupení dětí z mateřských a jiných škol, často se jezdí na výlety do přírody, za kulturou a při pěkném počasí je k dispozici krásná zahrada, kde se griluje. V odpoledních hodinách probíhá biblioterapie, nebo-li pravidelné čtení. Každý klient má právo volby se účastnit jak dopoledních, tak odpoledních aktivit. V rámci domova se zřídilo i kadeřnictví ve stylu třicátých let, které navozuje tehdejší atmosféru a u klientů si získalo kladnou odezvu.

Domnívám se, že pokud se již senior octne v jakémkoliv pobytovém zařízení je důležité, aby se adaptoval, a to chce jistě dostatek času, neboť každý člověk je jiný a každému trvá odlišně dlouho, než-li si zvykne, pokud si tedy vůbec zvykne na nové prostředí a nové lidi. A právě proto je důležité ke starým lidem přistupovat individuálně, a to nejen na základě empatie, ale i na základě lidského a důstojného přístupu a také za pomoci individuálního plánování, které slouží pro klienty, ale i pro pracovníky, tedy jejich klíčového pracovníky, aby si uvědomili, jaké má klient potřeby, přání, obavy, cíle a jak těchto cílů, byť sebemenších dosáhnout.

Závěr kapitoly

Tato kapitola byla věnována formám péče o seniory. Popsala jsem péči o seniora v jeho rodině, kde jsem se dotkla také tématu mezigeneračního soužití, jež s sebou nese také určitá úskalí, zvláště při péči o starého a nemocného člena. Zaměřila jsem se také na současnou nabídku sociálních služeb pro seniory, avšak stěžejní pro tuto práci byla zejména jedna z forem sociální služby určená této věkové kategorii, což je pobytová služba – domov pro seniory, o kterém pojednávám podrobněji a přibližuji tak současný stav od podání žádosti přes sociální šetření až po samotný pobyt v domově.

3. Problematika současných seniorů

Samozřejmě, že nejen v současné době mají senioři své problémy, které jim komplikují a znepríjemňují život, ale domnívám se, že každá generace se potýká a bude potýkat s odlišnými problémy, i když v jádru jsou jejich potíže podobné.

Není žádným novým zjištěním, že spousta seniorů má právě s přibývajícím věkem více zdravotních problémů, zejména problémy s pohybovým aparátem, častěji trpí kardiovaskulárním onemocněním, zhoršuje se zrak a sluch, paměť, zvyšuje se riziko různých druhů onemocnění jako je cukrovka a rakovina. Na druhou stránku je u nich patrný častější výskyt deprese právě způsobený i z pocitu ztráty blízkého člověka a osamocení, ale také jsou více vystaveni různým druhům ataků na svoji osobu, stávají se terčem krádeží, týrání, zneužívání právě pro svoji bezmocnost, bezradnost, ale i zhoršení zdravotního stavu.

V této kapitole se zaměřím z mého pohledu na čtyři problematiky, jež trápí seniorskou populaci, dotknu se zdravotních potíží, zejména problémů s pohybovým aparátem, problémů ze sluchem aj. jež seniorům komplikují život, dále se zmíním o potížích s pamětí, zvláště o stále zmiňované demenci, kde se počet případů s tímto onemocněním rok od roku zvyšuje. Současní senioři jsou možná více než kdy předtím ohroženi depresemi, samotou, kterou ve své práci též popíši, jelikož je to téma někdy u seniorů opomíjené, avšak dosti závažné. V neposlední řadě se zaměřím na problematiku týraných a zneužívaných seniorů.

3.1 Zdravotní komplikace u seniorů

Zdravotní komplikace u seniorů je široký pojem, jelikož seniorskou populaci trápí celá řada zdravotních potíží, které logicky s přibývajícím věkem nastanou, ať již člověk chce či nikoliv. Samozřejmě díky zdravé životosprávě, méně častými stresujícími situacím, zvýšeným pohybem a omezení alkoholu, cigaret a jiných škodlivin si lidé prodlužují svůj život, avšak i přesto se nějaké zdravotní problémy vždy časem objeví.

Mezi časté zdravotní komplikace u seniorů jsou zejména:

1. problémy s pohybovým aparátem, které mohou mít různé příčiny, mezi které jistě patří časté pády, jež mají svůj původ například v
 - **kardiovaskulárním onemocnění** - náhlá změna krevního tlaku či infarkt myokardu mohou být příčinou pádu, ale i důvodem omezeného pohybu

- **neurologickém** – Parkinsonova choroba, cévní mozková příhoda (Mlýnková, J. 2011).
- **Cévní mozková příhody** – jsou způsobeny zastavením oběhu trombózou či embólií a nebo také prasknutím cévy, které následně vyvolají krvácení. Tyto příhody způsobují právě poškození mozku, jež mohou mít lehčí nebo těžší následky v závislosti na poškozeném místě, ale také na samotné intenzitě mozkové příhody. Většinou dojde k ochrnutí poloviny těla, horní a dolní končetiny pravé nebo levé části těla. Postihnuta může být také paměť, řeč, sluch či zrak (Pichaud, C., Thareauová, I. 1998).
- **duševním** – depresivní stavy, psychotické stavy
- **onemocnění pohybového aparátu** - artróza či osteoporóza (Mlýnková, J. 2011)
Artróza – patří k nejčastějším revmatickým onemocněním u starých lidí. Může postihnout všechny klouby, zvláště rameno, loket, kyčel, kolena a kotník. Všechny klouby v těle jsou pokryty chrupavkou, které zajišťují pružnost a ohebnost, do níž se zasouvají kosti. A právě chrupavky se postupem času poškozují a pohyb je tak pro staré lidi bolestivější. **Osteoporóza** – je onemocnění, u kterého se jedná o úbytek kostní tkáně, řídnutí kostí, jehož následkem je křehkost. Toto onemocnění postihuje staré lidi, více však ženy, kdy je nebezpečí zlomenin, zvláště pak v krčku či zborcení páteře (Pichaud, C., Thareauová, I. 1998).

Všechny tyto výše uvedené onemocnění mohou a mají vliv na pohybový aparát, který se projevuje zhoršením zdravotního stavu, jež starým lidem komplikuje život, jelikož jsou omezení ve svém pohybu, chůzi a tím pádem i soběstačnosti. V mnohých případech jsou odkázáni na pomoc druhých osob, zvláště u těžkých případech postižení pohybového aparátů, jež měl za následek upoutání seniora zcela na lůžko.

„Ve vyšším věku je pro řadu seniorů pohyb omezený, pomalejší, chůze je nejistá. Nejistota při chůzi se objevuje zejména u těch seniorů, kteří mají vlastní zkušenost s pádem. Stabilitu chůze zvyšují kompenzační pomůcky, jako jsou hole, chodítka s brzdou, berle. Pády se u seniorů vyskytují často a jejich počet s věkem stoupá. Nejednou po pádu může následovat brzká smrt seniora, proto senior, který má s pádem zkušenost, může mít zvýšený strach z chůze, bude se bát chodit sám, bude vyžadovat pomůcky k chůzi nebo přítomnost dalších osob“ (Mlýnková, J. 2011, s. 81).

Mezi další problémy, jež trápí seniorskou populaci jsou například:

2. dekubity – tento častý zdravotní problém trápí hlavně imobilní a inkontinentní seniory, kteří odmítají potravu, zvrací a jejich imunitní systém je proto zesláblý. Seniorům se veškeré rány velice špatně a dlouho hojí.
3. inkontinence moči a stolice – jedná se o mimovolný únik moči a stolice. Klient není schopen ovládat své vyprazdňování, tento problém si málokterý senior přizná nejen sám sobě, ale i svým blízkým, jelikož se za to velmi stydí. Inkontinence moči bohužel zahání často seniory do izolace, stávají se mrzutými, nemalé procento cítí také snížené sebevědomí, jelikož doposud aktivní senior najednou například přestane docházet na různé přednášky či se odmítá účastnit častějších aktivit s ostatními seniory apod.
4. výživa a poruchy výživy – ve stáří klesá funkční schopnost trávicího traktu, jež vede k omezování množství přijaté potravy. I senioři si musí hlídat svůj jídelníček, jelikož je spousta potravin, které nedělají dobře jejich zažívacímu traktu. Potrava by měla být vyvážená, pestrá a bohatá na vlákniny, ovšem všeho s mírou.
5. spánek – nedostatečný spánek se negativně odráží na náladě klienta, na vykonávání denních aktivit, k nechuti řešit problémy či být vůbec aktivní. Senior je potom následně přes den unavený, mrzutý a podrážděný. Ve stáří je běžné, že lidé přes den podřimují, chodí si obědě lehnout či chodí dříve spát, ovšem to nenahradí spánek v nočních hodinách.
6. pitný režim – u seniorů klesá věkem pocit žízně, proto se u nich může vyskytovat dehydratace. Může to mít více příčin, většina seniorů nechce moc pít, jelikož má strach z nočního močení a následně z nedostatku spánku, z inkontinence a ze snížené hybnosti, má strach, zda by včas došla na toaletu
7. bolest – bolest je dost často spojena s akutním či možným poškozením buněk, je to vždy subjektivní pocit. Akutní bolest vzniká například u ledvinové či žlučnickové koliky, infarktu myokardu, u chronických bolestí zejména pohybového aparátu.
8. smyslové poruchy – poruchy smyslu jsou běžné v rámci stáří. První potíže se zrakem můžeme pozorovat již ve starším středním věku, kdy lidé začínají nosit brýle. Potíže se zrakem a sluchem se však mohou postupem času u seniora zhoršovat.
9. psychické problémy a depresivní stavy (viz samostatná podkapitola) (Mlýnková, J. 2011).

Jsou samozřejmě i další onemocnění typická pro seniorský věk, která znepríjemňují seniorům jejich život. Jistě každého z nás, pokud si představíme opravdu starého člověka napadnou další onemocnění spojená i s věkem. Pakliže již senior zmíněným onemocněním trpí, je důležité, aby měl správnou zdravotní péči, ale i profesionální a ohleduplný přístup personálu a vlídného zacházení a pevného zázemí u své rodiny.

3.2 Syndrom demence

V souvislosti se starými lidmi se dost často spojuje také syndrom demence, ovšem co přesně znamená a proč se objevuje zejména u starých lidí, jaké jsou příznaky o tom bude pojednávat tato podkapitola.

„**Demence** pochází z latinského „**demens**“, tedy z „**de**“ = **mimo** a z „**mens**“ = **duch – ten, kdo ztratil ducha**. Demence je důsledkem pomalého, ale progresivního a nezvratného mozkového poškození, které ničí paměť, řeč, soudnost a všechny rozumové schopnosti“ (Pichaud, C., Thareauová, I. 1998, s. 92).

Syndrom demence představuje závažnou pandemii přelomu tisíciletí a je tedy závažným problémem zdravotním, sociálním a ekonomickým, neboť se vlastně jedná o nejčastější onemocnění vůbec. Nejčastější příčinou asi v 60% je Alzheimerova nemoc, která se považuje za čtvrtou až pátou nemoc vedoucí k smrti. Další příčinou je vaskulární demence 10% a kombinace obou 15-20%. Toto je zhruba 90 % všech případů, zbývajících 10 % tvoří vzácné příčiny demencí.

Z řady studií vyplývá, že roční počet nových případů je asi 1-2% u osob starších 65 let a každých pět let je tento počet až dvojnásobný, ve věkové skupině nad 85 let postihuje tato choroba asi 50 % populace.

V ČR je asi 300 000 osob dementních, z toho středně těžkou a těžkou demencí trpí asi 100 000 - 120 000 osob, u zbývajících lze předpokládat lehkou demenci. Dále je možno uvést, že ročně u nás přibývá asi 15 000 - 25 000 nových onemocnění; vzhledem k předpokládanému stárnutí populace bude toto číslo v příštích letech zřejmě vyšší. <http://www.sanatorium-topas.cz/sec-demence>.

„Demence je choroba, u níž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních) funkcí. Demence vzniká kdykoliv po vytvoření základů poznávacích funkcí, po 2.- 4. roce života. Výskyt demence výrazně stoupá s věkem“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 41).

Jak již bylo zmíněno, postihuje demence zejména kognitivní funkce, tedy především paměť, intelekt, pozornost, motivaci a právě u paměti si můžeme ze začátku povšimnout nápadnějších projevů a postupně se přidávají poruchy i dalších funkcí. Bývá postihnuta i emotivita, tedy afekty a nálada, někdy se mohou vyskytnout také depresivní stavy. U syndromu demence se objevují poruchy osobnosti, úměrně stupni a druhu demence (Mühlpachr, P. 2004).

„V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti. S tím souvisí i postupně snižování až zánik schopnosti péče o sebe sama, neschopnost provádět úkony běžné denní rutiny“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 41).

Existují určité příznaky, které nám naznačí, že se jedná o demenci, takto postižený člověk má problémy v těchto oblastech:

- **poruchy paměti** – senior si obvykle hůře vybavuje nedávné události, zapomíná na nejnovější události
- **potíže s orientací v čase a v prostoru** – dochází k zaměňování dne a noci, jelikož se vytrácí schopnost časového rozvržení dne
- **poruchy rozumových schopností** – narušuje se soudnost, člověk postihnutý demencí není schopný řešit problémy a rozhodovat se
- **motorické potíže (apraxie)** – jedná se o poruchu při vykonávání jednoduchých úkonů, například nalití sklenky vody, odemčení dveří aj., senior najednou neví, jak tyto věci používat, neví na co je vidlička, co a jak si obléknout...
- **poruchy při poznávání předmětů a lidí (agnózie)** – neschopnost rozeznávat to, co vnímáme a přitom smyslové orgány nejsou postiženy. Zpočátku je neschopnost rozeznávat obyčejné předměty, postupně začínají problémy s rozeznáváním i rodinných příslušníků až nakonec nepozná postižený jedinec ani svoji tvář
- **poruchy řeči (afázie, porucha či ztráta schopnosti mluvit nebo rozumět mluvené a nebo psané řeči)** – člověk obtížně nachází správné slovo, jeho slovní zásoba se velmi redukuje, v konečné fázi postižený jedinec zcela přestane mluvit
- **poruchy chování** - mohou se objevit i deprese, člověk ztrácí zájem o dění kolem sebe, uzavírá se do sebe. Patrný je i tělesný neklid, zvýšená pohyblivost, která se projevuje stereotypními pohyby, ale také prudké změny nálad, agresivita, lhostejnost. Časté jsou i problémy s inkontinencí, která může být důsledkem toho, že nemocný neví, kde se nachází toaleta, nebo se nedokáže sám rychle svléknout, další poruchou je i příjem jídla, při které může člověk mít zvýšenou chuť k jídlu nebo naopak může trpět lehkou

mentální anorexií. Objevují se také blouznivé představy, například fenomén imaginárního druhu, kdy se člověk chová tak, jakoby jeho mrtvý druh ještě žil apod... (Pichaud, C., Thareauová, I.1998).

Nejsou zcela známé přesné příčiny onemocnění, avšak víme, jaké jsou **rizikové faktory**, které výskyt demencí podporují:

- **věk** – demence se vlastně může vyskytnout v každém věku, avšak s přibývajícím věkem nad 60 let je výskyt onemocnění mnohem vyšší
- **rodinný výskyt a genetické faktory** – pokud se vyskytne demence ještě před 60. rokem věku je pravděpodobně geneticky podmíněna, týká se to hlavně Alzheimerovy choroby
- **vzdělání** – mnozí vědci se domnívají, že se demence vyskytuje méně u osob s vyšší úrovní vzdělání, ovšem já sama jsem slyšela zase opačný názor, že jsou demencí ohroženi více osoby s vyšším vzděláním, přesná příčina a pravda zatím není známa. „Výzkum nebezpečných faktorů způsobující demenci začal teprve nedávno a tyto faktory zůstávají stále velkou neznámou. V současné době se provádějí četná zkoumání, existují různé hypotézy, ale žádný rozhodující argument nedává přednost té či oné“ (Pichaud, C., Thareauová, I. 1998, s. 94).
- **Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění** – osoby, jež prodělaly „CMP“ se vyskytuje demence častěji
- **Alkohol** - při dlouhodobém nadměrném pití alkoholu může dojít právě vlivem přímého toxického působení alkoholu ke zničení mozkových buněk
- **Poranění hlavy** – například po úrazech hlavy
- **Deprese** – u seniorů, jež trpí depresí je vyšší riziko vzniku demence
- **Tělesná a duševní aktivita** – je prokázáno, že pokud člověk provádí pravidelně mentální a fyzickou aktivitu zamezuje tak vzniku demence (Mlýnková, J. 2011).

Je velice důležité pokud pečujeme nejen v domácím prostředí, ale i v různých zdravotních a sociálních institucích dodržovat jisté zásady při péči o seniora s demencí. Uvědomuji si, že je velmi těžké, zvláště pro rodinné příslušníky se starat o své blízké s tímto onemocněním, jelikož postupně vidí, jak se jim tento člověk doslova mění před očima. Jak jsem již naznačila, je nejen důležité, ale i nutné dodržovat jisté **zásady péče o seniora s demencí**.

I když si senior nevybaví informace, nepovídá si s námi, tak cítí. Cítí bolest, vnímá intonaci našeho hlasu, ví, že s ním jednáme hrubě, proto se držíme následujících zásad:

- **Pochvaly** – senior by měl být chválen za každou činnost, kterou vykonává, například i za to, že se sám oblékne, správně si umyje ruce po toaletě apod.
- **Trénování paměti** – existují samozřejmě různé specifické činnosti, jež jsou přímo zaměřené na trénování paměti, avšak trénovat paměť se dá i při běžných denních činnostech, nebo i při procházce, kdy se můžeme ptát na cokoliv, například „co je to za strom“, „co je to za rostlinu“ aj., různé otázky na trénování paměti můžeme dávat kdykoliv během dne, ovšem nemělo by to seniora příliš zatěžovat či dokonce obtěžovat
- **Vyhýbáme se konfliktům** - osoby, jež o seniora pečují by měly mít na mysli, že příčinou nepřijatelného chování nemocného seniora je nemoc, a proto zůstat klidný a nenazlobit se je jistě pro okolí člověka postiženého demencí velice těžké.
- **Vhodná aktivizace seniora** – nemocnému seniorovi by se měly zadávat jednoduché úkoly, jelikož pokud nebude senior mentálně zaměstnán, tak jeho kognitivní funkce se budou zhoršovat.
- **Bezpečí seniora** – je zapotřebí si stále uvědomovat, že zhoršená paměť a orientace v prostoru a čase vždy vedou ke zvýšenému nebezpečí poranění. Proto je důležité, aby pečující osoby dle toho upravovaly režim dne tak, aby bylo riziko poranění minimální. Například pokud je senior v domácím prostředí, tak by měla jeho rodina myslet na bezpečí jeho domova tím, že budou po celý den zamykat dveře a klíče ukládat mimo dosah nemocného seniora, zajistit také elektrické spotřebiče a kabely, ale také zvažovat, kam uklidit ostré předměty, mycí přípravky či léky aj. věci, jež mohou seniora, ale i jeho rodinu a okolí ohrožovat.
- **Přijetí seniora** – i přesto, že je senior postihnutý syndromem demence, tak cítí a je důležité mu dávat neustále najevo, že ho máme rádi a že o něj jevíme zájem. Snažíme se pochopit jeho nemoc i s jeho problémy a akceptujeme to.

V neposlední řadě je důležité mít stále na paměti, jakým typem demence senior trpí a v jakém stadiu se již nemoc nachází a dle toho k němu i přistupovat. Protože jak jsem se již na začátku zmínila, člověk trpící demencí přes veškeré problémy, jež tato nemoc způsobuje stále cítí a vnímá, jak se k němu okolí chová.

3.3 Depresivní stavy u seniorů

Možná častěji než kdy dříve trápí staré lidi psychické problémy a depresivní stavy. Tato problematika je v poslední době velice aktuální, do jisté míry se domnívám, že je to z části zapříčiněné i současnou situací, kdy mnoho seniorů se cítí osamoceno, jelikož se dožívají vyššího věku, jeden z partnerů jim zemře a rodina je časově zaneprázdněná a potom už je jen krůček k různým psychickým potížím, zvláště, když seniora trápí také různé zdravotní problémy.

„Depresivní stavy nejsou ve vyšším věku výjimkou. Deprese jako duševní porucha doprovází člověka od středního věku a představuje onemocnění seniorů. Jde o dlouhodobou změnu nálady, o dlouhodobý smutek a špatnou náladu. Ať je příčinou depresivních nálad cokoli, vždy jde o trýznivý stav, kdy jedinec prožívá pocity beznaděje, cítí se na obtíž, zatěžuje okolí, je bezvýznamný, nicotný. Seniori jsou apatičtí, rezignují, zanedbávají péči o sebe sama, domácnost, zajišťování nákupů, příjem jídla apod“ (Mlýnková, J. 2011, s. 87).

Deprese se ve stáří vyskytuje častěji než ve středním věku - celková prevalence, tedy procento výskytu v běžné populaci seniorů se v přirozeném domácím prostředí odhaduje zhruba na 10%. Trpí ji tedy každý desátý starý člověk. Ještě mnohem častěji se objevuje deprese u seniorů žijících ve zdravotnických a sociálních zařízeních, jako jsou domovy důchodců nebo léčebny dlouhodobě nemocných. Zde různé studie uvádějí procento postižených depresí mezi 30-50%

<http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor9>

Mnoho z nás si většinou neuvědomujeme, že senior může mít depresivní stavy, protože málokterý starý člověk mluví o svých pocitech, spíše si nám postěžuje, jaké má somatické potíže, díky kterým právě maskuje svůj psychický stav. Nejen rodinní příslušníci, ale jistě i profesionální pečovatelé by měli umět „číst mezi řádky“ a rozpoznat, kdy už jde pouze o špatnou náladu a kdy se může jednat již o stavy deprese. Tato nemoc by se v žádném případě neměla podceňovat, jelikož v nejhorším případě může skončit sebevraždou.

V dnešní době má mnoho lidí psychické problémy, bohužel se nevyhýbají ani starým lidem, jejich příčinou může být cokoli, většinou jsou však tyto problémy spjaté s demencí či depresí. Dalšími příčinami může být také například:

- **Způsob životního stylu**
- **Samota**
- **Nezájem rodiny o stárnoucí rodiče**

- **Zvyšující se závislost na okolí**
- **Současně se snižující soběstačnost seniora** (Mlýnková, J. 2011).

„Psychika každého člověka trpí, jestliže je delší dobu sám, je nemocný, nemůže do zaměstnání, s nikým přes den nepromluví, neboť není s kým. Většina lidí produktivního věku se po pracovní neschopnosti těší do zaměstnání, neboť nuda v domácím prostředí je „ubíjí“. U seniorů je však tento stav trvalý. Do pracovního procesu se už nevrátí, celoživotní partner mu zemřel, umírají přátelé, opouští své zájmy. Není s kým si popovídat, koho pohostit“ (Mlýnková, J., 2011, s. 87).

Ze všech uvedených možných příčin špatného psychického stavu, který může vést k depresi zmíním zvláště samotu, jelikož se domnívám, že právě samota je finálním důvodem různých problémů. Smrt partnera, blízkých přátel, nezáměr rodiny to vše vede k psychickým potížím, ale ve své podstatě odsouvá starého člověka do ústraní a právě do samoty.

„Samota je dnes pojímána jako významný jev dnešní společnosti. Nikdo jí není ušetřen. Přesto si ji však lidé často přehnaným způsobem spojují s obdobím stáří. Odloučení (ve fyzickém smyslu) není nutně synonymem samoty. Skutečnost, že někteří staří lidé mají méně přátel nebo příbuzných než dříve, ještě neznamená, že už u nich neexistují sociální vztahy. Podstatná je kvalita vztahů, ne kvantita. A tak se někteří lidé cítí osamoceni i uprostřed davu. Pocit osamocení není výsadou těch, kteří žijí sami. Můžeme tedy žít sami, ale nemusíme se cítit osamělí“ (Pichaud, C., Tharauová, I. 1998, s. 76, 77).

Samota je uváděna také jako čtvrtým nejobávanější znakem stáří. Nejvíce se lidé bojí, že budou závislí na pomoci druhých, dále se obávají zhoršujícího se fyzického stavu a ztráty paměti. Ono se vlastně ani není čemu divit, protože když řekneme cokoliv o samotě, tak většina lidí ji chápe spíše negativně. Spojují si ji se slovy jako nuda, smutek, neporozumění, deprese, vyloučení a spíše ji považují za nesnesitelnou (Pichaud, C., Tharauová, I. 1998).

„Faktory vedoucí k samotě:

- **Životní podmínky** – například věk člověka, je-li ovdovělý či žije-li sám
- **Fyzický stav** – nemoc, handicap, který právě brání člověku vycházet z domu nebo se pohybovat, smyslový deficit (hluchota, slepota)...
- **Psychický stav** – ztráta blízkého člověka nebo i zvířete, nedostatek kontaktu s lidmi, poruchy chování...

- **Sociální nebo ekonomické jevy** – nedostatek prostředků, aktivit, vykořenění, předsudky“ (Pichaud, C., Tharauová, I. 1998, s. 79).

Aby se člověk necítil tak sám, existuje jistá obrana před samotou, kterou mohou představovat například:

1. **rodina** – život v páru či v širším rodinném kruhu je v pokročilém věku často dobrou obranou před samotou, stejně tak vztahy se svými dětmi a vnoučaty jsou velice důležité, aby nevznikl dlouhodobý pocit osamění
2. **domácí zvíře** – myslím, že se může jednat o jakékoliv zvíře, nicméně většina seniorů je nadšená hlavně z pejska nebo kočky, proto jsme také v našem domově pro seniory pořídili klientům morče a kocourka, a pravidelně k nám chodí pejsek na canisterapii
3. **dobrovolná činnost** – zde se domnívám, že je důležité mít ještě před odchodem do důchodu nějaké zájmy, koníčky a aktivity, kterým se senior může věnovat právě i v důchodovém věku
4. **kluby seniorů** – jsou místem setkávání, výměn zkušeností, různých činností a iniciativ. Náš domov pro seniory se stal pravidelným místem setkávání Klubu důchodů, jež tam jednou do měsíce pořádají cestovatelské přednášky
5. **sousedské vztahy** – do jisté míry je nahrazují i vztahy v domově pro seniory
6. **telefon** – díky telefonu dnes může být senior v kontaktu s okolním světem a právě i se svými blízkými
7. **televize** - díky televizi prožívají lidé hezké chvíle, zaplňuje jim převážnou většinu času (Pichaud, C., Tharauová, I. 1998).

3.4 Senioři jako oběti

Dnes a denně slyšíme, kde byl senior okraden, v nejhorším případě oloupen a zbit ve vlastním bytě, avšak já se chci zaměřit právě na seniorskou populaci, která je ohrožena násilím ať již ve formě fyzického nebo psychického týrání, ale taktéž ekonomického zneužívání a zanedbávání, které je právě mnohdy skryté, jelikož starý člověk stejně jako malé dítě se leckdy neumí a nebo nemůže sám bránit.

„Násilí na seniorech je vážným zdravotně sociálním problémem. Objevuje se v domácí i v ústavní péči“ (Mlýnková, J. 2011, s. 38).

Podle Malíkové (2011, s. 277) jsou za nejvíce ohrožené týráním považováni senioři, většinou nad 80 let, žijící osaměle, častěji ženy, nebo senioři v pobytových zařízeních.

Způsoby týrání seniorů můžeme rozdělit do určitých skupin dle toho, jakým způsobem je člověku ubližováno:

- **tělesné týrání (fyzické)** – většinou se jedná o odmítnutí uspokojení základních biologických potřeb jako je neposkytnutí tepla, potravy a nápojů, odmítnutí provedení osobní hygieny, nevytvoření podmínek, omezení spánku, nepodání léků či neprovedení ošetrovatelské činnosti apod...

Následky tohoto typu týrání jsou většinou viditelné. Může se jednat o zhmožděny, otoky, zlomeniny, škrábance, stopy po polání, bodnutí, řezání či řezání.

- **Psychické týrání** – může se jednat o ponižující výroky, posměšky, hrozby, poukazování na nedostatky či handicapy týrané osoby, hrozby, odloučení od rodiny, přátel, vydírání, omezování provádění oblíbených činností nebo naopak nucení k vykonávání nepříjemné činnosti apod...(Malíková, 2011).

„Následky psychického a emocionálního týrání jsou silné negativní pocity týrané osoby (strach, obavy, úzkost, beznaděj, apatie, rezignace, touha zemřít, nepochopení důvodu ubližování atd.), změna chuti k jídlu, změna tělesné hmotnosti, ztráta zájmu o sebe a potřeby pečovat o sebe, dezorientace v místě, čase a prostoru, potřeba nadměrného spánku, myšlenky na spáchání sebevraždy, pocit osamění vedoucí až k úplné sociální izolaci jedince aj. Týraná osoba někdy paradoxně předstírá spokojenost a ochotu ke spolupráci“ (Malíková, E. 2011, s. 278).

- **Ekonomické zneužívání** – znamená zneužívání majetku a finančních zdrojů většinou závislých a nesoběstačných seniorů. Senioři bývají citově vydírání obvykle svými vlastními dětmi, aby jim přenechali majetek, finanční hotovost, jiné cennosti. Často jsou seniorům zadržováni jejich osobní doklady či znemožněno přístup k telefonu a bráněno v kontaktu s jinými osobami, pakliže se dotyčný nepodrobí nátlaku svých blízkých. Mnohdy i příspěvek na péči, který slouží na zajištění a úhradu nákladů na kvalitní péči si rodina přivlastní a senior tak nemá možnost s tímto příspěvkem nakládat dle svého uvážení.
- **Zanedbávání druhou osobou** – k tomuto zanedbávání obvykle dochází v případě, že o seniora má pečovat jiná osoba, která mu však neposkytuje dostatečnou péči v takovém rozsahu, jakou dotyčný potřebuje. Může se jednat například o to, že není zajištěna potřebná lékařská či ošetrovatelská péče, není poskytnuto dostatek potravy a tekutin, ale i podmínky k osobní hygieně aj.. (Malíková, E. 2011).

„Zanedbávání druhou osobou se rozlišuje ve dvou formách: buď jde o formu aktivní, nebo pasivní. Aktivní zanedbávání znamená odepření jednotlivých pečovatelských činností, forem péče nebo např. stravy, možnosti vyprázdnit se aj. Pasivní zanedbávání znamená, že pečující osoba porušuje své pečovatelské povinnosti bez vědomého záměru (nevědomě) a neposkytuje seniorovi to, co on potřebuje, aniž by si toho byla vědoma“ (Malíková, E. 2011, s. 279).

Důvody špatného zacházení se seniory

Důvodů, proč se pečující osoba k seniorovi chová nepříjemným způsobem, je několik.

- **Vyčerpání rodinného pečovatele** – mnohdy již není rodinný příslušník schopen plnit potřeby seniora, jeho žádosti, ale i akceptovat změny jeho neustálých nálad, stesky a stížnosti či někdy až agresivní chování
- **Nedorozumění v rodině** – může být příčinou špatného chování k seniorovi, který se mnohdy stává důvodem rozepří v rodině. Sama si vzpomínám na příklad ze svého okolí, kdy nejmladší ze tří synů jezdil několik kilometrů denně, aby se staral o svoji starou a nemocnou matku, o kterou se jeho dva bratři nechtěli či nemohli starat, avšak zároveň jeho starostlivost o matku byl vlastně i důvodem rozepří v jeho vlastní rodině, kdy manželka nechtěla akceptovat to, že její muž není denně doma a přála si, aby ji umístil v domově
- **Osobnost pečovatele** – při péči o seniora se mohou objevit násilné osobnostní sklony
- **Potřeba pečovatele mít moc nad seniorem** – někdy si pečující osoba dokazuje svoji moc nad bezmocným seniorem tím, že se jej snaží ovládat, rozkazovat, řídit jeho péči, ale i trestat
- **Vyčerpání pečovatele** – tento případ může nastat, když pečovatel nemá svého klienta v oblibě, pečovatel potřebuje odpočinek, dovolenou, je podrážděný, vyčerpaný a cítí, že péče o klienty ho již nebaví (Malíková, J. 2011).

Samozřejmě, že senioři mohou být obětmi více druhů násilných činů, jak jsem uvedla již v úvodu podkapitoly, a to z více důvodů. Staří lidé jsou mnohdy naivní a důvěřiví a nechají se tedy snadno obelhat. Jsou pro svůj věk a zdravotní stav lehkým cílem různých podvodníků, ale co je horší právě mnohdy i svých vlastních dětí a blízkých osob, kterým důvěřují nejvíce a na které jsou většinou i závislí.

Závěr kapitoly

Tato kapitola pojednávala o současné problematice seniorů. Není snad starého člověka, který by se nepotýkal s nějakým onemocněním. Čím je člověk starší, tím je náchylnější k různým druhům nemocí. Senioři jsou věkovou kategorií, jež mají nejčastěji různé zdravotní problémy, pominu-li kardiovaskulární onemocnění, cukrovku, vysoký tlak a podobné nemoci, mají obecně potíže pohybového aparátu, ale i smyslových orgánů. Dále jsem se zaměřila na syndrom demence, který bývá velmi často spojen také s depresivními stavy, o nichž také pojednávám a které čím dál častěji trápí seniorskou populaci. Senioři se bohužel stávají cílem a snadným terčem různých útoků a druhů násilí, které jsem v závěru kapitoly podrobně popsala.

4. Práce se seniory

V této kapitole se chci zaměřit na přímou práci s klienty. Budu vycházet zejména z určitých potřeb, jež senioři mají, tedy z toho, co si přejí a co jim zdravotní stav dovolí, ale také jaké možnosti jsou jim vůbec nabídnuty. V první podkapitole se zaměřím na potřeby seniorů, a zda jsou vůbec tyto potřeby adekvátně naplněny a uspokojeny. Druhá kapitola bude pojednávat o aktivizaci seniorů, kde se zaměřím především na aktivizaci v rámci pobytového zařízení, tedy jaké aktivity jsou klientům nabízeny. Třetí kapitola bude pojednávat v poslední době dosti zmiňovaném individuálním plánování, jež stále nabývá na důležitosti v rámci práce s klienty. V poslední kapitole popíši, jaké mají senioři možnosti v rámci vzdělávání právě v postproduktivním věku.

4.1 Potřeby seniorů

Je logické, že potřeby se v průběhu života mění, to co pro nás v mládí nemá až takový smysl, může mít právě ve stáří velký význam.

„U osob nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci. Mění se hodnotová orientace potřeb, v popředí jsou potřeba zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Senioři jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům“ (Mlýnková, J., 2011, str. 48).

U seniorů patří mezi nejdůležitější potřeby fyziologické a z psychologických to je zejména potřeba bezpečí, jistoty a lásky.

1. fyziologická potřeba

Většina klientů, jež jsou v ústavní péči preferují z fyziologických potřeb zejména chutně připravené jídlo. K dalším potřebám patří potřeby spánku, bezbolestivý stav, mít zajištěno teplo a pohodlí. Naopak některé fyziologické potřeby zase ustupují do pozadí, například potřeba příjmu tekutin, je to z toho důvodu, že senioři mají obecně snížený pocit žízně. Stejně tak není pro ně prioritní sexuální potřeba, hygienická péče, úprava zevnějšku nebo také péče o čisté lůžko.

2. vyšší potřeby

Jak již bylo zmíněno na začátku, tak senioři nemají tolik pater v Maslowově pyramidě potřeb, to však neznamená, že by nepociťovali nejvyšší potřebu seberealizace, ale také uznávání sebe sama, uznávání druhými lidmi (Mlýnková, J. 2011).

„Mnozí senioři stále pracují až do vyššího věku a realizují se v zaměstnání nebo si zvelebují domov či zahrádku. Dohánějí to, co nestihli v době ekonomické aktivity. Jiní senioři se účastní akcí klubů seniorů nebo kulturních akcí, které jsou pro ně pořádány jinou organizací, mají v oblíbenosti výlety apod. Někteří senioři si dokonce stěžují na nedostatek času a stýskají si, že by na uskutečnění svých plánů potřebovali ještě dalších dvacet let čilého mentálních a fyzického života“ (Mlýnková, J., 2011, s. 49).

V nedávné době v našem domově slavila jedna klientka své životní jubileum, rovných 90 let a jejím přáním bylo samozřejmě zdraví, především zlepšení chůze a být tak o deset let mladší, protože jak ona tvrdí, tak v 80ti letech se toho dá ještě hodně věcí stihnout a jistě by se podívala na Island, což je její velký sen.

3. duchovní potřeby

„Senioři v závěrečné fázi svého života bilancují, hodnotí svůj dosavadní život a kladou si otázky o smyslu svého života. Přemýšlí, zda splnili všechno, co si kladli za úkol a cíl. Identifikace a uspokojování duchovních potřeb člověka není pouze záležitostí víry v Boha. Potřeba např. sounáležitosti, důvěry, jisté závislosti na někom spadá do duchovních potřeb nemocného a personál či pečující může v mnohém člověku pomoci“ (Mlýnková, J.2011, str. 50).

Do našeho domova pravidelně dochází katolický, evangelický a husitský farář, každý pátek a neděli probíhají pro klienty bohoslužby, tudíž duchovní potřeby seniorů jsou v tomto ohledu do jisté míry naplněny. Je tedy důležité včas a správně reagovat na potřeby seniorů – klientů, zejména jsou-li umístěni v institucionálním zařízení.

4.2 Aktivizace seniorů

Je velice důležité, aby senioři zůstali co nejdéle aktivní, a to nejen ve svém přirozeném prostředí, kde je to možná snazší, jelikož si svůj program, čas a tempo určí sami, ale zejména v různých sociálních organizacích, kde jsou právě „odkázáni“ na aktivizační program dané instituce.

Většina domovů kromě základních činností jako je poskytování ubytování, stravy, pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoci při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu dále poskytuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (Malíková, E 2011).

„Smyslem aktivizačních činností v rámci domova pro seniory je nalezení vhodných stimulačních a aktivizujících podnětů, které pomohou klientovi probudit zájem o sebe, uvědomit si sebe a své potřeby, mobilizovat své síly a iniciativně se zapojovat do sebeděče, a zabránit tak vzniku a rozvoji závislosti“ (Malíková, E. 2011, s. 122).

Možnosti aktivizace seniorů můžeme rozdělit do tří skupin:

1. činnosti podporující mentální schopnosti
2. činnosti podporující fyzické schopnosti
3. činnosti podporující sensorické schopnosti – muzikoterapie, arteterapie

k 1) činnosti podporující mentální schopnosti – jedná se o procvičování mentálních schopností, kdy cílem každého cvičení a kognitivních funkcí je:

- zlepšit tyto schopnosti
- udržet je alespoň na stávající úrovni
- oddálit zapomínání

Do této skupiny činnosti můžeme zahrnout:

- **trénink paměti** – má smysl hlavně u zdravých seniorů, pro seniory s demencí se nehodí. Jde o různé metody ke zlepšení nebo udržení paměti, klade se důraz na rychlost, úplnost a správnost (křížovky, společenské hry, pexeso, vědomostní soutěže aj.)
- **kognitivní rehabilitaci** – pracuje se zde s podobnými metodami jako u tréninku paměti, je ale šetrnější, zde se nesoutěží, jelikož soutěžení není zrovna vhodná metoda pro seniora, který má poruchy paměti. Senioři, jež trpí mírnou demencí je vhodné procvičovat krátkodobou paměť, zatímco u seniorů s pokročilejší demencí se spíše doporučuje využívat dlouhodobou paměť k doplňování přísloví, dvojic, opaků aj..(přesmyčky, přísloví, rčení, různé kvízy, zkratky aj.)
- **Reminiscenci** – tento pojem pochází z latinského slova „reminiscere“ a znamená vzpomenout si, obnovit v paměti, je to obdobou u českého synonyma vzpomínka. V rámci reminiscenční terapie jde o využívání vzpomínek seniora na uplynulé události, většinou se při této terapii používají různé předměty, které senioři dobře znají a mají tedy pro ně význam (fotografie z mládí, rané dospělosti, nebo fotografie jejich dětí, předměty z dětství či cenné předměty apod.). O této metodě se ještě více zmíním v další podkapitole „individuální plánování“.

- **Orientaci v realitě** – jde o další postup, kde je středem zájmu poznání klienta, který trpí kognitivní poruchou a cílem je tedy, aby po co nejdelší dobu rozuměl situacím, jež ho obklopují (Mlýnková, J. 2011).

V našem domově tato metoda probíhá tak, že je zapojen celý ošetrovatelský tým, který některým „dezorientovaným“ seniorům oznámí, že je ráno, kolik je hodin a kde se vlastně nachází a co budou právě dělat. Vysvětlují a komentují postup jednotlivých ošetrovatelských výkonů. Stejně tak instruktorky terapie, nebo-li ergoterapeutky pravidelně aktualizují nástěnky v domově, kam pravidelně řadí informace o ročním období, aktuálním datu a jménu v kalendáři. Klientům je k dispozici také program akcí a aktivit, jež v průběhu měsíce mohou využít.

k 2) činnosti podporující fyzické schopnosti – je vždy vhodné i u klientů, jež jsou imobilní. Senioři mohou cvičit vleže, vsedě i vestoje s oporou či bez opory, v místnosti i venku, cvičit se může jak individuálně, tak ve skupině a mělo by se cvičit jistě pravidelně pro udržení formy zvláště svalů a kloubů (Mlýnková, J., 2011).

Naši senioři v domově cvičí pravidelně ve skupině každé dopoledne. Instruktorky terapie vždy připraví židle do kruhu a procvičí tak veškeré cviky od hlavy až po nohy, každý svým tempem, když je hezké počasí, cvičí se venku a někdy se přidá i kratší procházka.

k 3) činnosti podporující senzorní schopnosti – většina zařízení, která pro své klienty chystá denní program využívá nejvíce prvky arteterapie a muzikoterapie, ale také jiné typy terapií při práci se seniory.

- **Muzikoterapie** – využívá hudby jako léčebného prostředku, senior se může účastnit nejen aktivně, ale i pasivně. Jedná se nejen o zpěv, ale i poslech, hru na hudební nástroj a pohybové aktivity
- **Arteterapie** – můžeme ji přeložit jako léčbu uměním, tedy pomocí výtvarného umění, hudby, tance ale i četby. Pomocí arteterapie se dá smysluplně trávit volný čas zejména v domově pro seniory. V rámci arteterapie se využívá různých technik, například klasické výtvarné techniky, ale i textilní, práce s papírem, s přírodními materiály.
- **Canisterapie** – je léčba za pomoci domácích zvířat (Mlýnková, J. 2011).

„Pozitivně ovlivňuje psychiku lidí postižených demencí, ale i tělesné funkce. Působí na snížení deprese a úzkosti, snižuje mírně krevní tlak, zpomaluje srdeční činnost. Za nejvhodnější zvíře je považován pes, některé instituce preferují kočku. Léčbu touto formou lze provádět více způsoby, například formou pravidelných návštěv dobrovolníků se zvířaty

v domovech pro seniory. Zvíře může být také umístěno v instituci, což se zdá jako lepší varianta“ (Mlýnková, J. 2011, s. 177).

Do našeho domova pro seniory dochází pravidelně paní s pejskem v rámci canisterapie, avšak máme i vlastní zvířátko, domov pro své klienty pořídil kocourka a morče, z čehož jsou klienti domova velice nadšeni a rádi se s nimi mazlí.

4.3 Individuální plánování

Individuální plánování je vlastně jedna z forem práce s klienty, kdy se společnými silami snaží nalézt určitý cíl, kterého by mělo být v rámci pobytu v sociálním zařízení dosaženo.

„Současná situace v oblasti zjišťování potřeb a individuálního plánování ve většině pobytových zařízení v České republice zatím není na odpovídající úrovni a je zde patrná řada problémů a nedostatků“ (Malíková, E. 2011, s. 157).

Principem individuálního plánování, jak již název napovídá je individuální přístup ke klientovi se zohledněním právě jeho individuality a se stanovením určitého splnitelného cíle za pomoci vedení dokumentace, kam jsou zaznamenávány kroky, jež chceme s klientem docílit (Malíková, E. 2011).

Při realizaci individuálního plánování je nezbytné spolupracovat s celým týmem, tedy tzv. multidisciplinárním týmem. Do pracovního týmu můžeme zařadit koordinátora, sociálního pracovníka, pracovníky v sociálních službách – klíčové pracovníky, zdravotní sestry, ergoterapeuty a další pracovníky v zařízení. Do pracovního týmu můžeme také dle potřeby zapojit i rodinné příslušníky klienta, blízké osoby, duchovní spolupracující s domovem, lékaře, ale i pracovníky úklidu či v kuchyni, vedoucí domova, eventuálně osoby podílející se na řešení problému v individuálním plánu klienta (Malíková, E. 2011)

U individuálního plánování jde o to, aby klíčový pracovník, který byl udělen koordinátorem individuálního plánování poznal klienta a navázal s ním přátelský kontakt, zjistil něco o jeho životě, jeho přáních, ale i jeho obavách a na základě jeho poznání a tužeb se společně dohodli na určitém cíli, který se bude plnit v rámci určitého časového intervalu.

„Osobní cíl vyjadřuje konkrétní individuální přání klienta – cíl, kterého by chtěl během svého pobytu v zařízení a s využitím poskytované sociální služby dosáhnout. Naplnění/dosažení osobního cíle vede ke klientově vyšší spokojenosti, vychází z jeho osobních potřeb a může být zaměřen na výsledek poskytování určité sociální služby nebo na

zlepšení stavu klienta. Zjištěné potřeby mohou být stejně jako přání osobním cílem v individuálním plánu klienta“ (Malíková, E. 2011, s. 171).

Příklady osobních cílů na základě potřeb mohou být zlepšení pohybu, obnovení samostatného příjmu potravy, četba, využití informačních zdrojů jako je tisk, tv apod.. Příkladem osobního cíle formulovaného na základě přání klienta by mohlo být například navštěvovat kulturní akce, účastnit se pravidelných bohoslužeb, provádět ruční práce apod. (Malíková, E. 2011).

„Osobní cíl je významně ovlivněn předchozím životním stylem klienta, jeho návyky a typem osobnosti Velmi úzce souvisí s hodnotovým postojem, celoživotními preferencemi klienta a jeho idejemi“ (Malíková, E. 2011, s. 171).

Osobní cíl musí být reálný a realizovatelný a je tedy formulován až po oboustranném ujasnění situace, kdy klient sdělí svůj požadavek a svoji představu o svém cíli a sociální pracovník posoudí jeho reálnost. Proto osobní cíl by musí být, nebo alespoň měl by být: reálný, dosažitelný, uskutečnitelný v podmínkách zařízení, důležitý pro zájemce, konkrétní, přiměřeně náročný na dosažení a měřitelný, což znamená, že by měl být v rámci vyhodnocení stanoveno, zda se nám cíl podařilo splnit, alespoň částečně (Malíková, E. 2011).

„Při stanovení osobního cíle často vzniká problém. Mnoho zájemců zaujímá pasivní postoj a apatii, nezájem a neochotou se osobně zapojit. Tito lidé očekávají, že se stanou jen pasivními příjemci poskytované sociální služby. Jejich postoj nelze odsuzovat, neboť vždy odráží jejich vnitřní prožívání a stav, ve kterém se právě nacházejí. Dalším častým problémem je, že zájemci často sami nevědí, čeho by chtěli dosáhnout, mají problém adaptovat se na novou situaci, do níž se dostali, obtížně se s ní i sami se sebou vyrovnávají“ (Malíková, E. 2011, s. 172).

V takovém případě je efektivní pokud pracovník zvolí empatický, chápající přístup, kdy klient si posléze připadá respektovaný, cítí prostor na vyjádření své vůle a stává se sdílnější. Klient, který si připadá pochopený, lépe spolupracuje a časem se stává přirozeně aktivnějším (Malíková, E. 2011).

V případě, že se nám podaří „prolomit ledy“, může pracovat na zjištění individuálních přání a potřeb klienta. Základní podmínkou je bezesporu co nejlepší poznání samotného klienta, jeho potřeb, zájmů, hierarchie životních hodnot a požadavků. Při zjišťování potřeb klienta a jeho získání pro společné individuální plánování je důležité dodržovat určitý postup:

- Získat co nejvíce informací o klientovi
- Zajistit si klidové podmínky k rozhovoru a srozumitelně klientovi vysvětlit význam, smysl a přínos stanoveného cíle
- Během kontaktu s klientem pracovat na získání jeho důvěry
- Zjišťované potřeby a přání a návrh činností zaznamenávat do určitých etap
- Umět správně klást otázky, aby nebyly moc vtíravé, ale zároveň jsme získali takové, které pro individuální plánování potřebujeme
- Říci klientovi, že vždy má možnost osobní cíl změnit, bude-li chtít
- Na další schůzce projednat s klientem jeho představy o osobních cíli, upřesnit detaily, specifikovat rozsah cíle
- Společně s klientem formulovat jeho osobní cíl a vypracovat tak návrh činností, kterých bych daného cíle dosáhli a přesně do dokumentace zapsat seznam všech dohodnutých činností a postupů, konkrétní dobu provedení činností, místo realizace, pracovníky, jež by mohli být zapojeni do plánování, v jakém rozsahu se bude angažovat sám klient, termín hodnocení a kontrola jeho plnění, předpokládané rizika, překážky a obavy
- Dodržet vždy termíny hodnocení a kontroly plnění individuálního plánu (Malíková, E., 2011).

Individuální plánování má mnoho podob a vždy záleží na mnoha faktorech. Důležitá je osobnost klienta a jeho předchozí způsob života, ale také osobnost klíčového pracovníka, který má za úkol vytvořit „vhodnou půdu pod nohama“ pro zrealizování individuálního plánu a zrealizování daného cíle, na kterém se s klientem společně dohodnou. V neposlední řadě jde také o možnosti daného zařízení a na reálném provedení či splnění cíle. Individuální plánování může být psáno a plněno pomocí určitých kroků, které v průběhu pobytu klienta plníme, ale také jako „bibliografie člověka“, tedy kdy ho poznáváme, jeho způsob života, jeho koníčky, návyky, rodinu za pomoci například „pouze“ vyprávění a prohlížení fotoalba a věcí, které má rád.

4.4 Vzdělávání v postproduktivním věku

Jak je neustále zmiňováno, stále stoupá průměrná délka života a tím pádem i odchod do důchodu, což bude mít za následek i to, že lidé budou muset být i déle pracovně aktivní. Samozřejmě, že jsou povolání, která nelze provádět do vysokého věku, zejména fyzická práce,

z tohoto důvodu, ale nejen z tohoto je důležité, aby si lidé neustále sebevzdělávali a doplňovali své vědomosti. Proto se v této kapitole zaměřím na různá další vzdělávání právě seniorskou populaci, neboť člověk se vlastně učí po celý svůj život a více než kdy předtím bude vzdělání nabírat na důležitosti.

Tvůrčí schopnosti ve stáří zůstávají zachovány do vysokého věku, i přesto, že ve vrcholné podobě kulminují obvykle do 45 let věku. S rostoucím věkem ubývá hodin, po které může jedinec pracovat, jelikož bývá rychleji vyčerpaný. Ve stáří je již určitým způsobem omezená fantazie a schopnost vidět věci jinak. Ve vyšším věku nehrozí úbytek dokonalosti, nýbrž únava, ale také úbytek novátorství. Na druhou stranu získané automatismy šetří psychickou energii a zvyšují výkonnost v obvyklých situacích, zejména myšlenkové pochody využívají cenných zkušeností a tím pádem se vyznačují větší plynulostí a jistotou (Mühlpachr, P. 2004).

„Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že ve stáří jsou v podstatě zachovány potřeby středního dospělého věku – především být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti. Odchod do důchodů a s ním související úbytek sociálních kontaktů znamená omezení aktivity a sníženou možnost komunikace. Ukončením pracovní činnosti ztrácí jedinec svou profesní roli a tím i svou funkční identitu. Má roli, která má charakter ne-role, což ho často demoralizuje a snižuje jeho vlastní hodnotu“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 138).

A právě proto je spatřován kompenzační mechanismus v rozvíjení vzdělávání pro starší populaci. Vzdělávací aktivity u seniorů přispívají k pocitům důstojnosti a životní spokojenosti, znovuzачlenění do společnosti, ale i k pocitu fyzického a duševního zdraví. Vzdělávání v postproduktivním věku má také své funkce:

- Preventivní – jsou prováděny v určitém předstihu a pozitivně ovlivňuje průběh stárnutí a stáří
- Anticipační – tato funkce přispívá na změny k nimž dochází ve spojení s odchodem do důchodu
- Rehabilitační – jedná se o znovuoobnovování a udržování fyzických a duševních sil a s přípravou činností pro další existenci jedince
- Posilovací – tato funkce je považována za nejvýznamnější, jelikož přispívá k rozvoji zájmů, potřeb a schopností lidí v postproduktivním věku a k podpoře jejich aktivity (Mühlpachr, P. 2004).

Formy vzdělávání v postproduktivním věku

1. **Lidové univerzity** – tento způsob vzdělávání se osvědčil hlavně ve skandinávských a v německy mluvících zemích. Senior absolvuje vzdělávací program společně s mladými posluchači. Pozitivum se tedy spatřuje ve vzájemném ovlivňování dvou generací
2. **Akademie třetího věku a Kluby aktivního stáří** – jedná se o vzdělávání v postproduktivním věku zejména v těch regionech, kde nejsou k dispozici vysoké školy. Akademie třetího věku jsou organizovány pod záštitou různých organizací jako je například Červený kříž nebo instituce Akademie J.A Komenského či Domy kultury. Jejich podstata je v přístupnosti výkladu a přizpůsobení individuálním zájmům občanů postproduktivního věku. Kluby aktivního stáří se liší od výše uvedených forem trvalejšími neformálními vztahy, rozvíjením osobních zájmů seniorů a uspokojováním potřeby vzájemného kontaktu
3. **Univerzity třetího věku** – patří mezi nejnáročnější formy vzdělávání pro seniory. Jedná se o oficiálně uznané instituce, které umožňují starým lidem studium na vysokoškolské úrovni v nejrůznějších oborech. Tento typ studia se v ČR realizuje v rámci celoživotního vzdělávání

Domnívám se, že do budoucna se bude stále více starších osob zapojovat do postproduktivního vzdělávání ať již za pomoci výše uvedených forem, tak různých kurzů a akcí právě nabízené pro seniory.

Závěr kapitoly

V poslední kapitole jsem popsala potřeby seniorů, ale i aktivizační činnosti určené právě pro zmíněnou věkovou kategorii. Zaměřila jsem se na činnosti podporující mentální, fyzické, ale i senzorické schopnosti, jež jsou u seniorů velmi žádané, oblíbené, ale také efektivní. Pakliže různá sociální zařízení mohou pro své klienty nabídnout širokou škálu aktivizačních činností, je posléze jednodušší pracovat s klientem na jeho individuálním plánu, o kterém též pojednávám. V neposlední řadě jsem se okrajově dotkla tématu vzdělávání v postproduktivním věku, jež začíná být hojně využíváno a stoupat tedy na své oblíbenosti.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Empirický výzkum

Výzkum jsem provedla v Domově pro seniory – Dům Naděje, Brno Řečkovice, pro něhož jsem zvolila kvantitativní metodu. Nejprve jsem si stanovila problém, který bych ráda zkoumala. Na základě studia odborné literatury, internetu a konzultací jsem vytvořila dotazník.

5.1 Cíl výzkumu

Cíl výzkumu byl zaměřen na problematiku stáří, respektive mým cílem bylo zjistit, s jakými problémy se senioři Domova pro seniory Naděje – Brno Řečkovice potýkají nejvíce a jaké preferují aktivity v rámci domova. Zjišťovala jsem, z jakého důvodu se současní senioři domova ocitli právě v domově a pokud by si mohli vybrat, tak jakou variantu bydlení by na stáří preferovali, ale také s jakými problémy se nejčastěji potýkají nejen obecně, ale hlavně v domově a co jim na stáří vadí. Dále bylo mým záměrem zjistit, jaké aktivity, jež domov nabízí se jim líbí a jaké by ještě rádi uvítali.

Hypotézy

Pro svůj výzkum jsem si zvolila následující hypotézy:

H1: Nejméně 50% seniorů se ocitlo v domově pro seniory z důvodu zhoršení zdravotního stavu.

H2: Každého klienta v domově trápí obecně jeho zdravotní stav.

H3: Nejčastější problém, který seniory trápí v rámci domova jsou vztahy mezi klienty v domově.

H4: Většina seniorů by nejraději žila se svoji rodinou.

H5: Aktivity, nejvíce oblíbené u seniorů jsou procházky a výlety.

Způsob výběru respondentů

Výzkum byl proveden v Domově pro seniory Naděje, Brno – Řečkovice. Výzkum se uskutečnil v průběhu dubna 2012 a z celkového počtu klientů 31 vyplnilo dotazník pouze 16. Návratnost dotazníku byla tedy 50%.

5.2 Metody použité při zpracování dat a informací

Sběr dat byl proveden formou kvantitativního dotazníkového šetření. Kvantitativní metoda byla zvolena z důvodu oslovení většího počtu respondentů a tím i získání většího množství dat. Cílem dotazníku bylo zjistit názory respondentů k problematice stáří.

Otázky do dotazníku jsem konzultovala také s vedoucí Domova pro seniory Naděje, Brno – Řečkovice s paní Hanou Bilíkovou, ale i s instruktorkami terapie zmíněného domova. Důležitost byla kladena hlavně na věk respondentů, aby otázky byly jasné a srozumitelné všem respondentům. Jelikož je v průměru všem klientům domova cca přes 80 let musela jsem pomoci s vyplněním dotazníku.

5.3 Realizace výzkumu

Před samotným dotazníkovým šetřením jsem zkonzultovala finální podobu otázek v dotazníku s kolegyněmi z denního stacionáře a s vedoucí domova paní Hanou Bilíkovou. Na základě jejich logických připomínek jsem provedla určité malé opravy otázek tak, aby byly srozumitelné pro seniory, ale zároveň se snažily vystihnout opravdu empaticky jejich názory a pocity. Samotný výzkum probíhal v průběhu jednoho dne, jelikož dotazovaní jsou senioři a často se potýkají se zdravotními problémy, špatně slyší, vidí a jsou rychle unavitelní, byla jsem jim po celou dobu vyplňování nápomocna a většinu z nich jsem dotazník přečetla a společně s nimi vyplnila.

Po vyplnění dotazníků následovala vyhodnocení odpovědí a interpretace získaných výsledků.

Analýza výsledků výzkumu

Při prezentaci výsledků dotazníkového šetření se vychází z pořadí, ve kterém byly předkládány respondentům. Respondenti měli tři způsoby odpovědí, kdy se vycházelo z otázek otevřených, polootevřených a uzavřených. V prvním případě měli respondenti možnost odpovědi v rámci otevřených otázek (viz. otázky č. 1, 2, 8, 9, 12, 13), ve druhém případě byla zvolena metoda polootevřených otázek (viz. otázky č. 4, 5). A ve třetím případě byla respondentům možnost odpovědi nabídnuta (viz. otázky č. 3, 6, 7, 10, 11).

U výpočtu v procentech bylo vždy vycházeno z počtu respondentů, kteří správně vyplnili a odevzdali dotazník.

5.4 Interpretace výsledků

První otázka je pouze informativní a týká se věku klientů.

1. Věk respondentů

<i>Věk</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
79	1	6,25
82	2	12,5
83	2	12,5
84	2	12,5
87	1	6,25
88	3	18,75
90	5	31,25
Celkem	16	100

Tab. č. 1: Věk respondentů

Průměrně je klientům Domova pro seniory Naděje Brno Řečkovice 85 let. Většina z nich je již devadesátiletých, často mezi nimi najdeme zastoupení věkové hranice přes osmdesát let, pouze jednomu klientovi je 79.

Druhá otázka je také informativní, avšak svým způsobem může do určité míry ovlivnit následující odpovědi.

2. Jak dlouho jste již v domově?

<i>Doba pobytu v domově</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Do 1 roku</i>	6	37,5
<i>2 roky</i>	4	25
<i>3 roky</i>	2	12,5
<i>4 roky</i>	2	12,5
<i>Neví</i>	2	12,5
Celkem	16	100

Tab. č. 2: Doba pobytu v domově

Z odpovědí je patrné, že nejvíce klientů je v domově jeden až dva roky. Ostatní senioři jsou v domově déle. Dva respondenti si již nepamatují, jak dlouho se v domově pro seniory nachází.

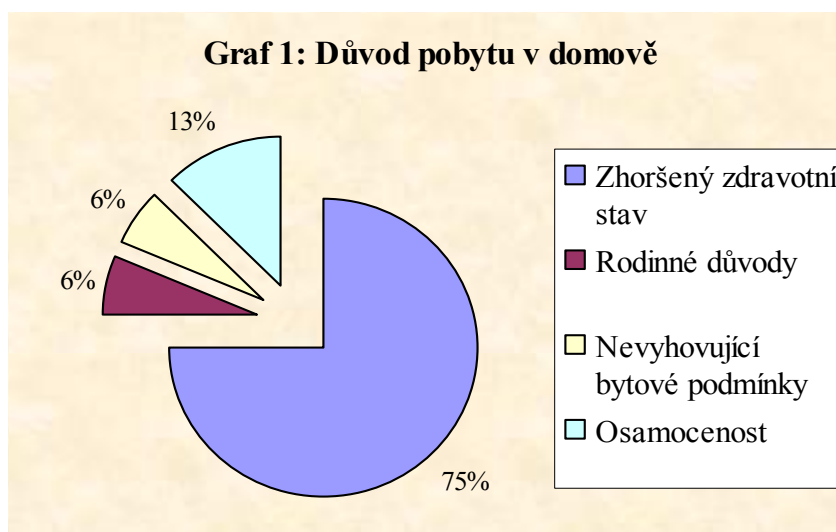
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, z jakého důvodu se nejčastěji senioři dostávají do domova pro seniory.

3. Z jakého důvodu jste se v domově ocitl/a?

<i>Důvod pobytu v domově</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Zhoršený zdravotní stav</i>	12	75
<i>Rodinné důvody</i>	1	6,25
<i>Nevyh. bytové podmínky</i>	1	6,25
<i>Osamocenost</i>	2	12,5
<i>Jiné</i>	0	0
Celkem	16	100

Tab. č. 3: Důvod pobytu v domově

Tento graf nám ukazuje přehledněji důvod pobytu v domově, kde lze vidět, že nejvíce je zastoupen zhoršený zdravotní stav.



Z uvedených odpovědí je patrné, že senioři se nejčastěji dostávají do domova z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, který je zastoupen až ze 75%, jako druhý důvod byla uváděna osamocenost, která je právě většinou spojena i se zdravotními komplikacemi 13%. Na stejném místě se posléze umístily nevhovující podmínky a rodinné důvody s 6ti %.

Hypotéza se potvrdila.

Čtvrtá a pátá otázka měla zjistit, zda měli před nástupem do domova klienti určitou obavu a pakliže ano, zda-li se naplnila.

4. Měla jste z něčeho obavu při nástupu do domova?

<i>Obava při nástupu do domova</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Ne, žádná obava</i>	11	68,75
<i>Strach z nového prostředí</i>	3	18,75
<i>Porozumění se spolubydlicí</i>	1	6,25
<i>Obava ze ztráty rodiny</i>	1	6,25
Celkem	16	100

Tab. č. 4: Obava při nástupu do domova

Většina klientů 68,75% odpověděla, že před nástupem neměla žádnou obavu, 18,75 % mělo strach z nového a neznámého prostředí. V odpovědích se také objevila obava, zda-li si klientka bude rozumět se svoji spolubydlicí, ale také strach ze ztráty rodiny

Do tabulky u páté otázky jsou zaznamenány pouze odpovědi u respondentů, jež měli „nějakou obavu“ před nástupem, což bylo pouze u 4 klientů.

5. Naplnila se Vaše obava?

<i>Naplnění obavy</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Ne</i>	3	75
<i>Ano</i>	1	25
Celkem	4	100

Tab. č 5: Naplnění obavy z nástupu do domova

Na tuto otázku navazovala předchozí otázka s odpovědí. Pakliže klienti odpověděli, že měli z něčeho obavu, směřovala pro ně i tato otázka, což bylo pouze pro 4 z nich. U třech klientů 75% se obavy nenaplnily, pouze u jedné ano, tato klientka uvedla jako důvod strach z ležení a ze samoty.

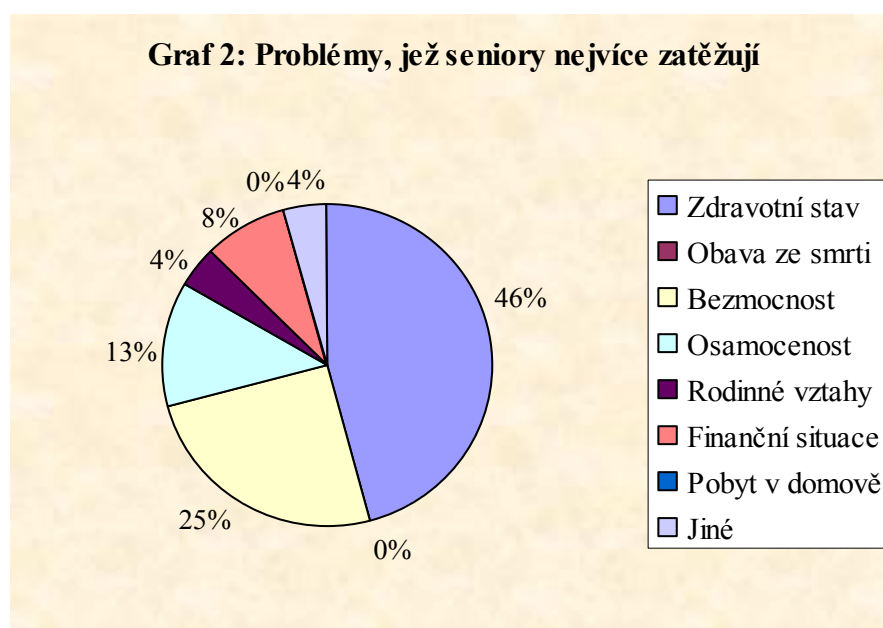
U této otázky většinou respondenti zaznamenali i dvě odpovědi najednou, jelikož se domnívají, že je trápí více problémů současně.

6. Jaké problémy Vás obecně nejvíce trápí?

<i>Problémy, jež nejvíce seniora zatěžují</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Zdravotní stav</i>	11	45,8
<i>Obava ze smrti</i>	0	0
<i>Bezmocnost</i>	6	25
<i>Osamocenost</i>	3	12,5
<i>Rodinné vztahy</i>	1	4,2
<i>Finanční situace</i>	2	8,3
<i>Pobyt v domově</i>	0	0
<i>Jiné</i>	1	4,2

Tab. č. 6: Problémy nejvíce seniora zatěžující

Pro tuto otázku jsem použila graf 2, který nám znázorňuje s jakými problémy se seniory nejvíce potýkají.



Z odpovědí vyplynulo, že současné seniory Domova Naděje nejvíce trápí zdravotní potíže, jak je patrné i z grafu dělá tento podíl 46%, i hned na druhém místě se umístila bezmocnost s 25%, kterou většinou spojovali klienti s již zmíněnými zdravotními potíží. Dále klienty trápí osamocenosť 13%, což má do jisté míry za následky právě různé depresivní stavy ve stáří, kdy většina seniorů pociťuje tyto stavy z důvodů odloučení od rodiny či ztráty jejich rodinných příslušníků a přátel. Dalším problémem, se kterým se senioři potýkají je jejich finanční situace 8%, ale také rodinné vztahy a pocit úzkosti 4%.

Hypotéza se potvrdila.

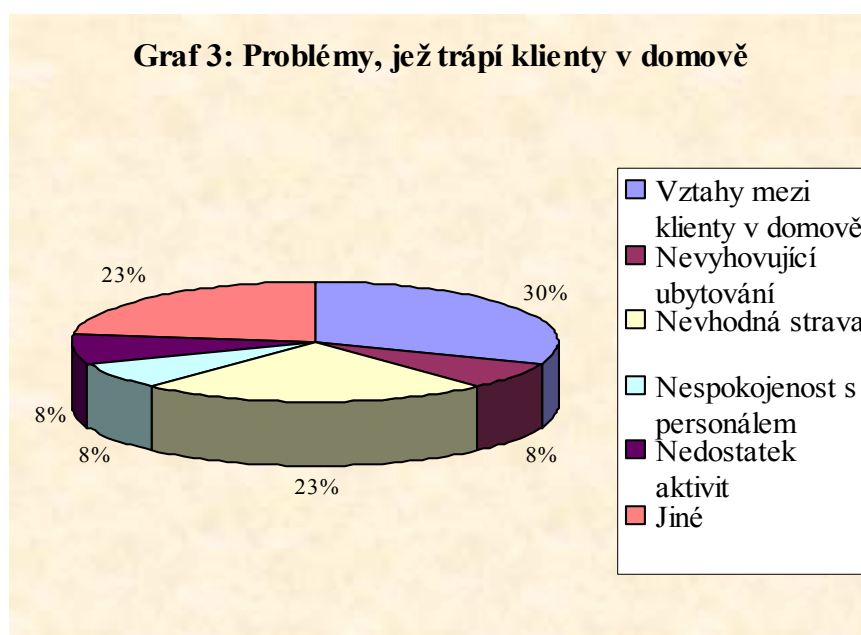
Stejně jako u šesté otázky, tak i zde u otázky č. 7 většinou respondenti zaznamenali i dvě odpovědi najednou a nebo se k ní vůbec nevyjádřili, jelikož měli pocit, že je vše v pořádku.

7. Co Vás trápí v rámci pobytu v domově?

<i>Problémy v rámci domova</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Vztahy mezi klienty v domově</i>	4	30,7
<i>Nevyhovující ubytování</i>	1	7,7
<i>Nevhodná strava</i>	3	23,1
<i>Nespokojenost s personálem</i>	1	7,7
<i>Nedostatek aktivit</i>	1	7,7
Jiné	3	23,1

Tab. č. 7 Problémy v rámci domova

Graf 3 nám ukazuje problémy, jež trápí klienty v domově, respektive s jakými problémy se klienti nejčastěji v Domově pro seniory Naděje Brno Řečkovice potýkají.



Klienty Domova Naděje nejvíce trápí, jak je patrné i z grafu, vztahy mezi klienty přímo v rámci domova s 30%. Na druhém místě byla zmíněna nevhodná strava 23%, kdy klienti uvedli, že polévky bývají někdy dost zahuštěné a že na večeri nebývá dietní strava, stejně tak, že přes víkendy jsou obvykle ke snídani moučnický, což asi ne všem klientům vyhovuje. Dá se říci, že nalézt zlatou střední cestu v podobě „správného stravování“ pro seniory je těžké, i přesto, že klienti mají obvykle na výběr ze dvou druhů pokrmů, ne vždy jsou jejich chuťové buňky uspokojeny. S 23% byly také odpovědi z nabídky jiné, kde klienty trápí například to, že nemohou chodit ven a do společnosti, tak jako dříve, dále, že postrádají svoji rodinu, objevila se i odpověď, že domov nenabízí takové aktivity, jež by dotyčnému seniorovi vyhovovaly, tato odpověď se ale překrývala s nabídkou nedostatek aktivit, jež domov nabízí, tu pokládá 8% klientů za problém. Nevyhovující ubytování a nespokojenost s personálem se pro některé klienty jeví také jako „problém“, jež je v domově trápí.

Zbývající respondenti se buď k otázce nevyjádřili nebo k ní připsali, že jsou spokojeni a nic je v domově netrápí.

Hypotéza se potvrdila.

Osmá otázka sloužila jako ověřovací k předchozí otázce, jelikož jsem se domnívala, že problémy, se kterými se potýkají v domově by rádi změnili.

8. Co byste rádi v domově změnili Vy?

<i>Změny, jež by senioři udělali v rámci domova</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Nic neměnit - spokojenost</i>	11	68,75
<i>Větší prostory domova</i>	1	6,25
<i>Změnit klientelu</i>	1	6,25
<i>Znásobit počet pracovníků domova</i>	1	6,25
<i>Vyměnit některé pracovníky domova</i>	1	6,25
<i>Pořídít do domova kantýnu</i>	1	6,25
Celkem	16	100

Tab. č. 8: Změny, jež by senioři udělali v rámci domova

68% klientů by v domově vůbec nic neměnilo, jsou spokojeni se stávající situací a režimem, u ostatních byly odpovědi různorodé. Objevily se takové názory jako například větší prostory domova, změnit klientelu, znásobit počet pracovníků v domově, vyměnit některé pracovníky či pořídít do domova kantýnu na drobné nákupy.

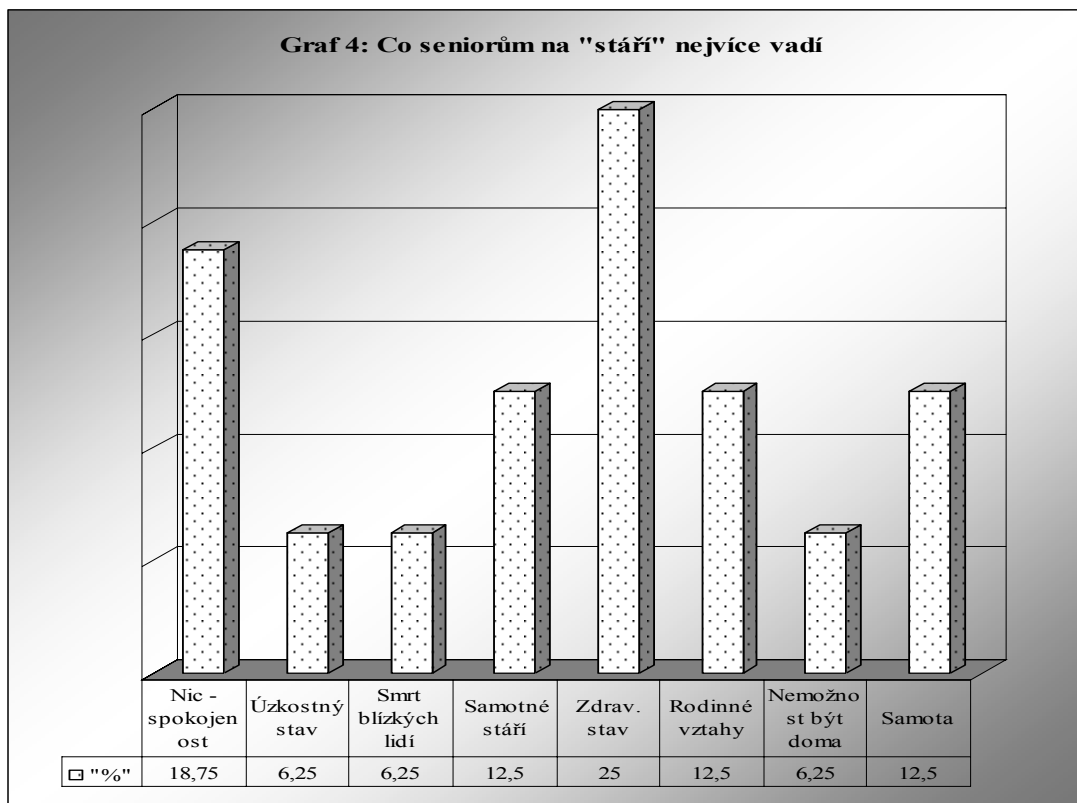
Nad některými odpověďmi je možné se i pozastavit, ale jsou takové, se kterými se bohužel nedá nic dělat. Je logické, že ne všichni klienti si budou mezi sebou rozumět, stejně tak ne každý pracovník je klientovi sympatický a naopak. Co se týče kantýny, jisté zamyšlení by tu bylo, ovšem, klienti dostávají 5krát denně jídlo a další menší nákupy jim donáší rodina, eventuálně já, jelikož se jim snažím alespoň 2krát v měsíci nakupovat dle jejich přání. Znásobit počet pracovníků a zvětšit prostory domova je jistě přání i celého vedení, bohužel na tato opatření není dostatek financí.

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se budou senioři shodovat v názorech, a to i přesto, že jim nebyla nabídnuta varianta odpovědi. Do určité míry jsem samozřejmě předpokládala určité odpovědi, jež se některé i potvrdily.

9. Co Vám ve stáří nejvíce vadí?

<i>Co seniorům ve stáří nejvíce vadí</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Nic - spokojenost</i>	3	18,75
<i>Úzkostný stav</i>	1	6,25
<i>Smrt blízkých lidí</i>	1	6,25
<i>Samotné stáří</i>	2	12,5
<i>Zdravotní stav</i>	4	25
<i>Rodinné vztahy</i>	2	12,5
<i>Nemožnost být v domácím prostředí</i>	1	6,25
<i>Samota</i>	2	12,5
Celkem	16	100

Tab. č. 9: Co vadí seniorům na „stáří“



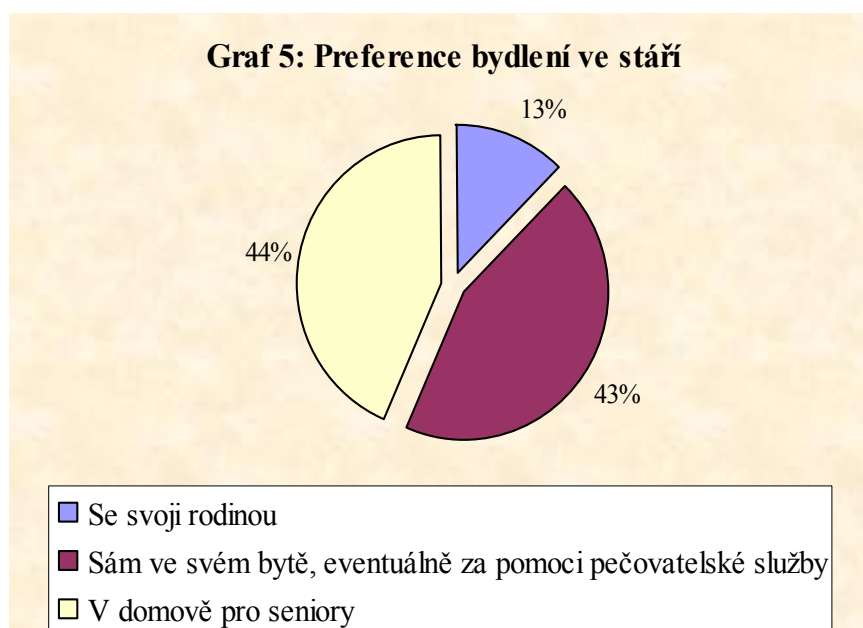
Na otázku: Co seniorům nejvíce vadí na samotném stáří většina z nich odpověděla, že jejich zdravotní stav 25%, překvapením bylo, že až 18,75% klientů napsalo, že jim na stáří nic nevadí a jsou spokojení. Naopak 12,5% seniorů vadí na stáří „samotné stáří“, pod tímto pojmem si můžeme představit cokoliv, a to zřejmě měli na mysli i respondenti, jelikož stáří s sebou obvykle přináší více negativ, než-li pozitiv. 12,5 % se objevilo také u odpovědí jako samota a rodinné vztahy, které seniorům na stáří vadí, což je logické a odůvodnitelné, jelikož jsou již sami v domově bez svých blízkých a partnerů, kteří většinou již nežijí. U ostatních bylo procentuální zastoupení stejné, tedy 6,25% u odpovědí úzkostný stav, smrt blízkých lidí, ale i nemožnost být zase ve svém bytě.

Desátá otázka se týkala preference bydlení ve stáří, ze které jsem chtěla zjistit, kolik klientů je v domově rádo a do jisté míry „dobrovolně“.

10. Pokud byste si mohli vybrat, jaký způsob bydlení ve stáří byste preferovali?

<i>Preference bydlení ve stáří</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Se svoji rodinou</i>	2	12,5
<i>Sám ve svém bytě</i>	7	43,75
<i>V domově pro seniory</i>	7	43,75
Celkem	16	100

Tab. č. 10: Preference bydlení ve stáří



Musím uznat, že tyto odpovědi u desáté otázky mne vcelku překvapily. Čekala jsem, že když tolik seniorů trápí samota, tak by rádi žili se svoji rodinou, což ovšem dělá pouhých 13%. Většina seniorů by ráda žila ve svém bytě, eventuálně za pomoci pečovatelské služby a nebo přímo v domově pro seniory 44%.

Hypotéza se nepotvrdila.

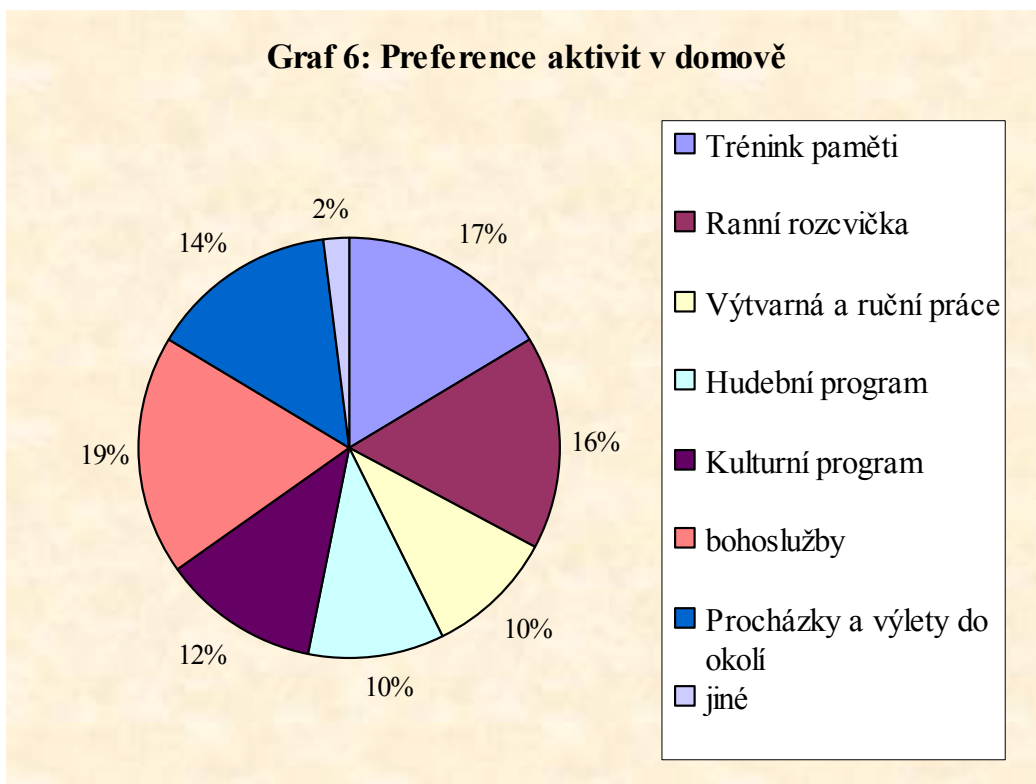
Tato otázka byla položena záměrně a jejím cílem bylo zjistit, jaké aktivity, které domov nabízí jsou u klientů nejvíce oblíbené.

11. Jaké aktivity, které domov nabízí se Vám nejvíce líbí?

<i>Preference aktivit v domově</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Trénink paměti</i>	8	16,3
<i>Ranní rozcvička</i>	8	16,3
<i>Výtvarná a ruční práce</i>	5	10,2
<i>Hudební program</i>	5	10,2
<i>Kulturní program</i>	6	12,2
<i>bohoslužby</i>	9	18,4
<i>Procházky a výlety do okolí</i>	7	14,3
<i>jiné</i>	1	2,1

Tab. č. 11: Preference aktivit u seniorů v domově

Graf 6: Preference aktivit v domově



Nejvíce oblíbené aktivity, jež domov nabízí jsou pro klienty domova právě pravidelné bohoslužby 19%, přímo za nimi se umístily ranní rozcvička a trénink paměti se 17%, které probíhají každý den od pondělí do pátku vždy v dopolední čas, což je pro mnohé klienty již samozřejmostí, jelikož jak je známo, staří lidé mají rádi rutinní zvyky. Procházky a výlety do okolí jsou pro klienty domova vždy zážitkem 14%, jelikož je trápí řada zdravotních problémů, tak tuto aktivitu pokud mohou, využijí. Jelikož jsou víceméně pro svůj věk a zdravotní stav do jisté míry izolováni, je pro ně přínosem každá kulturní akce 12%, stejně tak hudební vystoupení s 10%, které je stejně oblíbené jako výtvarné a ruční práce, jež mohou klienti v domově dělat v rámci arteterapie kdykoliv.

Hypotéza se nepotvrdila.

Dvanáctou otázkou jsem chtěla zjistit, o jaké aktivity by měli ještě klienti zájem a které jim právě domov nenabízí.

12. Které aktivity byste rádi v rámci domova uvítali?

<i>Uvítání dalších aktivit v domově</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Časté návštěvy kulturních akcí</i>	4	25
<i>Více výletů a procházek do lesa</i>	2	12,5
<i>Dostačující současné aktivity</i>	10	62,5
Celkem	16	100

Tab. č. 12: Další aktivity, jež by senioři rádi uvítali

Pro většinu klientů jsou aktivity v domově dostačující, a to až s 63%. Časté návštěvy kulturních akcí a aktivit, pod kterými si můžeme představit kino, divadlo, hudební představení a jiné by rádo uvítalo 24% respondentů. 2% by si přálo více výletů a procházek do lesa.

Poslední otázku považuji spíše jako doplňující a zázračnou, kdy jsem pomocí ní chtěla zjistit, jaké přání by klienti měli, pokud by si mohli jedno jediné vybrat.

13. Pokud byste měli jedno přání, jaké by to bylo?

<i>Přání klienta</i>	<i>Četnost odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Jít domů</i>	4	25
<i>Zemřít rychle a v klidu</i>	2	12,5
<i>Zlepšit zdraví</i>	6	37,5
<i>Nestát se bezmocným</i>	1	6,25
<i>Být spokojená</i>	1	6,25
<i>Více navštěvovat kulturní akce</i>	1	6,25
<i>Žádné</i>	1	6,25
Celkem	16	100

Tab. č. 13: Přání klienta

Odpovědi u této otázky byly značné rozlišné, a však do jisté míry předpověditelné. Jít domů by si přálo 25% klientů, a však dotazovaných by si přálo zlepšit zdraví, zejména v rámci pohybového aparátu a sebeobslužnosti, jelikož právě díky špatné pohyblivosti jsou jim odpírány další aktivity, které by například rádi mohli vykonávat 38%. Zemřít rychle a v klidu je přání klientů domova, které se umístilo na třetím místě se 13%. Ostatní odpovědi byly spíše od jednotlivců a objevila se taková přání jako být spokojen, nestát se bezmocným, více navštěvovat kulturní akce či kostel.

5.5 Shrnutí výzkumu

Dotazníkové šetření se uskutečnilo v Domově pro seniory Dům – Naděje, Hapalova 20, Brno – Řečkovice. Zprvu jsem rozmýšlela, jaký typ výzkumu u respondentů zvolit, jelikož se výzkum týkal seniorů, nebylo jednoduché se rozhodnout. Oba typy výzkumu měly svá pozitiva i negativa. Seniorům domova Naděje v Řečkovicích je v průměru 85 let a právě vzhledem k věku a zdravotnímu stavu dlouho neudrží svoji pozornost. Na zvolený cíl bylo vhodné použít tedy kvantitativní výzkum, který by odpovídal počtu všech 31 klientů domova Naděje, ovšem ne všichni klienti byli přítomni v den výzkumu, mnozí se necítili po zdravotní stránce nejlépe a někteří se odmítli daného výzkumu zúčastnit, proto byl výzkumný vzorek proveden pouze s 16ti respondenty.

Samotný výzkum se uskutečňoval po celý den a nepatřil zrovna k jednoduchému úkolu. Jak jsem se zmínila již v úvodu praktické části, mnozí senioři hůře vidí a nebo již mají problémy s jemnou motorikou, rychle byli unaveni a dlouho přemýšleli, jakou odpověď by označili, proto jsem u některých klientů jejich odpovědi musela zapisovat do dotazníku. Přesto se domnívám, že jsem pomocí daného dotazníku a navržených otázek zjistila, to, co bylo pro moji práci směrodatné a podařilo se mi tedy odpovědět na moji cílovou otázku.

Otázkou č. 3 jsem chtěla zjistit, z jakého důvodu se ocitli respondenti v domově pro seniory. Pro tuto otázku jsem si položila danou hypotézu, která zněla: **H1: Nejméně 50% seniorů se ocitlo v domově pro seniory z důvodu zhoršení zdravotního stavu.** Výzkum tuto otázku verifikoval, protože většina respondentů odpověděla, že důvodem byl až ze 75% zhoršený zdravotní stav.

Otázky č. 6 a 7 byly položeny se záměrem zjistit, jaké problémy nejvíce respondenty obecně trápí a posléze, co je trápí v rámci domova pro seniory. Na první otázku zněla hypotéza následovně. **H2: Každého klienta v domově trápí obecně jeho zdravotní stav.** Nejčastější odpovědí bylo, že zdravotní stav trápí obecně až 46% seniorů domova, což nám danou hypotézu potvrdilo.

H3: Nejčastější problém, který seniory trápí v rámci domova jsou vztahy mezi klienty v domově. Výzkum poukázal, že 30% respondentů domova je nespokojeno právě se vztahy mezi klienty v domově, čímž se nám hypotéza potvrdila.

Desátá otázka měla odpovědět na hypotézu č. 4, tedy: **H4: Většina seniorů by nejraději žila se svoji rodinou.** Z odpovědí vyplynulo, že se svoji rodinou by chtělo žít pouhých 13% respondentů, což danou hypotézu falzifikovalo. Klienti Domova pro seniory Naděje Brno Řečkovice by si přáli žít ve svém bytě, eventuálně za pomoci pečovatelské služby nebo zůstat přímo v daném domově pro seniory, kde je o ně vzhledem k věku a zdravotnímu stavu postaráno, s tímto tvrzením se shodují oba názory až se 44%.

H5: Aktivita, nejvíce oblíbené u seniorů jsou procházky a výlety. Tato hypotéza byla postavena pro otázku č. 11, která se dotazovala respondentů na aktivity, které nabízí domov a jež jsou pro ně nejvíce oblíbené. Zde se mi hypotéza nepotvrdila, jelikož senioři z nabízených aktivit nejvíce preferují pravidelné bohoslužby 19% , jež se konají každý pátek a neděli. Tato odpověď byla nejčastější zřejmě z toho důvodu, že Dům Naděje – domov pro seniory Brno Řečkovice staví na křesťanských základech a také proto, že současná generace seniorů patří ještě k populaci lidí, kteří jsou nejpočetnější věřící skupinou. Na druhém místě se umístily aktivity, které jsou u seniorů velice oblíbené, protože se konají v pravidelný čas každý den a senioři si na již navykly, zejména na ranní rozcvičku a trénink paměti 17%. Procházky a výlety do okolí u nichž jsem se domnívala, že budou u klientů domova patřit mezi nejoblíbenější se umístily na třetím místě se 14%.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se snažila přiblížit problematiku současných seniorů, která s sebou nese i nepozorované bio-psycho-sociální stárnutí, jež ne všichni lidé vnímají pozitivně jako součást našeho života. Přeci jen je dnes stáří chápáno odlišně jak v minulosti, dříve jsme mohli spatřovat větší úctu ke starému člověku, který byl s láskou a péčí dochován ve své domácnosti a také daleko častěji jsme si mohli povšimnout mezigeneračního soužití, kterého jsem se ve své práci okrajově dotkla jako jednoho ze způsobů péče o seniory v rodině.

Současný trend se ovšem obrací, lidská populace stárne a nová se rodí málo, z toho vyvěrá problém právě péče o seniory. Jako nejschůdnější alternativa právě pro seniory se stávají různé sociální organizace v rámci sociálních služeb, které využívají zvláště senioři vyššího věku. Denní a týdenní stacionáře, odlehčovací služby, pečovatelské služby a osobní asistence aj. jsou právě z jedny z forem péče o seniory. Já jsem se však ve své práci zaměřila především na domovy pro seniory od podání žádosti až po průběh pobytu.

Dále jsem se zaměřila také na různé problémy, se kterými se senioři často potýkají. Dříve než kdy jindy se právě ve stáří setkáváme s celou řadou potíží, které nás trápí možná daleko více, než-li v mládí, protože v seniorském věku je jedinec na určité podněty až přecitlivělý. Pokud jsme mladí a zdraví, tak daleko snáze překonáme určité problémy a nesnáze, ovšem s narůstajícím věkem stoupá také daleko více zdravotních a psychických potíží, čím dál více starých lidí se má kromě klasických zdravotních problémů související s věkem také potíže se syndromem demence a s depresemi, které daleko více postihují klienty právě různých sociálních zařízení.

V neposedně řadě jsem se dotkla tématu práce se seniory, kde jsem se rozepsala o potřebách, jež senioři mají a na které vlastně navazují aktivizace pro ně určené, stejně jako individuální plánování, dnes tak hojně zmiňované. Abychom mohli individuálně plánovat, musíme nejprve klienta – seniora poznat, jeho život, co má a nemá rád, jaké jsou jeho vlastně jeho potřeby a jaké upřednostňuje aktivity. Myslím si, že v současnosti začíná být pro seniory přeci jenom širší nabídka aktivizačních činností, a to nejen v rámci přímo pobytového zařízení, ale právě i za pomoci různých ambulantních forem. Fenoménem poslední doby se také stává vzdělávání v postproduktivním věku, o kterém jistě ještě do budoucna mnoho uslyšíme.

Empirická část bakalářské práce byla zaměřena na zjištění problémů, se kterými se klienti Domova pro seniory Naděje nejvíce potýkají a na aktivity, jež v rámci domova nejvíce preferují.

Za pomoci dotazníkového šetření vyšlo najevo, že klientům nejvíce vadí vztahy mezi sebou, respektive vztahy mezi klienty domova, což je do jisté míry pochopitelné, jelikož je to domov s počtem 31 klientů, kde žijí po dvou až třech lidech na pokojích a téměř veškerý svůj čas tráví v domově a vzhledem k tomu, že jsou svým způsobem izolováni a žijí v menší sociální skupině, tak řeší zejména problémy uvnitř této skupiny. Navíc tento problém ještě dotváří právě již v úvodu teoretické kapitoly zmíněný fakt, že ve stáří vyplavou na povrch mnohdy takové vlastnosti, které byly po celou dobu jejich života spíše ukryté či potlačené. Z čehož vyplývá, že i ve stáří se může člověk chovat dětinsky, malicherně, ješitně, závistivě či pomstychtivě.

Kromě tohoto zásadního problému trápí klienty jistě další záležitosti jako je občas nevhodná strava, ale také zhoršené zdraví, díky kterému se právě nemohou na tolik věnovat těm aktivitám, jež by rádi.

Dále mne zajímalo, jaké aktivity senioři v domově upřednostňují. Vyšlo najevo, že senioři mají rádi nejvíce pravidelné bohoslužby, a to zejména z toho důvodu, že většina klientů domova jsou věřící. Ranní rozcvička a trénink paměti patří také mezi oblíbené aktivity, jež se s oblibou účastní.

Resumé

Tato bakalářská práce pojednává o problematice stáří a práci se seniory. Je to téma velice obsáhlé co do samotné problematiky, ovšem já jsem se zaměřila především na procesy stárnutí z bio-psycho-sociálního hlediska, na formy péče o seniory, které můžeme vidět z pohledu rodiny, ale i instituce. Nastínila jsem různé problémy, se kterými se senioři mohou potýkat, ale i způsoby práce s touto cílovou skupinou

Úvodní kapitola pojednává o vymezení stáří a stárnutí. Vymezila jsem procesy stárnutí z biologického, psychického a sociálního hlediska, které mají vliv na samotné stáří, jelikož u každého probíhají procesy stárnutí individuálně. Porovnála jsem pohled na stáří z dnešní doby s pohledem do minulosti, kdy rozdílnost nazírání na tuto problematiku je zcela zásadní.

Formy péče o seniory je názvem druhé kapitoly, kde jsem popsala péči o starého člověka v rodině a v sociálních institucích, a právě sociálnímu zařízení jsem se po zbytek kapitoly následovně věnovala.

Ve třetí kapitole jsem popsala problematiku stáří z různých hledisek, jež jsem se domnívala, že současné seniory nejvíce zatěžuje. Zdravotní komplikace, syndrom demence, deprese, ale i různé druhy násilí na seniorech trápí nejen tuto věkovou populaci.

Čtvrtá kapitola pojednává o práci se seniory. Rozepsala jsem potřeby seniorů, kdy bylo zajímavé zjistit, že ve stáří se jakoby obrací smysl potřeb v rámci Maslovovy pyramidy. Tyto podkapitoly jsem se snažila na sebe logicky navazovat dle toho, jak je s klienty pracováno. Aktivizace seniorů a individuální plánování jde ruku v ruce společně. Jelikož musíme zprvu poznat klienta, jeho potřeby a zájmy, abychom mohli plánovat, ale na druhé straně musíme vycházet z aktivit, jež domov může nabídnout a dle toho uskutečnit individuální plánování. Ve zkratce jsem popsala i současné nabídky postproduktivního vzdělávání.

Poslední kapitola byla věnována empirickému výzkumu. Za pomoci dotazníkového šetření jsem zjistila, s jakými problémy se současní senioři domova potýkají a jaké aktivity v rámci domova preferují.

Klienti domova nejčastěji trápí vztahy mezi sebou a v rámci aktivit upřednostňují pravidelné bohoslužby, které je pro věřící velice důležité.

Anotace

Bakalářská práce pojednává o problematice stáří a práci se seniory. V této práci se obecně zabývám fenoménem stáří a stárnutí a problémy s nimi spojenými. Zmiňuji různé formy péče o seniory z více úhlu pohledu, především jsem se zaměřila na péči o seniora v rodině a v sociálních institucích, zejména tedy v domově pro seniory, kde jsem se snažila podrobně popsat tuto alternativu péče o starého člověka od podání žádostí až po jeho bytí v domově. Uvádím také aktivizaci seniorů jako důležitou součást programu v domovech pro seniory a do jisté míry jednu možností jak trávit čas v tomto věku.

Výzkum byl prováděn za pomoci dotazníkového šetření, díky kterému jsem chtěla zjistit, s jakými problémy se současní senioři v domově nejčastěji potýkají a jaké aktivity, jež domov nabízí, preferují.

Klíčová slova

Stáří, stárnutí, senior, problematika, zdravotní komplikace, péče, potřeby, domov pro seniory, aktivizace, práce

Annotation

This thesis will in general describe the phenomenon of aging and the problems connected with it. It mentions several different forms of the care for the elderly people in few angles of view, especially with the focus on the care of the elderly in the family as well as at the social institutions, particularly at home for the elderly, where my target was to describe in details this alternative of the care for the elderly, from the submission of the request of acceptance to actual living situation at home for the elderly.

I also present so to speak “activation” of the elderly as important part of the program at home for the elderly and to some extent one of the options of spending quality time in this age group.

The research was conducted in the form of the survey, thanks to which my target was to find out what sort of problems are the current elderly people at our home for the elderly most often experiencing and what sort of activities on offer are preferred.

Key words:

Age, aging, the elderly, the issue, medical complications, the care, the needs, home for the elderly, activation, work

Seznam literatury

1. DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ, J. S. Vývojová psychologie pro sociální pedagogy. Brno: IMS, 2009, s. 134 - 137.
2. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, K., ZIKMUNDOVÁ K., Vybrané kapitoly z gerontologie. 3.vyd. Praha: EV public relations, 2007, s. 67. ISBN 978-80-254-0179-8.
3. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008, s. 82 - 86. ISBN 978-80-247-2169-9.
4. KOTÝNKOVÁ, M., ČERVENKOVÁ, A. Začlenění seniorů v sociální struktuře soudobé společnosti. Praha: VÚPSV Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2001, s. 20. ISBN 80-238-7234-6.
5. MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011, s. 29 - 279. ISBN 978-80-247-3148-3.
6. MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada, 2011, s. 38 - 177. ISBN 978-80-3872-7.
7. MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2004, s.8 - 138. ISBN 80-210-3345-2.
8. NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ K., VIDOVIČOVÁ, L. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. Praha: VÚPSV Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2008, s. 10. ISBN 978-80-87007-96-9.
9. PICHAUD C., THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998, s. 76 - 94. ISBN 80-7178-184-3.
10. ŘÍČAN, P. Cesta životem vývojová psychologie. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7367-124 - 7.

11. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007, s. 209 - 350. ISBN 978-80-246-1318-5.

Internetové zdroje

<http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd> (staženo 22.2.2012)

<http://www.sanatorium-topas.cz/sec-demence> (staženo 15.3. 2012)

<http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor9>

(staženo 15.3. 2012)

Přílohy

DOTAZNÍK

Vypracovala: Hráčková Michaela, DiS. – studentka 3. ročníku Vysoké školy Tomáše Bati ve Zlíně, Institutu mezioborových studií
Dotazník je zcela anonymní a bude použit ke zpracování mé bakalářské práce

1. **Váš věk:**
2. **Jak dlouho jste již v domově?**
3. **Z jakého důvodu jste se v domově ocitl/a?**
 - a) **zhoršený zdravotní stav**
 - b) **rodinné důvody**
 - c) **nevyhovující bytové podmínky**
 - d) **osamocenost**
 - e) **jiné**
4. **Měl/a jste z něčeho obavu při nástupu do domova ? Pokud ano z čeho?**
5. **Naplnila se Vaše obava? Pokud ano, jak?**
6. **Jaké problémy Vás nejvíce obecně trápí? (rozved'te)**
 - a) **zdravotní stav**
 - b) **obava ze smrti**
 - c) **bezmocnost**
 - d) **osamocenost**
 - e) **rodinné vztahy**
 - f) **finanční situace**
 - g) **pobyt v domově**
 - h) **jiné**

- 7. Co Vás trápí v rámci pobytu v domově? (rozved'te)**
- a) vztahy mezi klienty v domově**
 - b) nevyhovující ubytování**
 - c) nevhodná strava**
 - d) nespokojenost s personálem**
 - e) nedostatek aktivit**
 - f) jiné**
- 8. Co byste rádi v domově změnili Vy?**
- 9. Co Vám ve stáří nejvíce vadí?**
- 10. Pokud byste si mohli vybrat, jaký způsob bydlení ve stáří byste preferovali?**
- a) žít se svoji rodinou**
 - b) sám ve svém bytě, eventuálně za pomoci pečovatelské služby**
 - c) v domově pro seniory**
- 11. Jaké aktivity, které domov nabízí se Vám nejvíce líbí?**
- a) trénink paměti**
 - b) ranní rozcvička**
 - c) výtvarná a ruční práce**
 - d) hudební program**
 - e) kulturní vystoupení**
 - f) bohoslužby**
 - g) procházky a výlety do okolí**
 - h) jiné**
- 12. Které aktivity byste rádi v rámci domova uvítali?**
- 13. Pokud byste měli jedno přání, jaké by to bylo?**

Děkuji vám za spolupráci