

# **Kvalita života seniorů v domovech důchodců a hledání cesty k jejímu zlepšení**

Marie Kurečková, DiS

---

Bakalářská práce  
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2006/2007

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie KUREČKOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života seniorů v domovech důchodců**

Zásady pro vypracování:

**Teoretické vymezení problematiky kvality života.**

**Formulace teoretických východisek pro praktickou část.**

**Výzkum kvality života opřený o metodu ohniskových skupin.**

**Zpracování výsledků výzkumu a shrnutí.**

**Vlastní návrh modelu péče v domově důchodců.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

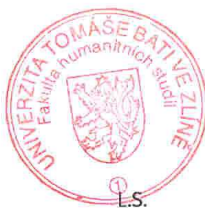
Seznam odborné literatury:

VAĎUROVÁ, H. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.  
PETŘKOVÁ, A. Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0879-1.  
SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta OU, 2004. ISBN 80-7326-026-3.  
RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.  
MATOUŠEK, O. Ústavní péče. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.  
MORGAN, D. L. Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu. 1. vyd. Brno: PÚAV, 2001. ISBN 80-85834-77-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jarmila Celá**  
Ústav pedagogických věd  
Datum zadání bakalářské práce: **23. února 2007**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **25. května 2007**

Ve Zlíně dne 23. února 2007

  
Ing. Jitka Chudarová  
pověřená děkanka



  
prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
ředitel ústavu

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce teoreticky pojednává o problematice kvality života se zaměřením na populaci seniorů v domovech důchodců. Na základě poznatků z odborné literatury formuluje východiska pro praktickou část. Výzkum je zacílen na zlepšení životních podmínek obyvatel konkrétního zařízení. Při výzkumu bylo užito metody ohniskových skupin. Výstupem praktické části je vlastní návrh modelu péče jako řešení současné situace v daném domově důchodců.

Klíčová slova: senior, stáří, kvalita života, domov důchodců, péče, služby, model péče.

## **ABSTRACT**

The bachelor's work theoretically discourses the problems of quality of life with a view to a population of seniors at retirements homes. On the basis of knowledge found in literature it formulates initial data needed for the practical part. The research is aimed at the improvement of life conditions in concrete institution's inhabitants. The method of focus groups was used at research. The output of practical part is the own model of care suggestion as the solution of present situation at given retirements home.

Keywords: senior, old age, quality of life, retirements homes, care, services, model of care.

Mé poděkování patří Mgr. Jarmile Celé za odborné vedení, cenné podněty a ochotu podílet se na tvorbě této práce.

Rovněž děkuji klientům, personálu a vedení domova důchodců ve Frenštátě p. R. za trpělivost a pomoc při realizaci výzkumu.

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Kvalita života seniorů v domovech důchodců“ zpracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala.*

*Marie Kurečková*

Ve Zlíně dne 20. 5. 2007

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
<b>1 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>10</b>
1.1 KVALITA ŽIVOTA – POJEM, PŘÍSTUPY A POJETÍ.....	10
1.2 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA .....	12
1.2.1 Objektivní a subjektivní dimenze kvality života.....	12
1.2.2 Dimenze kvality života podle obsahu .....	13
1.3 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA .....	14
1.3.1 Základní principy měření kvality života.....	14
<b>2 KVALITA ŽIVOTA V SÉNIU</b> .....	<b>16</b>
2.1 STÁRNUTÍ, STÁŘÍ A SOUVISEJÍCÍ POJMY .....	16
2.2 VÝVOJOVÉ ÚKOLY STÁŘÍ.....	17
2.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA VE STÁŘÍ .....	19
2.3.1 Změny při fyziologickém stárnutí .....	19
2.3.2 Změny psychických funkcí ve stáří.....	20
2.3.3 Sociální a jiné faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří.....	21
<b>3 DOMOV DŮCHODCŮ JAKO ŽIVOTNÍ ALTERNATIVA</b> .....	<b>25</b>
3.1 POJEM DOMOV DŮCHODCŮ (DOMOV PRO SENIORY) .....	25
3.2 FUNKCE A ČINNOST DOMOVA DŮCHODCŮ.....	25
3.3 PRIORITY V PÉČI O SENIORY.....	27
3.4 RIZIKA ÚSTAVNÍ PÉČE.....	28
3.5 SENIOR OBYVATELEM DOMOVA DŮCHODCŮ – PRÁVA A POVINNOSTI.....	30
3.6 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA V DOMOVĚ DŮCHODCŮ .....	31
3.6.1 Prostředí .....	31
3.6.2 Personál .....	33
3.6.3 Služby.....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>4 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>36</b>
4.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	37
<b>5 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>38</b>
5.1 POUŽITÉ METODY .....	38
5.2 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	39
5.3 REALIZACE VÝZKUMU .....	39
5.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	40
<b>6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU</b> .....	<b>41</b>

6.1	FYZICKÉ A PSYCHICKÉ ZDRAVÍ OBYVATELŮ DD.....	41
6.2	AUTONOMIE OBYVATELŮ DD (SOBĚSTAČNOST).....	46
6.3	DENNÍ REŽIM A DOMOVNÍ ŘÁD V DD .....	50
6.4	SLUŽBY V DD .....	53
6.5	ADAPTACE V DD.....	55
6.6	SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ A OPORA V DD.....	57
6.7	VOLNÝ ČAS V DD .....	60
6.8	SHRNUTÍ A ZÁVĚRY .....	61
<b>7</b>	<b>VLASTNÍ NÁVRH MODELU PÉČE V DOMOVECH DŮCHODCŮ .....</b>	<b>63</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>73</b>

## ÚVOD

Když jsem v loňském roce absolvovala odbornou praxi v domově důchodců, vnímala jsem svůj pobyt tam jako šanci nahlédnout do života lidí, kteří v pokročilém věku z různých důvodů dobrovolně opustili své domovy a jako nové útočiště si zvolili domov důchodců. Pozorně jsem sledovala každodenní realitu, strávila hodiny rozhovory s obyvateli domova důchodců a domýšlela si, jaký život tyto lidé v domově žijí. To mě přivedlo na myšlenku zvolit si jako téma bakalářské práce problematiku kvality života seniorů v domovech důchodců a prakticky ji zaměřit na možnosti jejího zlepšení.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou, přičemž tyto jsou dále členěny na jednotlivé kapitoly a podkapitoly. Teoretická část se sestává ze třech hlavních kapitol, jejichž cílem je teoreticky obsáhnout stěžejní témata, jež budou východiskem pro praktické vyústění studie (výzkum). První kapitola je věnována problematice kvality života v obecné rovině počínaje vysvětlením samotného pojmu, přes členění jednotlivých dimenzí kvality života až po principy a metody jejího měření.

V druhé kapitole se zabývám rovněž kvalitou života tentokrát však v kontextu životní etapy stáří. Definuji pojmy stárnutí, stáří, senior a další. Vymezuji, co je obsahem vývojových úkolů tohoto období a v závěru uvádím faktory, jež se významně podílí na kvalitě života člověka v síni.

Teoretickou část uzavírá kapitola „Domov důchodců jako životní alternativa“. Zde pojednávám o domovech důchodců v souladu s aktuální legislativou, definuji základní funkce těchto zařízení, zmiňuji priority i rizika péče, práva a povinnosti obyvatelů a také faktory ovlivňující kvalitu života v domovech.

Praktickou část jsem pojala ve dvou krocích. Základ tvoří interpretace výsledků výzkumu realizovaného v Domově důchodců Frenštát p.R se zaměřením na otázky možností zlepšení kvality života v domově. Na tento navazuji vlastním návrhem modelu péče. Cílem praktické části je v závislosti na výzkumných zjištěních vypracovat soubor opatření, jež pomohou v daném zařízení zlepšit stávající situaci a kvalitu života jeho obyvatel.

Práce je doplněna přílohami včetně seznamu použité literatury a dalších zdrojů.



## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KVALITA ŽIVOTA

Cílem této kapitoly je stručně seznámit s pojmem kvalita života, pokusit se jej definičně vymezit v rámci některých základních společenskovedních přístupů. A dále zmínit pojetí kvality života z hlediska rozsahu jejího vnímání a posuzování.

### 1.1 Kvalita života – pojem, přístupy a pojetí

Pojem „kvalita života“ (dále jen QOL – Quality of life) není snadné definovat, díky jeho abstraktnímu charakteru. Patří tedy k tzv. multidimenzionálním pojmům tzn., že existuje celá řada přístupů a snah o jeho definiční vymezení. QOL je výrazem, pod nímž se skrývá mnoho dalších pojmů, jež různou měrou ovlivňují život člověka a jeho subjektivní pocit spokojenosti. Podle toho, který pohled na daný jev převládá, můžeme QOL teoreticky vymezit následovně - uvádím pouze stručný demonstrativní výčet možných definic (Vaňurová, 2005):

- Kvalita života dle **WHO** (Světová zdravotnická organizace) – Původně byla koncepce QOL v pojetí této organizace omezena spíše na stránku zdravotní. Později někdy kolem roku 1946 však došlo k modifikaci tohoto pojetí stejně jako i k náhledu na zdraví samotné. „Zdraví je definováno nejen jako absence nemoci nebo postižení, ale také jako stav plného tělesného, duševního, sociálního a duchovního blaha člověka.“(Pichaud, Thareauová, 1998, s.62). Vycházejíc z tohoto pojetí je kvalita života nazírána jako: „...jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu jeho kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Tato definice ač je dost široká, v podstatě poukazuje na to, že QOL je ovlivněna jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.
- „Kvalita života jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou.“ (Nagpal in Vaňurová, 2005)
- „Kvalita života je subjektivně pociťované zdraví.“(Cambell, Convers in Vaňurová, 2005).

- „Kvalita života jako veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost.“ (Zannoti in Vaďurová, 2005).
- Kvalita života jako soubor ekonomicko-sociálních podmínek a využívání znalostí, zkušeností a vzdělání předchozího života, schopnosti tvořit, osobního uspokojení a vážnosti i dobrého zdravotního stavu (Křivohlavý, 2002).
- Z pohledu sociologie je QOL posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možnosti podílet se na řízení společnosti,...podle osobní a kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.

Z mého pohledu se mi jako nejvýstižnější jeví definice QOL od Křivohlavého. Mnohé definice stavějí kvalitu života výhradně na zdraví jedince, jako hlavního činitele, od něhož se odvíjí osobní spokojenost. Bohužel ale opomíjí další důležité stránky života, zejména ty sociální a ekonomické. Jiné definice jsou zas příliš obecné a zaměřují se jen na vnější vlivy, jako by QOL byla závislá pouze na vnějších podmínkách. Křivohlavý ve své definici QOL respektuje zdravotní stránku QOL a také připouští vliv společenských podmínek a vliv schopností jedince.

Podle toho jak široké spektrum chceme při posuzování QOL obsáhnout, lze uvažovat v těchto rovinách (Engel a Bergama in Vaďurová, 2005, s.15):

1. Makro-rovina – QOL posuzována z hlediska velkých společenských celků př. daného státu nebo kontinentu. QOL součástí politických úvah.
2. Mezo-rovina - v malých sociálních skupinách (škola, pracovní kolektiv,...). Otázky sociálního klimatu, mezilidských vztahů, sdílení hodnot, saturace potřeb členů skupiny.
3. Personální rovina – zaměření na život jednotlivce. Roli hraje subjektivní hodnocení zdravotního stavu, osobní spokojenosti, naděje, hodnoty, představy a očekávání a další faktory ovlivňující vnímání QOL.
4. Rovina fyzické existence – pozorovatelné chování druhých lidí, které je objektivně měřitelné a srovnatelné př. chůze před a po operaci.

Rozdělení QOL podle zaměření na určité úrovni života (Kováč in Vaňurová, 2005, s.16):

1. Bazální (existenční) – patří sem somatický stav, psychické fungování, funkční rodina, materiálně-sociální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život.
2. Mezo-úroveň (individuálně specifická).
3. Meta-úroveň (kulturně duchovní).

## 1.2 Dimenze kvality života

Kvalitu života a její dimenze lze vnímat ze dvou hledisek- z hlediska objektivního a subjektivního. V následujících řádcích se proto budu zabývat těmito hledisky, zmíním i činitele mající vliv na kvalitu života a také zde vymezím co je obsahem dimenzí QOL.

### 1.2.1 Objektivní a subjektivní dimenze kvality života

Objektivní pohled na kvalitu života se zaměřuje na hodnocení podmínek, které ovlivňují život člověka.. Jsou jimi podmínky ekonomické, sociální, zdravotní a environmentální. Kvalitu života pak vidí jako: „...míru, v níž jedinec využívá možnosti svého života.“(Vymětal in Vaňurová, 2005, s. 17).

Naproti tomu subjektivní pojmání QOL (individuální kvalita života) se týká spíše toho, jak jedinec sám vnímá své postavení ve společnosti. Jedná se tedy o... „subjektivní hodnocení spokojenosti resp. nespokojenosti s jednotlivými oblastmi života, se životem na základě vlastních představ, nadějí, očekávání a přesvědčení.“( Petřková, Čornaničová, 2004, s.42).

Obě uvedené dimenze skýtají jiný pohled na QOL a přinášejí odlišné výsledky, avšak pro celkové zhodnocení QOL jsou nezbytné. Pro kvalifikované hodnocení QOL nelze opomenout ani činitele QOL. Podle Jesenského jsou to tyto (Jesenský in Vaňurová, 2005, s. 18):

- Vnitřní činitele – patří sem veškeré aspekty, které ovlivňují rozvoj a integritu (celistvost) osobnosti tzn. tělesná a psychická stránka jedince.
- Vnější činitele – obsahově odpovídají objektivní kvalitě života, jsou to tedy podmínky v nichž jedinec žije (ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické, materiálně technické).

### 1.2.2 Dimenze kvality života podle obsahu

Za účelem měření bývá QOL rozčleněna na jednotlivé oblasti života, z důvodu omezeného rozsahu této práce jsem vybrala pouze dva systémy rozčlenění QOL - podle WHO a z hlediska oblastí, na které se zaměřují dotazníky QOL (dotazníky obsahující hodnotící škály, které dovolují kvantifikovat a dlouhodobě sledovat vývoj položek QOL).

Členění jednotlivých oblastí QOL podle WHO (Vařurová, 2005):

- Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – do této oblasti patří faktory jako jsou energie, únava, bolest, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské péči, schopnost pracovat, atp.
- Psychické zdraví a duchovní stránka – zahrnuje sebepojetí, oblast pocitů, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, víru, spiritualitu, atp.
- Sociální vztahy – patří sem osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita, atp.
- Prostředí – do oblasti prostředí zasahují tyto faktory např. finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, možnosti získání vzdělání, fyzikální prostředí (ekologie).

Dimenze života měřené dotazníky QOL (Vařurová, 2005):

- Zdravotní stav – fyzické zdraví, nezávislost, psychické zdraví, celkové zdraví.
- Každodenní aktivity – bydlení, denní režim, sebeobsluha, práce, jídlo.
- Sociální oblast – blízké vztahy (rodina, partner, přátelé), širší vztahy (soc. organizace, podpora okolí, služby), socioekonomická pozice (peníze).
- Vnitřní realita – spokojenost, vnitřní zkušenost (svoboda, krása, láska, víra), sebe-rozvoj (vzdělání), bezpečí, sebehodnocení (sebeúcta, seberealizace, užitečnost), kontrola.

### 1.3 Měření kvality života

Abstraktní ráz pojmu QOL klade nemalé nároky na jeho měření. Chceme-li se zabývat měřením QOL, nutně nám vyvstanou otázky typu: Jaké metody použít? Na jaká data se zaměřit? Jak kvalitu života zjišťovat?, atp. Odpovědi na tyto a mnohé další otázky jsou však v problematice měření QOL zásadní. Protože téma je natolik rozsáhlé, že by samo vydalo na několik prací, cílem této podkapitoly je alespoň nastínit základní principy a metody měření QOL.

#### 1.3.1 Základní principy měření kvality života

Podle Kirbyho lze na QOL z hlediska jejího měření nahlížet ze tří perspektiv (Kirby in Vaďurová, 2005):

1. Jako objektivní měření sociálních ukazatelů (v termínech možností, bariér a zdrojů okolí).
2. Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem.
3. Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.

„Měření je proces přiřazování čísel objektům nebo událostem podle určitých pravidel.“(Vaďurová, 2005, s. 40). Získaná data pak podle jejich povahy dělíme na poměrová, intervalová, ordinální a nominální. Prostředky a metody, jimiž data získáváme nazýváme nástroji (dotazníky, testy, pozorování, atp.) Jedním z nástrojů pro měření QOL jsou také škály. „Škála je soubor symbolů nebo číslic, které jsou sestaveny tak, že symboly nebo číslice stanoveným způsobem korespondují s charakteristikami jedince.“(Vaďurová, 2005, s. 40). K účelům měření QOL existuje několik různých hodnotících stupnic (škál): oddělené odpovědi, LIKERT stupnice, vizuální analogie, adjektivní hodnotící stupnice.

Při výběru výzkumné metody se vychází z toho, co je záměrem výzkumu, jaké jsou cíle a potřeby výzkumu, kdo bude zdrojem informací, komu budou výsledky měření poskytnuty, atp. Po zhodnocení všech důležitých okolností lze použít obecné nebo specifické metody měření kvality života. Obecné nástroje měření QOL pokrývají množství oblastí života a mohou být užity u osob různého zdravotního stavu. Jsou vhodnější pro programy zdravotní péče (zahrnují měření schopností). Naproti tomu specifické nástroje pro měření

QOL se zaměřují na hodnocení přesně vymezených oblastí života a specifickou část populace. Podle míry objektivitvy dále metody dělíme do tří základních skupin (Křivohlavý in Vaňurová, 2005):

1. Objektivní – metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba (APACHE II., The Karnofsky Performance Scale, Visual Analogue Scale, Index kvality života, Spintzer Quality of life index).
2. Subjektivní – hodnotitelem je sama daná osoba (SEIQoL, SEIQoL-DW, LQoLP, LQoLP-EU, Dotazník SQUALA).
3. Smíšené – vzniklé kombinací předešlých dvou metod (MANSA, Life Satisfactory Scale)

Dalšími nástroji pro měření QOL jsou:

- nástroje pro měření funkčního stavu
- nástroje pro měření QOL vzhledem ke zdraví
- nástroje pro měření psychické pohody
- nástroje zaměřující se na sociální síť a sociální podporu
- nástroje měřící životní spokojenost a morálku
- nástroje pro měření QOL u běžné populace

Pro úspěšnost měření QOL jsou rovněž klíčové požadavky kladené na validitu (platnost) a reliabilitu (spolehlivost a přesnost) zvolených metod a nástrojů.

## 2 KVALITA ŽIVOTA V SÉNIU

Pojmem kvalita života jsem se podrobněji zabývala v předchozí kapitole. Následující řádky věnuji rovněž QOL avšak v kontextu období, které završuje životní cyklus jedince – stáří. Mým cílem bude definovat stáří a další související pojmy, dále vymezit změny, které stárnutí jedince doprovázejí se zaměřením na fyziologii, psychiku i sociální stránku. A v neposlední řadě zde zmíním vývojové úkoly vztahující se k séniu.

### 2.1 Stárnutí, stáří a související pojmy

V české i zahraniční literatuře není o definice stárnutí a stáří nouze. Před tím než se budu zabývat odbornou terminologií, by však bylo asi dobré uvědomit si, co pro nás stárnutí představuje. Kdybychom se zeptali třeba jen 5 lidí, jistě bychom vyslechli pět různých představ o stáří. Někdo by řekl, že stáří jsou jen negativa a nedostatky. Naproti tomu jiný by mohl namítnout, že stáří má i svá pozitiva a nejedná se jen o stále se zhoršující zdraví či úbytek schopností. Pro mě osobně představuje stáří období, které je spojeno jak s určitými obtížemi, tak i s radostmi, zkušenostmi, moudrostí, tvořivostí. Při studiu literatury jsem z větší části nabyla dojmu, že autoři se o stárnutí a stáří častěji vyjadřují v negativech. Zvláště pak v titulech se zdravotnickým zaměřením lze najít dlouhé výčty všech úbytků schopností a zhoršených funkcí. Dokladem takového přístupu jsou i tyto definice: „Stárnutí lze považovat za přirozený a biologický zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv.“ (Štílec, 2004, s.14). Autoři Petřková, Čornaničová a Pacovský (2004, s.29) charakterizují stárnutí následovně: „Stárnutí je posloupnost nezvratných změn, ke kterým dochází v živém organismu a které postupně omezují a oslabují jeho funkce.“ I když tento přístup připouští, že stárnutí je proces, který má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramován, podléhá vlivům prostředí a u každého jedince může probíhat jinak co se týče času i příznaků, stejně zde převládá negativní pohled na věc. Stáří, ale přece nemusí být jen smutné a negativní. Česká autorka Helena Haškovcová ve své knize „Fenomén stáří“ naopak pohlíží na toto období jako na podzim života, který může být prožíván aktivně a s radostí. Pozitivní pohled jsem zaznamenala také u francouzských autorů, kteří stárnutí definují jako „působení času na lidskou bytost“ (Pichaud, Thureauová, 1998, s. 25). Připouštějí, že stárnutí s sebou přináší změny, které mohou mít za následek zpomalování či úbytky, avšak zdůrazňují, že některé vlastnosti těla se nejenže nemění, ale mohou se dokonce i zlepšovat.



Lidé vyššího věku bývají nazýváni různě př. starý, senior, geront, senescent, důchodce, apod. Kde je hranice, při jejímž překročení již můžeme označit člověka za „starého“? Vývojové periodizace vymezují stáří podle kalendářního věku jedince (věk počítaný od narození člověka). Př. Podle Petřkové a Čornaničové (2004): 60 – 74 let – rané stáří (mladý senior); 75 – 89 let – vlastní stáří (starý senior); 90 a více let – dlouhověkost (velmi starý senior). Vágnerová (2000): 65 – 75 let – ranné stáří; 75 a více let – pravé stáří. Matouš a kol. (2002): 55 – 64 let – vyšší věk; 65 – 74 let – vysoký věk; 75 a více let – velmi vysoký věk. V procesu stárnutí je však rozhodujícím nikoli kalendářní věk, nýbrž biologický (skutečný stav příslušného jedince, který je závislý na životním stylu).

Z ekonomického hlediska je stáří nazýváno věkem ekonomicky postaktivním. Společensky vžitým označením stáří je i spojení „třetí věk“.

„Starý člověk je ten, který žil déle než většina v té době žijících lidí“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 25). Označení „starý“ je často kritizováno a vnímáno negativně. Častěji se tedy užívá významově neutrální termín „senior“ (člověk žijící v období stáří).

## 2.2 Vývojové úkoly stáří

Vývoj probíhá neustále a nezastaví se ani před stářím. „Jsme tedy v procesu permanentního dotváření.“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 24). Nakolik člověk zestárne je především výsledkem jeho vlastního úsilí. Ericson (1963) sestavil periodizaci vývojových úkolů. Pro období stáří je tímto úkolem „integrita já proti zoufalství“ (někdy bývá též uváděno jako „integrita proti strachu ze smrti“). Jelikož sám autor dle mého názoru podává zcela výstižné vysvětlení této problematiky, rozhodla jsem se do jeho formulace nezasahovat a cituji tedy celou pasáž knihy „Osm věků člověka“, kterou z anglického originálu přeložili manželé Langmeierovi. Integrita „já“ je stav, ve kterém: „...Jen ten, kdo tak či onak vzal na sebe péči o věci a lidi a kdo se přizpůsobil triumfům i zklamáním, která provázejí život, jen zploditel ostatních bytostí nebo tvůrce nových věcí a idejí může vydávat pomalu zrající plody těchto sedmi stadií.“ Sedmi stadií jsou myšleny předchozí vývojové etapy. Integrita neboli celistvost v sobě zahrnuje několik složek: „Je to důvěra já, která narůstá z jeho sklonu pro pořádek a hledání významu. Je to postnarcistická láska lidského já (ego) - nikoliv pouze sebe (self), které znamená zkušenost odkrývající určitý světový řád a duchovní smysl, ať už se za to platí sebevíc. Je to přijetí vlastního jedinečného životního běhu jako něčeho, co muselo být a co nezbytně nemohlo být jinak. To tedy znamená novou, jinou lásku k

vlastním rodičům. Je to sounáležitost s řádem vzdálených dob a různých směrů, jak je vyjádřen v prostých výtvořech a rčeních oněch dob a směrů. A ten, kdo dosáhl této osobní integrity, je připraven bránit hodnotu vlastního životního stylu proti všem fyzickým a hospodářským hrozbám, ačkoliv si je vědom relativity všech různých životních stylů, které dávají význam lidskému snažení. Ví totiž, že individuální život je náhodný souběh jednoho jediného životního cyklu s jedním jediným úsekem historie; a že pro něho lidská integrita stojí či padá s oním stylem integrity, na němž on sám bere účast. Styl integrity vytvořený jeho kulturou nebo civilizací se tak stává dědictvím jeho duše, pečetí jeho morálního otcovství k sobě samému. V takovém konečném vyrovnání ztrácí smrt svůj osten.“ (Ericsson, 1963). Důsledkem nedostatku či ztráty integrace je strach ze smrti. Pocity, že je jedinec omezen časem a nemá možnost začít znovu od začátku působí stav zoufalství. Hlavním cílem období stáří je tedy rozvoj a zachování integrity člověka.

V novější literatuře jsou vývojové úkoly ve stáří pojaty spíše z hlediska rozvoje a zachování kompetencí. Kompetence - „...komplexní schopnost vnímat okolní svět ve všech jeho složitostech, rozumět mu.“ (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 33). Koncepční pojetí se nevztahuje pouze na oblast pracovního výkonu, ale na všechny etapy a oblasti života. Jedná se o tyto kompetence:

- Ovládat senzo/psychomotorické procesy
- Stačit na požadavky každodenního života
- Aktivovat vědomosti
- Zvládnout nové situace
- Navazovat nové kontakty
- Akceptovat limity/omezení.

Nezbytným předpokladem k zvládnutí tohoto vývojového úkolu je samozřejmě adekvátní přístup, který vychází z důvěry, že starší člověk může být kompetentní a produktivní.

## 2.3 Faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří

Stáří je doprovázeno mnoha změnami. Některé mohou mít následky v podobě zpomalení či úbytků a jiné zas mohou přispět k rozvoji nových schopností a vlastností. Ne všechny změny při stárnutí jsou fatální, optimální duševní a tělesnou aktivitou lze nástup těchto změn zpomalit a prodloužit tak aktivní věk.

### 2.3.1 Změny při fyziologickém stárnutí

Ze všech změn, které doprovázejí proces stárnutí a vývojovou fázi stáří jsou nejmarkantnější právě ty v oblasti fyziologie a biologie člověka. Jsou to změny odrážející se v jedincově vzhledu, jeho držení těla a dalších jeho charakteristických rysech. Protože tato problematika je velmi rozsáhlá a není cílem této práce podrobně se jí zabývat, uvádím pouze demonstrativní výčet fyziologických změn, které mohou mít tyto následky (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 30):

- Zmenšování odolnosti organismu vůči nepříznivým vlivům
- Úbytek svalové síly, hmoty a energie
- Poruchy činnosti jednotlivých orgánů
- Snižování senzorické kapacity (zhoršení kvality zraku a sluchu)
- Snižování motorické kapacity
- Arterioskleróza a hypertenze
- Potíže s dýcháním
- Problémy s regulací tělesné teploty
- Zažívací potíže
- Osteoporóza
- Zpomalení smyslových funkcí

Výčet doplňují i další funkční změny podle autorů Plevové a Bolelouckého (2000, s. 12 – 15):

- Poruchy spánku

- Snížená chuť k jídlu
- Úbytek energie, únava
- Snížená potřeba sexuálních kontaktů

### 2.3.2 Změny psychických funkcí ve stáří

Ve stáří dochází z psychologického hlediska nejčastěji ke změnám kognitivních funkcí, které zahrnují tyto oblasti (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 31; Plevová, Boleloucký, 2000):

- **Inteligence** – S rostoucím věkem dochází k poklesu fluidní inteligence (geneticky podmíněná inteligence umožňující člověku adekvátně reagovat na nové situace a rychle se učit). Tento pokles je do určité míry kompenzován inteligencí krystalizovanou, která je výsledkem formálního učení a její úroveň nemusí klesat ani ve vyšším věku.
- **Paměť** – procesem stárnutí je ovlivněna především paměť krátkodobá. Senior má potíže vzpomenout si na nedávné události, naproti tomu si dobře pamatuje události a situace staré i několik desítek let. Novodobé studie ukazují, že pamětní výkon se dá trénovat a rozvíjet. To se týká hlavně dlouhodobé a profesní paměti.
- **Schopnost učit se** – ovlivněna mnoha faktory př. horší pamětní výkon, potíže s dělením a přesouváním pozornosti, zhoršené logické uvažování, atp. Připravenost k učení je však také ovlivněna krystalizovanou inteligencí a otevřeností k učení a vzdělávání.
- **Osobnost** – co se týče osobnosti výzkumy říkají, že nedochází k výraznějším regresům. Existují však typy osobností, které usnadňují či komplikují vyrovnávání se s vlastním stářím. Jsou to tyto základní typy osobností:
  1. **Konstruktivní osobnost** – jedinec přijímá stárnutí, nemá z něho obavy, dokáže se těšit ze života a snaží se být aktivní, udržuje kontakty s ostatními.
  2. **Závislá osobnost** – poměrně vyrovnaná osobnost, ale spoléhá na pomoc a péči druhých. Stáří vnímá jako čas odpočinku.

3. Defenzivní osobnost – neurotické rysy, jedinec zůstává aktivní, chce sobě i druhým dokázat, že je stále výkonný a nezávislý.
4. Hostilní osobnost – uvažuje nerealisticky, ze svého neštěstí a životních selhání obviňuje druhé.
5. Osobnost nenávistná k vlastní osobě – svou nenávist a agresi obrací proti sobě.

Naproti tomu jiní autoři poukazují na určité změny v osobnosti seniorů. Zvláště pak na zvýraznění některých osobnostních rysů jako je př. egoismus nebo šetrnost, apod. Rovněž dochází k redukci zájmů a k delšímu doznívání emocí a emočních stavů (Pidrman, 2005).

V souvislosti s psychikou je nutné uvést, že u starších jedinců byl v porovnání s dospělou populací zjištěn vyšší výskyt psychiatrických onemocnění a duševních poruch. Nejčastěji se jedná o tyto (Plevová, Boleloucký, 2000):

- Depresivní syndrom
- Úzkostný syndrom
- Poruchy myšlení a bludy
- Delirantní syndrom
- Poruchy paměti
- Syndrom demence
- Neurózy
- Afektivní poruchy
- Psychózy
- Alzheimerova choroba, atp.

### **2.3.3 Sociální a jiné faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří**

I přes některé předsudky o tom, že všichni senioři jsou stejní, je populace seniorů velmi různorodá. Liší se mnoha charakteristikami: věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinným a sociálním zázemím, ekonomickou situací, vzděláním, životními zku-

šenostmi atp. Mezi sociální faktory, které významně ovlivňují kvalitu života v séniu a mohou přispět k tzv. sociálnímu stáří, patří tyto (Kalvach, Onderková, 2006):

- Osamělost – nejčastější příčinou osamělosti ve vyšším věku je ovdovělost, která je výraznější u žen. J. Thomayer se k osamělosti vyjadřuje takto: „Kdo déle žije, ztrácí přítele za přítelem...Stoletý má kolem sebe jen některého příbuzného anebo place-nou služebnou osobu, která nejednou ze svého starce šašky si tropí...Po stránce společenské se tedy stoletý člověk as málokdy má dobře. Zbývají mu jen upomínky na lepší časy.“ (Thomayer in Kalvach, Onderková, 2006, s. 9)
- Penzionování – Odchod do důchodu klade vysoké nároky na schopnost adaptace, ta je však u starších lidí snížena. Nový životní styl se vyznačuje množstvím volného času, který ne vždy bývá smysluplně využit a vede pak k poklesu životní úrovně.
- Ohroženost sociální i biologická – ohrožeností je myšlena omezená schopnost čelit různým negativním vlivům v životě člověka (od nemoci po diskriminaci).
- Věková segregace – vyčleňování seniorů z většinové mladší společnosti.
- Ztráta životní smysluplnosti
- Ageismus – neboli věková diskriminace (z angl. age – věk) se může projevovat ve formě předsudků (tzv. mýty o stáří), zdětinšťování starých lidí, podceňování, nerespektování osobnosti, ponižování důstojnosti, apod.
- Sociální vyloučení - ve smyslu úpadku a dezintegrace vztahů mezi jedincem a většinou společností, což se projevuje ztrátou sounáležitosti, vymizením sdílených hodnot a společenských statků. Důsledkem může být frustrace, rezignace, asociální nebo antisociální chování až autoagrese.
- Špatné zacházení – termínem „špatné zacházení“ je myšlena situace, kdy je osoba starší 60 let nebo celkově oslabená postupujícím věkem či tělesným nebo psychickým postižením, vystavena tělesnému, psychickému, sexuálnímu nebo emocionálnímu týrání, materiálnímu či finančnímu zneužívání, zanedbávání druhou osobou nebo sebou samým - v případě neschopnosti obstarat si základní prostředky pro život (Tošnerová, 2002).

Pichaud a Thareauová (1998) hovoří o těchto velkých životních změnách ovlivňujících QOL:

- Odchod do důchodu
- Odchod dětí a narození vnoučat
- Biologické a fyzické změny
- Smrt partnera, blízkých lidí a vrstevníků
- Změna bydlení, případně vstup do domova důchodců.

Mezi další jevy mající vliv na kvalitu života v séniu patří nepochybně i tyto (Petřková, Čornaničová, 2004):

- Edukace seniorů – je jedním z důležitých faktorů udržení kvality života, neboť přispívá ke zvyšování kompetencí a produktivity starší generace, pomáhá ji přizpůsobovat se stále se měnícím podmínkám ve společnosti a také ji umožňuje podílet se na ekonomických, politických i kulturních procesech. Zároveň upevňuje fyzické a psychické zdraví, posiluje sebedůvěru a tím i životní spokojenost. Edukaci nelze chápat jen jako jakýsi nadstandard či výplň volného času, nýbrž jako základní lidské právo rozvíjet svou osobnost prostřednictvím učení a vzdělávání po dobu celého života.
- Příprava na stáří – je součástí edukace u dospělé populace (preseniorské), jejímž cílem je optimální přechod do důchodového věku a kvalitní život v důchodu. Hlavním východiskem je posílení adaptability jedince (schopnosti organismu přizpůsobovat se probíhajícím změnám) a předejití nebo snížení rizik adaptačního selhání. „Připravovat se na své vlastní stáří znamená přijímat nové informace a impulsy, shromažďovat vědomosti o zdravém stárnutí a to vše pak umět zužitkovat v úpravě životního stylu.“ (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 58). Příprava na stáří probíhá ve čtyřech rovinách:

1. dlouhodobá příprava – probíhá po celý život a kromě zdravého životního stylu zahrnuje také výchovu ke kladným postojům ke stárnutí a stáří.

2. přeladňovací příprava – ve věku 40 – 60 let. Jedná se o zdravotnická opatření a psychologickou přípravu za účelem prevence předčasného stárnutí.
3. akutní, krátkodobá příprava – s počátkem zhruba 5 let před dosažením důchodového věku. Zabývá se materiálním zabezpečením jedince a jeho optimálním vstupem do důchodu.
4. aktuální příprava – cílem je optimální a smysluplné využití volného času seniora, aktivita a schopnost využít veškerých potenciálů jedince.

Podle svého zaměření se příprava dále člení na zdravotnickou (odhalování rizik různých onemocnění, otázky spojené se zdravou životosprávou), psychologickou (zásady duševní hygieny) a sociální (plynulý přechod z práce do důchodu, otázky bydlení, stravování, volného času).

- Výchova ke stáří a ve stáří – zahrnuje výchovu v rodině, v komunitě i ve společnosti s cílem formovat a rozvíjet mezigenerační porozumění, solidaritu a pozitivní přístup k vlastnímu stáří. Výchova ke stáří a ve stáří je předmětem zájmu mnoha celosvětových organizací, programů a aktivit.

To jak vnímáme stáří závisí na našem úhlu pohledu. Pokud jsme si utvořili negativní představy, pak si vždy budeme všimnout spíše negativních stránek stáří. V závěru této kapitoly bych jako již několikrát ráda zmínila stanoviska francouzských autorů ke stárnutí a stáří. Tito odborníci poukazují na potřebu změny přístupu ke stáří např. u lékařů, kteří „...mluví o stáří a vysvětlují jak stáří zpomalit, méně však, jak neodvratnému faktu stárnutí přizpůsobit život.“(Pichaud, Thareauová, 1998, s.25). Jako správný přístup uvádějí: „realismus, který není rezignací a optimismus, který není iluzí.“(tamtéž). Souhlasím s touto myšlenkou a myslím si, že změna přístupu by se neměla omezovat jen na lékaře a ostatní profesionály pomáhajících profesí, nýbrž měla by zahrnovat také lidi mladé, dospělé a v neposlední řadě ty, jichž se to bytostně týká – seniory.



### 3 DOMOV DŮCHODCŮ JAKO ŽIVOTNÍ ALTERNATIVA

#### 3.1 Pojem domov důchodců (domov pro seniory)

Termín „domov důchodců“ (dále jen DD) je zakotvený ve vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. V novém zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§ 49), však nalezneme novou terminologii. Domovy důchodců jsou zde nahrazeny „domovy pro seniory“ a termín „ústav“ je nahrazen slovem „domov“ (př. domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem, apod.).

Domovy důchodců bývají též nazývány rezidenčními zařízeními (od slova rezidence – bydliště, byt), neboť poskytují tzv. rezidenční služby, tzn. sociální služby zahrnující trvalý nebo dočasný pobyt klienta.

Domov důchodců lze vnímat buď jako již zmíněné pobytové zařízení nebo také jako ústav. Obě tato zařízení mají mnoho společných rysů, proto je potřeba vymezit rozdíly mezi nimi tak, abychom mohli stanovit, ke kterému z oněch zařízení má DD blíže a pochopili tak jeho podstatu. Pobytová zařízení jsou ubytovací zařízení s výjimkou soukromých bytů a domů (př. hotel, internát, kasárna,...). Ústavy mají také ubytovací charakter, ale liší se tím, že jejich personál pečuje o klientelu určitým způsobem handicapovanou. Podstatným rysem je, že ústav je pro klienty dočasnou či trvalou náhradou domova (Matoušek, 1995). Podle délky trvání handicapu jsou modely ústavní péče rozlišeny takto: klasický model péče (krátkodobý, nemocniční); rehabilitační model (u dlouhodobých handicapů); pečovatelský model (u trvalých handicapů). Považujeme-li tedy potíže spojené se stářím nebo stáří samotné za trvalý handicap a vezmeme-li v úvahu trvalou náhradu domova, pak domov důchodců je více než pobytovým zařízením spíše ústavem, prosazujícím vůči svým klientům pečovatelský model péče.

#### 3.2 Funkce a činnost domova důchodců

Funkce ústavů, dnes již domovů, lze posuzovat buď z hlediska zájmů společnosti nebo z hlediska jednotlivce. Obě tyto perspektivy se mohou shodovat nebo naopak lišit. Z pohledu společenských priorit je hlavní funkcí DD podpora a péče seniorům ve smyslu

poskytování chybějícího zázemí a péče bez níž se klient nemůže obejít. V případech, kdy se senior o sebe nemůže postarat sám a nelze počítat ani s pomocí jeho rodiny, ujímá se této funkce společnost skrze DD a podobná zařízení. Pro seniora a jeho zájmy je nejpodstatnější respekt těchto zařízení k osobní svobodě a rozhodování. Proto je vstup seniora do DD možný jen na základě jeho uvědomělého souhlasu a rozhodnutí.

Ve vyhlášce č. 182/1991 Sb. § 72, 73 jsou uvedeny skutečnosti týkající se činnosti domovů důchodců a penzionů pro důchodce a také jejich klientely, kde se říká že: domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Klienty penzionů pro důchodce jsou mimo jiné občané plně invalidní, jejichž celkový zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči, za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu. Hlavní funkcí nebo též posláním DD je tedy dočasná či trvalá náhrada domova jasně vymezené skupině klientů.

§ 73 odst. 3 této vyhlášky hovoří také o službách, které jsou poskytovány podle možností ústavu a požadavku obyvatel. V zásadě jde o následující služby poskytované za úplatu:

- dlouhodobé ubytování
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (ošetřovatelská péče)
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- strava
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- aktivizační činnosti
- pomoc při prosazování práv a zájmů
- další placené služby

### 3.3 Priority v péči o seniory

Po celém světě jsou v geriatrické péči a v přístupu k seniorům obecně zdůrazňovány následující principy (Kalvach, Onderková, 2006):

- Zabezpečení – zahrnuje zajištění základních biologických potřeb jako jsou přístup, ošacení, potrava, zdravotní péče,...
- Autonomie – spočívá zvláště ve snaze zachovat rozhodovací kompetence a kontrolu nad dnem a v úsilí co nejméně narušit soukromí klienta/seniora.
- Důstojnost - jedním z hlavních cílů v péči o seniory by měla být ochrana důstojnosti, což zahrnuje respekt k osobnosti a vůli, soukromí a autonomii, studu, vyloučení chování, které klient považuje za ponižující (př.vybízení k užívání plen a odmítání pomoci k použití toalety, krmení a mytí namísto dopomoci k sebeobsluze, infantilizace – zdětinšťování, podceňování schopností seniora,...), prevenci nevhodného zacházení, zanedbávání či násilí vůči klientům.
- Smysluplnost – tímto principem je myšlena pomoc při hledání životní náplně, podřízení zdravotní péče sociální roli, zcivilnění péče, animační programy, prevence komunikační i senzorické deprivace (psychický důsledek nedostatku potřebných podnětů k určité činnosti, stav nemožnosti uspokojení základních senzorických a komunikačních potřeb jedince, vedoucí k porušení psychické rovnováhy).
- Participace – ve smyslu zapojení klienta/seniora do života komunity, sdílení problémů, podíl na rozhodování, komunikování.
- A další - Respekt k osobnosti a vůli, posilování zodpovědnosti seniora, aktivní naslouchání a empatie, adekvátní komunikace.

Péče, která se zaměřuje pouze na základní zabezpečení klienta a zdravotní péči, aniž by respektovala ostatní jmenované principy, není péčí kvalitní a může klienta těžce a dlouhodobě poškodit.

### 3.4 Rizika ústavní péče

Dlouhodobý pobyt v ústavu byt' může být sebelepší skýtá pro klienta určitá rizika. Matoušek ve své knize „Ústavní péče“ uvádí tato:

- Hospitalismus – tento termín vystihuje stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, který je zároveň charakteristický sníženou schopností adaptace na neústavní – civilní život. V domově důchodců je zpravidla vše co se týče klienta zaopatřeno – strava, ubytování, praní, finance, atd. Klient se nemusí o nic starat a zvyká si, že se o něj postarají druzí. Další okolností, která tomuto nahrává je fakt, že se obyvatel DD pohybuje v omezeném prostoru, s omezeným počtem lidí, čímž se jeho svět redukuje na svět ústavní. V takovém „redukovaném světě“ je pak snazší žít než v širším vnějším světě. Protože klienti zpravidla DD neopouštějí, aby se vrátili do svého původního domácího prostředí, hrozba neschopnosti orientovat se ve vnějším světě zde není tak velká. Avšak já vidím riziko hospitalismu především ve skutečnosti, že klient vlivem přílišné péče a všestranné zaopatřenosti ztrácí svou úroveň soběstačnosti.
- Homogenní kolektivy – některé ústavy zvláště pak ty mající represivní ráz jsou organizovány tak, aby spojovaly jedince stejného pohlaví nebo věku. Což může být doprovázeno mnoha potížemi (zhoršené korigování individuálního chování, zneumožnění styku s druhým pohlavím,...). Co se týče domovů důchodců myslím, že tato rizika zde nehrozí jednak proto, že v DD se nacházejí lidé různého věku byt' vyššího a jednak také protože jsou zde umíst'ováni jedinci obou pohlaví společně. Již na počátku kapitoly o stáří jsem uvedla, že senioři netvoří homogenní skupinu, protože každý stárne jiným způsobem a jinak rychle.
- Ponorková nemoc – jev popisovaný původně u osádek lidí na dalekých plavbách v podstatě vystihuje stav, při němž se snižuje tolerance člověka vůči druhým osobám. Vzniká dlouhodobým pobytem v prostředí, z něhož jedinec nemůže uniknout. Původně přátelské a optimistické chování se mohou změnit na negativní projevy až nepřátelství. V DD se tento fenomén může vyskytnout jak mezi jedinci obývajícími jeden pokoj, tak i mezi některými ostatními obyvateli.
- Šikanování – tzn. násilné chování klientů vůči klientům. Někdy bývá zdrojem šikany personál, který zneužívá své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání,

ponižování a jinému hrubému chování. Nejvyšší riziko šikany je právě v ústavech, kde klienty jsou děti, mentálně retardovaní, velmi nemocní a staří.

- Zneužívání klientů má mnoho projevů. Většinou má podobu nevhodného chování personálu vůči klientům př. přivlastňování si jejich práce, omezování na stravě (dostávají méně než na co mají nárok), apod. Může se však jednat také o zneužívání sexuální. Častěji než v DD se s touto formou zneužívání můžeme setkat např. ve věznicích, ústavech sociální péče, apod.
- Erotické vztahy mohou vznikat jak mezi klienty a personálem, tak i mezi klienty navzájem. V ústavech s obyvateli obou pohlaví a výjimkou nejsou ani domovy důchodců, se někdy stává, že se klienti sblíží, chtějí se vzít a žít spolu v ústavu, nebo mimo něj. V DD tyto vztahy mezi klienty nebývají takovým rizikem. Rizikovými jsou spíše erotické vztahy mezi klienty a personálem, které jsou jednak proti profesionální etice a jednak mohou být klasifikovány jako sexuální zneužívání.
- Konfuze rolí – o konfuzi rolí hovoříme tehdy, kdy se personál stylizuje do úlohy rodiče či jiné blízké osoby klienta. Takové chování je nežádoucí, vede k infantilizaci klienta, snižování jeho odpovědnosti, k posilování jeho vazby na profesionála i na ústavní prostředí. I když impuls k překročení hranic profesionální role může vzejít ze strany klienta, odpovědnost nese vždy profesionál. Riziko konfuze rolí shledáváme častěji spíše v ústavech pro dospívající a mladé dospělé.
- Ztráta soukromí – „Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu“ (Matoušek, 1995, s. 111). V některých ústavech bývá soukromí omezeno méně a jinde zase až příliš. Faktem ale zůstává, že klient je nucen sdílet omezený prostor s lidmi, které si nemohl vybrat. Zvláště pak v ústavech pro staré a handicapované jsou jejich finance spravovány personálem, čímž je znemožněno právo klienta nakládat se svými penězi. Navíc je klient v ústavu neustále pod kontrolou personálu i ostatních obyvatelů. Často je omezován ve svých činnostech, protože jimi ruší ostatní nebo je sám rušen ostatními. Prostor, který mu byl dán k dispozici často musí sdílet s dalšími osobami a pokoj je v podstatě prostorem veřejným, kam personál vstupuje někdy i bez klepání a volný přístup mají i ostatní obyvatelé.
- Traumata z výše popsaných rizikových faktorů mohou člověka vážně psychicky oslabit i trvale poškodit.

### 3.5 Senior obyvatelem domova důchodců – práva a povinnosti

Při nástupu do domova klient s DD uzavírá smlouvu o poskytnutí služby sociální péče v domově pro seniory. Smlouva upravuje práva a povinnosti smluvních stran a další skutečnosti týkající se pobytu v DD. Obsahuje tyto náležitosti: určení smluvních stran, rozsah poskytování sociální služby, ustanovení o ubytování, stravování a péči, fakultativní činnosti, místo a čas poskytování sociální služby, výše úhrady a způsob jejího placení, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb, výpovědní důvody a výpovědní lhůty, doba platnosti smlouvy, podpisy klienta a poskytovatele. Smlouva musí být písemná a vyhotovena ve dvou exemplářích, lze ji měnit či zrušit opět pouze písemně. Obsahuje také prohlášení o tom, že smlouva byla uzavřena na základě svobodné vůle a obě strany jsou srozuměny s jejím obsahem, kterýžto stvrzují svým podpisem. Obě strany tímto právním aktem nabývají práva a povinnosti vyplývající ze smlouvy (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006).

Po nabytí platnosti výše popsané smlouvy se senior, který se rozhodl pro odchod do DD náhle ocitá v prostředí, kde panuje určitý řád a zvyklosti, jimž je nucen se podřídit. Normy a pravidla, která ovlivňují život klienta v DD můžeme rozdělit na formální (obsažena v domovním řádu) a neformální pravidla (nepsaná), která doplňují formální normy. Čím menší je rozpor mezi psanými a nepsanými pravidly, tím lépe se klient v systému orientuje a nedochází k nedorozuměním. Pravidla shrnutá v domovním řádu obvykle stanovují (Matoušek, 1995):

- kdy a komu je domov, příp. jeho části přístupný
- kdy a kde se konají programy, nakolik jsou povinné
- kdy má klient volný čas pro sebe
- kdy je nutné dodržovat noční klid
- kdy se udržuje a kontroluje hygiena a pořádek
- kdy a jak se projednávají záležitosti týkající se provozu domova
- kdy a za jakých podmínek je možné domov opustit
- normy týkající se kouření, alkoholu a jiných drog
- normy týkající se styku s vnějším světem (přijímání návštěv)

- způsob oznamování nemocí a nároků na léčbu
- užívání věcí a zařízení, jež mají klienti v domově k dispozici
- způsob hrazení škod, které případně klient ústavu způsobí
- sankce za porušení norem, příp. okolnosti, za nichž může být klient znovu přijat, byli propuštěni pro vážné porušení domovního řádu.

Dalším prvkem organizace chodu DD, který značně ovlivňuje klientův život je denní režim. Prostřednictvím denního režimu jsou klientu určovány činnosti a náplň dne. Jedná se o časový harmonogram, který pokrývá činnosti celého dne od snídaně přes volný čas až po večeři a noční klid. Rizikem těchto denních režimů je fakt, že často bývají sestavovány spíše podle potřeb personálu než-li klientů. Obyvatelé DD jsou povinni tento režim dodržovat a do jisté míry jím mohou být takto omezováni.

Jak již bylo zmíněno kromě povinností má klient DD samozřejmě také svá práva, zvláště pak proto, že veškeré služby, které jsou v DD poskytovány jsou placené. Klient má tedy právo na to, aby mu hrazené služby byly poskytovány ve smluvené kvalitě a míře.

### **3.6 Faktory ovlivňující kvalitu života v domově důchodců**

Při posuzování QOL v DD je potřeba uvědomit si, že člověk nežije ve vakuu, nýbrž se nachází v určitém prostředí, s určitými lidmi a má jisté potřeby, od jejichž saturace se odvíjí pocit spokojenosti. V této kapitole se proto budu věnovat třem hlavním faktorům, ovlivňujícím QOL v DD. Jsou jimi prostředí, personál a služby.

#### **3.6.1 Prostředí**

Člověk má přirozenou potřebu být orientován ve svém prostoru a to jak fyzicky, tak citově. Tato potřeba je v původním domově většinou plně uspokojena, avšak při přechodu do DD dochází k jejímu narušení, což může mít vážné důsledky na psychický a následně i tělesný stav seniora. Některá rizika ústavní péče jsem již popisovala v jedné z předchozích kapitol. Co se týče prostředí, je podle Matouška (1995) jedním ze závažných problémů v ČR fakt, že stavby v nichž jsou DD umístěny nebyly až na výjimky původně stavěny k těmto účelům. Při jejich tehdejší stavbě se nevycházelo z představ o jejich budoucí funk-

ci. Až dodatečně musely být učiněny jisté úpravy př. bezbariérové vstupy, výtahy, apod. Největším problémem však stále zůstává prostorové přetížení. Počet pokojů je vzhledem k počtu klientů nedostačující, důsledkem čehož jsou v některých DD stále ještě třílůžkové a dvoulůžkové pokoje. Pouze určitá část obyvatelů má možnost mít pokoj sám pro sebe. Přitom z výzkumů prováděných na Slovensku v roce 2000 vyplývá, že to co nejvíce ztěžovalo klientům proces adaptace na nový domov byl fakt, že musí bydlet v pokoji s cizím člověkem a přicházejí tak o své soukromí (Levická, Tomašovičová in Sýkorová a kol., 2004).

Další skutečností, která v některých domovech a jiných zařízeních stále přetrvává je nepoměr mezi prostorami užívanými personálem a prostorem vyhrazeným klientům. Jedná se o nepoměr co do výměry i vybavy. Pokoje klientů v některých domovech jsou strohé, chladné a vzhledem k nedostatku prostoru jsou zařízené jen základním nábytkem. Naproti tomu pokoje pro personál jsou vybavené novějším moderním zařízením, jsou větší, nepůsobí tak chladně a neosobně (Matoušek, 1995).

Důležitou roli pro pocit bezpečí ve vlastním teritoriu hrají rovněž pravidla určující, kdo jiný a za jakých okolností může do místnosti/pokoje vstupovat. Zda personál před vstoupením klepe či zda jsou dveře pokoje většinu dne otevřeny pro jednodušší kontrolu. (Tamtéž).

Prostředí může být také zdrojem stresu z důvodů nudy, úzkosti, strachu, osamělosti nebo nejasnosti. Je potřeba, aby v zařízeních typu DD, byla učiněna veškerá opatření, která klientům pomohou zorientovat se v novém prostředí – viditelné, zřetelné a často se opakující označení (př. orientační nápisy, značky a symboly rozlišené podle barev či světel, jasné označení prostor nebezpečných pro obyvatele,...). Neméně důležitá je rovněž volba nábytku do zařízení pro seniory. Tento musí odpovídat jejich potřebám. Sedací nábytek nesmí být příliš nízký a měkký, neboť to znesnadňuje vstávání. Úložné prostory by měly být snadno dostupné a co se týče ostatního vybavení pokojů nutností je lehká manipulace př. kliky u oken, kohoutky vodovodů, apod. (Rheinwaldová, 1999).

Všechna tato opatření pomáhají klientovi zachovat si vlastní autonomii (svěbytnost, nezávislost, funkční samostatnost) a ulehčují proces adaptace.



### 3.6.2 Personál

Každodenní kontakt obyvatelů DD s personálem zařízení je zajisté také klíčovým faktorem majícím vliv na QOL klientů. Personál zahrnuje ošetrovatelské a zdravotnické pracovníky, sociální pracovníky a ostatní pracovníky údržby DD, příp. externí personál. Významným způsobem ovlivňuje QOL v DD počet pracovníků a jejich kvalifikace. Počet by měl být optimální – ani málo ani příliš. V některých zařízeních je počet pečujících na jednoho klienta zbytečně vysoký. Přitom co se týče vybudování důvěryhodného vztahu klienta a pečovatele, je lepší omezený počet pracovníků v přímé péči.

Význam kvalifikace pracovníků v DD je myslím nepopíratelný, jen zmíním, že kromě odborných znalostí a dovedností je zásadní také ovládání komunikace s veškerými specifiky k dané skupině klientů. Rovněž záleží na vlastním pohledu profesionála na stáří, na jeho hodnotách a životní filozofii, tyto se promítají do chování ke klientům. Profesionál by se měl snažit co nejvíce seniora podpořit a pobyt v DD mu ulehčit, nikoli však ve smyslu dělat věci za něj. Tehdy by se nejednalo o podporu, ale pomoc, což jednak snižuje klientovu autonomii a jednak také zvyšuje závislost seniora na profesionálovi.

Jelikož péče, která je klientovi poskytována má velmi osobní charakter jedná se o kontakt více než blízký. Klient stejně jako profesionál citlivě vnímá chování a rozpoložení svého partnera v péči. Profesionál má ale v tomto případě mocenskou převahu a měl by proto vždy na změny chování klienta reagovat velmi citlivě a s respektem. Velkým nebezpečím, které číhá na pracovníka pomáhajících profesí je syndrom vyhoření. Ten významně ovlivňuje pracovní chování a celkové ladění osobnosti. Snížení rizik vzniku syndromu vyhoření závisí na úsilí samotného pracovníka a také na DD, který by měl soustavně pracovat na preventivních opatřeních.

Na QOL v DD se mohou významně podílet také dobrovolníci, kteří sice nejsou profesionály, ale v podstatě patří do týmu, který klienta obklopuje. Dobrovolník může být klientu v mnoha směrech užitečný, důležitý je však výběr vhodného dobrovolníka pro daného klienta. Rovněž je potřebné zjistit motivaci dobrovolníka pro jeho činnost, neboť ta významně ovlivňuje jeho chování a přístup ke klientům.

Jak jsem již zmínila výše, s klientem obvykle nepracuje pouze jeden profesionál, ale jedná se spíše o tým pracovníků. Týmová práce je charakteristická atmosférou spolupráce a jednoty, což by mělo být patrné i v chování pracovníků. Klient by neměl být zatě-

žován pracovními neshodami mezi členy týmu a co víc sám by měl být členem týmu, protože senior není jen objektem péče druhých, nýbrž sám je pečovatelem o svou osobu.

### 3.6.3 Služby

Člověk žijící ve svém původním domově si musí veškeré úkony týkající se jeho osoby a domácnosti činit sám, popř. s pomocí rodiny či jiných blízkých lidí. Pokud ale tuto možnost nemá, nezbývá mu, než se uchýlit o pomoc k institucím, které tyto služby poskytují za úplatu. Z počátku může senior využívat občasnou výpomoc pečovatelské služby, později již tato alternativa péče nemusí stačit. Podle výzkumů jsou služby poskytované v DD jedním z důvodů, které vedou k podání žádosti o umístění do DD (Levická, Tomašovičová in Sýkorová a kol., 2004).

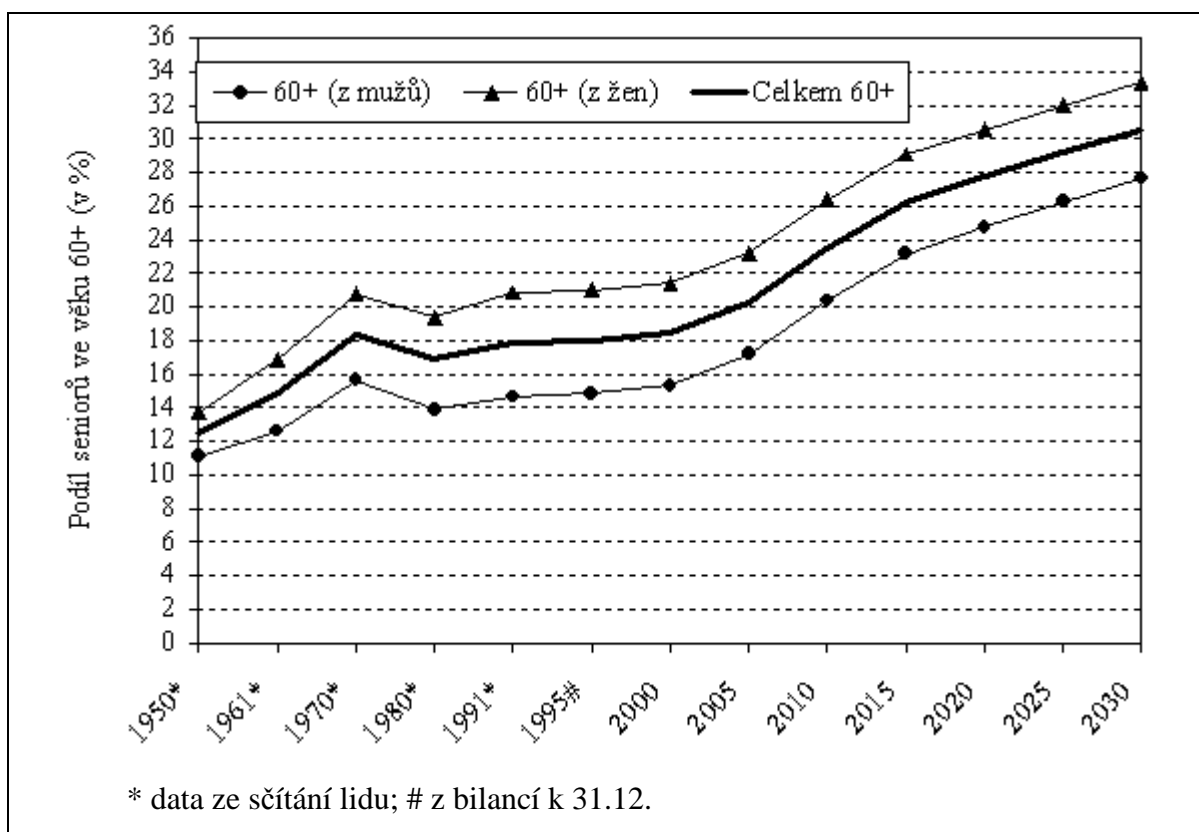
DD poskytuje služby základní (ubytování, strava, pomoc při osobní hygieně a při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, lékařská péče, praní prádla), ale i doplňkové, obojí přitom přispívá ke zlepšování QOL. Základní služby v DD jsou koncipovány tak, aby klientu dávaly pocit jistoty a bezpečí ve smyslu uspokojení základních biologických potřeb i ochrany zdraví. Ostatní služby směřují k aktivizaci klientů, jejich adaptaci na nový domov, rozvoji schopností, vzdělávání, všestrannému rozvoji a k prevenci předčasného stárnutí. I tyto služby významně přispívají ke zvýšení QOL a jejich variabilita a nápaditost je závislá na přístupu a možnostech toho kterého zařízení.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Předtím než zmíním, co je cílem praktické části této práce, pokusím se nastínit okolnosti, které mě vedly k výběru výzkumného problému a jeho aktuálnost.

Naše společnost se již několik posledních let potýká s ubývááním obyvatelstva následkem nízké porodnosti, tzn. že počet zemřelých převyšuje počet narozených. V důsledku nízkého počtu narozených začala populace stárnout. Statistické prognostiky ani do budoucna nenaznačují, že by v tomto směru mělo dojít ke zvratu, naopak podíl seniorů ve věku nad 60 let bude v populaci stále výraznější, což dokladuje i následující tabulka (Statistická ročenka ČR, Zdravotnická ročenka ČR, 2005):



Tab. 1. Vývoj podílu (%) seniorské populace ve věku 60+ v ČR v období 1950 - 1990 a její projekce do r. 2030

Výše uvedené demografické změny si vyžádají mnohá opatření jak ze strany státu, tak i soukromého sektoru. Do budoucna bude potřeba zajistit stárnoucí populaci adekvátní péči buď prostřednictvím rodiny nebo institucí jako jsou domovy pro seniory, aj. Kapacita

těchto zařízení je však již nyní omezená a každodenní praxe ukazuje, že nestačí pokrýt společenské potřeby. Rovněž aktuální trendy stále více směřují k tendenci zlepšovat kvalitu života jedince a týká se to nejen seniorů, ale všech věkových kategorií. Současná rodina se podle některých názorů nachází v krizi, která narušuje původní možnosti plnění jejich funkcí. Již dnes mnohdy není schopna postarat se o svého seniora a nezbývá než se obrátit o pomoc k institucím. V souladu s ideami novodobých názorů na stáří a jeho prožívání směřuje péče o obyvatele domovů pro seniory ke zkvalitnění životních podmínek klientů těchto zařízení. Vycházíme-li z předpokladu, že tyto instituce mají nahradit seniorům jejich původní domov a v co největší míře uspokojovat jejich potřeby, pak jistě uznáme, že na stávajícím systému péče o seniory je, i do budoucna bude, stále co zlepšovat.

Ve výzkumu jsem se proto zaměřila právě na možnosti zlepšení kvality života obyvatelů v domovech důchodců. Zvolenou problematiku jsem se rozhodla zpracovat ve dvou krocích: 1. realizace výzkumu; 2. vlastní návrh modelu péče v DD. Přičemž mým hlavním cílem je prostřednictvím tématické diskuse s klienty DD zjistit okolnosti související s životem v DD, navrhnout možné způsoby zlepšení jejich kvality života zde, návrhy přímo konzultovat s klienty DD a zároveň je motivovat k vlastnímu aktivnímu hledání možných opatření. Data z výzkumu zpracovat a využít v další etapě praktické části, při tvorbě návrhu modelu péče v DD.

#### **4.1 Výzkumné otázky**

Při formulaci výzkumného problému jsem si kladla tyto výzkumné otázky:

1. Jakými způsoby a opatřeními ze strany domova důchodců lze zlepšit kvalitu jednotlivých oblastí života jeho obyvatel?
2. Jakými způsoby a opatřeními ze strany klientů domova důchodců lze zlepšit kvalitu života v DD?
3. Jaké jsou postoje obyvatelů DD k navrhovaným opatřením?

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

### 5.1 Použité metody

Před samotným výzkumem byl realizován předvýzkum (leden 2007), jehož cílem bylo prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zjistit, jaké okolnosti související s pobytem v DD činí klientům potíže a snižují jejich QOL. Údaje zjištěné touto metodou byly dále využity v hlavní části výzkumu.

Vzhledem k charakteru výzkumného problému a vzorku jsem si pro sběr dat zvolila **metodu ohniskových skupin** (z angl. focus groups). Morgan tuto metodu definuje: „...jako techniku výzkumu, jež shromažďuje údaje prostřednictvím skupinové interakce vzniklé v debatě na téma určené badatelem.“(Morgan, 2001, s.17). Ohniskové skupiny umožňují přístup k údajům, které není lehké získat jinými často užívanými kvalitativními metodami (individuální interview, zúčastněné pozorování,...). Jako každá metoda mají ohniskové skupiny své výhody i nevýhody. Hlavní výhodou využití ohniskových skupin v tomto výzkumu je to, že poskytují prostor pro skupinovou diskusi a tím i možnost pozorovat mnoho interakcí týkajících se předmětu výzkumu. Domnívám se, že je-li mým cílem zjistit postoje obyvatelů k některým skutečnostem spojeným s pobytem v DD v souvislosti s kvalitou života a zároveň je motivovat k aktivní spolupráci na návrhu řešení těchto situací, pak mi diskuse poslouží lépe, nežli individuální rozhovory. Důvod je prostý - je možné, že při individuálním rozhovoru nebude respondent ochoten vyjádřit se otevřeně k některým skutečnostem nebo nebude schopen navrhnout možnosti řešení problému. Naproti tomu ve skupině má možnost reagovat na ostatní účastníky (souhlasit nebo oponovat) a rovněž i práce na návrhu řešení je dle mého názoru efektivnější (lze využít metody brainstormingu, apod.). Nevýhodou této metody pak je, že prostředí ohniskových skupin je uměle vytvořené a míra přirozenosti je zde nižší než při pouhém zúčastněném pozorování diskuse, do níž badatel nezasahuje.

Při tvorbě výzkumného designu ohniskových skupin bylo nutné zvolit míru strukturovanosti, tato byla přizpůsobena věku cílové skupiny (vyšší míra strukturovanosti). Podobně bylo přihlíženo i ke stylu moderování (s větší angažovaností moderátora). Každé skupinové setkání bylo pečlivě připraveno a rozpracováno do průvodce (tyto uvádím v přílohách). Hlavní výzkumné otázky jsem již uvedla v předchozí podkapitole. Kromě

těchto jsem však při samotné realizaci ohniskových skupin, byla vzhledem k charakteru vzorku nucena použít i tzv. zahřívací a obecné otázky. Důvodem byla potřeba motivovat účastníky skupiny, aby se rozhovořili, aby mezi sebou o jednotlivých tématech diskutovali. Význam těchto zdánlivě zbytečných a s výzkumem nesouvisejících otázek byl také ten, že usnadnily vstup účastníků do jednotlivých témat diskuse, zkoncentrovat se na danou oblast, jelikož témata jednotlivých sezení jim nebyla předem známa. Přínosem jsou pak zjištění odhalující postoje účastníků projektu a některé nové okolnosti týkající se pobytu v DD. I tyto zmiňuji v kapitole „Interpretace výsledků výzkumu“.

Další metodou, která byla ve výzkumu použita, je **pozorování** prostřednictvím videonahrávek z ohniskových skupin. Pozorování slouží k dokreslení mluveného slova a umožňuje sledovat neverbální projevy účastníků diskuse.

## 5.2 Popis výzkumného vzorku

Pro výše zmíněný výzkumný účel byl zvolen vzorek čítající šest klientů domova důchodců. Výběr vzorku byl záměrný po poradě se sociálním pracovníkem daného domova na základě následujících kritérií: klienti orientovaní, netrpící psychickým onemocněním či poruchou, klienti bez sluchové či řečové vady. Vyloučeni byli rovněž klienti těžce nemocní (trvale upoutáni na lůžko) a umírající. Vzorek byl sestaven rovněž na základě doporučení týkajících se vzájemných vztahů mezi účastníky výzkumu. Vybraný vzorek je záměrně heteronomní co do pohlaví, věku, mobility i doby pobytu v DD, neboť se domnívám, že tyto faktory mohou ovlivnit postoje i potřeby klientů vzhledem ke kvalitě života v DD.

- Průměrný věk účastníků výzkumu: 76 let

- Průměrná délka pobytu v DD: 3 roky a 4 měsíce (délka pobytu v rozmezí od 3 měsíců do 8 let)

## 5.3 Realizace výzkumu

Vlastní výzkum byl realizován během ledna 2007 v Domově důchodců ve Frenštátě pod Radhoštěm p.o. Zařízení bylo zřízeno Moravskoslezským krajem a již od roku 1972 dle platné legislativy poskytuje služby seniorům. Domov důchodců je umístěn v pokojné okrajové části města, což klientům poskytuje potřebný klid. Kapacita zařízení činí 109 klientů, kteří jsou ubytováni v 13 jednolůžkových, 42 dvojlůžkových a 4 třílůžkových po-

kojích. Péče o klienty je zajišťována kvalifikovaným personálem. DD nabízí širokou škálu služeb: ubytovací, prádelenské, stravovací služby, lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči, zájmovou a volnočasovou činnost, poradenství, atd. Bližší informace o DD ve Frenštátě na internetových stránkách ([www.dd-frenstat.cz](http://www.dd-frenstat.cz)).

Jak jsem uvedla výše, pro realizaci samotného výzkumu byla sestavena ohnisková skupina z šesti obyvatelů DD. S vybranými klienty byl předem veden individuální motivační rozhovor o účasti ve skupině, při němž byli informováni o základních cílech projektu a na základě těchto informací se rozhodli o své účasti. Účastníci byli předem informováni o tom, že sezení budou zdokumentována pomocí videokamery, k čemuž všichni dali souhlas. Ohniskové skupiny byly dle výzkumného designu realizovány 3x s časovou dotací 60 – 70 minut na jedno sezení.

#### **5.4 Zpracování získaných dat**

V první fázi byla provedena doslovná transkripce videonahrávky. Získaná data byla následně analyzována pomocí počítačového programu Atlas.ti 5.2. Zjištěná data byla prostřednictvím analýzy roztržena do sedmi tématických celků. Jejich obsah popisují v následující kapitole.



## 6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Diskuse v ohniskových skupinách byly tématicky zaměřeny na jednotlivé oblasti QOL a pro lepší orientaci rozčleněny do několika celků. V rámci každého celku byla vytvořena suma otázek, jejichž účelem bylo postihnout základní podstatu daného tématu. Na základě kladení otázek byla vyvolána diskuse, ve které se klienti vyjadřovali k jednotlivým skutečnostem a návrhům. V následujících podkapitolách interpretuji získaná data, přičemž na konci každého celku uvádím jakési shrnutí či diskusi k dané problematice. Jelikož se ve výzkumu zabývám některými oblastmi QOL, jimž vzhledem k omezenému rozsahu práce nebylo možné věnovat dostatečný prostor v teoretické části, činím tak v úvodu těchto vybraných podkapitol. Vlastní interpretaci dokládám přímými citacemi účastníků diskuse, které z důvodu ochrany osobních údajů označuji zkratkami R (respondent) doplněnými číslem označujícím daného jedince, pod zkratkou TA figuruje má osoba jako tazatele.

Výstupem výzkumné části jsou následující zjištění:

### 6.1 Fyzické a psychické zdraví obyvatelů DD

Na otázku jaké místo zaujímá zdraví v žebříčku hodnot, odpověděli účastníci projektu jednomyslně, že je pro ně zdraví prioritní, v žebříčku hodnot zaujímá první místo, je nejdůležitější. Vycházíme-li z předpokladu, že zdraví je v životě obyvatelů DD skutečně nejdůležitějším aspektem, je k zabezpečení této oblasti QOL klíčová lékařská a ošetrovatelská péče. Zaměřila jsem se tedy na její důležitost, dostatečnost, spolehlivost, nedostatky a možná opatření k jejímu zlepšení. Klienti shodně uvádějí, že lékařská péče v DD je pro ně zdrojem jistoty. Díky celodenní péči zdravotního personálu zažívají pocit bezpečí. Ošetřovatelé v DD však kromě přímé péče a nezbytných zdravotních úkonů nemohou klientům zajistit lékařskou péči v plném slova smyslu. Za tímto účelem DD navštěvuje ústavní lékař. Účastníci vnímají lékařskou péči v DD takto: R1: „*No snad že tady je základ. Čili když něco řeknu, tak je na panu doktorovi jestli mě pošle dál...prostě že to je na místě, že nemusím nikde chodit.*“ Co se týče dostatečnosti lékařské péče klienti ji hodnotí jako dostatečnou a argumentují tím, že lékař je ochoten dostavit se na žádost každý den třeba i ve večerních hodinách nebo o víkendech. Při diskusi o nedostacích lékařské péče se však ukázalo, že zde existuje jakýsi rozpor a navíc problémem je nepravidelná přítomnost lékaře v DD. Jeden z účastníků svůj názor vyjadřuje takto: R2: „*Lékařská péče je důležitá, jenže to není*

*nějaká určitá doba, že to je hrozně těžko tady toho pana doktora stihnout, nebo aby se tam člověk dostal. On tady tak nepravidelně chodí.“*

Klient uvádí, že je těžké lékaře navštívit. Domnívám se, že příčinou může být vysoký zájem obyvatelů DD o lékařské konzultace nebo nedostatek informací o přítomnosti lékaře v DD. Nicméně v reálu se to nejspíš projevuje tak, že pokud nemá klient akutní potíže, o nichž informuje ošetřovatelský personál, nemusí se mu podařit s lékařem setkat. Jako řešení této situace klienti navrhuji pravidelné ordinační hodiny v DD podle možností lékaře. TA: „*V čem vidíte možné řešení?*“ R2: „*No možná by to mohlo být nějak pravidelně.*“ TA: „*Myslíte vždy ve stanovenou dobu?*“ R2: „*Ano.*“ TA: „*Kolikrát týdně třeba?*“ R2: „*Tak 2x, 3x.*“ Pevně stanovené ordinační hodiny určující časové rozmezí, během kterého mohou klienti lékaře v DD zastihnout, by umožnilo konzultaci i těm klientům, jejichž potíže nejsou akutního rázu. Zároveň by tento systém podpořil autonomii klientů, neboť ti by sami mohli rozhodnout, kdy lékaře navštíví, aniž by o tom za ně rozhodoval personál.

S udržením optimálního zdraví jedince souvisí pojem kondice (aktuální psychofyzický stav člověka, optimální vzhledem k požadavkům konkrétní situace). V první řadě mě zajímalo, jaké postoje k danému tématu zaujímají účastníci. „*Kondice je hrozně důležitá. Jak už nechodíte tak už ani nevíte, že jste...když se nehýbete nohy vás začnou bolet. Je potřeba se pohybovat.*“ Jakými způsoby se může obyvatel DD udržovat v kondici? Účastníci diskuse vidí jako efektivní způsoby rozvoje a udržování fyzické kondice tyto: individuální rozcvičky ráno na pokojích, dále skupinový tělocvik, rehabilitace, procházky a práce v areálu domova. Pro většinu klientů hraje stěžejní úlohu skupinový tělocvik. Ten je organizován denně a je dobrovolný. Jedná se o cvičení v kruhu na židlích, při kterém se pomocí jednoduchých cviků procvičují ruce, nohy i ostatní části těla. Po skončení hlavní cvičební náplně následuje druhá část a ta má spíše charakter aktivizační a motivační ve smyslu rozhovorů a diskusí na různá témata. Část klientů tvrdí, že tento způsob jim vyhovuje a někteří dokonce přiznávají, že skupinový tělocvik navštěvují více než za účelem cvičení proto, aby si poslechli povídání a mohli mezi sebou komunikovat. Naproti tomu jiní klienti k návštěvě skupinového cvičení motivováni nejsou, jelikož neodpovídá jejich potřebám. R1: „*No já na tělocviku jsem byl ze začátku tak asi 3x a pak jsem to prostě vzdal, protože pro mě to nebylo.*“ R2: „*No jistě to už je málo pro takové co jsou zvyklí, oni ještě se můžou hýbat a zvládli by víc.*“ TA: „*Takže by to chtělo přizpůsobit cvičení i aktivnějším a zařadit složitější cviky?*“ R1: „*Ano určitě.*“ Jako nedostatek v péči o kondici obyvatelů DD se jeví

také absence prostoru pro individuální cvičení s vybavením pro posilování svalstva a rozvoj hrubé i jemné motoriky. Účastníci se k tomuto vyjadřují: R5: „*Samozřejmě mohlo by to být rozšířenější nějak i třeba ta rehabilitace. Sice ten zájem je malý, ale byl by kdyby bylo na čem cvičit. Tady není vůbec nic totiž...přišel jsem a jsem tu 4 rok a chtěl jsem jak v posilovně nějakou mašinu, protože jsou takové stroje na ruce, na nohy v jedné mašině, ale není na to místo. Kromě toho bicyklu tam není nic.*“ R2: „*Tady by to chtělo tělocvičnu.*“ R3: „*Já jsem byla v Kokocově a tam byla místnost, kde byly všechny takové mechanismy na odemykání zámků, kliky a takové třeba zapínání knoflíků nebo tkaničky a tak. To bylo moc dobré.*“ Jak vyplývá z výše uvedeného, klienti se shodují v potřebě zřízení tělocvičny, která by svým vybavením umožňovala individuální rozvoj pohybových schopností a dovedností, čímž by přispěla jednak k udržení kondice a autonomie klientů a jednak také ke zvýšení jejich sebevědomí a psychické pohody. Když už je řeč o psychice téma kondice nezahrnuje pouze stránku tělesnou, ale i psychickou. Existují různé způsoby a možnosti rozvoje a udržení optimální úrovně psychických funkcí. Z diskuse vyplývá, že mezi nejfrekventovanější způsoby, které klienti užívají patří četba, luštění křížovek, sledování televize a ojedinele i práce na počítači. Kromě těchto individuálních možností jsou v DD organizovány také skupinové akce zaměřené na paměťový trénink, pozornost, myšlení a řeč. Jedná se o pravidelné akce, které jsou pro klienty zábavné a přínosné zároveň kupř. slovní košíková, člověče nezlob se, skládání puzzlí, písmenek, zpívání apod. Na otázku zda by klienti pokládali za potřebné, aby se jim v tomto směru někdo věnoval i individuálně, odpovídají, že by to bylo ideální, ale zároveň poukazují na fakt, že vzhledem k počtu klientů v DD by to časově ani personálně nebylo možné. Individuální práce s klientem by v tomto směru tedy mohla rovněž přispět ke zlepšení QOL.

Udržet se v kondici je fyzicky i psychicky náročné, proto by po zátěži logicky měl následovat klid a odpočinek. Způsob odpočinku a relaxace je u každého jedince individuální záležitostí. Někomu vyhovuje spíše aktivní odpočívání, zatímco jinému zas pasivní. Ptala jsem tedy klientů, jaký druh odpočinku upřednostňují a zda mají možnost tento způsob relaxu v DD uskutečňovat. Účastníci pro odpočinek nejčastěji volí tyto činnosti: spánek, luštění křížovek, poslech hudby, sledování televize a procházku po okolí DD. Co se týče možnosti realizovat svůj způsob odpočinku, jsou obyvatelé mnohdy omezováni ze strany spolubydlících. R3: „*Já ráda sleduju televizi, vybírám si takové zajímavé pořady. Večer už nemůžu to mám zakázané, mám spolubydlící, která chce brzy spát, takže mám*

*sluchadla, abych ji nerušila, ale není to už ono, tak se dívám do sedmi a pak už ne.*“ Omezujícím faktorem je rovněž zdravotní stav jedince. Klienti by se rádi dostali ven do areálu DD, avšak pohyb je pro ně velkou zátěží a u imobilních obyvatelů je možný pouze prostřednictvím druhé osoby. R4: *„Já mám nejradši, když si můžu na chvíli po obědě lehnout a pak jít ven na procházku.“* R3: *„To já nemůžu, závidím jak někdo může jít na procházku. Včera mě moje dcery vzaly na procházku tak jsem se na vozíku povozila, viděla jsem zas něco co už jsem dlouho neviděla, to se mi líbilo. Ale nejde to nějak často.“* Respondenti tvrdí, že personál je ochotný vzít je ven na procházku, avšak vzhledem k časové tísní nelze tyto vycházky realizovat v dostatečné frekvenci. Přitom na otázku co by klientům pomohlo, aby si lépe odpočinuli, se shodují v tomto: *„Např. kdybychom mohli častěji ven, kdyby nás tam někdo doprovodil.“* Potřeba opustit zdi domova, mít kontakt s okolním světem a přírodou je zřejmá. Problém by částečně mohlo pomoci řešit využití dobrovolníků. Tito by mohli zajistit doprovod klienta do zahrady příp. procházku mimo DD. Rovněž častější skupinové výlety po okolí by v tomto směru jistě pomohly uspokojit potřeby klientů. Dalším z témat pro diskusi byla skupinová relaxace jako jedna z variant odpočinkové činnosti. Pocity tělesného i psychického klidu mohou být navozeny zaujmutím relaxační polohy, poslechem hudby doprovázeným mluveným slovem, autosugescí, apod. Účastníci k této formě relaxace zaujímají vesměs kladná stanoviska a jistě by stálo za pokus tuto metodu vyzkoušet.

TA: *„Co si myslíte o skupinové relaxaci např. prostřednictvím hudby?“* R2: *„Já poslouchám furt.“* R4: *„Některý má rád klid a některý zas má rád jiné. Já radši tu hudbu.“* TA: *„Byli byste pro, aby se něco takového vyzkoušelo?“* R1: *„Zkoušet se může to není zakázané.“* R4: *„Ano pak by se vidělo, jestli to má nějaký účinek.“*

QOL člověka se neomezuje pouze na tělesnou stránku, nýbrž zahrnuje veškeré potřeby jedince tedy i duševní a sociální. Psychické zdraví podstatnou měrou ovlivňuje QOL a celkový pocit spokojenosti, je odrazem uspokojování také psychických potřeb. Ty zahrnují jednak pocitovou stránku, dále aktivity spojené s potřebami seberealizace, sebeaktualizace a v neposlední řadě také spirituální potřeby člověka. Zajímalo mě jakým způsobem klienti DD pracují se svými pocity ať už pozitivními či negativními. Zda si je nechávají pro sebe, nebo zda jsou ochotni je sdílet s ostatními, komu se mohou vypovídat. R6: *„Spíše sama.“* R2: *„Já také radši pro sebe.“* R3: *„Já jsem vždycky byla pro sebe.“* R1: *„No a není dobré všechno říkat.“* TA: *„To je pravda, ale druhá pravda je, že také není dobré vše*

*držet v sobě.*“ R4: „*Ano, ale je tam to ale.*“ Respondenti připouští, že možnost svěřit se personálu zde existuje, přesto si ale své pocity a zvláště pak ty tíživé raději nechávají pro sebe. Na otázku zda by se raději svěřili personálu nebo někomu z obyvatelů odpovídají rozporuplně. Někteří upřednostňují jeden jiný zas druhý způsob. Pořád je zde ale nedůvěra na obou stranách – vůči ostatním klientům stejně jako vůči personálu. R4: „*Já bych se sestráám moc nesvěřovala, protože nevíte co...*“ R5: „*Kdo chce, tak by si někoho našel z toho personálu.*“ R2: „*No já bych též neměla tak důvěru k lidem. Z dlouhé chvíle se tu všechno povídá, všechno se tu i nadsazuje a to bych se též jako bála.*“ Řešením by mohla být komunitně-skupinová práce nebo vytyčení klíčového pracovníka pro řešení problémů obyvatel. TA: „*Pomohlo by Vám hovořit s lidmi, kteří mají podobný problém?*“ R2: „*No je dobré se trochu vypovídat.*“ R4: „*Hlavně důvěru v toho člověka, aby se to nevyneslo.*“ TA: „*Vadil by Vám způsob řešení problémů ve skupině?*“ R1: „*Určitě ne.*“ Klienti by se nebránili navštívit skupinu a popovídat si o svých problémech, nicméně domnívám se, že si navzájem nedůvěřují natolik, aby se rozpovídali více. Naproti tomu efekt klíčového pracovníka by mohl mít větší úspěch za předpokladu vybudování důvěryhodného vztahu. Klienti tvrdí, že v domově již jedna ze sester tuto funkci zastává. Nicméně myslím, že vzhledem k různorodosti vztahů klient x personál by tuto roli mohl plnit každý pracovník za předpokladu dodržení principu mlčenlivosti.

Jednou z významných psychických potřeb je i potřeba spirituality (duchovna). Tvrzení některých účastníků vypovídají o důležitosti víry v lidském životě. TA: „*Myslíte si, že je víra v životě člověka důležitá a proč?*“ R4: „*Určitě ano. Dává to pocit takového opravdu...nevím prostě, že vás něco drží. Já mám ten pocit.*“ R2: „*Nás to za mlada učili rodiče čili to v nás zůstalo.*“ R3: „*A člověk ví co může a co nemůže a řídí se podle toho. Ale já nejsem žádný fanatik, já to беру tak jako jak potřebuju.*“ R6: „*Já třeba nejsem věřící, ale v něco věřím.*“ Víra je individuální potřebou i prožitkem a ze strany domova by mělo být její pěstování umožněno a podporováno. V některých případech se víra pojí k určitým rituálům např. v podobě bohoslužeb (př. katolická, evangelická a jiná víra), avšak tyto bývají až na výjimky uskutečňovány v kostele. Respondenti uvádí, že zde v DD bývají mše vedeny 1x za měsíc. TA: „*Je to pro Vás dostačující?*“ R3: „*Tož musí.*“ R2: „*Tak někdo by chodil možná každý den a jiný nechodí vůbec.*“ R3: „*Dobře že je to aspoň jednou za měsíc.*“

Z reakcí účastníků pozoruji, že by byli raději, kdyby se mše konaly častěji, nicméně zmiňují mnoho důvodů, které to nedovolují (pracovní vytíženost kněze, zatížení personálu při přípravě sálu, ...). Dle jejich slov by v rámci plánované přístavby měla být zřízena místnost určena přímo pro bohoslužby, což by umožňovalo také individuální návštěvy tohoto místa pro potřeby klientů. Další z možností jak vyjít vstříc klientům by mohlo být organizování skupinových návštěv bohoslužeb v kostele. Respondenti však proti tomuto návrhu argumentují jednak ztíženou realizovatelností a jednak tím, že kostel není to nejdůležitější. Dále uvádějí, že nemají příliš kontaktů na ostatní klienty, kteří jsou věřící, protože se natolik neznají. Spíše než skupinová setkání při modlitbě jim vyhovuje modlitba o samotě nebo se spolubydlícím.

Je zřejmé, že oblast fyzického a psychického zdraví je v životě člověka jednou z klíčových a významně určuje jeho QOL. Poskytováním ošetrovatelské a lékařské péče přímo v DD dochází k dostatečnému pokrytí základních potřeb klientů, otázkou je nakolik se má péče v DD orientovat tímto směrem. Na jedné straně je možnost navštívit lékaře přímo v zařízení určitým komfortem, ale na straně druhé stojí kritika některých autorů, jež tyto zařízení označují více za nemocnice, nežli domovy (Rheinwaldová, 1999). Domnívám se, že vzhledem k podmínkám, které pro tato zařízení v našem prostředí panují, není možné vyhnout se určité míře institucionalizace. Pokud má být DD pro seniora domovem, pak by mu mělo poskytnout optimální podmínky pro život a rovněž mu umožnit svůj život zde „dožít“, aniž by neustále střídal různá zdravotnická a jiná zařízení. DD je tedy nuceno reagovat na změny potřeb i stavů svých klientů a těmto přizpůsobovat služby. Pravdou ale je, že namísto někdy přehnané kontroly klienta personálem je lepší podporovat jeho zodpovědnost za vlastní zdraví a motivovat jej k tomu např. některými výše uvedenými opatřeními (pravidelné ordinační hodiny u lékaře, individuální a skupinové cvičební plány, zřízení tělocvičny, relaxační programy, cvičení a rozvoj psychických funkcí, podpora vzájemného sdílení pocitů a uspokojování duchovních potřeb).

## **6.2 Autonomie obyvatelů DD (soběstačnost)**

Autonomii člověka lze chápat jako svébytnost, nezávislost, samostatnost a schopnost rozhodovat o sobě (Matýsková in Sýkorová a kol., 2004). Obecně se rozlišuje autonomie v oblasti zdravotního stavu, soběstačnosti a v oblasti psychické (této se věnuji

v dalších okruzích). Tématický celek autonomie obyvatelů DD jsem se rozhodla zacílit na soběstačnost klientů, která zahrnuje sebeobsahu a úkony s ní spojené (osobní hygiena, úklid, domácí práce, údržba pokoje,...). Jedna z negativních okolností mající vliv na celkovou QOL jedince je ztráta autonomie (dobrovolná a nedobrovolná). Dobrovolnou ztrátou autonomie se rozumí situace, kdy jedinec sám realisticky zváží své možnosti a vzdá se některé části autonomie např. nestačí na úklid – využije pomoci pečovatelské služby nebo se rozhodne pro odchod do DD. Nedobrovolná ztráta nastává tehdy, je-li senior zbaven autonomie v důsledku závažných tělesných či psychických změn a nebo jej o ni připraví jeho okolí, což bývá problémem právě v institucích a ústavech mezi něž patří i DD. Zde jsou služby poskytovány plošně, tzn. že kromě těch, kteří tyto služby potřebují (vzhledem ke svému zdravotnímu stavu), je užívají také ti, kteří by byli schopni postarat se o sebe sami (Králičková, 2003). Co se týče soběstačnosti respondenti uvádí, že pokud jim stačí síly, snaží se činit úkony spojené se sebeobsahou, úklidem a hygienou. Pouze činnosti, které již nezvládají nechávají personálu. Dle jejich vyjádření je pro ně samostatnost a nezávislost v životě důležitá. Na otázku zda klientům vadí, že se musí při některých úkonech spolehnout na personál, lze postoje rozdělit do dvou skupin. Jedni říkají, že kdyby se museli spolehnout na personál, tak by v DD nezůstali. Naproti tomu druhí zase oceňují pomoc zaměstnanců, jelikož by některé činnosti sami nezvládli. R5: „*No mě to vadilo zpočátku, tak jsem naučil ty sestry, že už mě neobtěžují, že si vše dělám sám.*“ R2: „*Já zas třeba jsem za to ráda, protože něco už nezvládám. Někteří si to udělají sami, ale to já už ne.*“ Poukazují však také na fakt, že za určitých okolností má péče v DD negativní dopady a v některých oblastech může zapříčinit právě ztrátu autonomie. Podle respondentů přicházejí někteří klienti do DD soběstační a pohybliví, nicméně vlivem přehnané péče personálu, se z nich stávají nesoběstační. R5: „*Záleží to na vlastní vůli každého člověka. Někomu se chce a někomu ne. A ještě bych to řekl takhle. On tu někdo přijde je pohyblivý a během dvou, tří, čtyř měsíců nebo půl roku se z něho stane ležák, protože ta péče těch sester se někdy přehání a kdo nemá vlastní vůli, tak se tady ještě pokazí.*“ R3: „*No nechá se obsluhovat, to je to nejhorší. Když už vidí, že se má kdo o něho starat takže už úplně tu svoji snahu položí a se mu to líbí, že se kolem něho všechno udělá. Je to taky potom asi chyba toho člověka, když se nesnaží dokud může.*“ R1: „*Jenže já si myslím, že by to měly sestřičky a personál vědět a vystihnout to jako, že prostě je ulejšák, že může jít, ale nejde.*“ TA: „*Myslíte, že by jej měli více motivovat, aby šel sám?*“ R1: „*Ano*“. Jeden z účastníků upozorňuje také na fakt, že tato problematika má co dělat s poměrem počtu pracovníků a klientů v DD. R5: „*Tady je*

*necelých 70% personálu, co je tu nás. Až to nemotivuje ty lidi. To je totiž dvousečná zbraň. Na jedné straně až moc té starostlivosti a na druhé straně něco by se mohlo samozřejmě zlepšit. No ale vzhledem k tomu počtu těch zaměstnanců na počet obyvatel, to je si myslím nad hlavu. Spoustu práce by si mohli dělat pacienti sami, jenže jak říkám nejsou motivováni, ani vedeni, spíš naopak. Pokud má snahu a udělá si to sám, tak ho s tím sestřička nebude obtěžovat, ale chvilku to trvá. Tady ty sestry jsou vedené k tomu, aby to dělaly všechno každému.“*

Nejhůře klienti nesou ztrátu autonomie v oblasti hygieny. Jelikož se jedná o záležitost velmi intimní (př. užívání plen, apod.), omezila jsem toto téma pouze na problematiku koupání v DD. Z výpovědí respondentů vyšlo najevo, že soběstačnost v této oblasti je výrazně omezena neodpovídajícími podmínkami prostředí umýváren. R1: *„Když tam není protiskluzová podlaha.“* R3: *„Ano to je na zabítí, my s berlemi tam opravdu nemůžeme.“* R4: *„Oni tam sice dávají ty plachty na to, ale to se třeba shrne nebo zmokne a je to nanic. Oni už mě pak třeba chytanou a dovedou mě tam, ale tam to má největší strach z toho.“* R5: *„No já se tam vykoupu sám, ale velice těžko. Musel jsem už 2x podepsat revers, že se budu koupat sám. Protože já mám nepoužitelnou jednu ruku a jednu nohu takže to je na zabítí v té koupelně a jak je to mokré tak úplně. Takže asi tak.“* TA: *„Ocenili byste tedy určitá opatření, díky kterým byste se v umývárně cítili bezpečněji, když byste se rozhodli, že se budete koupat sami?“* R5: *„Ano, ale nevím nakolik to je vlastně nutné, když tady z 90% koupou sestry.“* R2: *„No tam by si člověk stejně s tou hadicí ani nevěděl rady. To není normální sprcha, to je hadice a pro jednoho, který už nemá dobré ruce je to těžké, to by nevzládl.“* TA: *„A doma jste toto vše zvládali sami?“* R6: *„No to sprchování s tou normální ruční sprchou to jo.“* Z uvedeného tedy vyplývá, že by klienti sice byli schopni obstarat svou hygienu sami, někteří to činí na vlastní nebezpečí, ale ostatní vzhledem k daným podmínkám se stávají závislými na personálu. Situaci by pomohlo vyřešit vybudování běžných sprchových koutů s veškerým potřebným vybavením k zajištění bezpečnosti klienta. Tato opatření by také mohla minimalizovat účast personálu na hygieně některých obyvatelů na minimum (nezbytná preventivní kontrola). TA: *„Kdyby se zde vybuďoval sprchový kout se vším příslušenstvím a ruční sprchou, bylo by to pro vás lepší?“* R3: *„No jako doma to jo.“* R2: *„To jo to už je potom něco jiného.“*

DD by mělo autonomii obyvatelů posilovat také motivací k podílení se na chodu zařízení (př. údržba zahrady, pomoc v prádelně, apod.). Účastníci tvrdí, že jsou ochotni po-



moci samozřejmě v závislosti na zdravotním stavu. R2: „*No já už asi ne, dříve jsem také dělala, ale teď už se nemůžu zohnout a neudržím rovnováhu, to ne.*“ TA: „*A kdyby jste byla zdravotně na tom lépe, uvažovala byste o tom?*“ R2: „*No jistě.*“ R3: „*O vánocích se zdobily stromky, vázaly se tam takové mašličky. Já moc s těma rukama nemůžu, ale aspoň jsem sestřičce pomáhala tak, že jsem jí držela prst a ona vázala, nebo jsem jí tam něco rozmotávala a byla jsem ráda, že mi čas ušel.*“ R5: „*No já osobně nemůžu, ale chodím na vrátnici pomáhat, zaskočím, když je potřeba. Ale jsou tady děvčata dvě a tři chlapi, kteří třeba na té zahradě nebo ořezávání stromů na jaře... bohužel není toho tolik, ale kdo má zájem práci si najde.*“ R6: „*Já vám něco řeknu. Takoví ti, kteří by mohli dělat tak nechtějí a co nemohou, tak to je horší. Záleží na zdraví.*“ K účasti na chodu domova mohou být obyvatelé motivováni také finančně. Podle respondentů lze práci vykonávat na základě dohody a za úplatu. Především je ale nutné klienty motivovat a nabídnout jim činnosti již v období jejich adaptace, tedy v začátcích a nečekat, až si navyknou na životní styl bez práce, protože tehdy již nemusí mít o účast zájem.

DD by mělo vytvářet takové podmínky, které umožní uživatelům služeb uplatňovat vlastní vůli, činit vlastní rozhodnutí, být za ně odpovědný, zůstat sám sebou a provozovat aktivity, na které byli zvyklí. Cestou k dosažení těchto cílů je nabídka a motivace k činnostem, které pomohou udržet soběstačnost co nejdéle je možné. Zejména jde o udržení vitality a kondice skrze fyzickou a psychickou aktivitu (viz. předešlá podkapitola) a rovněž motivaci k samostatnosti v úkonech sebeobsluhy a hygieny. Je potřeba vytvářet optimální podmínky z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví, aby nedocházelo ke zbytečné závislosti na personálu a ztrátě autonomie (viz. opatření umývárén protiskluzovou podlahou, vybudování samostatného sprchového koutu,...). Služby by měly být přístupné všem, nicméně neměly by být poskytovány automaticky celoplošně. K efektivitě poskytované péče je zapotřebí individuálního přístupu. Ten umožní diferenciaci potřeb jednotlivých klientů a přizpůsobení charakteru poskytované péče. Cílem personálu přece není dělat úkony za klienta (pokud to není nezbytně nutné), ale především pomoci mu, aby tyto činnosti alespoň do určité míry zvládal sám. Tento přístup nejen že podpoří autonomii a sebevědomí seniorů, ale také možná učiní práci profesionálů méně náročnou a rutinní. Vztah DD x klient by se měl vyznačovat spoluprací a vzájemnou podporou. DD poskytuje zázemí a služby a klient se může vlastní prací podílet na chodu zařízení. Způsob dohody o této spolupráci závisí na

možnostech daného zařízení (dohody o pracovní činnosti). Nutno však říci, že zaměstnávání klientů je oboustranně výhodné a pro DD jistě i finančně zajímavé, neboť napomáhá snížit personální náklady a umožňuje tak ušetřené finance investovat jiným směrem.

### 6.3 Denní režim a domovní řád v DD

Ve většině ústavů a tedy i v DD je den rozvržen do určitých časových úseků, které jsou vyplněné jistou činností. Přítomnost denního režimu z pohledu personálního usnadňuje organizaci práce v daném zařízení a také kontrolu jejího plnění. Pro seniory, kteří do DD přišli z vlastních domovů, kde si svůj každodenní život plánovali sami, může být však omezujícím. Ráno vstávali podle potřeby, zabývali se činnostmi, které si sami zvolili a vůbec organizace celého dne vycházela z jejich potřeb. V DD je však denní rozvrh koncipován nejen s ohledem na klienty, ale také na personál. Častou chybou některých zařízení je, že denní režim vytvářejí tak, aby spíše než klientům vyhovoval personálu (Rheinwaldová, 1999). Hlavním cílem je, aby se vše stihlo a splnilo jak má, ale nikdo se již neptá, co si klient myslí o tom, jak mu druzí organizují den. Kromě denního režimu se klient v DD musí řídit také domovním řádem, v němž jsou stanoveny další povinnosti (viz. kap. Senior obyvatelem DD). Abych se zorientovala v denním režimu DD, poprosila jsem účastníky skupiny, aby společnými silami sestavili rozvrh jejich běžného dne v DD. Poté jsem je vyzvala, aby se každý sám za sebe k dennímu režimu vyjádřil a uvedl, zda mu tento systém vyhovuje a pokud ne jak by jej změnil vzhledem ke svým potřebám. Z výpovědí většiny účastníků vyplývá, že jim příliš nevyhovuje čas určený pro snídani, která je podávána v rozmezí od 7.15 do 7.30 hod. R3: „*No byla bych ráda, kdybych nemusela tak skoro vstávat. To než si člověk všechno udělá, umyje a to všechno to oblékání to...prostě ta hodina na to pomalu nestačí*“ R2: „*No ráno, když přijde sestřička kolem té půl 7, tak to už musíte být oblečená, aby se postlalo a do těch 7 aby to bylo.*“ TA: „*Je to pro vás brzy?*“ R3: „*Tak docela i jo.*“ R1: „*Já bych si tak ještě někdy poležel.*“ TA: „*Jak by se podle vás tato situace dala vyřešit?*“ R1: „*No jedině kdyby se posunula snídane.*“ TA: „*V kolik hodin by tedy měla být snídane?*“ R3: „*No v těch 8 by to též bylo možná lepší.*“ Z uvedeného jasně vyplývá, že určité změny v denním režimu by byly pro klienty vyhovující, avšak oni sami neustále poukazují na nerealizovatelnost těchto opatření vzhledem k zátěži, kterou by toto řešení kladlo na personál. R4: „*Bylo by to lepší, ale to by se nestihlo.*“ R2: „*To nejde protože oni by to pak zas nestihli na oběd a tak dále.*“ R3: „*Nestihlo, tam je zas pak ta rehabili-*

*tace a sestra je tu skoro a bere si pacienty ráno ...* “. Celkově jsem v diskusích velmi často zaznamenala výroky, které vypovídaly o jisté podřízenosti či přílišné ochotě přizpůsobit se nebo snad o bezmoci a rezignaci? Př. R5: *„No nedá se jinak, musíme se přizpůsobit, to je všude stejné.“* R6: *„Tak když jste na léčení nebo někde mimo, taky se musíte podřídít.“* Přitom nejde o radikální změny. Situace by se dala řešit i zvýšením časových dotací na jednotlivé činnosti př. podávání snídaně v delším časovém rozmezí od 7.30 do 9hod. Tím, že by se klientovi ponechalo rozhodnutí, kdy se na tu kterou činnost dostaví, by zároveň byla posilována i svobodná vůle seniora. Jak již bylo řečeno, denní režim klientům určuje, kdy mají co dělat, aniž by šlo o jejich vlastní volbu. Proto mě zajímalo, který úsek režimu je závislý pouze na svobodné vůli klienta. Respondenti tvrdí, že se jedná o dopolední skupinové cvičení, které je nepovinné a pak také odpoledne - doba určená pro volný čas. Podle účastníků poskytuje denní režim dostatek volného času a s tímto nemají potíže. R1: *„No tak já si myslím, že volna je dost.“* R2: *„Člověk když chce něco si přečíst, vždycky si čas najde.“* R3: *„Nebo za někým se podívat. To už záleží na každém jak si to udělá.“* R4: *„No tak to už záleží na každém jestli chce jít nebo nechce a chce mít čas jen pro sebe.“*

Nyní pár slov k domovnímu řádu. Při příchodu klienta do DD by měl být mimo jiné seznámen s domovním řádem. Ptala jsem se tedy účastníků zda a nakolik znají obsah této vnitřní normy DD. R3: *„Já jsem to myslím i četla jak jsem přišla.“* R2: *„To nám dali jak jsme přišli, ale já jsem na to neviděla.“* R6: *„Jsem dostali na začátku, ale já jsem to moc nečetla.“* R4: *„Těž jsem to tak přeletěla.“* Klienti ve většině případů tvrdí, že jim byl domovní řád dán k přečtení, nicméně oni buď nebyli schopni nebo neměli zájem si jej přečíst. Řešení je přitom jednoduché, po příjmu klienta jej navštíví sociální nebo klíčový pracovník a podrobně jej s řádem seznámí tím, že mu jej přečte a zodpoví jeho případné dotazy. Takto lze předejít mnohým nedorozuměním a také častým dotazům na některé skutečnosti z domovního řádu. Respondenti přiznávají, že tento způsob by pro ně byl přijatelnější.

Období adaptace na nové prostředí a změny je nelehké. Navíc je tu nový režim a také pravidla, která mohou být určitým zdrojem stresu. Přesto ale účastníci tvrdí, že tyto okolnosti v nich nezbuzovaly negace. Mnohem složitější pro ně byly počátky soužití se spolubydlíci. R4: *„Ten řád mi tak nevalil, spíše bylo horší sladit se s tou spolubydlící.“* R2: *„No jak je sám na pokoji tak to je dobré, ale jak máte nějakou, jste dvě, tak jedna k druhé to už je horší. Ale člověk si zvykne.“*

Obyvatelé mohou svobodně vyjádřit své připomínky k domovnímu řádu stejně jako k dalším skutečnostem souvisejícím s jejich pobytem zde. Respondenti uvádí, že k tomuto účelu bývá každé 3 měsíce organizováno setkání obyvatelů s vedením DD, kde se každý může individuálně vyjádřit a vznést dotazy. Dříve byli klienti při těchto setkáních zastupováni tzv. výborem obyvatel. Tento výbor se skládal z klientů DD a tito byli průběžně v kontaktu s ostatními obyvateli a přijímali jejich stížnosti či připomínky, které pak navrhovali k projednání na společných setkáních obyvatelů a vedení. V současné době již výbor neexistuje a dle mého názoru je to možná škoda. Zdá se mi, že obyvatele mohl tento způsob spolupodílení se na životě v DD motivovat více nežli nyní. Existuje mnoho důvodů a zábran vedoucích k rozhodnutí na veřejnosti se raději k určitým věcem nevyjadřovat. Pro zařízení jsou však připomínky klientů a zlepšovací návrhy aktem žádoucím, proto by DD mělo obyvatele k vyjádření jejich názorů motivovat i zaručením anonymity př. pomocí bedničky, do níž by vložovali své dotazy a připomínky. Na dalším setkání by tyto mohly být projednány, aniž by byl znám jejich zdroj. Podobných způsobů existuje celá řada.

DD podobně jako jiné instituce má pro potřeby svého fungování vytvořeny vnitřní normy. Mezi ty, jež se úzce dotýkají kvality života obyvatel DD patří denní režim a domovní řád. Je potřeba mít na mysli, že východiskem péče o klienta jsou v první řadě jeho potřeby a cíle, nikoli potřeby personálu. Vytvoříme-li systém denní péče v DD, musíme mít na zřeteli také postoje obyvatelů k tomuto systému. Pro tyto účely je nutná komunikace a pravidelná zpětná vazba mezi klienty a personálem včetně vedení DD. Toho lze dosáhnout individuálním přístupem (rozhovory, anonymní psané vyjádření), ale i kolektivně (výbor obyvatel, setkání vedení s obyvateli). V průběhu pobytu dochází k některým změnám v potřebách klientů, jimž se charakter péče musí přizpůsobit. Jedním z ukazatelů kvality poskytované péče v DD je právě schopnost flexibilně reflektovat tyto změny a činit potřebná opatření. Časové rozvržení denního režimu často klientům nevyhovuje, nicméně nezbyvá jim než se podřídit. Proto by DD mělo na základě zpětné vazby zvažovat jistá opatření, která nijak významně nenaruší chod domova, přesto poskytnou dostatek svobody klientům (př. delší časová rozmezí pro podávání jídel, apod.). Občasnými změnami a inovacemi v denním režimu předchází DD rigiditě systému péče.

## 6.4 Služby v DD

Problematiku služeb jsem pro účely výzkumného projektu rozdělila na tyto oblasti: bydlení, stravování a ostatní služby. Kvalita bydlení v DD závisí jednak na možnostech daného zařízení (prostorové možnosti, vybavení) a jednak také na tom, zda klient obývá jednolůžkový, dvojlůžkový či trojlůžkový pokoj. Respondenti se shodují, že ideální situace je, když může člověk bydlet sám, tedy v jednolůžkovém pokoji. U vícelůžkových pokojů je omezováno soukromí a hrozí zde riziko nepochopení mezi spolubydlícími, což může významně ovlivnit QOL. Účastníci zaujímají k vícelůžkovým pokojům tyto postoje: R3: „*Ale tak dvou to jo, ale třílůžkové to už ne.*“ R1: „*To záleží na těch lidech, jestli se domluví nebo ne. Se stává, že se prostě nedomluví.*“ R2: „*No ideální by bylo, kdyby bydlel každý sám.*“ R4: „*Každý by si radši doplatil a bydlel sám.*“ R6: „*Já třeba myslím, že by každý měl být radši samotný.*“ R5: „*Já bych tu jinak nebyl, kdybych nebyl sám.*“ Opatření, která by řešila danou situaci k přání klientů (omezení pouze na jednolůžkové pokoje) by byla jednak finančně náročná a navíc by snížila kapacitu těchto zařízení. Dostačující v tomto případě bude zrušení alespoň třílůžkových pokojů, které jsou pro tento typ zařízení opravdu nevyhovující. Vliv prostředí na člověka je nezpochybnitelný, proto jsem se účastníků zeptala i na jejich pocity z nového prostoru, jak vnímali své pokoje. Respondenti se shodují, že pokoje na ně působily vcelku pozitivním dojmem, nicméně jsou malé, zvláště pak z hlediska úložných prostorů. R1: „*No měla by být větší skříň. Je to tam naházené páte přes deváté na sobě. Když něco hledáte, tak vám to všechno spadne.*“ R2: „*Musí si tu opravdu člověk vzít to nejnútnejší, nesmí to přehnat.*“ R3: „*Tam nic nevleze.*“ R4: „*Já jsem si tu chtěla vzít svoje křeslo také bezvadné, co se mi z toho dobře vstává. Bylo mi řečeno, že si ho tu můžu vzít, ale kde ho tam dát?*“ Omezené prostorové možnosti jsou tedy překážkou. Klienti si mohou s sebou vzít nějaký svůj nábytek, jenže v pokoji na něj nemají místo. Další problém je skutečnost, že pokoje se nezamykají, tudíž když jej klient potřebuje opustit, musí si ze strachu z krádeže cennější věci uzamknout v zásuvce nebo do skříně, která je však malá. Z hlediska zlepšení životních podmínek a kvality bydlení v DD by tedy bylo dobré zabývat se právě prostorovým rozvržením pokojů a velikostí úložných prostor.

Co se týče stravování je DD vázáno příslušnými zákonnými normami (vyhláška č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče; zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví - v platném znění). Z diskuse nad otázkami stravování vyplývá, že dva dny v týdnu mají klienti na výběr ze tří jídel (v závislosti na druhu diety). Tento způsob

stravování jim vyhovuje, oceňují jej a chválí. Slabším článkem tohoto opatření je však skutečnost, že svůj výběr musí klienti vyjádřit týden dopředu, tedy v době, kdy ještě není aktuální. Jídlo, které je pro mě atraktivní dnes nemusí být zítra. Výběr za těchto podmínek je však lepší než žádný výběr. R4: „*Je to lepší, když tam je aspoň těch jídel víc.*“ R2: „*Člověk si vybere něco na co má chuť.*“ R3: „*Někdo sladké, někdo maso, je to dobré.*“ Dalším ze způsobů jak zlepšit podmínky stravování může být i zapojení klientů do tvorby jídelníčku. V tomto bodě jsou postoje účastníků spíše zamítavé: TA: „*Ocenili byste moci se podílet na tvorbě jídelníčku?*“ R1: „*Já osobně ne.*“ R2: „*To by se těžko vyhovělo všem. Nevím asi ne.*“ R6: „*K tomu můžu říct jen tolik, že z mých zkušeností ne. Stejně by se nic z toho nedělalo, protože oni mají normy.*“ Nespokojenost v oblasti stravování byla vyjádřena ve vztahu k údajným krádežím jídla, plýtvání a nápojům (příliš studené). Pokud zařízení nemůže vzhledem k zákonné úpravě podmínek stravování přijmout taková opatření, aby bylo stížnostem obyvatelů učiněno zadost, měli by představitelé vedení dle mého názoru alespoň o daných záležitostech s klienty promluvit a snažit se učinit opatření tam, kde je to možné.

Mezi ostatní služby, které DD poskytuje patří většinou holič, pedikúra, bufet, televizní koutky, praní prádla, atd. Při diskusi o dané problematice se návrhy na zlepšení týkaly pouze holičských služeb a možnosti sledování televize. Holič zde dochází 1x za 14 dní, což klientům připadá málo a navrhují, aby tyto služby byly k dispozici 1x týdně vzhledem k počtu klientů v DD. Co se týče možnosti sledovat televizi, respondenti poukazují na fakt, že i když se v prostoru DD nachází několik televizních koutků, nemohou sledovat pořady, které je zajímají. V těchto koutcích se nacházejí stále jedni a ti samí obyvatelé, kteří prosazují pouze vlastní volbu programů. Protože domluva je podle tvrzení respondentů nemožná, raději rezignují a na televizi se dívat nechodí. Klienti jako řešení navrhují dozor ze strany personálu, já si však myslím, že spíše než autoritativní přístup by situaci mohlo vyřešit stanovení pravidel určujících druh pořadů nebo kanálů, které se budou sledovat v tom kterém koutku. Dodržování těchto pravidel si pak samozřejmě vyžádá občasnou kontrolu.

Co se týče problematiky bydlení nároky na prostředí v DD nejsou vzhledem k potřebám jeho obyvatel malé, proto je nutné zajistit optimální podmínky. Problémem jsou omezené prostorové možnosti DD, které nedovolují zajistit každému klientu soukromý pokoj, což v některých směrech zhoršuje QOL (ztráta soukromí, neshody se spolubydlícím,...). Personál by měl proto situaci seniora v novém prostředí sledovat a projevit účast

při řešení příp. potíží. Prostor schází i co do velikosti pokojů a úložných ploch. Klienti by ocenili, kdyby si alespoň z části mohli pokoj vybavit vlastním nábytkem, bohužel rozloha pokoje jim umožňuje vzít si s sebou jen drobnosti. Pokoje se nezamykají, proto si cennější věci obyvatelé uschovávají do šuplíků a skříní opatřených zámkem. Tyto okolnosti příliš nepříspěvají k navození atmosféry domova. Otázkou zůstává jaká opatření zvolit ke zmírnění těchto negativních aspektů bydlení? Myslím si, že pomoci může omezení pokojů na jednolůžkové a dvojlůžkové, účelnější výběr nábytku příp. umožnění klientům nahradit nábytek v DD svým vlastním, budováním dalších prostor s možností posezení příp. jiné činnosti, kde by klient dle potřeby mohl trávit svůj čas a nebyl vázán pouze na prostředí pokoje. Z hlediska stravování je v DD zajištěna odpovídající kvalita služby dle daných předpisů. Někteří klienti se stravují na pokojích, jiní v jídelně. Obyvatelé mají v určených termínech možnost výběru z několika jídel, což určitým způsobem obohacuje jejich jídelníček a dává možnost vlastní volby. Klienti by mohli být zapojováni do různých akcí, kde by se podíleli na přípravě pokrmů pro ostatní klienty nebo vlastní spotřebu (př. pečení vánočního cukroví, apod.). Stejně jako u předchozích služeb by DD mělo stále hodnotit jejich kvalitu (hodnocení obyvateli, personálem, poskytovateli služeb) a promýšlet možnosti zvýšení jejich kvality příp. rozšíření nabídky. V dosavadním systému poněkud schází zapojení klientů do procesu hodnocení a plánování služeb, což je škoda, protože obyvatelé mohou přispět zajímavými podněty a vnést do problematiky nový pohled.

## 6.5 Adaptace v DD

Proces zvykání si na nové prostředí a domov je individuální co do intenzity i délky. Někomu se podaří zadaptovat se rychleji a jinému se to nemusí podařit vůbec. Na úvod tohoto celku jsem tedy položila respondentům otázku, zda již dnes mohou říci, že si v DD zvykli (přitom délka pobytu účastníků se pohybuje v rozmezí od 3 měsíců do 8 let). Všichni tázaní se vyjádřili ve smyslu, že si již navykli, protože cítili, že jim nic jiného nezbývá. Zpětně ale nejsou schopni odhadnout dobu, která uběhla, než se jim podařilo překlenout prvotní nejistotu a nezvyk. Shodují se však ve skutečnostech, které jim proces adaptace ulehčily. Mnozí uvádějí, že již před vstupem do DD žili mimo rodinu (často vyjížděli služebně pryč, na delší dobu pobývali v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních) a tyto okolnosti jim svým způsobem pomohly a přechod do DD pro ně nebyl příliš velkou změnou. Jedním z nejvýznamnějších faktorů, které napomáhají adaptaci jsou podle účast-

níků vztahy a kontakty s rodinou. R1: „*Mě nejvíc pomáhá že jsem stále v kontaktu s rodinou. Aspoň teď zpočátku, že chodí každou neděli. Možná později to nebude třeba, ale teď mi to dělá dobře, že přijdou, než si tady všechno udělám. Ještě pořád po nich něco potřebuju, něco si tady doplnit a tak dále.*“ R2: „*Já si taky vzpomínám, že mi děti hodně pomohly, než jsem si tu zvykla.*“ Jako další příznivě působící faktory klienti uvádí: zájmy, pracovní činnost, činnosti vyplňující volný čas (televize, četba,...) a navázání nových kontaktů v domově. Negativem pak dle slov klientů byly počáteční vztahy se spolubydlícím. R1: „*To záleží s kým jste na pokoji, ne každý si hned porozumí.*“ R2: „*Já jsem zpočátku chtěla utéct už po dvou dnech, protože ta paní co jsem s ní byla na pokoji se mnou vůbec nemluvila a pořád spala. Já chápu, že jí umřel manžel, ale pro mě to bylo taky těžké. Teď už je to ale lepší.*“ R3: „*No taky je to o tom, i když se to tak nějak neříká, někdo i využívá nebo spíš zneužívá toho druhého, je to různé a v různých věcech. Někdo si myslí, že je tu pánem.*“ Zaujala mě připomínka jedné z účastnic, která je mimochodem v DD nejkratší dobu (3 měsíce). Klientka uvádí, že ji pomáhá pocit vlastní užitečnosti, který získává tím, že navštěvuje jednu z nových obyvatelek DD, která je slepá. Sama respondentka je poloslepá a cítí se být s novou obyvatelkou spřízněna. R: „*Sestřička mi navrhla, abych za ní občas zašla. Už jsem tam byla dvakrát. Ona je tak šťastná, když za ní přijdu, že si může se mnou popovídat. Ona opravdu je za to vděčná a já jsem ráda též čas mi aspoň utíká příjemně. Co vím to jí řeknu a dobře si rozumíme.*“ Pomoc obyvatelů DD nově přichozím ve složitém období by mohl být jeden ze způsobů jak zmírnit negativní dopad změn v životě klienta. Na otázku, zda by v procesu adaptace mohl pomoci personál, se respondenti vyjadřují takto: R1: „*Asi těžko, oni mají tolik svojí práce.*“ R2: „*No tož to ne to musí člověk sám.*“ R3: „*To asi ne.*“ Zároveň, ale přiznávají, že když se personál o klienta zajímá nebo jej chodí častěji navštěvovat a povídat si s ním, působí to příznivě. Řešením by mohlo být opět i v zavedení komunitně-skupinové práce pro nové obyvatele DD (blíže ve vlastním návrhu modelu péče v DD).

Nejtěžším obdobím pro seniora při příchodu do DD je právě doba zvykání si na nové prostředí a lidi. Po přijetí je klientovi v období adaptace věnována zvláštní péče, která mu má pomoci překlenout počáteční potíže. Domnívám se však, že poskytování péče by mělo být zahájeno ještě před samotným přijetím do DD a sice formou pohovorů a setkání, na něž je budoucí klient zván a během nichž mu budou poskytnuty informace potřebné pro



jeho rozhodnutí o případném pobytu v DD. Nejlepší je může-li senior zařízení navštívit a předem si jej prohlédnout, seznámit se s okolím a vidět svůj budoucí pokoj. Pokud toto není možné např. z důvodu špatného zdravotního stavu apod. je dobré, aby zařízení poskytlo potřebné informace příbuzným seniora včetně letáků, obrazového a jiného propagačního materiálu, které si budoucí klient bude moci doma prostudovat. Neexistuje-li ani možnost komunikace s příbuznými, mělo by DD mít pro tyto účely k dispozici terénní pracovníky, jež by realizovali návštěvu budoucích klientů v jejich domě. Dle mého názoru by již při těchto setkáních měl být přítomen také pracovník, který bude později v DD klientovi přidělen jako klíčový, neboť už na počátku cesty klienta do DD může začít budování vztahu mezi pracovníkem a seniorem. Navíc klíčový pracovník je plně kompetentní podat informace týkající se bezprostřední péče, zvláště pak za předpokladu, že každý pracovník má svůj individuální styl práce s klientem. V zahraničí bývá budoucímu obyvateli umožněno strávit v DD před nástupem kratší dobu tzv. „na zkoušku“ a teprve poté se senior rozhodne o svém budoucím pobytu zde (Společnost přátelská všem generacím, 2005). Tento přístup považují za velmi zajímavý a dle mého názoru jde o efektivní způsob řešení situace seniora v procesu zvažování DD jako životní alternativy. V období adaptace by DD mělo pracovat také s rodinou klienta a motivovat ji k udržování kontaktu se seniorem (návštěvy, telefonní hovory, dopisy, občasné pobyty v domácím prostředí, apod.). Pozitivního účinku může být dosaženo také zapojením klientů do dobrovolnické činnosti v DD či zprostředkování kontaktu s dobrovolníkem odjinud. Hlavním cílem pro období adaptace zůstává co největší míra aktivizace klienta pomocí jeho zapojení do činností spojených s chodem DD, volnočasových a jiných aktivit (komunitně-skupinové práce).

## 6.6 Sociální zázemí a opora v DD

Přechodem do DD je senior vytržen z původního prostředí rodiny a veškerých kontaktů (přátelé, známí,...). Jelikož počet zařízení typu DD je vzhledem k počtu žadatelů nedostatečný, není jednoduché zajistit si pobyt v místě bydliště či regionu. Mnoho seniorů tak žije v DD daleko od rodiny. Proto mě zajímalo, nakolik vnímají klienti svůj pobyt v DD jako překážku ve styku s rodinou. Vesměs se všichni shodují v tom, že změna bydliště jim nebrání udržovat kontakty s rodinou. Část respondentů uvádí, že rodina žije v Čechách příp. za hranicemi ČR a častější návštěvy tím pádem nejsou reálné, přesto však zůstávají v kontaktu skrze mobilní telefony nebo dopisy. Druhá část klientů má rodinu blíže, což ale

v některých případech nemusí automaticky naznačovat lepší vztahy v rodině. Je tedy individuální záležitostí zda a jaký zájem projevuje rodina o svého seniora. Co se týče návštěv v DD tyto nejsou časově omezeny a klient může se svými blízkými trávit čas prakticky kdekoli v prostorách DD nebo i mimo ně. Ideální je, když má senior možnost opustit DD a navštívit rodinu doma, případně strávit zde nějaký čas (dovolená, svátky, ...).

Odchod do DD vytrhuje člověka také z prostředí, v němž má své přátele a známé. Udržet tyto kontakty bývá zpravidla těžší než u rodiny. TA: *„Když se člověk přestěhuje, ztrácí také kontakty s přáteli, se známými. Co si o tom myslíte?“* R1: *„No s přáteli určitě, protože to je marné. Když se člověk může vidět častěji tak to jde, ale tady už to není ono, zprvu se nevidíte tak často a pak už skoro vůbec.“* R2: *„No je to fakt, oni pracují a nemají tolik času sem přijet.“* R3: *„Já zatím nemůžu říct, volám známým a už tu byli z práce dvě. A známí, co ke mně chodili, taky už tu byli. Takže to si udržujeme, to jsme byli opravdu dobří známí. Jak to bude dál to nevím, ale snad se budem vídat.“* Podle mě by DD mělo tyto druhy kontaktů (rodina, přátele, známí) podporovat např. organizováním společenských akcí určených nejen pro klienty, ale také pro jejich rodiny a blízké. Vytvářet příležitosti pro společnou činnost (sportovní utkání, přípravy slavností, apod.) a trávení volného času (př. výlety). Neomezovat kontakt pouze na sdělování informací o klientu a jeho potřebách, ale snažit se rodinu klienta zapojit do života v DD jakožto domova jejich příbuzného. TA: *„Mohou se akcí v DD účastnit i rodinní příslušníci nebo přátele?“* R1: *„No kdyby někdo přišel, tak ho nevyhodí to jistě ne, mohl by zůstat, ale spíše je to pro nás tady.“* R2: *„Myslím, že by proti tomu nikdo nic neměl, ale nikdo to nedělá, protože ten zájem z venku není zas takový. Jak vyplývá z uvedeného, účastníci se domnívají, že zájem o společné akce v DD by byl ze strany rodiny a okolí klienta malý, přesto si ale myslím, že časem by se něco podobného mohlo stát zvyklostí. Sami klienti by se tomu dle jejich vyjádření nebránili.“*

Člověk kontakty nejen ztrácí, ale zároveň získává nové. Obyvatelé DD se postupně seznamují a vytváří si tak svůj okruh známých v domově. Většinou se tak děje spontánně při různých společných aktivitách (cvičení, společenské akce,...). Respondenti tvrdí, že vztahy v DD mají spíše povrchní charakter. R1: *„To je jenom tak, ale nějaký takový opravdový přítel to ne. Já bych s to tu i tak bála třeba něco říct. To se někomu svěřujete a nevíte co řekne druhému.“* R2: *„Tak všeobecně nějaké to povídání, ale jinak...známe se tak co jsme na oddělení nebo z cvičení, ale jinak to nejde poznat všechny.“* TA: *„Myslíte si, že*

*zde v DD mohou vzniknout i hlubší vztahy?“ R1: „Nevím, myslím že spíš ne.“ TA: „Čím to může být?“ R1: „Není prostředí, kdybych šel na rande tak kam? Mám sice pokoj sám pro sebe, ale když za mnou někdo přijde, hned se o tom vedou řeči.“ R2: „To je pravda, my třeba sedíme u stolu čtyři a už jdou řeči.“ R3: „ Já myslím, že je to tím pokročilým věkem. Člověk už je v těch letech takový nějaký...“ TA: „Myslíte, že člověk postupem času ty možnosti ztrácuje?“ R3: „Já myslím, že jo. Tady to nevzniká. Já jsem tu 4 roky a znám jen málo výjimek. Tady to nevzniká takové nějaké to přátelství. Bud' je člověk moc opatrný, nebo nemá zájem.“ Podpora vzniku kontaktů a vztahů mezi obyvateli by ze strany domova mohla být uskutečňována pomocí vytváření klubů obyvatel. DD vede záznamy o klientech, jejich zájmech apod. To dává možnost sestavit skupinu lidí s podobnými zájmy či jinými charakteristikami a nabídnout jim účast v klubu (př. klub přátel černobílého filmu, filatelistický klub, ...). Zpočátku by zřejmě bylo potřeba vedení ze strany DD, ale časem si klub již sám může organizovat svá setkání a jejich náplň. Účastníci během diskuse na toto téma vyjadřovali pozitivní ohlasy. TA: „Co si myslíte o takových klubech?“ R1: „Tož to by se museli domluvit nějak mezi sebou více lidí, ale tak proč ne?“ R2: „Bylo by to dobré no. Nebo aspoň to zkusit jako. Bud' se chytne nebo ne.“*

Domov by jednak měl poskytovat jakési zázemí a bezpečí, avšak měl by být do jisté míry i otevřen okolí, udržovat spolupráci a vztahy i s jinými organizacemi, umožňovat obyvatelům navazovat nové vztahy i mimo domov. Jednou z těchto příležitostí je využívání spolupráce s dobrovolníky. Ti mohou s obyvateli trávit volný čas, podílet se na tvorbě a realizaci různých akcí, apod. Zjišťovala jsem postoje účastníků k přítomnosti dobrovolníka v DD a také k dobrovolnické činnosti samotných obyvatelů. V zásadě se respondenti shodli, že by spolupráci s dobrovolníky úplně nezavrhovali. Co se týče působení klientů DD v nějakém z dobrovolnických programů postoje jsou spíše zamítavé. Dle mého názoru to může být způsobeno nedostatkem informací o této problematice a také absencí jejich nabídky.

DD je jakýmsi světem ve světě a navenek často působí dojmem izolovanosti. Cílem však není izolovat seniory někam do ústraní, nýbrž poskytnout jim klidné prostředí mimo rušná centra měst a zároveň usilovat o jistou míru otevřenosti DD vůči jeho okolí. Důležitá je v tomto směru podpora udržování styku klientů s rodinou, přáteli a také navazování nových kontaktů v DD i mimo něj. Toho lze dosáhnout organizováním různých společných

akcí pro klienty, ale také akcí s účastí rodiny a přátel, vytvářením klubů obyvatel, využíváním služeb i mimo DD, apod.

## 6.7 Volný čas v DD

Způsob trávení volného času je svobodným rozhodnutím každého člověka, nejinak je tomu u klientů DD. Domov nabízí rozmanitou škálu možností jak trávit svůj volný čas, konečné rozhodnutí však závisí na klientovi. Pouhá nabídka aktivit přirozeně nestačí, je potřeba i vhodně motivovat. DD musí v první řadě monitorovat potřeby a zájmy obyvatelů a na základě těchto zjištění vytvářet optimální a atraktivní nabídku volnočasových aktivit. Potřebné informace zjišťuje personál většinou pomocí dotazníků a rozhovorů. Účastníci projektu tvrdí, že nabídka volnočasových aktivit v DD je pro ně dostatečná a oceňují její současný nárůst i rozmanitost (sportovní akce, společenské akce, výlety, ruční práce, zpívání, apod.). R1: „*No když vezmu ještě tu rehabilitaci k tomu, tak já nemám kolikrát ani čas někdy něco přečíst. Fakt já mám vyplněný dost čas, nemůžu si stěžovat, že bych se nudila.*“

U výše jmenovaných aktivit se většinou jedná o akce skupinového rázu, které zároveň podporují i vzájemnou komunikaci a navazování kontaktů mezi klienty. Někteří klienti se však z různých důvodů těchto aktivit neúčastní. Možná jim to nedovoluje zdravotní stav nebo pocity studu apod. Ani tito obyvatelé by neměli být opomínáni. Zde přichází v úvahu individuální práce s klientem dle jeho přání a potřeb. Bohužel vzhledem k počtu obyvatel a pracovnímu vytížení personálu nelze vždy zajistit tuto péči všem. S tímto by mohli pomoci dobrovolníci.

Tvorba nabídky trávení volného času není závislá jen na DD, nýbrž také na vlastní aktivitě a iniciativě obyvatelů, kteří do této oblasti mohou zasahovat vlastními návrhy buď individuálně nebo prostřednictvím klubů či výboru obyvatel. K uskutečnění vylepšujících opatření je však v první řadě potřeba intenzivní a cílená komunikace mezi obyvateli a klíčovými pracovníky.

Volný čas je příležitostí pro odpočinek, ale také pro osobnostní růst a rozvoj. Tento není omezen věkem a vychází z přirozené potřeby sebeaktualizace a seberealizace jedince. DD podporuje rozvoj osobnosti a kvalitu života obyvatelů edukací a zábavně-

terapeutickými programy. Volnočasové aktivity v DD se bohužel někdy omezují na ruko-dělné práce, procházky, sledování televize a podobné činnosti, avšak výchova a vzdělávání je poněkud v pozadí. Přitom lze realizovat nespočet aktivit rozličného charakteru a různých oblastí: morální, filozofické, náboženské a světonázorové, kulturně-umělecké a estetické, přírodní a přírodovědné, pracovní-technické a informačně-technologické, tělovýchovné, sportovní, zdravotní a turistické, společensko-vědní, jazykové, poznávací a vědomostní (Határ, 2005). Zábavně terapeutické programy jsou sice snadno přístupné, bezpečné a s možností přizpůsobení specifickým potřebám klientů, nicméně mnohdy chybí dostatečná motivace a obměna těchto programů. Dle mého názoru je potřeba některé oblíbené aktivity zachovávat, ale přitom vytvářet i stále nové, které vzbudí zájem a nabídnou praktický přínos. Kromě skupinových aktivit je potřeba pracovat individuálně i s jedinci, jež tyto činnosti z různých důvodů nenavštěvují. Na tvorbě programů by se měli společně podílet týmy pracovníků, týmy klientů (kluby, výbory), ale i jednotlivci (dobrovolníci, rodinní příslušníci, ...).

## 6.8 Shrnutí a závěry

Domovy důchodců (domovy pro seniory) jsou institucemi, jejichž činnost spočívá v podpoře a péči o seniory. Prioritní je poskytnout klientům zázemí (domov, základní potřeby pro život), nicméně vzhledem ke stále se zvyšujícím nárokům společnosti na životní podmínky a QOL, mělo by být dlouhodobým cílem DD také zvyšování QOL jejich klientů. Nutno však říci, že kvalita našeho života nezávisí jen na vnějších podmínkách, ve kterých žijeme, ale z velké části také na nás samotných. Cílem této studie bylo zjistit, jaká opatření učiněná ze strany zařízení i klientů by mohla přispět ke zlepšení QOL v DD. Pro pochopení kontextu jsem se okrajově zabývala také dalšími okolnostmi souvisejícími s pobytem v DD (spokojenost či nespokojenost s danými oblastmi QOL, organizace chodu DD, apod.) Jednotlivé oblasti života v DD vzhledem ke QOL byly rozčleněny do tématických celků: Fyzické a psychické zdraví, autonomie, denní režim a domovní řád, služby, adaptace, sociální zázemí a opora, volný čas. V rámci těchto okruhů byly realizovány diskuse v ohniskových skupinách. Analýza výpovědí respondentů pak byla soustředěna na návrhy opatření pro zlepšení QOL a postoje účastníků výzkumu k těmto návrhům.

Prostřednictvím výzkumu se podařilo shromáždit údaje vypovídající o okolnostech QOL v DD, na jejichž základě lze zvažovat možná opatření ke zlepšení životních

podmínek jeho obyvatel (množství a variabilita těchto opatření je značná, proto uvedená suma návrhů je pouze okrajová v závislosti na situaci daného zařízení). Lze konstatovat, že i když je péče v DD poskytována v souladu s právními předpisy ČR a vychází z potřeb klientů, v některých oblastech je stále potřeba jistých opatření a inovací, jako odrazu měnících se společenských podmínek a přístupů ke stáří, stejně tak jako potřeb a představ klientů. Překážkou inovačních snah se ve výzkumu ukázaly být mimo jiné i postoje klientů k některým návrhům, které jsou dle mého názoru ovlivněny osobnostními rysy a přístupem k vlastnímu stáří. Proto jeden z hlavních cílů v péči o seniory vidím v potřebě prevence patologického stárnutí, která spočívá ve vytvoření těchto postojů: nebránit se ničemu novému a nespokojovat se s málem. V této problematice spatřuji prostor pro možnost dalšího zkoumání. Problematika QOL je opravdu velmi široká. V pojetí této práce jde o podání komplexního obrazu QOL v DD, nicméně jistě by bylo velmi zajímavé blížeji prozkoumat její jednotlivé oblasti, což může být tématem dalších prací a výzkumných studií.

Tento výzkum je konkrétní studií sledující možnosti zlepšení QOL v daném zařízení, jemuž je také přínosem, avšak v jistých směrech může být inspirativní a využitelná i pro ostatní DD v republice.

## 7 VLASTNÍ NÁVRH MODELU PÉČE V DOMOVECH DŮCHODCŮ

Tato kapitola je stručným vyústěním praktické části práce. Naváží zde na interpretaci výsledků výzkumu a pokusím se vytvořit vlastní stručný návrh k modelu péče v DD Frenštát pod Radhoštěm, kde jsem realizovala výzkum. Na základě zjištěných dat a v souladu s principy národních dokumentů zabývajících se problematikou stárnutí, stáří a sociálních služeb pro seniory (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007; Standardy kvality sociálních služeb, aj.) formuluji konkrétní kroky jako řešení současné situace v daném DD. Uvedená opatření dle mého názoru v daném zařízení povedou k žádoucím změnám stávající situace a rovněž pomohou zvýšit kvalitu života jejich obyvatel.

Konkrétní kroky a opatření pro zlepšení QOL v DD:

- Lékařská péče – Stanovit dle možností lékaře pravidelné ordinační hodiny, během nichž budou mít možnost navštívit lékaře jak klienti doporučení personálem, tak ti, kteří mají o konzultaci sami zájem.
- Fyzická kondice obyvatel – Zřízení tělocvičny (místnosti vybavené základním nářadím – činky, posilovací stroj, gymnastický míč, ...) a místnosti pro rozvoj hrubé a jemné motoriky (mechanismy každodenního užívání – kliky, zámky, apod.). Organizování individuálního a skupinového cvičení – s obměnami zaměřením na obratnost, rovnováhu a stabilitu, posílení svalů, kloubní pohyblivost, alternativní přístupy k aktivnímu stylu života (dechová cvičení, jednoduchá cvičení jógy, čínská a tibetská zdravotně posilující cvičení) doplněné častými procházkami a přítomností na čerstvém vzduchu (ve skupinách či jednotlivě v doprovodu další osoby – personál, dobrovolník, klient, rodinný příslušník,...).
- Psychická kondice obyvatel – Organizovat individuální a skupinová cvičení psychických funkcí (myšlení, paměť, řeč, pozornost,...) a smyslového vnímání (sluch, hmat, čich, chuť, zrak). Zařadit do programu aktivity a cvičení zaměřené na sebepoznání a sebeuvědomění vlastního těla a relaxační cvičení (meditační hudba, dechová cvičení, skupinová meditace, vizualizační metody,...).

- Spiritualita – Zprostředkovat dle možností DD a potřeb klientů návštěvy bohoslužeb a kostela, na žádost zprostředkovat návštěvu kněze v DD a organizovat skupinové návštěvy poutních míst.
- Zavedení komunitně-skupinové práce - Tento způsob práce s klienty přispívá k lepší adaptaci klientů. Vedení tzv. adaptačních skupin sestavených z nových obyvatel DD - v rozmezí 6 měsíců od jejich pobytu, které se pravidelně schází při tématicky vedených rozpravách. Cílem je prostřednictvím komunikace a atmosféry sdílení ulehčit proces zvykání si na nový domov a vytvořit podmínky pro vznik vztahů mezi obyvateli. Účastníci skupiny se seznamují s chodem DD prostřednictvím zkušeností jejich členů a přizvaných hostů, zpravidla jimi jsou dlouhodobí obyvatelé DD nebo členové personálu. Komunitně-skupinová práce rovněž podporuje vznik nových kontaktů a vztahů mezi obyvateli a je vhodná i při řešení některých problémů pocíťovaných klienty.
- Podpora autonomie klientů – Prosazovat individuální přístup ke klientovi a omezit jeho závislost na personálu prostřednictvím průběžného plánování a hodnocení péče vzhledem ke stupni soběstačnosti klienta. Motivovat obyvatele k větší soběstačnosti v oblasti sebeobsluhy (poskytnout dostatek času a projevit trpělivost), stravování (krmit jen vyžaduje-li to stav klienta, nemixovat stravu pokud to není nutné) a hygieny (vybudovat bezpečné sociální zařízení a umývárny opatřené protiskluzovou podlahou, vybudovat samostatný sprchový kout s příslušným vybavením) a tím minimalizovat účast personálu při těchto činnostech na dopomoc a preventivní dohled. Motivovat klienty k podílu na chodu DD (prostřednictvím dohod o pracovní činnosti, organizováním akcí na jejichž přípravě se mohou podílet).
- Služby – Dle možností zvýšit stávající frekvenci návštěv holiče (1x za 14 dní) na jednu návštěvu týdně. Zajistit všem obyvatelům právo sledovat televizi – stanovit pravidla pro sledování televize v jednotlivých prostorách (rozdělení televizních koutků podle sledovaných programů, apod.) a dodržování pravidel příležitostně kontrolovat.
- Otevřenost DD vůči okolí – Spolupracovat s regionálními organizacemi a institucemi. Podpora a organizování různých akcí s účastí rodiny klienta, přátel a jiných hostů. Udržovat družební vztahy a spolupráci s ostatními DD.



- Práce s rodinou klienta – Udržovat úzký kontakt s rodinou klienta, poskytovat informace, motivovat rodinu k účasti na různých akcích DD a k pravidelnému styku se seniorem (telefonní hovory, návštěvy, dopisy,...).
- Volný čas obyvatel DD – Zjišťovat zájmy a potřeby klientů a na základě těchto plánovat a rozšiřovat nabídku volnočasových aktivit. Podporovat zakládání klubů obyvatel DD, účinně motivovat a nabízet účast v těchto klubech a poskytovat zázemí pro jejich setkávání. Individuálně pracovat s klienty, jež se nechtějí účastnit skupinových aktivit a umožnit jim trávit volný čas dle jejich představ.
- Edukace – Skupinovou i individuální formou realizovat edukaci (výchovu a vzdělávání) klientů organizováním vzdělávacích programů (tématické přednášky, promítání dokumentů, besedy s hosty,...), účastí v některých celostátních akcích a soutěžích, zakládáním debaterních kroužků, apod.
- Prevence patologického stárnutí – Skrze individuální a skupinové rozhovory ovlivňovat pozitivní vztah klientů k vlastnímu stáří. Konceptí péče a nabídkou služeb podporovat aktivní životní styl. Motivovat k co největší míře zapojení klienta do života v DD a společenského dění v rámci regionu.
- Práce s klientem před přijetím do DD – Organizovat setkání s budoucími klienty v DD, poskytnout jim všechny potřebné informace, provést je po zařízení, nabídnout jim možnost strávit v DD určitou dobu (př. několik hodin) „na zkoušku“. Plánovat návštěvy u budoucích klientů, kteří se na setkání do DD dostavit nemohou a poskytnout potřebné informace na místě.
- Denní režim a domovní řád – Průběžně zjišťovat postoje a spokojenost klientů vzhledem k dennímu režimu a dle možností činit potřebná opatření (př. stanovit delší časová rozmezí pro podávání jídel). Zvažovat možné inovace denního režimu a tyto prodiskutovat s personálem i klienty. Zajistit, aby nově příchozí klienti byli seznámeni s domovním řádem a byly jim zodpovězeny veškeré dotazy z této oblasti.
- Hodnocení kvality péče a služeb – Průběžně provádět hodnocení kvality péče a služeb (obyvateli, personálem a poskytovateli služeb) a na jejich základě zvažovat potřebná opatření. Hledat nové způsoby zvýšení kvality péče a rozšíření nabídky služeb.

- Kvalita bydlení – Omezit pokoje pouze na jednolůžkové a dvojlůžkové. Podle prostorových možností podpořit klienty v jejich přání vzít si s sebou do DD některé kusy nábytku a vlastního vybavení. Poskytnout úložné plochy přiměřené velikosti a veškeré zařízení přizpůsobit snazší manipulaci a stavu klienta.
- Spolupráce s dobrovolnickým centrem – Navázat spolupráci s dobrovolnickým centrem. Nabídnout účast DD v některém z dobrovolnických programů, poskytnout klientům možnost setkávat se s dobrovolníkem příp. aktivně se účastnit programu jako dobrovolník.
- Komunikace klientů s vedením DD – Podporovat a motivovat klienty k vyjádření vlastního názoru ohledně péče a služeb v DD (anonymní formou – př. schránka pro dotazy a připomínky). Zvážit znovuzavedení výboru obyvatel příp. zvolit cestu nezávislého prostředníka ve funkci ombudsmana DD (volený z řad personálu nebo dosazen vedením) – ochránce práv klientů, zabývající se jednak stížnostmi, připomínkami, návrhy a zároveň působící v roli mediátora (nezávislého prostředníka) při řešení rozepří mezi klienty navzájem nebo při úpravě problémových vztahů klient x personál.

Zavedení uvedených opatření samozřejmě v první řadě závisí na možnostech daného zařízení (finančních, personálních, prostorových), ale také na přístupu vedení, personálu a samotných klientů. Klíčovým momentem ve smyslu vzájemné dohody a spolupráce všech stran je především efektivní komunikace jako předpoklad pozdějšího sdílení společných představ a cílů v péči o obyvatele DD.

## ZÁVĚR

Člověk po celý život usiluje o autonomii a v závěru života o ni přichází. Tato ztráta vede k vzrůstající závislosti seniora na jeho okolí, což jej mnohdy nutí zvolit život mimo původní domov, v zařízení, které plně zabezpečí uspokojení jeho životních potřeb. V české republice jsou nejrozšířenější alternativou této volby domovy důchodců. Jedná se o zařízení, která poskytují svým klientům trvalý pobyt a potřebné zázemí. Stávají se novým domovem seniora. Z tohoto důvodu je potřeba zabývat se otázkami a okolnostmi života v DD, kvalitou péče a služeb, které jsou zde poskytovány a skrze jejich zkvalitňování působit na zlepšení samotné kvality života.

Cílem této práce bylo pomocí teoretických poznatků vytvořit obraz člověka – seniora (v kontextu změn doprovázejících proces postupného stárnutí) vsazeného do podmínek, jaké skýtá život v domově důchodců. Na základě kritického zhodnocení současné situace v oblasti QOL v DD zrealizovat výzkum zaměřený na hledání možných alternativ řešení a návrhů, jež by pomohly zlepšit QOL seniorů v domovech důchodců a přiblížit tuto instituci k představě ideálu domova.

To by také mělo být snahou dalších studií a výzkumů v této oblasti. Odpovědět na otázky typu jak docílit toho, aby domov důchodců odpovídal alespoň následujícímu popisu, který dle mého názoru velmi trefně sepsala Eva Rheinwaldová a vyjadřuje tím, jaký by měl nový domov pro klienta DD být: „...měl by poskytovat nejen důstojné bydlení a nutnou zdravotní péči, ale také moderní prevenci patologického chátrání, a to jak fyzického, tak duševního. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by vracel smysl a hodnotu. Měl by pomáhat lidem žít, bavit se, mít se na co a z čeho těšit. Měl by napomáhat vyplňovat dlouhé dny...“ (Rheinwaldová, 1999, s. 10).

Cesta k domovu jaký je zde popsán je stále ještě v mnoha zařízeních málo prošlápaná a zůstává ideálem, kterému bychom se ale i ve vlastním zájmu měli snažit co nejvíce přiblížit.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ERIKSON, E. H. *Osm věků člověka*. OSU [online]. c 2005. [cit. 2007-4-18]. Dostupné z: [http://www1.osu.cz/home/soban/vyps\\_erikson.htm](http://www1.osu.cz/home/soban/vyps_erikson.htm).
- [2] HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- [3] HATÁR, C. *Inštitucionálna edukatívna starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike*. 1. vyd. Nitra: Pedagogická fakulta UKF v Nitre, 2005. ISBN 80-8050-821-6.
- [4] KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- [5] KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já. Já a senior* [online]. c 2005. [cit. 2007-5-4]. Dostupné z: <http://www.spvg.cz/index.php?id=5>.
- [6] KRÁLÍČKOVÁ, T. *Komunitně-skupinová práce jako forma psychosociální pomoci seniorům v Domově důchodců Donovalská* [online]. c 2003. [cit. 2007-5-1]. Dostupné z: <http://www.viap.cz/ppf-zp-domovduchodcu.doc>.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [8] MATOUŠ, M. a kol. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0331-9.
- [9] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [10] MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
- [11] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [12] MORGAN, D. L. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Brno: PÚAV, 2001. ISBN 80-85834-77-4.

- [13] *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007*. MPSV [online]. c 2003, [cit. 2007-5-1]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1057>.
- [14] PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika – úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0879-1.
- [15] PIDRMAN, V. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
- [16] PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- [17] PLEVOVÁ, J., BOLELOUCKÝ, Z. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. 2. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-959-4.
- [18] RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
- [19] *Smlouva o poskytnutí služby sociální péče v domově pro seniory*. MPSV [online]. c 2006. [cit. 2007-4-10]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3206/vzor\\_smlouva\\_domovy\\_pro\\_seniory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3206/vzor_smlouva_domovy_pro_seniory.pdf)
- [20] *SOCIÁLNÍ PRÁCE – časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Č. 2 (2004). Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2004. Vychází čtvrtletně. ISSN 1213-624.
- [21] *Statistická ročenka ČR, Zdravotnická ročenka ČR*. MPSV [online]. c 2005. [cit. 2007-4-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1058>.
- [22] STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- [23] SÝKOROVÁ, D. a kol. *Autonomie ve stáří strategie její zachování*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004. ISBN 80-7326-026-3.
- [24] ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

- [25] TOŠNEROVÁ, T. *Sexualita ve stáří* [online]. Ambulance pro poruchy paměti, c1998. [cit. 2007-4-20]. Dostupné z:  
<http://www.pecujici.cz/priruckyonlinedetail.shtml?x=212271>.
- [26] TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9505-2.
- [27] VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života – teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7
- [28] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie – dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- [29] *Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.*
- [30] WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.
- [31] *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*
- [32] *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

APACHE II	Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém
DD	Domov důchodců
LQoLP	Lancashire Quality of Life Profile
LQoLP-EU	Lancashire Quality of Life Profile-European Version
QOL	Kvalita života
R	Respondent
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SEIQoL-DW	Schedule for the Evaluation of Individua Quality of Life-Direct Weighting
TA	Tazatel
WHO	World Health Organization

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1 Vývoj podílu (%) seniorské populace ve věku 60+ v ČR v období 1950 - 1990 a její projekce do r. 2030



## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č.1 Průvodce pro ohniskové skupiny I.  
Příloha č.2 Průvodce pro ohniskové skupiny II.  
Příloha č.3 Průvodce pro ohniskové skupiny III.  
Příloha č.4 Desatero komunikace se seniory

# PŘÍLOHA PI: PRŮVODCE PRO OHNISKOVÉ SKUPINY I.

## Průvodce pro ohniskové skupiny:

č. 1

Datum: 15. 1. 2007

Místo: Domov důchodců ve Frenštátě p.R.

Čas konání: 13.30 – 14.30 hod

Počet účastníků skupiny: 6

- **Uvítání**
- **Představení se**
- **Zahřívací téma: Domov (brainstorming)**
- **Pravidla**
- **Vlastní diskuse:**
  1. **Zdraví – obecně**
    - kondice (fyzická, psychická)
    - odpočinek, relaxace
    - soběstačnost
  2. **Psychické potřeby – pocity (pozitivní, negativní)**
    - spiritualita, hodnoty
- **Ukončení, domluva na další skupinu**

## Pravidla:

1. Hovoří vždy jen jedna osoba.
2. Žádné vedlejší rozhovory mezi sousedy.
3. Všichni jsme si rovni a nikdo nebude dominovat.
4. Tolerujeme názor druhého.

## Otázky pro jednotlivá témata:

- **Zdraví – obecně**
  1. Jakou pozici zaujímá zdraví ve Vašem žebříčku hodnot?
  2. Jakou důležitost přikládáte lékařské péči v DD a proč?
  3. Poskytuje Vám skutečnost, že v DD je nepřetržitá lékařská péče pocit osobního bezpečí?
  4. Byl fakt, že v DD je lékařská péče důvodem proč jste se rozhodli pro DD?
  5. Jak by podle Vás měla vypadat dobrá lékařská péče?
- **Zdraví – kondice**
  1. Myslíte, že je potřeba, aby lidé ve starším věku pracovali na své kondici?

2. Jak se může obyvatel DD udržet ve fyzické kondici?
3. Je cvičení jediným způsobem?
4. Co Vás motivuje, abyste se drželi v kondici?
5. Děláte něco, aby jste byli také v psychické kondici?

## • **Zdraví – odpočinek, relaxace**

1. Máte svůj zaručený způsob odpočinku, jaký?
2. Máte možnost v DD tento způsob odpočinku provádět?
3. Co by Vám pomohlo, abyste si lépe odpočinuli?
4. Co si myslíte o skupinové relaxaci?

## • **Zdraví – soběstačnost**

1. Pokud jsou určité úkony týkající se sebeobsluhy či domácnosti, které zvládáte činíte je sami, nebo je přenecháváte druhým?
2. Vadí Vám, že jste nuceni spolehnout se při některých úkonech na druhé, i když byste je sami zvládli?
3. Ve kterých oblastech se nechcete spoléhat na druhé?
4. Byli byste ochotni sami se podílet na chodu DD?

## • **Psychické potřeby – pocity (negativní, pozitivní)**

1. Když cítíte radost nebo smutek, jste se svými pocity raději sám nebo je chcete sdílet s ostatními?
2. Myslíte, že lidé v DD mají možnost někomu se svěčit?
3. Svěřili byste se raději někomu z obyvatel nebo personálu?
4. Podstoupili byste skupinové sezení s lidmi, kteří mají podobný nebo stejný problém jako vy?

## • **Psychické potřeby – spiritualita, hodnoty**

1. Myslíte, že jsou náboženství a víra v životě člověka důležité, proč?
2. Máte možnost pěstovat svou víru a provádět úkony s tím spojené v DD?
3. Máte v DD kontakty na obyvatele stejné víry?
4. Měli byste zájem např. o účast na bohoslužbě nebo o skupinovou modlitbu?

## **PŘÍLOHA P II: PRŮVODCE PRO OHNISKOVÉ SKUPINY II.**

### **Průvodce pro ohniskové skupiny:**

č. 2

Datum: 22. 1. 2007

Místo: Domov důchodců ve Frenštátě p.R.

Čas konání: 13.30 – 14.30 hod

Počet účastníků skupiny: 6

- **Uvítání**
- **Pravidla**
- **Společná aktivita – tvorba denního režimu v DD; Jak byste si upravili denní režim podle Vašich potřeb a představ? (příp. diskuse o vylepšujících změnách v režimu).**
- **Vlastní diskuse:**
  - denní režim v DD
  - kvalita bydlení v DD
  - stravování v DD
  - ostatní služby v DD
- **Ukončení, domluva na další skupinu**

### **Pravidla:**

1. Hovoří vždy jen jedna osoba.
2. Žádné vedlejší rozhovory mezi sousedy.
3. Všichni jsme si rovni a nikdo nebude dominovat.
4. Tolerujeme názor druhého.

### **Otázky pro jednotlivá témata:**

- **Denní režim v DD**
  1. Jak na Vás působilo rozvržení denního režimu na počátku Vašeho pobytu v DD? Jak jste jej vnímali?
  2. Která položka z denního režimu je závislá pouze na Vaší svobodné vůli (rozhodnutí)?
  3. U kterých položek denního režimu by jste uvítali více volnosti (větší časové rozpětí)?
- **Kvalita bydlení v DD**
  1. Když jste se přestěhovali do DD jak na Vás působil Vás pokoj?
  2. Co byste chtěli mít ve svém pokoji a nemůžete?
  3. Jaký je Vás názor na vícelůžkové pokoje?
- **Stravování v DD**
  1. Měli byste zájem podílet se na tvorbě jídelníčku v DD?
  2. Uvítali byste možnost výběru ze dvou pokrmů (alespoň 1x týdně)?
- **Služby v DD**
  1. Jaké další služby by jste v DD ocenili?

# PŘÍLOHA P III: PRŮVODCE PRO OHNISKOVÉ SKUPINY III.

## Průvodce pro ohniskové skupiny:

č. 3

Datum: 29. 1. 2007

Místo: Domov důchodců ve Frenštátě p.R.

Čas konání: 13.30 – 14.30 hod

Počet účastníků skupiny: 6

- **Uvítání**
- **Pravidla**
- **Vlastní diskuse:**
  - adaptace
  - sociální zázemí, opora
  - volný čas
- **Ukončení, poděkování.**

## Pravidla:

1. Hovoří vždy jen jedna osoba.
2. Žádné vedlejší rozhovory mezi sousedy.
3. Všichni jsme si rovni a nikdo nebude dominovat.
4. Tolerujeme názor druhého.

## Otázky pro jednotlivá témata:

- **Adaptace**
  1. Můžete již dnes po několika měsících nebo letech pobytu v DD říci, že jste si zde zvykli?
  2. Jak dlouho trvalo, než jste si v DD zvykli?
  3. Co Vám v tomto ohledu pomohlo?
  4. Jak lze proces zvykání si ulehčit?
  5. Jak podle Vás může pomoci personál?
- **Sociální zázemí, opora**
  1. Vnímáte pobyt v DD jako bariéru v kontaktu se svou rodinou?
  2. Jaké jsou v DD podmínky pro návštěvy?
  3. Ztratili jste v důsledku přechodu do DD kontakt s přáteli?
  4. Získali jste v DD nové přátele? Považujete někoho z obyvatel DD za sobě blízkého?
  5. Účastníte se společenských akcí, které pořádá DD? Může se jich zúčastnit i vaše rodina/přátele?
  6. Uvítali byste přítomnost dobrovolníka? Měli byste sami zájem působit jako dobrovolník?
- **Volný čas**
  1. Trávíte volný čas raději o samotě nebo s ostatními obyvateli DD?
  2. Je nabídka VČ aktivit v DD pro Vás atraktivní a dostatečná?
  3. Myslíte, že personál DD zná Vaše zájmy?
  4. Jaký je Váš názor na kluby obyvatel DD?

## **PŘÍLOHA P IV: DESATERO KOMUNIKACE SE SENIORY**

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.