

RIZIKO SOCIÁLNÍ EXKLUZE
KLIENTŮ REZIDENČNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY

Lenka Šeráková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Šeráková**
Osobní číslo: **H138072**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Riziko sociální exkluze klientů rezidenčních služeb pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 20/2016, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

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

- na problematiku seniorského věku;
- na koncept sociální exkluze a její vztah k potřebám seniorů, riziko sociální exkluze v sociálních službách;
- na metody práce s klientem, které mohou riziko sociální exkluze minimalizovat.

Cílem bude zjistit, jak k problematice sociálního vyloučení přistupuje vybrané zařízení rezidenční péče, tj. zda je riziko sociální exkluze seniorů spojováno s působením rezidenční péče a zda uplatňované metody práce s klientem a poskytované služby mají tendenci k minimalizaci tohoto rizika. K dosažení cílů této práce bude proveden kvalitativní výzkum. Bude uplatněna metoda zúčastněného pozorování při zapojování se do aktivit v domově pro seniory i mimo zařízení. Za účelem zjištění subjektivního hodnocení sociální exkluze a pro dokreslení budou uskutečněny polostrukturované rozhovory se 4 pracovníky přímé péče, s 1 sociálním pracovníkem a s 1 vedoucím pracovníkem.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BALOGOVÁ, B. Senioři. 3. vyd. Prešov: Akcent, 2009. ISBN 978-80-89295-18-0.

DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální vyloučení seniorů. [online]. 2011. [cit.2011-03-07].

Dostupný z: <<http://www.senio.cz/archive.php?w=art&id=2497&rub=14&s=>>.

GAVORA, P. Výzkumné metody v pedagogice. Brno: Paido, 1996, ISBN 80-85931-15-X.

KOHOUTEK, R. Pedagogická psychologie. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2006.

HENDL, J., Kvalitativní výzkum základní teorie, metody a aplikace, 2., aktualiz. vyd., Portál, 2008, ISBN: 978-80-262-0219-6.

KOHOUTEK, R. Pedagogická psychologie. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2006.

KRAUS, B., Základy sociální pedagogiky, Vyd. 1., Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-383-3.

PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PRŮCHA, J; WALTEROVÁ, E. MAREŠ, J. Pedagogický slovník. 4. vyd., aktualiz. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.

REICHEL, J. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů, Vyd.1., Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-3006-6.

ŠVARČÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

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

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.

Institut mezioborových studií

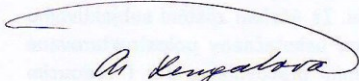
Datum zadání bakalářské práce:

26. října 2016

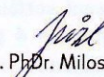
Termín odevzdání bakalářské práce:

30. listopadu 2016

Ve Zlíně dne 26. října 2016



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

doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

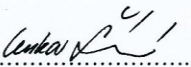
Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užit své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 25. 11. 2016


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem sociálního vyloučení v rezidenčních zařízeních. Hlavním cílem této práce je zjistit, jak k problematice přistupuje vybrané zařízení rezidenční péče a zda uplatňuje takové metody práce, které minimalizují riziko sociálního vyloučení.

Teoretická část se zabývá fenoménem stáří – problematikou seniorského věku, potřebami seniorů a jejich uspokojování v rezidenčních zařízeních. Zaměřuje se také na jejich postavení ve společnosti a jejich vylučování. Uvádí typy rezidenční péče, možná rizika sociální exkluze seniorů a metody, jak je minimalizovat. Praktická část se věnuje metodologii výzkumu, jeho realizaci a vyhodnocení.

Klíčová slova: fenomén stáří, senioři, potřeby, stárnutí populace, sociální exkluze, rezidenční zařízení, rizika rezidenční péče, metody práce.

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the topic of social exclusion in residential facilities. The main aim of the thesis is to determine how a selected residential treatment centre approaches the issue in question and whether it utilizes such methods of work that minimize the risk of social exclusion. The theoretical part outlines the phenomenon of senescence – the issues of old age, needs of the elderly people and their fulfilment in residential facilities. It also focuses on their position within the society and their exclusion. It lists the types of residential care, potential risks of social exclusion of the elderly people and methods for its minimization. The practical part deals with the research methodology, its implementation and evaluation.

Keywords: the phenomenon of senescence, elderly people, needs, population ageing, social exclusion, residential facilities, risks of residential care, methods of work.

Poděkování:

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce, doc. PhDr. Miloslavu Jůzlovi, Ph.D., za odborné, věcné a trpělivé vedení při vypracování práce. Děkuji za čas, který mi věnoval při konzultacích a podnětné připomínky v průběhu zpracování této práce. Mé poděkování patří také Mgr. Magdaleně Filipové, za vstřícný přístup a pomoc při studiu. Dále celé mé rodině a přátelům za trpělivost a podporu. V neposlední řadě bych také chtěla poděkovat vedení a pracovníkům zkoumaného zařízení za vstřícnost a ochotu ke spolupráci.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškeré prameny a literaturu, ze kterých jsem při jejím zpracování vycházela.

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

Motto:

„Mladá generace má pocit, že s ní přichází lepší svět. Stará garda má pocit, že s ní ten lepší svět odchází.“

Karel Čapek

Obsah

ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 FENOMÉN STÁŘÍ.....	11
1.1 DEFINICE STÁRNUTÍ, STÁŘÍ A JEHO PERIODIZACE.....	11
1.2 PSYCHOLOGIE STÁŘÍ – OSOBNOST SENIORA	13
1.3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB U SENIORŮ	15
2 SOCIÁLNÍ EXKLUZE	18
2.1 CHARAKTERISTIKA A DEFINICE SOCIÁLNÍ EXKLUZE	18
2.2 POSTAVENÍ SENIORŮ VE SPOLEČNOSTI A JEJICH VYLUČOVÁNÍ.....	19
2.3 SOCIOLOGIE STÁŘÍ.....	21
2.4 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	22
3 RIZIKO SOCIÁLNÍ EXKLUZE V REZIDENČNÍCH ZAŘÍZENÍCH	25
3.1 SPOLEČNOST A PÉČE O STARÉ LIDI.....	25
3.2 REZIDENČNÍ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	25
3.3 REZIDENČNÍ PÉČE JAKO ZDROJ SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ.....	27
3.4 TRENDY REZIDENČNÍ PÉČE	28
3.5 PŘÍSTUP PRACOVNÍKŮ KE STÁŘÍ A SOCIÁLNÍMU VYLOUČENÍ SENIORŮ	30
3.6 METODY PRÁCE S KLIENTEM VEDOUcí K MINIMALIZACI RIZIKA SOCIÁLNÍ EXKLUZE	31
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
4 REALIZACE VÝZKUMU	34
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	34
4.2 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A POUŽITÁ METODA VÝZKUMU.....	34
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	37
4.4 ROZHOVOR A JEHO VEDENÍ	37
5 ANALÝZA DAT A JEHO INTERPRETACE	39
5.1 INTERPRETACE KATEGORIÍ.....	39
5.2 CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO ZAŘÍZENÍ.....	40
5.3 REFLEXE VYBRANÉHO ZAŘÍZENÍ K PROBLEMATICE SENIORSKÉHO VĚKU	42
5.4 REFLEXE RIZIKA SOCIÁLNÍ EXKLUZE POHLEDEM PRACOVNÍKŮ ZAŘÍZENÍ.....	43

5.5	RIZIKO SOCIÁLNÍHO EXKLUZE V POLITICE ZAŘÍZENÍ.....	48
5.6	METODY PRÁCE S KLIENTEM	50
5.7	POTŘEBY KLIENTŮ ZKOUMANÉHO ZAŘÍZENÍ	55
	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ.....	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	65
	SEZNAM PŘÍLOH.....	66

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Riziko sociální exkluze klientů rezidenčních služeb pro seniory“ jsem si vybrala na základě svých poznatků a zkušeností z praxe v zařízeních pro seniory a také z důvodu, že mě vychovávali prarodiče. Od dětství ve mně byl pěstován kladný vztah k seniorům. Mé současné povolání je mimo rámec sociálních služeb. Z praxe na střední škole jsem ale měla možnost zjistit, že sociální exkluzi seniorů v rezidenčních zařízeních není věnována taková pozornost a toto téma je opomíjeno.

Stárnutí populace je pro svoje důsledky velmi aktuálním tématem. Délka života se prodlužuje a s ní se zvyšuje poptávka po službách určených seniorům. V dnešní době se podmínky v rezidenčních zařízeních změnily k lepšímu. Přes veškerou snahu personálu o kvalitní služby, pestrý program, motivaci i nepřetržitou odbornou péči, bohužel zůstává faktem, že žádná instituce nemůže uspokojit všechny potřeby klienta a zabránit tak v určité míře sociální exkluzi.

V teoretické části se budu věnovat několika tématům, která mohou ovlivňovat riziko sociální exkluze. Problematice seniorského věku, konceptu sociální exkluze a jejímu vztahu k potřebám seniorů, riziku sociální exkluze v sociálních službách a na závěr se budu věnovat metodám práce s klientem, které mohou riziko sociální exkluze minimalizovat.

Cílem práce je zjistit, jak k problematice sociálního vyloučení přistupuje vybrané zařízení rezidenční péče, tj. zda je riziko sociální exkluze seniorů spojováno s působením rezidenční péče a zda uplatňované metody práce s klientem a poskytované služby mají tendenci k minimalizaci tohoto rizika. Výsledky práce budou shrnuty v závěru práce a mohou být také využity pracovníky vybraného zařízení pro získání širšího náhledu na problematiku sociální exkluze a k reflexi uplatňovaných metod práce se seniory. Na základě výsledků bych ráda navrhla několik doporučení, které mohou pracovníci zařízení využít pro minimalizaci příčin a negativních důsledků spojených se sociální exkluzí. Práce může posloužit pro další tvorbu interních dokumentů.

Metodou empirické části bude sociologický kvalitativní výzkum s dominantní technikou rozhovoru. Rozhovory budou provedeny s klienty zařízení, odborným personálem a řídicími pracovníky. K dokreslení problému poslouží empirická sonda – rozhovor s klienty zařízení. Kritériem pro výběr je dostupnost zařízení a ochota spolupráce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 FENOMÉN STÁŘÍ

Dlouhý život přestává být výsadou a mění se v normální jev. Dříve lidé umírali předčasně, ale díky životní úrovni a zdravému životnímu stylu, společně s moderními technologiemi a zdokonalující se medicínou, se výrazně změnily hodnoty úmrtnosti.

Následující kapitola nastíní pojem fenoménu stáří a vnese vhléd do problematiky seniorského věku. Budeme se v ní zabývat změnami osobnosti seniorů a jejich životním stylem, který si volí.

1.1 Definice stárnutí, stáří a jeho periodizace

Stáří a stárnutí je přirozený a nezvratný proces, který je nedílnou součástí našeho života. Trvá od početí až po smrt jedince. Rozdíly jsou pouze v průběhu a formě tohoto procesu. Fyzické i psychické stárnutí a stejně tak i vnímání věku, je u každého jedince jiné. Proto je velmi složité určit přesnou hranici stáří. V každé knize se také stáří definuje jinak.

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) popisují stárnutí jako změny ve funkcích organismu, jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince. Nevratnost těchto změn způsobuje smrt organismu.

Dle Otové a Kalvacha (2004, s. 67) je stárnutí (involuce) univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Projevy stárnutí jsou velice individuální a liší se i věkový nástup involučních změn. Jde o složitý komplex dějů, které se vzájemně prolínají a podmiňují na úrovni molekulární, subcelulární, celulární, orgánové i celostní. Stáří (senium) je pak dle autorů výsledkem stárnutí.

Jde o označení pozdních fází přirozeného vývoje člověka, který sebou nese řadu změn, které probíhají v různém věku a jsou u každého člověka individuální. Tyto změny jsou závislé na životním stylu, prostředí, zdravotním a psychickém stavu, schopnosti adaptace a na ekonomické stránce jedince.

Haškovcová (1990, s. 23) píše, že věk člověka, je problematickou veličinou. Obvykle rozdělujeme stáří na kalendářní a biologické. Kalendářní (chronologický, matriční věk),

kteří je odvozeno od data narození a nemusí se shodovat se skutečným (biologickým) věkem.

Sociální věk zahrnuje různé stránky sociálního života jedince, změny sociálních rolí apod. Často je sociální stáří vymezováno odchodem do důchodu (tzn. penzionováním), s kterým nesouhlasí především gerontologové.

Stáří sociální zmiňuje Stuart-Hamilton (1999, s. 151) – sociální věk se vztahuje ke společenskému očekávání určitého chování adekvátně k biologickému věku. Západní společnost očekává, že lidé, kteří překročili šedesátku, se budou chovat v zásadě klidně a usedle, a proto také není překvapivé, že za znak počátku stáří se považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu.

Nejčastěji stáří dělíme chronologicky:

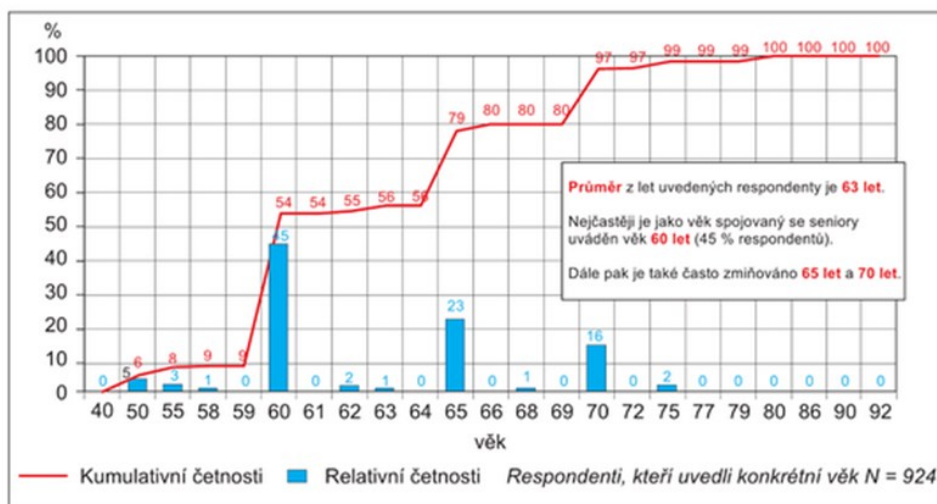
Světová zdravotnická organizace (Haškovcová, 1990, s. 22) vymezuje stáří na:

- 60–74 let: rané stáří neboli vyšší věk,
- 75–89 let: vlastní stáří neboli pokročilý věk,
- 90 let a více: dlouhověkost, vysoký věk.

Vágnerová (2007, s. 299,398) člení stáří na:

- období raného stáří 60–75 let,
- období pravého stáří 75 let a více.

Obrázek č. 1 Věk spojovaný se seniory.



Zdroj: Sak, Kolesárová, Sociologie stáří a seniorů, 2012

1.2 Psychologie stáří – osobnost seniora

Psychické aspekty stárnutí

Osobnost můžeme definovat různými způsoby. Vhodnou definici uvádí Hilgard, Atkinson a Atkinson (1979, s. 149, in Stuart-Hamilton, Psychologie stárnutí, 1999). Osobnost tvoří individuální charakteristiky a způsoby chování, které svým uspořádáním determinují jedinečné přizpůsobení jednotlivce prostředí, jež ho obklopuje.

Reichard a kol. (1962, s. 157) hovoří také o tom, že typ osobnosti člověka se vyhraňuje již dávno před počátkem stáří. Tedy charakterové rysy nejsou důsledkem procesu stárnutí.

Vágnerová (2007, s. 299) uvádí, že v období stáří se různým způsobem mění i mnohé psychické funkce. Některé z těchto změn jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem psychosociálních vlivů, mnohdy jde o výsledek jejich interakce. Doba projevu stárnutí a způsob, jakým na ně jedinec reaguje, jsou individuální. Změny jsou patrné také v chování, prožívání a uvažování. Například celkové zpomalení, obtížné zapamatování a vybavení, atd.

Sociální aspekty stárnutí

V mládí jde především o to, zažít toho co nejvíce. Postupem času si stále intenzivněji uvědomujeme konečnost života a času, který máme k dispozici. Někteří lidé vyplňují zbývající čas zvýšenou činností, jiní ho berou jako příležitost jak každého okamžiku naplno využít. Obava ze stárnutí by měla být výzvou k zamyšlení se nad žebříčkem našich hodnot.

Pichaud a Thareauová (1998, s. 34) zmiňují důležitý fakt, že staří lidé musí více než ostatní čelit nashromážděným ztrátám (odchod do důchodu, odchod dětí, úmrtí blízkých apod.) a různým psychickým otřesům. Tito lidé se musí vyrovnávat s těžkými životními situacemi. Jde o obtížné a bolestné období, které však pomáhá tomu, aby člověk mohl znovu naplno žít.

Sociálních aspektů, ovlivňujících stárnutí a stáří je celá řada. Sociální aspekty ovlivňující stáří, jsou velmi známé a často citované ve všech zdrojích. Malíková (2011, s. 22) vyjmenovává některé z nich.

Nejčastějšími nepříznivými sociálními aspekty jsou: odchod do důchodu, omezení společenských aktivit, změna ekonomické situace, generační osamělost, sociální izolace, fyzická závislost, vliv ageismu, strach ze stáří, nevyhnutelná změna životního stylu.

Naopak za pozitivní sociální aspekty můžeme považovat: dobré rodinné vztahy, ekonomické zabezpečení stáří, vhodné bydlení, aktivity a efektivní naložení s volným časem, možnost dostatečného uspokojování potřeb.

Vztahy v našem životě jsou důležité jak v mládí, tak ve stáří. Grün (2010, s. 55) píše, že se vztahy v seniorském věku mění a je třeba o ně pečovat. Uvádí, že vztahy mezi mladými a starými lidmi ovlivňuje to, jak sami senioři pohlíží na své stáří. To jak staří mluví o mladých, ukazuje, zda jsou usmířeni nebo naopak neusmířeni sami se sebou. A naopak to, jak mladí lidé posuzují staré, ukazuje jejich postoj k životu. Podle toho poznáváme, zda se vyrovnávají s procesem vlastního stárnutí, nebo zda jej chtějí vytěsnit a vše, co s ním souvisí, promítat do těch starých.

Grün (2010, s. 61) v souvislosti s tím uvádí, že ženy prožívají stárnutí jinak, než muži. Významnou rolí pro ženy je přechod a s tím i rozloučení s plodností. Ženy, které se výrazně definují zevnějškem, mají problémy se stárnutím. Důležitým faktorem stárnutí žen je i to, zda jsou bezdětné, vdané, ovdovělé nebo žily samy. Většina žen se také vyrovnává se „syndromem prázdného hnízda“ po odchodu svých dětí z domu. Jinak je tomu u mužů. Ti na sebe v procesu stárnutí zvyšují nároky. Potřebují si dokázat, že je ještě někdo potřebuje a jsou stále užiteční. Pro muže je odchod do důchodu často výraznějším přelomem než pro ženy. Muži se totiž často definují svým povoláním.

Významným mezníkem v životě seniora bývá odchod z aktivního života. Když pro člověka ze dne na den přestane zaměstnání, podnik, kariéra, pracovní výkon a odpovědnost za druhé hrát významnější roli, může to vést k životní krizi. Odchod ze zaměstnání představuje tedy radikální předěl v procesu stárnutí. Mnoho lidí zastihne tato změna zcela nepřipravené. Sami se totiž nedefinovali jen svým povoláním (Grün, 2010, s. 31).

Postoj ke stáří a adaptace na něj, je dle Malíkové (2011, s. 24) výrazně ovlivněno tím, jak se uměl jedinec v průběhu života vyrovnávat s náročnými situacemi a změnami. Postoj, ale ovlivňuje i celá řada okolností neboli determinantů. Mezi determinanty uvádí například: prostředí, předchozí zkušenosti, pozice jedince, jeho zdravotní stav, míra emoční inteligence, zdravotní stav a ekonomické možnosti.

1.3 Uspokojování potřeb u seniorů

Chceme-li se věnovat sociálnímu vyloučení, musíme se v rámci seniorské problematiky věnovat i uspokojování potřeb. Nedostatečné uspokojování nebo absence základních potřeb, znemožňuje seniorům účastnit se na životě společnosti a tím se riziko sociální exkluze výrazně zvyšuje.

Hierarchii základních lidských potřeb poprvé uvedl psycholog A. Maslow. Potřeby rozdělil do tzv. Pyramidy potřeb. Seřazeny jsou zespoda od nejdůležitější po nejméně důležitou: fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a zajištění, potřeba lásky a potřeba někam patřit, potřeba sebeúcty a seberealizační potřeby (Říčan, 1990, s. 52).

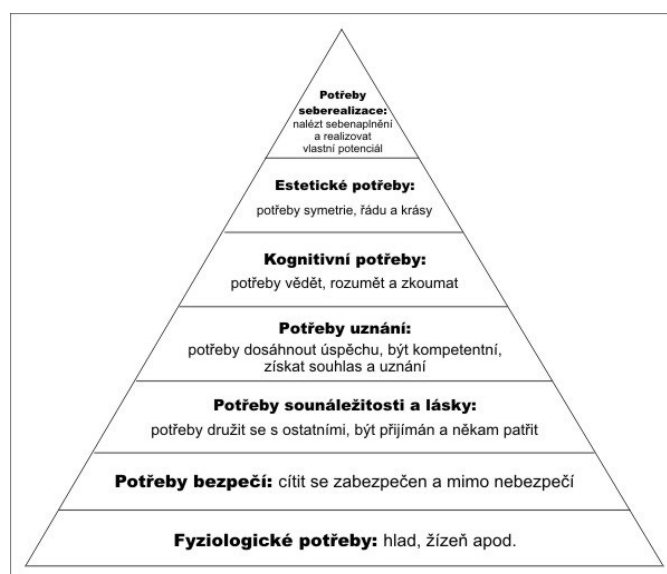
Pichaud, Thareauová (1998, s. 35–41) ve své knize také uvádí základní lidské potřeby a vysvětlují, jak jim porozumět v případě seniorů. Častým problémem v péči o seniory je záměna potřeby s žádostí. Za neobvyklými žádostmi se můžou skrývat hlubší potřeby jako potřeba kontaktu apod. Potřeby dělí na fyziologické – ty bývají v zařízeních velmi dobře uspokojovány a sociální potřeby.

- Potřeba ekonomického zabezpečení – je pro seniory, kteří mají osobní zkušenosti s válkou a nouzí obzvláště důležitá.
- Potřeba fyzického bezpečí – senioři jsou na sebe logicky opatrní, protože se bojí pádů a úrazu. Potřebují tedy pocit jistoty.
- Potřeba psychického bezpečí – nejen orientace v prostoru, ale i v čase.
- Potřeba informovanosti – mít informace a být v kontaktu s vnějším světem.
- Potřeba náležet k nějaké skupině – někam „patřit“.

Grün (2010, s. 74) píše o této potřebě v souvislosti se stářím. Pocit, že mě ti druzí potřebují, je pro mnohé smyslem života. Ve vztahu ke stáří se dnes mnozí obávají, že už je nikdo nebude potřebovat a že už nebudou nikam patřit.

- Potřeba lásky.
- Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut.
- Potřeba autonomie – být svobodný, rozhodovat sám za sebe, být užitečný, mít možnost seberealizace.

Obrázek č. 2 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Říčan, *Cesty Životem*, 1990

Zásadou v pečovatelství je především nepřehlížet osobní potřeby klientů. Pichaud, Thareauová (1998, s. 35) upozorňují na častou chybu v péči o seniory. Mnohdy si pečovatelé vytváří rozvrh práce na celý den a přitom vychází ze svých představ o potřebách klientů a myslí pouze na svůj časový plán. Pečovatelé tedy musí dobře zmapovat situaci daného jedince, pokud jde o jeho potřeby a schopnost si je sám uspokojit. Přemíra péče totiž způsobuje demotivaci a ztrátu sebeobslužných návyků.

Vrátíme se ještě k potřebě autonomie, tedy být svobodný, rozhodovat sám za sebe, být užitečný, mít možnost seberealizace. Potřebu autonomie (a další potřeby), zmiňuje i *Evropská Charta práv a svobod starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc*. (2010, čl. 2) popisuje právo na sebeurčení jako právo na volnost rozhodování a na respektování svobodné vůle jedince.

Potřebu seberealizace zmiňují *Zásady OSN pro seniory* (1991). Senioři by měli:

- Mít možnost využívat příležitosti k plnému rozvoji svých schopností.
- Mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům společnosti.
- Mít možnost svobodně a nezávisle rozhodovat o tom, kde a jak budou žít, zda budou nebo nebudou pracovat.

-
- Mít možnost využívat sociální a právní pomoci, která jim pomůže zajistit jejich autonomii, ochranu a péči.

Pokud jsou uspokojeny základní potřeby jedince, vzniká možnost hledat vhodnou aktivitu. Ta poskytuje jedinci autonomii a tím i další uspokojování vyšších potřeb (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 23).

2 SOCIÁLNÍ EXKLUZE

Mladá generace a většina populace středního věku se o stáří příliš nezajímá. Bere ho jako nezajímavé životní období, o které není třeba se zajímat dříve, než to bude nezbytně nutné. Ve společnosti převládají vůči stáří mylné názory a předsudky. Důsledkem toho je pak odklon od starých lidí a všeho, co stáří připomíná. V této kapitole se zaměřím na postavení seniorů ve společnosti a možnost jejich vyloučení.

2.1 Charakteristika a definice sociální exkluze

Sociální exkluze ohrožuje normy a společenský řád a tím zvyšuje riziko dezintegrace a rozpadu společnosti. Vyloučení se může projevovat v oblasti ekonomické, sociální, politické i kulturní. Termín sociální exkluze poprvé trochu nepřesně uvádí R. Lenoir (1974, in Keller, 2014, s.10–11) Sociální vyloučení chápe jako – osoby, které v důsledku fyzických či mentálních slabin, chování či absence vzdělání, nejsou schopny naplnit své potřeby. Tyto osoby vyžadují stálou péči, často představují pro společnost nebezpečí a jsou segregovány, ať již svou vlastní nebo kolektivní vinnou. V 90. letech se termín sociální exkluze upřesňuje a je známo, že jde více než jen o chudobu a překračuje obyčejnou nerovnost. Tato nerovnost, zasahuje a narušuje kontakty se zbytkem společnosti. Je natolik intenzivní, že sociálně vyloučení nejsou schopni obhájit v kolektivu své zájmy.

Zákon o sociálních službách rozumí sociálním vyloučením vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace (*Zákon č. 108/2006, o sociálních službách*).

Sociální izolaci většina populace vnímá na základě počtu osobních kontaktů. Definujeme ji jako separaci od prostředí a sociálních kontaktů. Sociální izolace může u seniorů vyplývat z vlastního rozhodnutí. Na vzniku se můžou podílet zdravotní, psychické a sociální faktory.

Roku 1982 vznikají na Mezinárodním shromáždění o stárnutí a stáří, *zásady OSN pro seniory* (1991), které mluví jasně o zařazení seniorů do společnosti.

Senioři by měli:

- Stáří by mělo být respektováno a uznáváno, jako normální součást života a období, ve kterém se dále vyvíjí osobnost člověka.

- Účastnit se na životě společnosti, aktivně se zapojovat a podílet se o své znalosti a schopnosti s mladšími generacemi.
- Mít možnost hledat a rozvíjet příležitosti pro služby občanské společnosti a pracovat jako dobrovolníci na místech odpovídajících jejich zájmům a schopnostem;
- Mít možnost vytvářet hnutí nebo asociace starých lidí.

Charta práv a svobod starších občanů (1966, čl. XIV), kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby uvádí doporučení, v boji proti sociální exkluzi:

- Veřejnost by měla být efektivně informovaná o obtížích, se kterými se setkávají lidé s omezenou soběstačností. Tyto informace by se měly šířit co nejvíce. Neznalost a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem, mohli podílet na společenském životě.
- K sociální exkluzi může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče.
- Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností. Pokud naše společnost a všichni její členové budou respektovat, že starší lidé s omezenou soběstačností mají absolutně stejná práva a stejnou důstojnost lidského života jako ostatní dospělí členové společnosti, naplní se poslání této charty.

2.2 Postavení seniorů ve společnosti a jejich vylučování

Současná společnost prezentuje mládí a krásu jako metaforu k úspěchu, spokojenosti, bohatství, dosažení životních cílů a to nejen u žen, ale i u mužů.

Anselm Grün, ve své knize *Život je teď* (2010, s. 19) spatřuje problém v současné společnosti. Ten, kdo je mladý a pohledný, má naději na úspěch. Úspěch a mladistvý vzhled se stanovují jako absolutní hodnoty. Právě hodnoty lidství, jeho důstojnost, jeho moudrost, jeho lidskost, už nejsou důležité. Chceme-li porozumět starým kolem nás, musíme přijmout fakt, že stáří je přítomno v každém z nás.

Se vznikem kultu mládí u nás vzniká opačný extrém – ageismus. Vidovičová (2005, s. 5) nahlíží na ageismus jako na věkovou diskriminaci, postihující především staré lidi,

kteřá může vést k sociální exkluzi. Je podporována společenskými předsudky a představami (mýty) podceňujícími stáří a upřednostňováním mládí.

Haškovcová (1990, s. 31) v knize uvádí nejčastější předsudky a mýty o stáří, které převládají ve společnosti. Mýty o stáří žijí v nejrůznějších modifikacích a mají značný vliv na utváření pojetí a sebepojetí stáří. Jako jeden z mýtů uvádí ten, že člověk se stává starým při odchodu ze zaměstnání a nástupem do důchodu. Dalším mýtem je přesvědčení, že „důchodci“ nemají co dělat a jsou pro společnost neužiteční. Z tohoto pak logicky vzniká názor, že není třeba brát seniory vážně a je možné je přehlížet a ignorovat.

Akademik Josef Charvát (in Haškovcová, 1990, s. 45) vyjádřil celou situaci zcela výstižně. Podle něj je stáří ztrátou programu. Stáří jako etapa lidského života nemá dnes jasný obsah. Otvírá se prostor pro všechny mýty o stáří. Být v důchodu znamená být neužitečný a starý. Starý znamená zdržovat, překážet a být na obtíž.

Grün (2010, s. 53–54) připomíná pohádku bratří Grimmů – senior je zde svým synem a snachou odstrčen ze života rodiny a na okraj společnosti. To se děje za přítomnosti jeho vnuka, který situaci vnímá a posléze oplácí stejnou mincí svým rodičům. Pohádka poukazuje, že vztahy se starými lidmi nejsou bez problému a péče o ně bývá mnohdy obtížná. Příčiny spatřuje v tom, že nedomyšlíme své stáří až do konce a nejsme ochotni přiznat, že i my můžeme být odkázáni na druhé.

Velkým problémem seniorů je také samota. Mnozí se vylučují ze života společnosti záměrně. Nevyznají se v nestabilním a rychle se měnícím světě. Být mladý je většinou synonymem rychlosti, pružnosti a mobility (Grün, 2010, s. 23).

Stuart-Hamilton (1999, s. 158) nahlíží na záměrné vylučování seniorů z pohledu nespokojených sociálních potřeb. Svět se pro seniory stává místem, kde již neznají tolik lidí, přátelé umírají. Svět uspokojující především potřeby mladých. Ten pak pozbývá pro extrovertního starého člověka přitažlivosti.

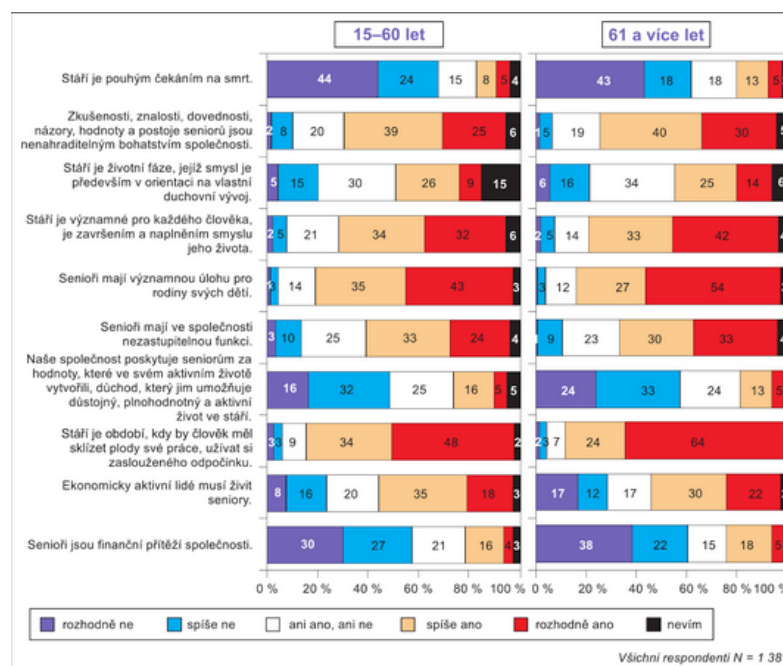
Pichaud, Thareauová (1998, s. 28–31) spatřují jako jednu z hlavních příčin sociálního vylučování seniorů, snížení tělesných schopností a samostatnosti. Stejně jako Stuart-Hamilton (1999, s. 158) uvádí i ztrátu partnera a přátel, případné přestěhování se mimo domov, kde prožili velkou část svého života.

Grün (2010, s. 76–80) o samotě píše, že není zkušeností, jež by byla vyhrazena pouze stáří a je bolestivá vždycky. Dle jeho slov by měla být mezi samotou a společností zdra-

vá rovnováha. Prvním krokem na této cestě k vyrovnanosti je smíření s vlastní samotou a osaměním a jeho přijetí. Druhým krokem je pak otevření se vztahům k druhým.

Přichází také s řešením, jak se senioři mohou do společnosti zapojit. Dle jeho názoru, mohou hrát ve společnosti významnou roli. Jejich velkou výhodou spatřuje v tom, čeho mají nyní dostatek – na rozdíl od dřívějšího, totiž čas. Tento čas teď mohou poskytnout těm, kteří je potřebují, děti, nemocní i ti, kdo jsou skutečně staří. Možností, jak se zapojit je dle jeho slov nepřeberné množství.

Obrázek č. 3 Názory respondentů na problematiku seniorů



Zdroj: Sak, Kolesárová, *Sociologie stáří a seniorů*, 2012

2.3 Sociologie stáří

Seniorská populace je velmi heterogenní a liší se věkem, zdravotním stavem, genetickými předpoklady, sociálním prostředím, ekonomickými podmínkami, rodinnou situací, vzděláním, zkušenostmi, žebříčkem hodnot, potřebami, apod.

Nárůst seniorů, kteří se dožívají vyššího věku, je kupodivu brán jako problém současné společnosti. Avšak biologické stárnutí jedince není totéž jako stárnutí populace. Ta nemusí pouze stárnout, ale může i mládnout. Tyto dva výrazy se bohužel často zaměňují a chybně jsou tedy společností považovány za hrozbu.

Sak, Kolesárová v publikaci *Sociologii stáří a seniorů* (2012, s. 14–15) uvádí, že sociologie věnuje pozornost jednotlivým životním fázím do značné míry na základě společenské objednávky. Podle toho, jaké problémy jsou zrovna ve společnosti aktuální, zmiňují, že se ve společnosti postupem času objevil zcela nový fenomén, spojený se stejnou generací, ale v jiné životní fázi, fenomén stárnoucí společnosti. Podle toho, jak se vyvíjí a proměňuje společnost, mění se také stáří a jeho atributy. Můžeme rovněž pozorovat generační podobu stáří. Každá generace má svou podobu stáří a tyto generační podoby stáří jsou tím odlišnější, čím žila generace v dynamičtější společnosti, v dynamičtější době. Porovnáme-li seniory před sto lety a dnešní seniory, vidíme zcela odlišné stáří.

2.4 Demografické údaje

Demografickým stárnutím označujeme proces, při kterém se mění struktura věku obyvatelstva tak, že zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje podíl osob mladších 15 let.

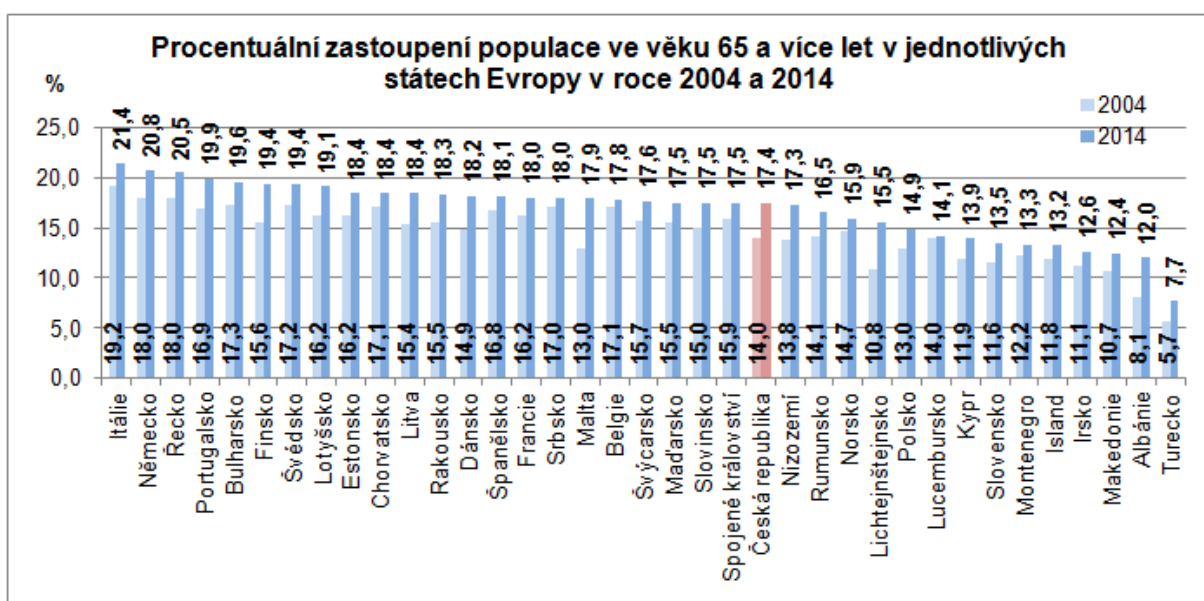
Demografické informační centrum (www.demografie.info) charakterizuje proces demografického stárnutí pomocí indexu stáří, indexů závislosti a indexu ekonomického zatížení:

- **Index stáří** vyjadřuje, kolik je v populaci obyvatel ve věku 60 let a více na 100 dětí ve věku 0–14 let.
- **Index závislosti I** vyjadřuje počet dětí ve věku 0–14 let na 100 osob ve věku 15–59 let.
- **Index závislosti II** udává počet osob ve věku 60 a více let na 100 osob ve věku 15–59 let.
- **Index ekonomického zatížení** znázorňuje počet dětí ve věku 0–14 let a počet obyvatel ve věku 60 a více let na 100 osob ve věku 15–59 let.

Stárnutí, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, určujeme nejčastěji chronologickým věkem. Věk můžeme dle sociologického hlediska, považovat za stratifikační proměnnou. Sociální věk se pak váže na různé životní etapy a fáze. Sociolog a zaměstnanec ČSÚ, Mgr. Daniel Chytil v rozhovoru pro elektronický měsíčník *Statistika&My* (2013) uvádí, že statistici definují seniora nejčastěji věkem od 65 let. Často také jako člověka, pobírajícího starobní důchod.

Zmiňuje, že již mnoho let poukazují odborníci a demografové na problematiku stárnutí populace. Od roku 1993 se v České republice počet osob nad 65 let zvyšuje a stoupá jejich podíl na obyvatelstvu. Ke konci roku 2011 u nás žilo 1,7 mil. osob ve věku 65 let a více let, podle údajů ministerstva práce a sociálních věcí 1,725 mil. starobních důchodců. I přesto, že je v České republice stárnutí obyvatelstva považováno za problém, v porovnání s ostatními státy na tom nejsme nijak špatně. V Itálii, Německu a Řecku tvoří senioři nad 65 let, více než pětinu populace. U nás je to přes 17 %.

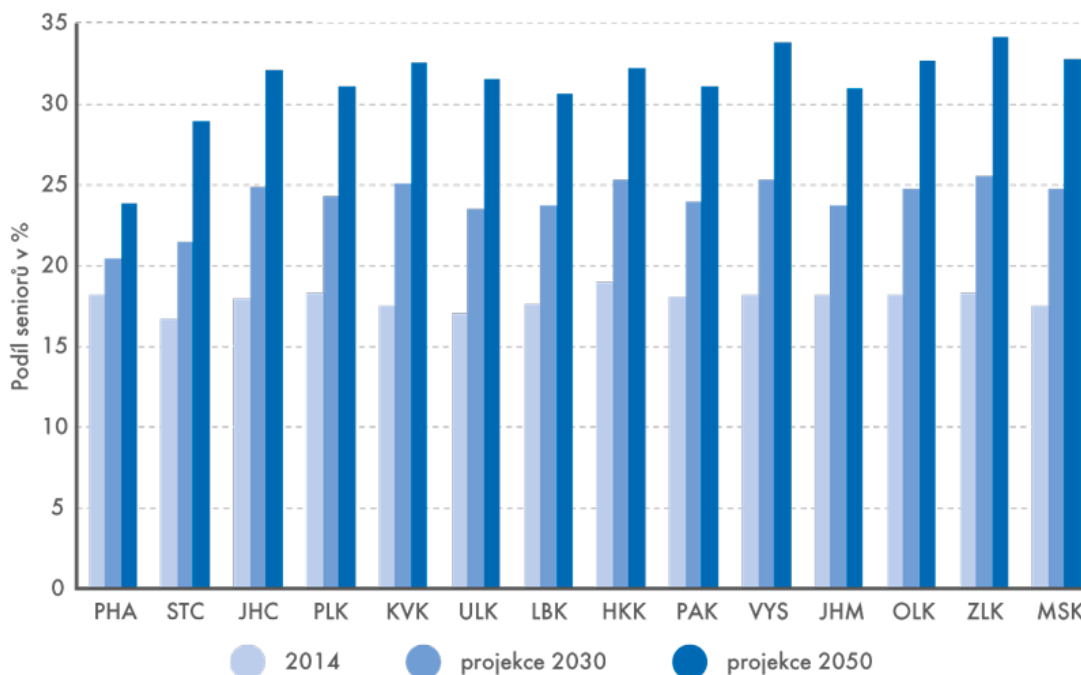
Obrázek č. 4 Senioři v Evropě



Zdroj <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

Dle elektronického měsíčníku Statistika&My (2013) v uplynulém desetiletí se počet seniorů ve všech krajích zvyšoval. Nejvyšší index stáří, byl zjištěn v Karlovarském kraji, naopak nejnižší index byl v hlavním městě Praze a Středočeském kraji. Demografické statistiky očekávají v budoucnu pokles počtu dětí a nárůst populace seniorského věku ve všech krajích. Pro rok 2050 se předpokládá, že se budou podíly obyvatel starších 65 let v řadě krajů přibližovat k hranici jedné třetiny z celé populace. Nejvíce seniorů se očekává ve Zlínském kraji, kde má pak průměrný věk obyvatel přesáhnout hranici 50 let.

Obrázek č. 5 Počet seniorů v krajích ČR



Zdroj <http://www.statistikaamy.cz>

Tabulka č. 1 Počet sociálních zařízení a počet míst v zařízení pro rok 2015, ČSÚ

	Počet sociálních zařízení:	Počet míst v zařízení:
Centra denních služeb	82	-
Denní stacionáře	274	-
Týdenní stacionáře	60	836
Domovy pro seniory	496	37 200
Domovy se zvláštním režimem	276	15 496
Služby následné péče	39	199

Zdroj: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=statistiky#katalog=30850>

Z pramenů můžeme dohledat, že poptávka po sociálních službách a tím i jejich rozšiřování neustále roste.

3 RIZIKO SOCIÁLNÍ EXKLUZE V REZIDENČNÍCH ZAŘÍZENÍCH

Společnost se mění a s ní i náhled na stáří a péče o seniory. V této kapitole popíšete, jak se o seniory starala společnost dříve a jak v současnosti. Seznámíme se s typy rezidenčních zařízení pro seniory a vyjmenujeme rizika sociální exkluze v těchto zařízeních. V kapitole se budeme zabývat i přístupem pracovníků zařízení a metodami práce s klientem.

3.1 Společnost a péče o staré lidi

Z historických pramenů se dozvídáme, že v minulých dobách se o seniory pečovalo především v rámci rodiny a zcela mimo společenské dění. Senioři, o které se nemohl nikdo starat, pak živořili na okraji společnosti a umírali v nedůstojných podmínkách. Později byly zakládány chudobince, chorobince, starobince, útulky a špitály, které často měly charitativní podobu a zajišťovaly pouze azylovou funkci. Zřizovaly je většinou kláštery, později i města. Později pomoc seniorům poskytovaly ještě různé dobrovolné spolky a organizace. Ošetrovatelství bylo vykonáváno často laicky a uspokojovalo pouze fyzické potřeby klientů – hygiena, strava, ošacení a spánek. Až s vývojem diagnostiky, terapie a technologií se vytvořily podmínky pro moderní nemocnice s náležitou odbornou péčí a vznik oboru gerontologie a geriatrie (Haškovcová, 1990, s. 158–163).

3.2 Rezidenční zařízení pro seniory

V České republice je na první pohled velmi široká nabídka sociálních a zdravotních služeb. Pro seniora ovšem může být velkým problémem najít vhodné zařízení. Ty se od sebe navzájem liší jak službami, tak zaměřením a dostupností. Čekací lhůta některých Domovů pro seniory je až několik měsíců. U seniorů trpících Alzheimerovou chorobou je lhůta výrazně delší. MPSV (2013) uvádí na svých stránkách informace pro seniory a jejich rodinné příslušníky o typech jednotlivých zařízení. Malíková (2011, s. 44–45) také vyjmenovává nejdůležitější z nich:

Denní centra a stacionáře

Tyto služby využívají především ti senioři, kteří se nechtějí vzdát svého domácího prostředí, ale zároveň už nejsou zcela soběstační a vyžadují dlouhodobý dohled a odbornou péči. Centra jsou také pro seniory, kteří hledají volnočasové aktivity a sociální kontakty. Denní stacionáře využívají rodiny, které o svého příbuzného chtějí pečovat doma, ale nejsou mu schopny zajistit péči celých 24 hodin denně. Stacionáře lze využívat denně

nebo dle potřeb klientů. Program zajišťují sociální pracovníci, dle typu zařízení. Například zařízení zaměřené na péči o seniory s demencí či Alzheimerovou chorobou. Součástí stacionáře je také několik odpočinkových lůžek. Ceny služeb se odvíjí dle rozsahu péče.

Odlehčovací služby

Péče je určena dlouhodobě nemocným seniorům a jejich rodinám. Pobytová služba pečuje o klienta 24 hodin denně a většinou se jedná o krátkodobé umístění. Další formou je terénní odlehčovací služba, kdy dochází pečovatelka za klientem domů, kde se o něj stará. Odlehčovací služby tedy umožňují rodinám pečujícím o seniora "odlehčit". Rodina se tak může adaptovat na novou situaci, odpočinout si na dovolené a zajistit například úpravu domova pro seniora. Často jsou také využívány rodinami, řešící náhlé zhoršení zdravotního stavu svého blízkého a potřebují čas na vyhledání dlouhodobější péče.

Pobytové odlehčovací služby nabízejí některé domovy seniorů, domovy domácí péče, domovy se zvláštním režimem a hospice. Terénní odlehčovací služby bývají součástí nabídky pečovatelské péče, hospiců nebo agentur domácí péče. Péči zajišťují zdravotní sestry, pečovatelky a ošetřovatelky, popřípadě lékaři.

Léčebny dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných, známé pod zkratkou „LDN“ fungují zejména ve spojení s nemocnicemi, z kterých se sem pacienti dostávají nejčastěji. Jde tedy o zdravotnická zařízení, ve kterých péči zajišťují zdravotní sestry, ošetřovatelky, lékaři a také sociální pracovníci. Péče je určena chronicky nemocným pacientům, s předpokladem dlouhodobého pobytu a horším průběhem léčení. Pacienti jsou nejčastěji po fraktuře některé z končetin, s omezenou pohyblivostí a také například po cévní mozkové příhodě. Tuto péči plně hradí zdravotní pojišťovny. Délka pobytu bývá od několika týdnů až po několik měsíců. Pokud to již zdravotní stav nemocného dovoluje, je propuštěn do domácí péče nebo do péče některého ze sociálních zařízení.

Pobytové služby pro seniory

V případech, že se rodina nemůže nebo nechce dále starat o seniora, jsou v nabídce pobytové služby. Ty se od sebe liší jak zaměřením, tak rozsahem péče a cenou. Zřizovatelem bývá město, kraj, nezisková organizace nebo soukromé společnosti (často používají status ubytovny). Soběstačnějším seniorům jsou určeny domy s pečovatelskou službou,

kteří mohou nést označení „ domy s byty zvláštního určení“. Senioři zde žijí ve svých bytech a dle potřeby využívají terénních služeb.

Domovy pro seniory poskytují celkovou péči o seniory, kteří nejsou již zcela soběstační. Zajišťují nepřetržitou pečovatelskou a ošetrovatelskou péči. Klienti se mohou volně pohybovat i mimo zařízení na rozdíl od následujícího typu zařízení.

Pro seniory trpící demencí, Alzheimerovou chorobou nebo jiným psychiatrickým onemocněním, jsou určeny domovy se zvláštním režimem. Ty poskytují kvalifikovanou péči zaměřenou na specifické potřeby těchto klientů. Zejména pak dbají o bezpečnost klientů, kteří mají omezenou možnost pohybu.

Péči v těchto zařízeních hradí klienti ze svého starobního důchodu a také z příspěvku na péči. Ceny se v zařízeních různí a odvíjí se také dle služeb.

Hospice a domácí hospice

Paliativní péče, tzv. hospice jsou určeny pro těžce nemocné, nevléčitelné a umírající klienty. Doprovází je na konci života a zajišťují jim během 24hodin přímou péči, nebo dojíždí k nim domů. Hospice využívají paliativní medicíny a zajišťují nemocnému důstojné umírání. Zaručují klientům, že nebudou trpět nesnesitelnými bolestmi, bude respektována jejich důstojnost a nezůstanou sami. V těchto zdravotnických zařízeních pracují lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelky a dobrovolníci. Hospice také klientům nabízí psychologickou a duchovní podporu. Ceny se odvíjejí od sociální situace pacienta. Hospice své klienty neodmítají kvůli financím.

3.3 Rezidenční péče jako zdroj sociálního vyloučení

Senioři odchází nejčastěji do rezidenčního zařízení v případě náhlého poúrazového stavu, při dlouhodobější nemoci, neschopnosti sebeobsluhy, nebo pokud má o ně rodina starost. Pobyt seniora v rezidenčním zařízení je nejčastěji spojován se sociálním vyloučením.

Matoušek (1999, s. 22) uvádí, že nejzávažnějším problémem rezidenční péče, je oslabení seniora v kontaktu s rodinou či přáteli a ztráta vazeb na známé prostředí. Adaptaci často zhoršuje dezorientace v prostoru a narušení soukromí.

Pichaud, Thareauová (1998, s. 31) taktéž spatřují největší problém v odloučení seniora od minulosti, vytržení ze známého prostředí a adaptaci na neznámé prostředí zařízení. Vstup do zařízení sociální péče tedy považují za velmi vážnou událost. V souvislosti s ním uvádí, že lidé, kteří se mohou na odchod do zařízení delší dobu připravovat a sami se rozhodnout, se pak snadněji začlení do nového života.

Senior se náhle ocitá v neznámém a zcela odlišném prostředí. Odtržen od rodiny i přátel. Tento prostor navíc musí sdílet společně s lidmi, s kterými si nemusí rozumět. Příčinou sociální izolace v zařízení mohou tedy být i tyto „nucené kontakty“.

K sociálnímu vyloučení v zařízeních také mohou přispět vnitřní i vnější bariéry. Tedy izolovanost zařízení, vzdálenost od města, špatné spoje, nedostatečné technické vybavení, rozčlenění do pater, možnost kompenzačních pomůcek.

Musíme zmínit i přístup v péči o klienty. Senioři mohou v důsledku přemíry péče ztratit sebeobslužné návyky, a s tím i možnost samostatně navazovat kontakt s vnějším světem, viz kapitola 1.3.

3.4 Trendy rezidenční péče

Haškovcová (1990, s. 339–340) ve své knize píše o problému nárůstu seniorů a nedostatku rezidenčních zařízení a osob, které by vykonávaly péči o ně. Ze současné situace dle Haškovcové vyplývá, že problematiku péče o seniory nelze řešit pouze institucionální péčí. Vyjmenovává konkrétní problémy, které s sebou ústavní péče přináší, a to jak pro jednotlivce, tak i pro společnost. Nejzávažnějším individuálním problémem je podle ní věková segregace a z toho plynoucí pocity odloženosti a „konečné štace“.

Mnoho lidí spatřuje řešení v dostatku míst v rezidenčních zařízeních. Jinak to ale vidí Haškovcová, která zdůrazňuje, že se dostatkem míst problémy nevyřeší. Domnívá se, že je nutné těžiště péče o staré lidi spatřovat v terénu, nikoliv v instituci. Dlouhodobou a trvalou institucionální péči je třeba v životě seniorů oddálit, omezit nebo zcela vyloučit, tzv. deinstitucionalizovat. Důležitý je přesun veškeré péče do terénních nebo ambulantních služeb.

Hudáková, Majerníková (2013, s. 20) zdůrazňují, že největším problémem rezidenční péče je nedostatek míst, což komplikuje činnost léčebnám dlouhodobě nemocných (LDN), které jsou limitovány délkou hospitalizace. Chybí také personální a materiální

vybavení. Řešení spatřují ve společném financování domácí péče, které by vykonávaly příslušné agentury a vytvoření ošetrovatelských oddělení (nursing home).

Přesto, že se v současnosti podmínky rezidenční péče změnila k lepšímu a velmi dobře zajišťují nižší (fyziologické) potřeby, nemohou dostatečně uspokojit potřeby seberealizace, sebenaplnění a autonomie. Tedy pocit úspěchu, užitečnosti, spokojenosti, pocitu být milován a oceňován, který je spojen se začleněním do společnosti. Klienti i přes všechnu péči, velmi často přirovnávají zařízení k vězení a touží po „normálním životě“.

Jak zmiňuje Matoušek (2003, s. 86), rezidenční péče omezuje člověka prostorově, omezuje jeho soukromí, příležitosti ke kontaktu s rodinou a přáteli, omezuje možnosti svobodné volby a má také vliv na jeho myšlení i chování.

Negativní dopady rezidenční péče, vedly k nové formulaci – deinstitucionalizace. Z jeho zásad a trendů by měli pracovníci péče vycházet. Deinstitucionalizace znamená změnu (transformaci) institucionální (ústavní) péče v péči komunitní (Manuál transformace ústavů, 2013).

Deinstitucionalizace má 4 oblasti:

- Demedicinalizace – nahrazování zdravotní péče jinými službami (pro vyšší potřeby).
- Deprofesionalizace – zapojení rodiny a přátel v péči o klienta.
- Desektorizace – komplexní pohled na situaci klienta a provázanost služeb.
- Deinstitucionalizace – péče mimo prostory ústavního zařízení.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV), se věnuje podpoře procesu transformace, deinstitucionalizace a humanizaci služeb sociální péče. Hlavním cílem je podpořit proces zkvalitňování životních podmínek uživatelů stávajících pobytových zařízení sociální péče a podpořit naplňování lidských práv uživatelů sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí. MPSV realizovalo projekt Podpora transformace sociálních služeb, který pilotně ověřoval proces deinstitucionalizace (MPSV, 2016). Na tento projekt plynule navázal projekt Transformace sociálních služeb, který skončil v roce 2015.

V současné době se nedostatečně využívá všech možností služeb určených seniorům. Hrozenská, Dvořáčková (2013, s. 50) uvádí, že hlavním důvodem je jednání některých rodin, které seniora umístí do rezidenčního zařízení, aniž by využily možností domácí

péče. Služby by měly být natolik finančně dostupné, aby umístění seniora do rezidenčního zařízení bylo poslední možností.

3.5 Přístup pracovníků ke stáří a sociálnímu vyloučení seniorů

V následující kapitole uvedu příklady chybného přístupu pracovníků ke stáří a sociálnímu vyloučení, které můžeme chápat jako protiklad k individuální péči o seniora a naplňování všech jeho potřeb.

Největší chybou v péči o seniory je zprůměrnování jejich potřeb. Vysoké nároky na adaptaci při změně prostředí a životního stylu představují závažný sociologický faktor. To vše přispívá velmi výrazně k poklesu celkové životní úrovně seniorů. Senioři jsou více než kterákoliv jiná skupina ohroženi: úrazy, nemocí, změnou zdravotního stavu, úmrtím, ovdověním, samotou, diskriminací a jinými negativními jevy. Pracovníci rezidenčních zařízení pro seniory tedy musí správně vyhodnotit ohroženost seniorů a přispět k prevenci jejich důsledků.

Pichaud, Thareauová (1998, s. 31) připomínají zaměstnancům zařízení sociální péče, že je třeba si uvědomit, že změna prostředí je pro starého člověka psychicky náročná. Musí mu tedy velmi pozorně pomáhat při překonávání tohoto těžkého období.

Významná část pracovníků rezidenčních zařízení, automaticky se stářím spojuje špatný zdravotní stav, neschopnost sebeobsluhy a pokles psychických funkcí. Ověřené stereotypy mohou u pracovníků vést k předsudkům. Potřeby klientů se pak posuzují výhradně podle zdravotního stavu.

Pichaud, Thareauová (1998, s. 13–16) uvádí za příklad tvrzení, že „staří lidé jsou už takoví“ nebo že „v jeho věku je to normální“. Pracovníci zařízení pak mohou nabýt mylného dojmu, že senioři nemají žádné potřeby. To jim do jisté míry usnadní práci. Dále píše, že obtíže stáří nesouvisí tolik s nedostatky a vadami seniorů, jako s tím, jakým způsobem je my vnímáme a jak se na ně díváme.

Senioři snadno přejímají dominantní skupinový negativní obraz a rozvíjí se jejich závislá role. Vnímají ztrátu dovedností, označují sami sebe jako neschopného a nemocného Traxler (1980, in Vidovičová, 2005).

Matoušek (1999, s. 124) konstatuje, že problémem v rezidenčních zařízeních je i stereotypní způsob práce, který souvisí se stereotypním uvažováním. To poukazuje pouze na hendikepy seniorů, nepodporuje individuální přístup a senioři jsou chápáni na základě

společných projevů stáří. Říčan (1990, s. 369) vysvětluje, že viditelné znaky stárnutí určují, co od nás bude společnost očekávat a co nám poskytne.

Stereotypně zařazujeme stáří do období „nic nedělání“, tedy mimo produktivní společnost. To vede k všeobecnému názoru, že jsou senioři neužiteční a nic neznamenají. Haškovcová (1990, s. 29) zmiňuje mýtus ignorace, který se může promítat do péče o seniory. Senior zde není partnerem, není potřeba jej brát vážně a je možné ho ignorovat.

3.6 Metody práce s klientem vedoucí k minimalizaci rizika sociální exkluze

Dříve než uvedu konkrétní metody práce s klientem, jejichž uplatnění může přispívat k minimalizaci rizika sociálního vyloučení, zmíním metody práce, které mají vliv na sebepojetí seniora a jeho zařazování do společnosti. Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.3, potřeba autonomie je pro starého člověka stále velmi důležitá. Vliv na autonomii seniorů v rezidenčních zařízeních má především pomáhající personál. Gilbert Leclerc (in Pichaud, Thareauová, 1998, s. 46) pozoroval různé metody práce a na základě toho, rozdělil pracovníky na různé typy pomáhajících:

- Autoritativní typ – vnucování názorů a rozhodnutí. Mylný názor, že jedinec již sám nic nezvládne a je třeba za něj vše udělat.
- Manipulující typ – skrytá manipulace s jedincem a směřování k vlastním cílům, nerespektování autonomie. Neschopnost vidět skutečné potřeby druhého.
- Ochranitelský typ – přehnaná až ochranitelská péče, která znemožňuje jedinci zdokonalovat sebe obslužnou činností a rozvíjet jeho autonomii.
- Spolupracující typ – je pozorný k potřebám klienta, nechává jedinci prostor pro vlastní tempo a autonomii, kterou dále rozvíjí.

Péče tedy nespočívá pouze v uspokojení základních fyziologických potřeb, ale musí být vztahem a zahrnovat všechny dimenze jedince: fyzickou, psychickou, sociokulturní a duchovní. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 65)

Politika zařízení by měla mít snahu o prevenci sociálního vyloučení a měla by být realizována již při příjmu klienta do zařízení a při tvorbě individuálního plánu péče. Metody práce by pak měly korespondovat s dostupnými službami v zařízení. Koncept individuálního přístupu je nezbytný pro minimalizaci sociálního vyloučení seniorů.

Charta práv a svobod starších občanů (1966, čl. IX), kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby, nepřímo doporučuje rezidenčním zařízením následující:

- Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje, a jsou mu užitečné. Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami nemocného.
- V žádném případě by se neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb.

Jednou z metod podporující individuální přístup je kontakt klienta s tzv. kontaktní osobou. Ta posléze tlumočí přání a potřeby klienta vedení zařízení.

Matoušek (1999, s. 126) zdůrazňuje, že velká zařízení upřednostňují skupinové programy a omezují individuální kontakty na minimum. Profesionální pracovníci jsou zaplnění a na individuální kontakt nezbyvá čas.

Efektivním prostředkem pro minimalizaci rizik sociálního vyloučení je dostatečná aktivizace seniorů a využívání služeb mimo zařízení. Důležitým úkolem pracovníků je motivovat klienty k aktivitám a pomoci překonat jim nejen bariéry okolního prostředí, ale i vnitřní bariéry. Ty mohou vyplývat z neochoty navazovat nové kontakty a vlastního pohodlí. Důležitá je tedy podpora tvorby sociálních kontaktů a společenských aktivit

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 REALIZACE VÝZKUMU

V praktické části této práce se budu věnovat metodologii výzkumu, tzn. popíši výzkumný problém a způsob, jakým byl výzkum realizován. V následující kapitole také nastíním a shrnu přínos pro sociální pedagogiku, provedu analýzu materiálů a charakteristiku výzkumného vzorku.

4.1 Výzkumný problém

Délka života se díky vysoké životní úrovni prodlužuje a s ní se zvyšuje poptávka po službách určených seniorům. Odchod do důchodu se neustále posunuje a rodiny jsou nuceny přenechat péči o seniory specializovaným službám. Problémem je však nedostatek míst v rezidenčních zařízeních. V dnešní době se podmínky v těchto zařízeních změnilly k lepšímu. Přes veškerou snahu personálu o kvalitní služby, pestrý program, motivaci i nepřetržitou odbornou péči, bohužel zůstává faktem, že žádná instituce nemůže uspokojit všechny potřeby klienta a zabránit tak v určité míře sociální exkluzi. Ve výzkumu jsem se proto zaměřila na otázku, jak k sociální exkluzi přistupuje vybrané zařízení a zda je schopno eliminovat rizika rezidenční péče. Pro dokreslení výzkumu jsem zkoumala i to, jak se žije seniorům v pobytovém zařízení a jak vnímají kvalitu svého života.

4.2 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a použitá metoda výzkumu

Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, **jak k problematice sociální exkluze přistupuje vybrané zařízení rezidenční péče a zda uplatňuje takové metody práce, které minimalizují riziko sociálního vyloučení.**

Dílčí cíle:

- Zjistit, jaké mají pracovníci zařízení názory na stáří a znalosti v oblasti sociální exkluze.
- Zjistit jaké metody při práci s klientem uplatňují.
- Jak se k problému sociální exkluze staví sami klienti.

Výzkumné otázky:**1. Jak nahlíží na stáří a problematiku sociální exkluze pracovníci zařízení?**

Jak nahlížíte na stáří?

Přístupuje se v péči o klienta individuálně?

Jaké jsou potřeby seniorů? Zajišťuje stávající politika zařízení všechny potřeby klientů?

Jak jsou zjišťovány potřeby klientů? Jaké potřeby nejsou dostatečně uspokojovány?

Jaké je podle Vás postavení seniorů ve společnosti?

Považujete seniory za ohrožené sociálním vyloučením?

Co podle Vás vyloučení seniorů způsobuje?

Jak byste charakterizovali sociálně vyloučeného seniora?

2. Je riziko sociální exkluze seniorů spojováno s působením rezidenční péče?

Jaké jsou podle vás nejčastější důvody rezidenční péče?

Jaký vliv na seniory má rezidenční péče a jaká je jejich adaptace? Jak napomáhá zařízení v adaptaci klienta? Jaké je podle Vás riziko sociální exkluze seniorů v rezidenčních zařízeních?

3. Mají poskytované služby tendenci ke snižování tohoto rizika? Jaké jsou uplatňované metody práce s klientem?

Jaká je spolupráce s rodinou klienta? Snaží se zařízení navazovat kontakt mezi klientem a rodinou? Podílí se rodina na péči o klienta?

Jaké jsou metody práce s klientem? Uplatňují se takové metody práce, které zohledňují specifika seniorského věku? Podporují tyto metody sociální inkluzi seniorů?

S kým zařízení spolupracuje, jaké poskytuje služby?

Jaké problémy či překážky v souvislosti s péčí můžete zmínit? Jaká pozitiva a negativa v zařízení vnímáte?

4. Jak vnímají problematiku sociální exkluze sami klienti? Jak hodnotí zařízení v uspokojování svých potřeb?

1. Na základě čeho jste si vybrali toto zařízení? Co pro Vás bylo rozhodující?
2. Jak jste spokojeni s prostředím, ve kterém žijete a s poskytnutou péčí? Jsou zaměstnanci zařízení vstřícní a ochotní?
3. Jak často se vídáte s rodinou a přáteli?
4. Jak probíhá Váš den?
5. Jaké máte koníčky? Máte v zařízení dostatek aktivního vyžití? Chtěli byste jeho zvýšení?
6. Jak často chodíte ven? Využíváte služeb mimo zařízení?
7. Co Vám v zařízení chybí, co byste si přáli změnit?

Metody výzkumu

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda, která vyplynula z podstaty zkoumaného problému. Důvodem pro volbu kvalitativního výzkumu také bylo, že chceme odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem, v našem případě pracovníků rezidenční péče a jejich klientů, se sociálním vyloučením (Strauss, Corbinová, 1999, s. 11).

Vzorek nemusí nejlépe reprezentovat populaci, ale zkoumaný problém. Výběr tedy není náhodný a jedná se o záměrnou volbu. Vybraný objekt pak má takové vlastnosti a zkušenosti, které chceme sledovat.

Jako technika sběru dat byl použit rozhovor neboli interview. Rozhovor je český překlad pro slovo interview (inter-mezi, view – názor, pohled). Ten může být strukturovaný, nestrukturovaný nebo kompromisem obou – polostrukturovaný rozhovor. Je stanoveno základní obsahové téma a několik základních otázek. Další otázky pak vznikají v průběhu interview (Chráška, 2016, s. 176).

Hlavní technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory se čtyřmi pracovníky přímé péče. V rámci výzkumného šetření byl uskutečněn jeden rozhovor s vedoucím

pracovníkem zařízení a se sociálním pracovníkem. Ten byl doplněn o metody práce s klienty a týkal se také politiky zařízení. Doplňující výzkumnou metodou byla tzv. empirická sonda, polostrukturované rozhovory s klienty zařízení pro komplexnější pohled na danou problematiku. (Reichel, 2009, s. 112). Skupinu respondentů jsem vybrala cíleně. Vybranou skupinu tvořili 4 senioři, jejichž zdravotní stav dovoľoval uskutečnit rozhovor (nebyla v závažnější formě diagnostikována demence či Alzheimerova choroba,...).

Dále byla v rámci výzkumu využita metoda indukce, analýzy, syntézy a srovnání.

4.3 Charakteristika respondentů

K výzkumu bylo vybráno pouze jedno rezidenční zařízení pro seniory poblíž Brna. Pro účel výzkumu byli za respondenty vybráni pracovníci tohoto zařízení a pro komplexnější pohled na danou problematiku také klienti.

Věk respondentů z řady klientů se pohyboval nad 75 let. V zařízení je velká část klientů převážně ženského pohlaví, což potvrzuje statistická data (ČSÚ, 2014), že se ženy dožívají vyššího věku než muži. Nižší věková kategorie nebyla obsazena z důvodu, že tzv. mladí senioři jsou stále dostatečně soběstační a nepotřebují péči další osoby.

4.4 Rozhovor a jeho vedení

Celkem bylo uskutečněno 10 rozhovorů s pracovníky zařízení:

- rozhovor s vedoucím zařízení,
- se sociálním pracovníkem,
- se čtyřmi pracovníky přímé péče
- a čtyřmi klienty.

S rozhovorem souhlasili všichni oslovení respondenti. Předpokládaná délka rozhovorů byla 30–45 minut, ale vzhledem ke stručnosti některých respondentů trvala délka kolem 15–20 minut. Všem dotazovaným respondentům byla zaručena anonymita, v textu tedy nejsou uvedena žádná jména ani místní názvy. Dotazovaní byli srozuměni s účelem poskytnutých dat.

Se souhlasem účastníků, byly rozhovory zaznamenávány na záznamové zařízení (mobilní telefon – záznamník). Ty pak byly přepisovány formou komentované transkripce, abych zachytila důležité informace, které jsou těžce uchopitelné v doslovném protokolu. Pořízený zvukový záznam jsem se rozhodla přepsat bez úprav hovorové řeči, abych zabránila možné ztrátě některých významů. Pokud některý z respondentů neporozuměl otázce, snažila jsem se ji formulovat jinak.

Rozhovory probíhaly převážně ve společenské místnosti zařízení s odstupem několika týdnů. Při rozhovoru jsem se snažila využívat metody aktivního naslouchání, navodit příjemnou atmosféru a zajistit dostatek soukromí. Přestože jsem upozorňovala pracovníky na probíhající rozhovory, byly několikrát narušeny buď příchozími návštěvami klientů, nebo samotnými pracovníky z provozních důvodů. Některé rozhovory probíhaly také v kuchyni nebo kanceláři, dle aktuální situace v zařízení. Zařízení bohužel nemá prostorové možnosti pro zřízení lepšího zázemí pro personál, který má k dispozici pouze malou šatnu anebo všemi využívanou společenskou místnost. Při rozhovorech jsem dodržovala etický kodex a brala jsem ohled na individualitu respondentů.

5 ANALÝZA DAT A JEHO INTERPRETACE

V následující části této práce prezentuji data získaná pomocí kvalitativního výzkumu. Části jsou rozčleněny dle tematických okruhů, odvozených od dílčích výzkumných otázek. První kapitola je věnována interpretaci kategorií, druhá kapitola je zaměřena na popis zkoumaného zařízení, pro utvoření představy o zázemí a chodu DDP. Třetí kapitolou je přístup vybraného zařízení k problematice seniorského věku, potřebám seniorů a přístup k sociální exkluzi, z pohledu a reflexe pracovníků zařízení. Kapitola čtvrtá se vztahuje k rezidenční péči a uplatňovaným metodám práce s klienty a politikce zařízení. Poslední kapitola obsahuje názory klientů na uspokojování svých potřeb a riziko sociální exkluze v zařízení. Analýza se opírá o výpovědi pracovníků zařízení a jeho klientů.

5.1 Interpretace kategorií

Otevřené kódování je analytický proces, kterým jsou pojmy identifikovány a rozvíjeny ve smyslu vlastností a dimenzí. Základní analytické postupy jsou – kladení otázek o údajích a zjišťování podobností a rozdílů porovnáváním jednotlivých případů, událostí a jiných vlastností zkoumaného jevu mezi sebou. Případy a události, které jsou si podobné, jsou označeny a seskupeny do kategorií (Strauss, Corbinová, 1999, s. 52).

Text je po pečlivém přečtení rozbit na jednotky a následně se těmto jednotkám přidělí jména, s kterými dále pracujeme. Každé této jednotce přidělíme kód a identifikujeme, o čem jednotka vypovídá. Transkripcí a propojením kódů, bylo vytvořeno celkem 9 kategorií:

Stáří jako součást života

Postavení seniorů ve společnosti

Senioři jako skupina ohrožená sociální exkluzí

Zařízení rezidenční péče jako zdroj sociálního vyloučení

Individuální přístup

Vztahy s rodinou

Kontakt s přáteli

Aktivizace, socializace, inkluze

Potřeby klientů zkoumaného zařízení

V rámci analýzy a interpretace dat, budou autoři výroků označeni takto:

- Pracovníci sociální péče: PSP (1,2,3,4)
- Vrchní sestra: VS
- Sociální pracovnice: SP
- Klient: KL (1,2,3,4)

5.2 Charakteristika vybraného zařízení

Dům domácí péče, je registrovaná sociální služba – odlehčovací pobytové zařízení, které se nachází v krásném prostředí nedaleko Brna. Zajišťuje komplexní pobytové sociální služby pro seniory se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Obrázek č. 6 Dům domácí péče



Obrázek č.7 Pokoj DDP



Zdroj: sanusbrno.com

Cílovou skupinou Domu s domácí péčí jsou klienti se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního stavu, kteří potřebují dohled a tato péče jim nemůže být zajištěna rodinou ani pečovatelskou službou. Pobyty mohou být krátkodobé i dlouhodobé.

„Tady jsou krátkodobé pobyty. Tedy konkrétně sem, do domova domácí péče se dostávají proto, že buďto čekají na přijetí do nějakého domova důchodců, nebo do nějaké LDN. Nebo rodina někam odjede a sem je dají na nějakou určitou dobu... tady nebyvají vyloženě na dlouhodobé pobyty. To není domov důchodců...to je taková mezistanice... Ty čekací lhůty jsou velmi dlouhé. ...“ (pracovník sociální péče)

Zařízení je také vhodné pro seniory se smyslovými vadami a klienty s diagnostikovanou demencí či Alzheimerovou nemocí. Dům domácí péče není určen pro lidi: zcela mobilní a soběstačné, lidi agresivní, s problémovým chováním, se závislostí, infekční nemocí ani pro klienty se závažnou psychiatrickou chorobou či mentálním postižením.

„... Dnes opravdu přibývá těch těžkých demencí a Alzheimerovy choroby.“ (vrchní sestřera)

Vznikl v roce 2016, zařízení je rodinného typu a má kapacitu 20 lůžek.

Zřizovatelem je Sanus, nezisková organizace, která byla založena v roce 1994 za účelem poskytování zdravotní péče a sociální péče pro klienty, kteří se ocitli v nepříznivé zdravotní, či sociální situaci. Od roku 1994 poskytuje komplexní (integrovanou) péči terénní – v domácím prostředí klientů, a od roku 2014 také formou pobytové odlehčovací služby v Domě domácí péče.

Základem péče je podpora a rozvoj schopností seniora, důležité pro soběstačnost a sebeobsluhu. Zařízení zajišťuje péči soběstačnějším i imobilním seniorům. Důraz klade na komunikaci s klientem a aktivní naslouchání. O klienty se stará kvalifikovaný personál 24 hodin denně, který má vztah k této práci, je empatický a má lidský přístup, který je pro pracovníky prioritou.

„... ale stačí, když se cítí příjemně, že se na ně usmějeme, popřejeme dobrou chuť... ono občas stačí fakt maličkosti a pro toho člověka to udělá divy.“ (pracovník sociální péče)

Zařízení má dvou až třílůžkové pokoje. Ty jsou vybaveny základním vybavením (polohovací postel se stolečkem, komoda a polička, stůl židle). Pokoje je možnost si částečně dovybavit.

„... nebylo to tam takový, jak sem si představovala. Tady jsem podstatně spokojenější. Tam jsme byly tři na pokoji přeplněném nábytkem. Tři postele, tři skříně, neměly jsme tam stůl, ani židli, vůbec nic...takže jsme tam tak živořili, skoro...“ (klientka)

Služby pro uživatele: ubytování, celodenní strava – 4x denně, zdravotní péče – doktor 1x týdně, zdravotnický personál Domu každý den, sociální poradenství, běžné úkony péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, pravidelný úklid, praní, žehlení a drobná úprava prádla, úklid společných prostor, nákupy léků, inkontinenčních pomůcek, drobné nákupy dle přání klienta, zapůjčení potřebných pomůcek (polohovací postel, stoleček k

posteli, WC křeslo, invalidní vozík, chodítko), zprostředkování společenských akcí, oslavy narozenin. Nadstandardem jsou služby kadeřnice a pedikérky.

„Dochází sem pedikérka, kadeřnice, doktor...jinak spolupracujeme s jídelnou, která nám dováží obědy. Je tu sociální pracovnice, která je šikovná...“ (pracovník sociální péče)

„No já su tady spokojená. Jsou tady fakt hodní. Jsem spokojená s tou čistotou, co se tady udržuje. Na to se tady klade dost velký důraz a je to poznat.“ (klientka)

5.3 Reflexe vybraného zařízení k problematice seniorského věku

Stáří jako součást života

V první kategorii byly zvoleny následující kódy: Negativistické pojetí stáří (PS-1), Subjektivní vnímání stáří (VS-1), Součást života (PSP2-1)

Pracovníci zařízení definovali stáří dle schopností klientů a porovnáním s lidmi mladšího věku. Charakteristikou starého člověka je především závislost na péči druhé osoby. Stáří spojují s nemocemi, zdravotními problémy a úbytkem sil. Pichaud, Therauerová (1998, s. 28-31) toto označují jako stereotypně negativistické pojetí stáří.

„Tak stáří, to už je asi předpokládám nějaká ta poslední etapa života. Kdy už člověk nějak užitekává svoje nabitě zkušenosti a už asi vyžaduje nějakou tu důslednější péči...“ (PSP1-1)

„Stáří je nevyhnutelná etapa každého z nás (+), takže je to takový nutný zlo...“ (PS-1)

Dle pracovníků nemůžeme stárnutí a stáří jasně ohraničit věkem, záleží totiž na subjektivním vnímání jedince.

„Každý to stáří zvládá jiným způsobem. Jde o to, jak se člověk cítí a jak je na tom zdravotně... někomu je třeba padesát a cítí se starý. Někomu je šedesát, sedmdesát a cítí se plný elánu. Je to hodně individuální...“ (VS-1)

Pracovníci se shodují, že stáří je nedílnou součástí života.

„Tak pro mě je to součást života... stáří patří k životu a myslím, že se s tím každý musí vypořádat...“ (PSP2-1)

„Stáří je etapa života a každý si tím musí projít. Takže je to jen další část toho celého života.“ (PSP3-1)

5.4 Reflexe rizika sociální exkluze pohledem pracovníků zařízení

Postavení seniorů ve společnosti

Tuto kategorii zastupují tyto kódy: Současná situace seniorů (PSP1-9), Stárnutí populace (VS-8), Ignorace vlastního stárnutí (PSP3-7), Špatné postavení (PS-7), Výhody seniorského věku (PSP2-5)

Současnou situaci a postavení seniorů ve společnosti vystihují nejvíce tyto výroky:

„Teď asi mluvím jako důchodce, ale ta doba je mnohem více odosobněná. Vlastně dřív ti lidi žili tak nějak pohromadě. Třeba ještě jak já sem byl malinký, tak jsme žili s babičkou s dědou, všichni pohromadě...“ (PSP1-9) „...a teďka je mnohem častější, že na ty starší lidi není čas. Takže je pak musí přemístit sem do zařízení...nebo to nahradí tou terénní službou. Už nejsme schopni se o ty naše starší postarat. Je to pro ně asi určitě náročnější ta dnešní doba.,, (PSP1-10)

Vrchní sestra také zmiňuje aktuální téma stárnutí populace.

„Myslím si, že současná společnost vnímá seniory docela špatně. Protože nikdo nepočítal s tím, že ta populace stárne a náš stát na to není v žádném případě připraven. Důkazem jsou přeplněné léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory, odlehčovací služby...když to shrnu, nemá se o ně kdo postarat.“ (VS-8)

Další z pracovníků dodává, že je tendence ignorovat vlastní stáří a dělat, že se nás to netýká.

„Já si myslím, že senioři nemají úplně vyloženě špatné postavení ve společnosti...všichni si ale myslí, že se jich to netýká, do té doby než do toho stáří přijdou. Ne že by jim to bylo jedno, ale nemají potřebu to aktuálně řešit. „ (PSP3-7)

Mezi dotazovanými převládá názor, že současní senioři nemají dobré postavení ve společnosti. Jsou ohroženou sociální skupinou, která může být snadno zneužívána.

„...Ale ti co nemůžou už, jsou fakt ležící nebo mají různé nemoci, tak jsou spíš opomíjeni. „ (PS-7)

„... (společnost) využívá je. Protože starší člověk už nemá takové myšlenkové pochody, takže je využívají na všelicos...“ (PSP4-7)

Nejhůře jsou na tom dle tvrzení senioři se špatným fyzickým či psychickým zdravotním stavem.

„...ti kteří ještě můžou, tak jsou myslím bráni pozitivně. (PS-6) Ale ti co nemůžou už, jsou fakt ležící nebo mají různé nemoci, tak jsou spíš opomíjeni. „ (PS-7)

Jeden pracovník zařízení vnímá situaci seniorů pozitivně, vzhledem k jejich výhodám oproti pracujícím lidem.

„...vcelku myslím, že ucházející. Myslím si, že mají spousty výhod oproti pracujícím lidem.“ (PSP2-5)

Senioři jako skupina ohrožená sociální exkluzí

Pro tuto kategorii byly použity kódy: Důvody exkluze (PSP1-11), Charakteristika (PSP3-9),

Většina pracovníků se shoduje, že jsou senioři ohrožení sociálním vyloučením. Příčiny spatřují ve špatně nastaveném systému v našem státě. Jako další důvod špatného postavení seniorů ve společnosti, uvádí nedostatek času rodiny se o seniory postarat a jejich umístování do rezidenčních zařízení.

„To asi určitě. Jsou ohrožení... myslím, že hlavně čas. Protože lidi už nemají tolik času, je vážně hodně práce. Obecně je všechno uspěchanější, na všechno se tlačí, půjčky, hypotéky a podobně...tak člověk to musí mít z čeho splácet. To zase žere čas, že musí chodit do práce a potom už nezbyvá tolik času, aby ten volný zbytek trávili s tím starším členem rodiny. Ale spíš se pak věnují dětem. Ono je to takové zapeklitější. Ten důvod že se to děje, je asi v tom, že lidi nemají čas.“ (PSP1-11)

„Tady je to hlavně špatně nastaveným systémem v našem státě...dneska je to v podstatě tak, že dřív, když ta populace zestárla, tak vždycky se měl o ně kdo postarat. Odchody do důchodu byly dřívější...takže buďto ten syn nebo dcera, se o seniora mohli postarat. Dneska to není možné. Protože věková kategorie odchodu do důchodu se prodloužila a v tom případě nestačí tady tyto zařízení. Ti, kteří se nemohou sami o sebe postarat, tak pro ty je velký nedostatek zařízení. „ (VS-11)

Sociálně vyloučeného seniora charakterizovali respondenti zejména jako seniora, který není dostatečně finančně zabezpečený v důsledku nízkého důchodu. S finanční a zdravotní stránkou souvisí tedy i míra jeho izolace.

“ Sociálně vyloučený senior moc nekomunikuje s ostatními, maximálně se svojí věkovou skupinou...už moc nechodí ven, v mnoha případech už ani kvůli pohyblivosti nemohou. Určitě také finanční situace, protože ty důchody nejsou úplně největší. „ (PSP3-9) “

...senioři často trpí různými nemocemi jako je demence, Alzheimer... to je podle mě důvod, proč jsou sociálně vyloučení., (PSP3-10)

„Že je v podstatě doma, sám...nevychází už skoro ven, rodina mu jednou za týden, čtrnáct dní nebo pečovatelka přiveze nákup a to je jeho veškerý kontakt s okolím. „ (PS-9)

„Když jsou tedy sociálně vyloučení, tak tam asi nebudou ty finanční prostředky...není hmotné zabezpečení. Asi celkově to zázemí...“ (VS-10)

„Asi hlavně ten typ seniora, který má nižší než je průměrný důchod, což je myslím 13 tisíc...to by asi k nějakému tuctovému stáří stačilo, ale když má podprůměr, což může být i těch 9 tisíc, možná i méně, tak to už je první známka toho, že bude vyloučenější...protože najednou už nemůžou třeba si někam zajít. Obchodní centrum, někam poseďte...“ (PSP1-13)

Jedním z důvodů přispívajícím k sociální exkluzi může být ztráta jednoho z partnerů.

„Takže sociálně vyloučeného seniora si představuji jako někoho, kdo žije sám, je vdovec nebo vdova, která žije sama...“ (PSP1-12)

Dva z pracovníků uvedli, že nemají zkušenosti se sociálním vyloučením seniorů.

Zařízení rezidenční péče jako zdroj sociálního vyloučení

Pro následující kategorii byly zvoleny kódy: Důvody rezidenční péče (PSP2-9), Podmínky adaptace (PSP1-16), Pomoc s adaptací (PSP2-10), Rizika rezidenční péče (PS-12)

Mezi důvody rezidenční péče uvádí pracovníci zejména nedostatek času, prostředků i zázemí rodiny se postarat o klienta. Péče je u mnohých nutná celých 24 hodin denně, což jim jejich příbuzní nejsou schopni poskytnout.

„Většina asi kvůli tomu, že nemoc je tak pokročilá, že rodina nemá čas ani sílu se o ně starat. A určitě jim nejsou schopni zajistit takovou starostlivost a péči, jakou my jim dáváme, ti co tomu rozumíme. „ (PSP4-9)

„...Kolikrát tady u našich klientů je opravdu nutná 24 hodinová péče. Takže to je náročné a myslím si, že proto zvolí rodina tuto variantu...Je to určitě ta nejlepší varianta, než kdyby jim neměla být poskytována veškerá péče. „ (PSP2-9):

„Nemůžu být sama. Jednak sem prostě měla menší mozkovou mrtvici, padala jsem...takže mě sebrali třeba venku na ulici...a v místnosti jsem padala. Spadla jsem tak hrozně, že jsem si roztránila nohu a tu mi pak dávali v nemocnici dohromady (x).

Pak jsem byla v domově tady pro takový chudáky, pak jsem šla do ústavu a pak sem.“ (KL1-1)

„To nevím, já myslím, že jak sem byla nemocná, dostala jsem to od lékaře...“ (KL3-1)

Dalším důvodem jsou delší čekací lhůty v zařízeních pro seniory a zařízeních se zvláštním režimem.

„...nebo jim končí pobyty a nemají umístění v domovech.“ (VS-12)

„...no ani nejde o to, že je zařízení třeba nechce, ale ani legislativně to moc nejde. Protože hodně domovů je bez zvláštního režimu – což znamená, že nejsou zařízení na ty horší psychické diagnózy. Lidi co mají středně těžkou demenci, Alzhemiera, Parkinsona...My jsme tady na to zařízení. Je to tu bezbariérové, je tu 24 hodinová péče i sestry.“ (PSP1-15)

„No, já sem neměla moc co vybírat, protože já sem byla v situaci, kdy sem musela někde být (x)...tak mě moje dcera vybrala tady toto místo.“ (KL1-1)

„...No dcera. Oni obvolávali i jiné zařízení, ale všude bylo plno.“ (KL2-1)

Pracovníci se obecně shodují na tom, že záleží na okolnostech, za jakých klienti do domova přijdou. Pro ty, kteří do zařízení přichází z vlastního rozhodnutí je adaptace snazší a mnohdy berou svoje umístění jako příjemné zpestření a možnost sociálního kontaktu. Klienti, kteří jsou donuceni okolnostmi, snáší umístění do zařízení těžce.

„Pro někoho je to samozřejmě příjemná změna. Myslím si, že jsem tu příjemný personál. Takže jsou rádi, že si s nimi někdo povídá...že jsou s někým vůbec v kontaktu. Předtím, když žili sami, tak je to pro ně osvěžující...potom jsou tu samozřejmě tací, kteří žili s rodinou. Což je pro ně změna asi k horšímu. Doma je doma a myslím, že by byly raději tam, kde se o ně starají lidé, které znají.“ (PSP1-16)

Všichni oslovení respondenti se shodují na tom, že si klienti časem zvyknou.

“ Myslím si, že adaptace je velmi dobrá. Trvá to chvíli, než si člověk zvykne, ale to je asi všude. Záleží to od člověka, každý to bere jinak. Někdo to snáší hůře, jiný je rád, že sem přijde... (PSP4-10)

„Někdy opravdu se adaptuje během dvou dnů a někdy to trvá týden, čtrnáct dnů...“ (VS-13)

Vrchní sestra ale zdůrazňuje, že u adaptace záleží na několika faktorech, zejména na zdravotním stavu. Klienti s demencí a Alzheimerovou chorobou mají horší míru adaptace.

„...nejhorší opravdu na tu adaptaci jsou klienti s Alzheimerovou chorobou. Záleží také na diagnóze klienta.“ (VS-13)

Jako důvod lepší adaptace v zařízení, uvádí respondenti zejména charakter rodinného typu a příjemné prostředí.

„U někoho trvá adaptace déle, u někoho je dřív...tady je dobré, že je to rodinné prostředí. Takže si myslím, že se klienti adaptují rychle a dobře.“ (PSP3-12)

„...je tu příjemné prostředí, všechno nové, příjemný personál, snažíme se jim vyhovět.“ (PSP4-10)

Pracovníci zařízení také nabízí klientům dostatečné množství autonomie v péči o svou osobu.

„Snažíme se to tu hodit do takové domácí pohody, aby se tu cítili dobře. Nějak je do ničeho nenutit...aby se necítili, že je někdo šikánuje. Já osobně přistupuji k těm lidem vstřícně...“ (PSP2-10)

O lepší adaptaci se také při přijetí stará sociální pracovnice.

„Tady vlastně většinou ten personál i poslední dobou já, obcházíme ty klienty, komunikujeme s nima, nabízíme jim ty aktivity nebo tu možnost vůbec jít na procházku, jít si sednout za ostatními, něco jakoby v té společnosti...nebo možnost zavolat rodině, jestli neplánují návštěvu nebo něco takového.“ (PS-11)

Respondenti vyjádřili souvislost mezi rezidenční péčí a sociální exkluzí.

„Zařízení se určitě snaží zabránit sociální exkluzi. Problémem je, že chybí personál a chybí určitě i pomůcky...snažíme se co je v našich silách, s tím co máme k dispozici. Ale myslím, že to asi všechny potřeby nenaplnuje...“ (PSP1-19)

Sociální pracovnice uvedla, že změna prostředí je pro seniora zátěžová okolnost a ne každý se smíří se svou situací. Následkem toho se pak uzavírá do sebe a nejsou ochotni komunikovat s okolím.

„Já si myslím, že částečně je. Protože někteří lidé i když jsou tady nebo jiných zařízeních, tak se spíše uzavřou do sebe. Protože jakoby nepřijmou ten fakt, že už nemůžou být

doma. Že to doma nevládají a musí být někde jinde. Ale vnitřně se s tím nesmíří, takže se uzavírají do sebe a tráví čas sami.“ (PS-12)

Největší negativum rezidenční péče spatřuje jedna z klientek v tom, že po umístění nemohla nadále pokračovat ve svém celoživotním koníčku. Vztah k neživým věcem, obzvláště k těm, který po celý život opatrovali, není u seniorů ničím neobvyklým. Proto také zařízení povoluje klientům vzít si z domova drobné předměty. Sama respondentka ale uznává, že její záliba, by v zařízení neměla smysl.

„Já vám to ani nebudu říkat, já sem sbírala pohlednice... já sem měla 80 tisíc pohlednic a teď když sem se musela vystěhovat a nebyl čas ani kam, ani sem u toho nebyla... tak pohlednice šly do spalovny. Nechcu na to ani vzpomenout...je mě to šíleně líto. Tolik roků jsem nad tím strávila...ale tady to nemá smysl, to má smysl v bytě.“ (KLI-6)

Pracovníci jsou si vědomi toho, že nemohou dostatečně zajistit všechny potřeby klientů. Hlavním problémem je psychický i fyzický stav seniora, který nedovoluje dostatečnou adaptaci na prostředí a uspokojení všech potřeb.

„...Navíc jsou tu často i psychické problémy klientů. Čili i kdyby se člověk sebe víc snažil, tak člověk když má dejme tomu demenci, tak vždycky bude mít strach, ať děláte cokoli. Oni mají takový ten iracionální strach z čehokoliv...ať jsou to schody, hasičí přístroj, ... úplně jim ty potřeby nejdou zajistit.“ (PSP1-19)

„... v zařízení asi jak kteří. Někteří jsou tu víc samostatnější, takže vnímají televizi a co se v ní děje. Někteří jsou již na takovém stupni onemocnění, že už nevnímají...“ (PSP4-11)

5.5 Riziko sociálního exkluze v politice zařízení

Zařízení nemá ve své politice ani dokumentech zahrnuto riziko sociální exkluze. Chybí i metody podporující sociální inkluzi klientů. Socializace klientů je dle vedoucího pracovníka zajišťována následujícími aktivitami:

„Kontakt s rodinou je uspokojován. S okolním prostředím...snažíme se v rámci aktivit, pro ty schopné organizovat nějaké výlety, posezení v cukrárně jsme dělali. Teď chceme dělat divadlo...různé akce Mikuláš, Vánoce,... Je to různorodé. Na každý den mají předepsané aktivity...zase to musí být podle té schopnosti. Společenské hry, ruční práce...převážně za hezkého počasí tráví ten čas venku. To jsou teda úplně spokojení...“ (VS-15)

Hlavním vnímaným problémem zařízení je nedostatek personálu, který by obyvatelům věnoval více pozornosti, možností aktivizace a zprostředkování kontaktu s okolím.

„Negativa, asi nedostatek personálu...O prázdninách to je úplná tragédie, to chce každý dovolenou. To bych viděla jako jedno z nejzávažnějších... a navíc ta práce je náročná fyzicky i psychicky a ne každý to zvládne. Nastoupí sem jeden den a řeknou, že to tady nedají. Největší problém je sehnat zaměstnance...“ (VS-17)

„Potom další mínus asi chybí čas. To je obrovské mínus, na které se potom nabaluje ty ostatní mínusy. Je tady málo personálu...ale i kdyby toho personálu bylo víc, tak ten čas by asi stejně nebyl. To je taková vděčná výmluva, že je nedostatek personálu. Ale nemyslím si, že by se něco změnilo. Akorát by se ta práce jinak rozložila...“ (PSP1-25)

V zařízení je velká část zdravotnického a pomocného personálu. Na 20 klientů je pouze jeden externí, sociální pracovník. V souvislosti s tímto nedostatkem je zmiňován nedostatek financí a nemožnost platit další odborné pracovníky.

„Negativa jsou vždycky ty finance... protože bez těch vlastně nejde skoro nic. To je asi takový hlavní negativum...ono se to odvíjí samozřejmě, kdyby bylo víc peněz, může být víc personálu, tím pádem i více aktivizace a podobných činností...“ (PS-17)

Pracovníci přímé péče uvádí, že je snaha o aktivizaci klientů a jejich sociální inkluzi, ale vzhledem k nedávnému vzniku tohoto zařízení, je stále co zlepšovat.

„Zatím to tady funguje chvilku, takže občas je to chaotické a ještě to nemá žádný řád. Určitě by to chtělo nějaké pravidelné programy pro klienty...nějak to ustálit a mít nějaký řád.“ (PSP2-15)

Shodují se na tom, že klientům není dostatečně a odborně zajištěna aktivizace a že by bylo žádoucí, aby zařízení zaměstnávalo někoho, kdo by se klientům po této stránce věnoval.

„... Jen možná z toho sociálního hlediska, by tu mohl být někdo, kdo tomu rozumí a věnoval by se klientům individuálně. Například jako Vy. Sociální pracovnice tu tak často není, takže volný čas vyplňujeme spíše my. Máme na to vymezený čas. Dá se to určitě stihnout.“ (PSP4-15)

„...Myslím, že tohle by měla být práce nějakého sociálního pracovníka, který v tom umí mnohem lépe chodit. My spíše zajišťujeme ty nižší potřeby...“ (PSP1-26)

Jako další negativa v souvislosti s péčí uvádí málo informací a bariéry zařízení. Pozitivně hodnotí dobré mikroklima zařízení, jeho velikost (rodinný typ) a provázanost sociální a zdravotní služby.

„Jinak se mi tady líbí...ze strany vedení tady není určitě šikana, nebo tak...Já sem tady ráda, mám ráda klienty, já se na ně těším...jsem doma a už je mi po nich smutno. Takže asi je to hlavně o těch lidech tady. Co se týče prostředí, je to tady nový, hezký, čistý...“ (PSP2-16)

„...pozitiva snad spokojenost klientů a jejich rodinných příslušníků. Taky i ti zaměstnanci co tady jsou, tak že to dělají rádi a chodí rádi do práce...ale je jich málo.“ (VS-18)

„Pozitiva to si myslím, že určitě provázanost té sociální a zdravotní služby. Protože to v odlehčovacích zařízeních nemají...tím, že jsme tady takové malé zařízení, takového rodinného typu, že to není sto lidí a podobně...návštěvy tady můžou mít kdykoliv, kdykoliv si můžou vyzvednout babičku, maminku apod.“ (PS-18)

5.6 Metody práce s klientem

Individuální přístup

Pracovníci zařízení přistupují ke klientům dle možností individuálně, snaží se o pravidelnou komunikaci, zohledňují v práci specifika klientů.

V odpovědích zpravidla zmiňují potřeby klientů s ohledem na jejich diagnózu.

„Snažíme se přistupovat individuálně. Jak sem říkala, každý ten senior má své potřeby a svoji diagnózu. Osobním kontaktem člověk zjistí nejvíce a máme i přístup ke složkám, kde zjistíme, s čím se ten senior potýká. Jestli má Alzheimeru, demenci...takže víme. Co se týče těch vyšších potřeb, tak s těmi s kterými to jde, tak si povídáme...takže z rozhovoru se dá dost zjistit. Zda je něco trápí...“ (PSP2-2)

„Musí se přistupovat individuálně, každý klient je jiný. Je rozdíl u těch klientů, kteří jsou po psychické stránce v pořádku a ti co mají stařecké demence, Alzheimerovu chorobu, tam musí být zase úplně jiný přístup. Takže ten individuální přístup je tady na místě.“ (VS-2)

Při zjišťování individuálních potřeb se upřednostňuje osobní kontakt s klienty a komunikace.

„...Tak se zařídí, co potřebují. Snažíme se i individuálně, ale klientů je hodně a úplně to nejde.“ (PSP3-3)

„...jsou i větší zařízení a tam si to neumím představit. Myslím, že je to tady zvládnuté velmi dobře z každého hlediska.“ (PSP4-4)

Vztahy s rodinou

Kategorii nejvíce charakterizují tyto kódy: Zapojení rodiny do péče (PSP2-11), Vztahy s rodinou (PS-13), Frekvence návštěv.

Kontakt s okolním i původním sociálním prostředím souvisí také s rodinnými vztahy klienta. Pracovníci zařízení hodnotí spolupráci s rodinami klientů kladně.

„Tak tady opravdu ano, rodiny se snaží klienty navštěvovat...umývání vyloženě ne, ale to krmení ano. Když přijdou v době oběda, svačiny, tak ochotně příbuzného nakrmí...“ (PSP2-11)

Domov je rodinným příslušníkům a známým klientů zpřístupněn bez omezení. Zájem o spolupráci je ze strany rodin rozdílný.

„Spolupráce s rodinou klientů je různorodá. Každá má jiné požadavky. Některá se na péči podílí více, bere klienta na procházky. Jiná se tu moc neukáže...“ (PSP3-13)

Rodiny se zpravidla aktivně podílí na péči – krmení, procházky, vyplnění volného času.

„... Ano určitě. Telefonicky, nebo když přijdou na návštěvu. Jsou velmi milí, ochotní, ještě jsem se nesečkala s tím, že by byl někdo nepříjemný. Při návštěvě jim věnují svůj čas, věnují se jim z té sociální stránky. Chodí s nimi do cukrárny, na procházky, rehabilitují s nimi. Když mají čas, tak se jim věnují více...“ (PSP4-12)

„Spolupráce s rodinami klientů je dobrá, nebyl zatím žádný problém. Ani konflikt, nic...Na péči se podílí tím, že chodí na návštěvy a udržují tím ten sociální kontakt. Občas třeba to krmení...a nebo si je berou ven.“ (VS-14)

Pracovníci přímé péče se shodují, že není v jejich kompetenci navazovat kontakt klienta s rodinou.

„...S rodinou komunikujeme, ale na vzájemných vztazích se nepodílíme. Nemyslím, že by to byla práce pro nás...“ (PSP1-20)

„...Kontaktovat se s rodinou není v mé kompetenci...“ (PSP2-11)

Kontakt zajišťuje vrchní sestra nebo sociální pracovnice. S rodinou klientů není pracováno systematicky, ale pouze v případě potřeby klienta nebo zařízení.

„Snažíme se aby ten kontakt byl...třeba když se nějaký klient tři dny ptá kde je dcera, proč nepřišla, tak vlastně je ta možnost jí zavolat. Zjistit jestli plánuje návštěvu v blízkých dnech...“ (PS-13)

Frekvenci návštěv rodiny uvádí sami klienti:

„Včera tu byla vnučka, předtím tu byla vnučka. Tak dvakrát týdně mám návštěvy...“ (KL1-3)

„No tak, každý týden z rodiny dcery sem za mnou jezdí.“ (KL2-3)

„Ted' už jsou ty děti veliké, takže už mě teda nepotřebují...ale děcka za mnou chodí . Spíš o nějakých svátcích, to pro mě přijedou z Brna. Nebo ten Pražák, když jede přes Brno, tak se vždycky zastaví...“ (KL3-5)

Kontakt s přáteli

Kódy pro tuto kategorii jsou následující: Omezení přátel (KL1-4), ztráta přátel (KL3-6)

Zařízení nespolupracuje ani nenavazuje kontakty s širším sociálním zázemím klientů. Klienti uvádí, že z důvodu krátkého pobytu v zařízení, prozatím návštěvy z řad přátel nemají.

„Přátele zatím ještě ne, ale mám to slíbené, že za mnou přijedou. Ale zatím se ještě neobjevili, tak uvidím...“ (KL2-4)

Jedna z klientek objasňuje důvody omezení styku s přáteli. Jedním je skutečnost neustálého stěhování z různých zařízení a také vzdálenost a neschopnost cestovat.

„...přátele zatím ne, protože jsem byla napřed jinde tak sem je tam sezvala. Napsala jsem lístky, že sem tam a než sem je poslala, tak už sem se stěhovala sem. Psala jsem další papírky, že jsem teda tady a včera mě přišly dva dopisy, odpověď na to...“

A určitě sem přijdou tak dva-tři, jinak je to všechno mimo – Ostrava, Olomouc, Praha... “(KL1-4)

Další respondentka konstatuje, že se s přáteli sice už nevidá, ale v zařízení navázala nová přátelství.

„...No s těmi už se nevidám. To spíš, když byly děcka malý, kvůli nim. Ted' spíš až tady mám přátele nové... “(KL3-6)

Aktivizace, socializace, inkluze

Kategorii je charakterizována nejvíce těmito kódy: Aktivita (PSP2-12), Socializace (PSP4-13), Inkluze (PS-14), Neochota, nezájem (KL1-7) Izolace (KL2-5)

Na tvorbě aktivit se podílí vedení, sociální pracovník a zejména pečovatelé přímé péče. Zařízení nemá k dispozici dostatek materiálů, ani nepracuje s literaturou vhodnou k tvorbě vhodných aktivizací.

„... většinou co se aktivizace týče, tak si to vymýšlíme sami, jak budeme klienty aktivizovat. Je to náročné, protože každému to myslí jinak. Hrajeme třeba pexeso, procvičujeme paměť, nedávno jsme říkali česká přísloví.“ (PSP2-12)

Pečovatelé se na aktivizace nepřipravují, dle slov jednoho z respondentů se jedná o „hurá akce“.

„ No snaha o nějaký program tu byla...byli na hodech, v cukrárně a potom nějaké procházky. To jsou spíše takové „hurá“ akce. Ale to spíše zajišťuje rodina (PSP1-21)

Zařízení prozatím nespolupracuje s dobrovolníky, ani jinými poskytovateli aktivizací pro seniory (např. ergoterapeuty, apod.). Do budoucna se plánuje canisterapie.

K podpoře socializace seniorů jsou využívány tyto aktivity – procházky, návštěva místní cukrárny, výjimečně akce v okolí. Tyto aktivity, ale spíše zajišťuje rodina.

„Procházky, jarmark...to se klienti vzali, aby viděli co se tu děje. I nějaké představení tu bylo...když je možnost, tak není problém.“ (PSP4-13)

Jako dostačující socializaci považují pracovníci kontakt seniorů ve společenské místnosti. Tam se zpravidla hrají společenské hry, je možnost poslechu hudby nebo

sledování televize. Každý den je také po obědě k dispozici „kavárna“ – klientům je zde nabídnuta možnost kávy, popřípadě něčeho sladkého.

„Myslím, že hodně podporuje (inkluzi) těch lidí co jsou tady...tím, že se odpoledne setkávají ve společenské místnosti, tam mají ty volnočasové aktivity a podobně...i to už je vlastně pro ně kontakt s dalšími lidmi a i potom jsme byli třeba v cukrárně...“ (PS-14)

Současné složení personálu není schopno dostatečně uplatnit inkluzivní metody a zajistit sociální inkluzi seniorů.

Pracovníci zařízení zmiňují jako jeden z hlavních problémů neochotu klientů podílet se na aktivitách.

„...snažíme se, je to náročné a ne všichni se samozřejmě zapojují. Někteří nechtějí a také třeba už nestačí na to. Teď je zima, tak už ani nechodíme ven. V létě to bylo lepší, to jsme je posadili ven a oni byli spokojení.“ (PSP2-13)

Sami klienti toto potvrzují výroky:

„Tady program je, že tam hrajem nějaký hry, ale to mě nechcu říct, nebaví, ale mám jiné zájmy.“ (KL1-7)

„Možná nějaká ta společenská hra (?)... i když já vám něco řeknu. Já mám přes osmdesát a já ty společenský hry těžko zvládám. Já to připouštím...“ (KL3-8)

Klienti, kteří jsou schopni se zabavit, sami uvádí, že mají v zařízení nějaké aktivní vyžití, ale po jeho zvyšování netouží. Důvodem jsou jiné zájmy, než jsou nabízené aktivity nebo horší zvládání těchto aktivit v důsledku nemoci či únavy.

„Já si pletu, čtu, mám knížku...zas tady nejsem tak dlouho...co já vím, třetí týden? (?) Ono to utíká, den je pryč jedna dvě...nenudím se, mám chodítka a učím se chodit.“ (KL1-5)

„Pletu ponožky(+), jinak nic...čtení, tak noviny nejvýš....televizi ani ne. Když je nějaká malá křížovka, tak to.“ (KL4-3)

Klienti také zdůrazňují, že by uvítali možnost většího pohybu mimo zařízení. Služby mimo zařízení téměř nevyužívají.

„Program dne je horší. To se spí a spí a jí.(--) Vlastně mě chybí to, že nemůžu jít ven. Já už sem tři týdny nebyla ani na krok, tak to je hrozný...to si připadám jak ve vězení.“ (KL2-5)

„Chodit ven. Já mám roztráštěnou nohu a nadstavenou umělou kostí. Tak bych měla chodit a chodit, abych to rozpohybovala. To se mě bohužel nedaří.“ (KL2-7)

Zařízení prozatím nabízí základní služby pro seniory, včetně denních aktivizací. Většina služeb je poskytována přímo v zařízení, nebo je do něj přivezena (obědy, pošta). Seniorům není bráněno využívat služby mimo prostory domova, ale ty nejsou plně využívány. Nejčastěji využívají klienti možnosti dojíždět ke svým původním lékařům a specialistům. Služby mimo zařízení zajišťuje rodina nebo manažerka.

„Zatím jsem nikde nebyla. Není možnost, moje děti nemají auto...no a já s tím chozením zatím ne. Ani nevíme, jakým způsobem se to tady praktikuje...to víte, že bych ráda (x). Nehledě na to, že tady znám od dětství...naopak, já to tady znám jako svoje boty. A to byl taky i důvod, proč jsem chtěla sem jít...“ (KL1-8)

„Já už mám problém s nohama, chodím s hůlkou. Můžu si udělat malou vycházku, ale jít kousek dál, to už pro mě není...“ (KL3-9)

5.7 Potřeby klientů zkoumaného zařízení

Potřeby klientů zkoumaného zařízení

Zvoleny byly tyto kódy: Nižší potřeby, vyšší potřeby (PSP1-4), Potřeby klientů (VS-6), Naplňování potřeb (KL4-3), Nedostatky (PSP1-7)

Pracovníci zařízení v rozhovoru uváděli, že potřeby seniorů se nějak výrazně neliší od ostatních, avšak je třeba zohledňovat jejich zdravotní stav a diagnózu.

„Potřeby seniorů, tak to je asi ta klasická Maslowova pyramida...tak já myslím, že to nebude nějak extra změněné“ (PSP1-2)

„U každého to probíhá jinak, každý má jinou diagnózu. Imobilní člověk má úplně jiné potřeby než ten mobilní. Musí se krmit, hlídat, dávat mu pít... „ (PSP2-4)

Více než polovina dotázaných dokáže rozpoznat potřeby klientů a dokáže je pojmenovat. Mezi nejdůležitější uvádí zejména potřebu zázemí a bezpečí a sociální potřeby.

„...akorát budou samy o sobě zranitelnější. Tam bude určitě pořád hodně důležitý ten pocit bezpečí, zázemí (PSP1-3) ...a samozřejmě základní fyziologické potřeby. Vyšší, nižší potřeby co mají, asi nebudou jiné...Jsou to senioři, takže asi nejvíce ta potřeba bezpečí.“ (PSP1-4)

„Pokud ten senior je schopen, tak jsou tam důležité ty sociální jistoty.(VS-4) Pokud není schopen, tak jsou také důležité sociální jistoty, ale navíc také zabezpečení všech životně důležitých potřeb. Jako je hygiena, strava, aktivizace, volnočasové terapie...“ (VS-5)

Uvádí také potřebu seberealizace, informovanosti, důstojného stárnutí a umírání.

„... určitě z té sociální stránky, aby se jim člověk věnoval, aby nebyli odloučení od ostatních, aby se zařazovali ještě mezi nás (PSP4-5). Aby měli přehled, co se děje okolo, ve světě, aby nebyli z toho úplně vyřazení...“ (PSP4-6)

„Většina seniorů chce mít hlavně kde bydlet, mít kolem sebe rodinu (PS-2)a nějak se dožít ve „zdraví“ toho konce...“ (PS-3)

Potřeby klientů jsou zjišťovány prostřednictvím přijímacího rozhovoru, přepadovou zprávou nebo během pobytu, či sezení ve společenské místnosti.

„Většinou ti klienti jdou k nám z nějakého zařízení. To jsou vesměs léčebny dlouhodobě nemocných. Takže tam v té přepadové zprávě nějaké informace jsou. A potom od rodiny. Stejně tak pokud k nám přijdou z rodiny, tak nám zpracují manuál, na co je ten člověk z domu zvyklý. Aby to pro něj nebyl takový šok, aby u nás neměl jiné návyky...“ (VS-6))

„Rozhovorem...vlastně s každým klientem před umístěním. Zjišťují se jeho potřeby, jestli vůbec spadá do naší cílové skupiny, aby tady mohl být umístěn.“ (PS-5)

„To asi všichni poznají, jaké jsou ty potřeby klientů. Já nemyslím, že by se to muselo nějak speciálně zjišťovat. V průběhu té doby, co jsou tady, tak se přijde na to, co potřebují...zeptáme se, na co mají chuť, co rádi dělají. Někdo rád háčkuje, plete, kreslí...to se všechno zjistí u těch skupinových sezeních tady.“(PSP3-5)

Zařízení se snaží vyhovět klientům v jejich návycích a zvyklostech dle možností. Pracovníci se snaží vyjít vstříc potřebám a přáním klientů.

Fyziologické potřeby jsou dostatečně uspokojovány službami a poskytovanou péčí.

Z rozhovorů vyplývá, že se zařízení snaží o zajištění vyšších potřeb klientů. Tyto potřeby jsou ale náročné na pokrytí, zejména pak potřeby sociálního charakteru.

„Tak na ty potřeby, na to je tady sociální pracovnice, která vlastně sepisuje dlouhodobý, krátkodobý plán... A zajišťuje se to tím, že se s nimi každý den provádí nějaké aktivity ve společenské místnosti.“ (PSP1-6)

Potřeba seberealizace je splňována především u mobilnějších klientů, ale závisí také na ochotě podílet se na aktivizaci. Ochota u klientů závisí na celkovém rozpoložení a diagnóze. Motivace zde většinou chybí...Potřeby sociálního kontaktu jsou uspokojovány v menší míře.

Jako volnočasovou aktivitu a koníček, senioři nejčastěji jmenují: poslech hudby, čtení, křížovky, pletení, televizi. Většina klientů zařízení není v důsledku zdravotního stavu schopna dělat některé činnosti a tak žádné koníčky nemají.

„Pletu ponožky(+), jinak nic...čtení, tak noviny nejvýš....televizi ani ne. Když je nějaká malá křížovka, tak to.“ (KL4-3)

„Abych Vám řekla pravdu, tak já od toho úrazu žádné koníčky nemám (x). (Čtení, pletení?) To nemůžu dělat, protože já jsem dělala ve výpočetním středisku a tam moje oči dostaly hrozně zabrat (x)...(--)) těch dokladů, pořád jen čísla a čísla, tak špatně vidím.“ (KL2-6)

Uspokojováním vyšších potřeb imobilních klientů se jeví jako nedostatečné.

„...třeba ti co jsou odkázáni na lůžko...s těmi se samozřejmě alespoň komunikuje na pokoji. Základní otázky – jak se měli, jak se vyspali...ale bohužel to nejde tak stoprocentně, jak když se chodí do té jídelny, kde se s nimi dá něco dělat.“ (PSP1-7)

Dle názorů pracovníků, se klient může svobodně rozhodovat a podílet se tak, na péči o svou osobu. Je tedy zachovávána potřeba autonomie, kterou zmiňuje například Evropská Charta práv a svobod starších osob vyžadující dlouhodobou péči a pomoc.

„... Například vyměnit pleny, to se ne každému hned chce, třeba má zatmění...občas je lepší odejít, udělat ostatní věci, netlačit na něj. On se uklidní... prostě aby se mu nezhoršil ten pocit, že tu musí být a trpět... a ono se nic nestane, když se to udělá třeba později., (pracovník sociální péče)

Vedení domova i personál vnímají nedostatky, které znemožňují celkové naplnění potřeb.

Uspokojování svých potřeb hodnotí klienti zpravidla kladně. Klienti jsou spokojeni s poskytnutou péčí, službami a zázemím domova. Jako pozitiva uvádí také vybavenost pokojů.

„...zatím mě to takto vyhovuje. Mám tady stůl, mám tady židli, proti tomu minulému. Rádio mi tu hraje, televizi tu mám...zábava v podstatě tady taky nějaká je...Já se zabavím s tím pletením a tou knihou. To mi docela vyhovuje.“ (KL1-9) Zaměstnanci jsou velice hodní, příjemní, dobře to s námi umí...to víte, strava jaká dneska je. Je to dobré, chutné, ale taky se to sem tam nepovede...nemám představu, co tady všechno je. (KL1-10)

„Nic mě nechybí, sem spokojená no...jídlo je dobré, služby taky dobré...tak myslím, že mě nic nechybí. Sem spokojená...“ (KL3-10)

V zařízení jsou trojlůžkové pokoje, které mohou působit nemocničním dojmem, ale převládají ty dvojlůžkové. Jako nevýhodu zařízení spatřují klienti v nedostatku soukromí, respektive nemožnost vybrat si s kým budou na pokoji. Zařízení se ale snaží vycházet klientům maximálně vstříc a zajistit, aby měli klienti pokojů podobnou diagnózu a rozuměli si.

„No, já jsem byla nahoře o poschodí výš s jednou paní a ta si celý den držela ruce na obličejí (názorně ukazuje) a plakala, fňukala (x)... tak já sem z toho byla už úplně na nervy (!). To bylo hrozný...ale teď mě přehodili sem dolů za paní a teď su úplně spokojená (x).“ (KL2-11)

Sociální pracovnice ale k této věci dodává:

„...většina seniorů by tak ideálně měla jednolůžkový pokoj s pracovníkem tak napůl pro sebe (+)...což vlastně není možné v zařízení....“ (PS-4)

Dalším negativem je nedávná špatná zkušenost, kterou klient promítá do hodnocení zařízení. Vnímání situace je subjektivní, ovlivněné zdravotním stavem respondenta a mírou jeho adaptace.

„Nelíbí se mi to, že vůbec nedbají na mou nemoc a že nejsou vůbec informovaní, co se může a nemůže. Já mám totiž silnou cukrovku a píchají mi inzulin několikrát denně. (KL2-9) Dnes mě to sestřička píchla tak hrozně, že mě to bolí ještě teď' ... se rozehnala a jak do koňa mě to píchla tak hrozně, že už na to nechci ani myslet...“ (KL2-10)

Poslední respondentka konstatuje, že je celkově spokojená, ale chybí jí známé prostředí, ve kterém žila a vyrostla.

„Přála bych si změnit, abych to tady znala (x). Protože Šumava je daleko...chybí mi to prostředí, v kterém jsem vyrostla.“ (KL4-6)

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ

Tato bakalářská práce se zabývá tématem sociální exkluze seniorů v rezidenčních zařízeních. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak k problematice přistupuje vybrané zařízení rezidenční péče a zda uplatňuje takové metody práce, které minimalizují riziko sociálního vyloučení. Pro dokreslení výzkumu jsem zkoumala i to, jak se žije seniorům v zařízení a jak vnímají kvalitu svého života v domově. V teoretické části jsem se zabývala stárnutím a stářím – problematikou seniorského věku, potřebami seniorů a jejich uspokojováním v rezidenčních zařízeních. Zaměřila jsem se také na jejich postavení ve společnosti a vylučování z ní. Uvedla jsem různé typy rezidenční péče, možná rizika sociální exkluze seniorů a metody, jakými je lze minimalizovat. Pro zjištění požadovaných informací jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Výzkum se opírá o analýzu textu polostrukturovaných rozhovorů. Získané výsledky jsem pak interpretovala v praktické části bakalářské práce. Výsledky analýzy potvrdily předpokládanou existenci rizika sociální exkluze v daném zařízení.

Pracovníci zařízení přistupují ke klientům dle možností individuálně, snaží se o pravidelnou komunikaci, zohledňují v práci specifika klientů. Z rozhovorů vyplývá, že zařízení zajišťuje zejména potřeby fyziologické, z důvodu velkého množství imobilních a psychicky nemocných pacientů a nedostatku personálu. Potřeby seniorů jsou pracovníky chápány pozitivně, snaží se všimnout si jak nižších, tak vyšších potřeb. Vyšší potřeby se snaží zařízení uspokojovat v rámci časových možností a dostupných prostředků.

V oficiálních dokumentech zařízení nejsou zahrnuta rizika sociálního vyloučení, ani v něm nejsou zmíněny metody, které by podporovaly sociální inkluzi seniorů.

Zlepšování situace v zařízeních rezidenční péče a zkvalitňování služeb patří k cílům Národního akčního plánu 2013–2017. Deinstitutionalizací se zabývá Ministerstvo práce a sociálních věcí ve svých projektech. Institucionalizace klientů je do jisté míry snižována tím, že zařízení neomezuje vycházky a pobyt mimo domov. Faktem však zůstává, že převážná většina klientů není ze zdravotních důvodů schopna pohybu bez dopomoci (pourazové stavy) nebo to nedovoluje jejich psychický stav (demence, Alzheimerova choroba). Jsou tedy odkázáni na rodinné příslušníky, dobrovolníky nebo pečovatele.

Klienti mohou přijímat návštěvy po celý den bez omezení, což hodnotím pozitivně. Spolupráce s rodinou je ale spíše nahodilá, zařízení nespolupracuje s širším okruhem

sociálního zázemí klienta. Aktivizace imobilních klientů v zařízení je minimální a jejich kontakt s okolním světem nulový.

Na základě výsledků bych ráda navrhla několik doporučení, které mohou pracovníci zařízení využít pro zkvalitnění práce s klienty a při minimalizaci příčin a negativních důsledků spojených se sociální exkluzí.

- Osobní komunikaci s klienty hodnotím pozitivně, ale pro lepší zpětnou vazbu, bych doporučila metodu dotazníků či „schránku spokojenosti“.
- Doporučuji také sestavit vzdělávací plány nutné pro udržení a zvýšení kvality péče, potřebné pro profesní rozvoj a udržení motivace k setrvání v této profesi bez příznaků vyhoření. Vedení by mělo zajistit více materiálů pro práci s klienty a literaturu, která může pečovatele inspirovat při tvorbě aktivizací a v dovzdělání se v tématu sociální exkluze.
- Vzhledem k nedostatku financí by bylo vhodným řešením vyškolení některých z pečovatelů. V kurzech je možno dovzdělávat se v oblasti ergoterapie, arteterapie, artefiletiky, muzikoterapie, aktivizace seniorů, bazální stimulace, motivace klientů, reminiscence a kognitivní rehabilitace.
- Vedení by mělo uvažovat nad aktivním vyhledáváním dobrovolníků a jejich zapojení v péči o klienty. Webové stránky zařízení sice obsahují informace pro potencionální dobrovolníky, ale bylo by žádoucí a vhodné je oslovit prostřednictvím letáků nebo jiných prostředků (např. portál dobrovolnik.cz). Dále využití možností, které nabízí centrum pro dobrovolnictví – HESTIA.
- V zařízení byla zaznamenána snaha o lepší adaptaci klientů, ale z rozhovorů s klienty vyplývá, že chybí nejzákladnější prvek v adaptaci – seznámení s prostředím. Proto doporučuji dostatečné seznámení klientů (bez závažnějších diagnóz) při přijetí s prostředím a okolím DDP dle časových možností.
- Zapojovat rodinu do další péče o klienty – shánění pomůcek, účast na aktivitách a akcích s klienty. Pomáhat klientům při navázání kontaktů s přáteli a známými.
- Doporučuji podněcovat v klientech potřebu styku s okolním světem. Zavést se může odběr denního tisku nebo tabletu s internetem, který by mohl zajistit imobilním klientům alespoň nějaký kontakt s vnějším prostředím. Důležitá je i pravidelná účast na aktivitách mimo zařízení, například návštěvy knihovny, místního obchodu nebo jednorázových akcí a přednášek pořádaných obcí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. GRŮN, A. *Život je teď – umění stárnout*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978- 80-7367-749-7.
2. HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
4. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.
5. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
6. CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu, Základy kvantitativního výzkumu, 2.*, aktualizované vydání, Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
7. KELLER, J. *Exkluze jako sociální problém a jako otázka metodologická*. Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-490-0.
8. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie. 2.*, aktualizované vydání, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
9. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
10. MATOUŠEK, O. a KROFTOVÁ, A. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
11. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
12. OTOVÁ, B., KALVACH, Z. *Involuce* in KALVACH, Z., a kol. et al. GERIATRIE A GERONTOLOGIE. Praha: Grada, 2004. ISBN 80 – 247 – 0548 -6.
13. PICHAUT, C. a THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
14. REICHARD, S. LIVSON, a F.PETERSON, P. G. *Aging and Personality: A study of 87 older Men*. Wiley: New York, 1962. ISBN 978-1-4129-0020-1.
15. REICHEL, J., *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-6935-6
16. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-078-0.

17. SAK, P. a KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
18. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., *Základy kvalitativního výzkumu*, Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
19. ŠVAŘÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
20. TOŠNEROVÁ, T. *Ambulance pro poruchy paměti*, LF UK a FNKV Praha, 2002. ISBN 80-238-9506-0.
21. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. : dospělosti a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
22. VIDOVIČOVÁ, L. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, 2005. ISBN: 80-238-9506-0.
23. KOL. AUTORŮ. *Manuál transformace ústavů*. Praha: MPSV, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.

Elektronické zdroje:

1. ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách*. In: . Praha: Parlament ČR, 2007, ročník 2006, číslo 108. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
2. Český statistický úřad. *Senioři* [online]. Praha: ČSÚ, 2015 [cit. 2016-11-07]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>
3. Český statistický úřad. *Sociální zabezpečení* [online]. Praha: CSU, 2015 [cit. 2016-11-22]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=statistiky#katalog=30850>
4. Český statistický úřad. *Ženy a muži v krajích ČR - Demografie* [online]. Plzeň: ČSÚ, 2014 [cit. 2016-11-18]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xp/analyza-_zeny_a_muzi_v_krajich_cr_demografie

5. Demografické informační centrum. *Stárnutí* [online]. Praha: Demografické informační centrum, 2003 [cit. 2016-11-07]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_demstarnutivvyvoj
6. *Charta práv a svobod starších občanů* [online]. Praha: BMI sdružení, 1966 [cit. 2016-11-07]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/aktualne/charta-prav-svobod-starsich-obcanu-0>
7. MPSV. *Kde hledat sociální službu na míru: průvodce nabídkou péče o seniory (LN)* [online]. Praha: Lidové noviny, 2013 [cit. 2016-11-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14910>
8. MPSV. *Transformace sociálních služeb* [online]. 2016 [cit. 2016-11-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>
9. MPSV. *Zásady OSN pro seniory* [online]. Vídeň: OSN, 1991 [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/111>
10. *Newsletter CoverAGE: Evropská Charta práv a svobod starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc* [online]. 2010 [cit. 2016-11-18]. Dostupné z: http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_CS_v2.pdf
11. Statistika&My. *Senioři v číslech* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2013 [cit. 2016-11-06]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/seniori-v-cislech/>
12. Sanus Brno, o. s. *Domácí zdravotní péče a pečovatelská služba* [online]. Brno [cit. 2016-11-19]. Dostupné z: <http://sanusbrno.com/>

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

<i>Obrázek č. 1 Věk spojovaný se seniory.....</i>	<i>14</i>
<i>Obrázek č. 2 Maslowova pyramida potřeb.....</i>	<i>18</i>
<i>Obrázek č. 3 Názory respondentů na problematiku seniorů.....</i>	<i>23</i>
<i>Obrázek č. 4 Senioři v Evropě.....</i>	<i>25</i>
<i>Obrázek č.5 Počet seniorů v krajích ČR</i>	<i>26</i>
<i>Obrázek č.6 Dům domácí péče.....</i>	<i>42</i>
<i>Obrázek č.7 Pokoj DDP.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka č.1 Počet sociálních zařízení a počet míst v zařízení pro rok 2015, ČSÚ.....</i>	<i>26</i>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1: ČINNOSTI POSKYTOVANÉ SANUS

PŘÍLOHA 2: UKÁZKA ROZHOVORU

PŘÍLOHA 3: TABULKY S KÓDOVÁNÍM

PŘÍLOHA 1: ČINNOSTI POSKYTOVANÉ SANUS**Obligatorní činnosti poskytované občanským sdružením Sanus Brno v rámci pečovatelské služby****Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:**

1. Pomoc a podpora při podávání jídla a pití: spočívá v nakrájení stravy na sousta, její ohřátí buď na kamnech nebo za použití mikrovlnné trouby, otevření jídlonosiče, nasevívání jídla z jídlonosiče na talíř. Nalítí nápoje do sklenice nebo hrnku, případné přehřátí a dochucení podle přání uživatele.
2. Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek: nachystání oblečení podle přání uživatele, oblékání a svlékání, přidržení a dopomoc při oblékání a svlékání, zapínání a rozepínání knoflíků, zipů a háčků, obouvání a zavazování obuvi, nasazování a upínání protéz, kýlních pásů apod.
3. Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru: doprovod uživatele po vnitřním prostoru buď přímo (uživatel se drží pracovníka) nebo nepřímě (pracovník uživatele směřuje ústními pokyny).
4. Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík: musí být ze strany uživatele vytvořeny vhodné podmínky, aby bylo možné úkon bezpečně provádět. U plně imobilního klienta je tento úkon prováděn pouze za použití zvedáku, případně za pomoci dalších osob z důvodu dodržení bezpečnosti. Pomoc při zvedání, přistavení vozíku, přidržení při přesedání na vozík.

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. Pomoc při úkonech osobní hygieny: napouštění vany, podporu uživateli při vstupu a výstupu z vany nebo sprchového koutu, pomoc při opláchnutí a osušení uživatele, opláchnutí uživatele žínkou, vypouštění vany.
2. Pomoc při základní péči o vlasy a nehty: základní péče o vlasy zahrnuje jejich umytí, vysušení, učešání vlasů za použití hřebenu a fénu uživatele. Péče o nehty zahrnuje ostříhání a zapilování nehtů nástroji uživatele.
3. Pomoc při použití WC: Pomoc při stažení kalhot a prádla, odstranění pleny nebo plenkových kalhot, přidržení uživatele při usedání na mísu, otření po vykonané potřebě, pomoc při vstávání, vložení nové pleny nebo plenkových kalhotek, oblečení prádla a kalhot.

Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. Zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování: je možný výběr z pěti druhů jídel, a to dvou základních a třech dietních (jedná se o stravu protisklerotickou, diabetickou, žaludeční a žlučnickovou). Strava zahrnuje vždy polévku a hlavní jídlo. Strava je distribuována v jídlonosičích uživatele. Při zahájení služby je nutné mít dva vlastní standardní a popsané jídlonosiče ve kterých bude jídlo doručováno.
2. Dovoz nebo donáška jídla: dovoz obědů zajišťujeme vozidly Sanus Brno podle rozvozevého plánu v době od 09.00 do 14.00 hod.
3. Pomoc při přípravě jídla a pití: zajišťujeme v domácnosti uživatele, kdy si klient připravuje jídlo sám z vlastních surovin a pečovatelka pomáhá při činnostech, které sám nezvládá.
4. Příprava a podání jídla a pití: pečovatelka připravuje jídlo ze surovin uživatele v jeho domácnosti za použití jeho nádobí a zařízení. Jídlo také servíruje, případně uživatele krmí.

Pomoc při zajištění chodu domácnosti:

1. Běžný úklid a údržba domácnosti: zahrnuje vysávání, zametání, vytírání na morko, utírání prachu, vyklepání přeložek, ometení pavučin, úklid prádla do skříně, umytí a utření nádobí – jeho uklizení na určené místo, oření pracovní desky a dveří kuchyňské linky, umytí dřezu, úklid nakoupených potravin, vynesení odpadků, umytí wc, umyvadla, vany – sprchového koutu, oření kachliček, leštění zrcadel, zalévání květin. Úklidové prostředky a pomůcky má uživatel vlastní.
2. Údržba domácích spotřebičů: umytí sporáku, mikrovlnné trouby, varné konvice, pračky, myčky, odmrazení a umytí chladničky a mrazničky, výměna sáčků ve vysavači. Pracovnice neprovádí opravu těchto spotřebičů!!! V případě závady upozorní uživatele a výkon neprovádí.
3. Pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti: úkony běžného úklidu rozšířené o mytí oken a věšení záclon, omytí dveří, leštění nábytku, utření prachu na skříních, vysávání čalouněného nábytku a mytí radiátorů. Pokud uživatel požaduje další činnosti jsou uživateli předány kontakty na úklidové firmy, které disponují speciálními prostředky a pomůckami.
4. Donáška vody: tento úkon je poskytován v případě havárie při zásobování domácnosti uživatele z náhradního zdroje pitné vody, uživatel může požadovat pouze nezbytné množství vody potřebné k zajištění vaření, opláchnutí nádobí, základní hygieny. Nádobí vhodné pro donášku vody zajišťuje uživatel.
5. Topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení: úkon zahrnuje donášku (nikoli skládání) uhlí a dřeva, vynesení popela k tomu určené nádobě a základní očištění povrchu topného zařízení.
6. Běžné nákupy a pochůzky: běžný nákup zahrnuje převzetí nákupního seznamu a finanční hotovosti, cesta do obchodu, doba nákupu, cesta ke klientovi, předání nákupu a vyúčtování; pochůzka: vyzvednutí receptu u lékaře, léků v lékárně, pošta apod. Pečovatelka nemůže provádět výběr z bankomatu a disponovat PIN uživatele!!!
7. Velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti: tento úkon je zajišťován nad rozsah běžného nákupu přičemž jeho hmotnost nesmí překročit 15 kg na jeden úkon a pracovníci.
8. Praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy: zahrnuje vážení a třídění prádla, vložení do pračky a dávkování pracího prostředku, pověšení prádla, po usušení jeho posbírání, žehlení, poskládání a uložení, prádlo je práno v domácnosti uživatele za použití jeho přístrojů a prostředků.
9. Praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy: zahrnuje vážení a třídění prádla, vložení do pračky a dávkování pracího prostředku, pověšení prádla, po usušení jeho posbírání, žehlení, poskládání a uložení, prádlo je práno v domácnosti uživatele za použití jeho přístrojů a prostředků.

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

Doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět: zahrnuje doprovod, přesun prostředky veřejné dopravy, čekací dobu k vyřízení potřebných záležitostí a doprovod do místa bydliště uživatele.

Základní činnosti lze na požádání a po dohodě rozšířit o další fakultativní činnosti dle přání a potřeb uživatele.

PŘÍLOHA 2: UKÁZKA ROZHOVORU

Použité znaky v textu:

- + ... pousmání
- ++ ... smích
- x ... smutek
- ? ... nejistota, pokrčení ramen
- ! ... důraz
- ... pomlka

KL1

Na základě čeho jste si vybrali toto zařízení? Co pro Vás bylo rozhodující?

(--) No, já sem neměla moc co vybírat, protože já sem byla v situaci, kdy sem musela někde být (x)...tak mě moje dcera vybrala tady toto místo. Nemůžu být sama. Jednak sem prostě měla menší mozkovou mrtvici, padala jsem...takže mě sebrali třeba venku na ulici...a v místnosti jsem padala. Spadla jsem tak hrozně, že jsem si roztránila nohu a tu mi pak dávali v nemocnici dohromady (x). Pak jsem byla v domově tady pro takový chudáky, pak jsem šla do ústavu a pak sem.

Jak jste spokojena s prostředím, ve kterém žijete a s poskytnutou péčí? Jsou zaměstnanci zařízení vstřícní a ochotní?

Předtím ještě jsem byla v jiném zařízení no a tam jsem byla tři měsíce ani ne. A odsud jsem šla sem...nebylo to tam takový, jak sem si představovala. Tady jsem podstatně spokojenější. Tam jsme byly tři na pokoji přeplněném nábytkem. Tři postele, tři skříně, neměly jsme tam stůl, ani židlu, vůbec nic...(--) takže jsme tam tak živořili, skoro (x)...ta péče, ta byla stejná. To prostředí no, proto sem chtěla pryč...

Jak často se vídáte s rodinou a přáteli?

Včera tu byla vnučka, předtím tu byla vnučka. Tak dvakrát týdně mám návštěvy...(--) přátele zatím ne, protože jsem byla napřed jinde, tak sem je tam sezvala. Napsala jsem lístky, že sem tam a než sem je poslala, tak už sem se stěhovala sem. Psala jsem další papírky, že jsem teda tady a včera mě přišly dva dopisy, odpověď na to. A určitě sem přijdou tak dva-tři, jinak je to všechno mimo – Ostrava, Olomouc, Praha...

Jak často chodíte ven? Využíváte služeb mimo zařízení?

Zatím jsem nikde nebyla. Není možnost, moje děti nemají auto...no a já s tím chozením zatím ne. Ani nevíme, jakým způsobem se to tady praktikuje...to víte, že bych ráda (x). Nehledě na to, že tady Bílovice znám od dětství. Já sem bydlela přes kopec

v Obřanech...naopak, já to tady znám jako svoje boty (+). A to byl taky i důvod, proč jsem chtěla sem jít. Protože to tady znám, jako děti jsme chodili z Obřan až sem po Sokolovnu a vrchem stezkou...nemůžu na to ani myslet (x).

Jak probíhá Váš den?

Já si pletu, čtu, mám knížku...zas tady nejsem tak dlouho...co já vím, třetí týden? (?) Ono to utíká, den je pryč jedna dvě...nenudím se, mám chodítka a učím se chodit (x).

Jaké máte koníčky?

(x) Já vám to ani nebudu říkat, já sem sbírala pohlednice...já sem měla 80 tisíc pohlednic a teď když sem se musela vystěhovat a nebyl čas ani kam, ani sem u toho nebyla...tak pohlednice šly do spalovny. Nechcu na to ani vzpomenout (!)...je mě to šíleně líto (x). Tolik roků jsem nad tím strávila...ale tady to nemá smysl, to má smysl v bytě.

Máte v zařízení dostatek aktivního vyžití? Chtěli byste jeho zvýšení?

Tady program je, že tam hrajem nějaký hry, ale to mě nechcu říct, (?) nebaví...(--))ale mám jiné zájmy.

Co Vám v zařízení chybí, co byste si přála změnit?

Já nevím, já tu nejsem tak dlouho, abych to mohla hodnotit...zatím mě to takto vyhovuje (+). Mám tady stůl, mám tady židli, proti tomu minulému. Rádio mi tu hraje, televizi tu mám...zábava v podstatě tady taky nějaká je...Já se zabavím s tím pletením a tou knihou. To mi docela vyhovuje (+). A to že nemůžu chodit, za to nikdo nemůže...to mě nikdo nespraví...Zaměstnanci jsou velice hodní, příjemní, dobře to s námi umí...to víte, strava jaká dneska je. Je to dobré, chutné, ale taky se to sem tam nepovede...nemám představu, co tady všechno je (?).

Jak často se vídáte s rodinou a přáteli?

Já jsem mimo přízemí nikde nebyla a s nikým tady moc nemluví. Akorát s jednou paní, v té společenské místnosti...ale tam ty hry jako mě nebaví. Ještě to pexeso zahraju, ale jinak moc ne. Já se zabavím, jsem zvyklá. Já jsem byla 30 let sama. Rodina bydlela za rohem, takže jsme se stýkali, každý den...mám vnuky a vnučku, tak s něma mě to stačilo. Když byli malí, tak jsem je hlídala, když byli větší, tak jsem zajišťovala stravování a takový věci. Pak už byli velcí, tak už na mě moc času neměli...ale já sem se zabavila. Takže se opuštěná necítím, oni mě navštěvují tady...(+)

PSP I:

Jak nahlížíte na staří?

(--) Tak stáří, to už je asi předpokládám nějaká ta poslední etapa života(+). Kdy už člověk nějak zuzitkovává svoje nabitě zkušenosti a už asi vyžaduje nějakou tu důslednější péči.

Jaké jsou potřeby seniorů?

Potřeby seniorů, tak to je asi ta klasická Maslowova pyramida (+)...(--) tak já myslím, že to nebude nějak extra změněné, akorát budou samy o sobě zranitelnější. Tam bude určitě pořad hodně důležitý ten pocit bezpečí, zázemí...a samozřejmě základní fyziologické potřeby. Vyšší, nižší potřeby co mají, asi nebudou jiné...Jsou to seniori, takže asi nejvíce ta potřeba bezpečí.

Jaké je podle Vás postavení seniorů ve společnosti?

Teď asi mluvím jako důchodce (++), ale ta doba je mnohem více odosobněná. Vlastně dřív ti lidi žili tak nějak pohromadě. Třeba ještě jak já sem byl malinký, tak jsme žili s babičkou s dědou, všichni pohromadě...a teďka je mnohem častější, že na ty starší lidi není čas. Takže je pak musí přemístit sem do zařízení...nebo to alespoň nahradí tou terénní službou. Už nejsme schopni se o ty naše starší postarat. Je to pro ně asi určitě náročnější ta dnešní doba.

Považujete seniory za ohrožené sociálním vyloučením?

To asi určitě. Jsou ohrožení...

Co podle Vás vyloučení seniorů způsobuje?

(--) myslím, že hlavně čas. Protože lidi už nemají tolik času, je vážně hodně práce. Obecně je všechno uspěchanější, na všechno se tlačí, půjčky, hypotéky a podobně...(--)
tak člověk to musí mít z čeho splácet. To zase žere čas, že musí chodit do práce a potom už nezbývá tolik času, aby ten volný zbytek trávil s tím starším členem rodiny. Ale spíš se pak věnují dětem. Ono je to takové zapeklitější (++)
Ten důvod že se to děje, je asi v tom, že lidi nemají čas.

Asi hlavně ten typ seniora, který má nižší než je průměrný důchod, což je myslím 13.tisíc...to by asi a priori k nějakému tuctovému stáří stačilo, ale když má podprůměr, což může být i těch 9 tisíc, možná i méně, tak to už je první známka toho, že bude vylou-

čenejší...(--)-protože najednou už nemůžou třeba si někam zajít. Obchodní centrum, někam posedět, předváděcí akce – ačkoliv nejsem jejich zastáncem. Tam vlastně se všude ti senioři zdržují... pro mě je to pořád nějaká sociální aktivita. A ti lidi, co už si nemohou dovolit ani tyhle maličkosti, tak jsou nejen zranitelnější z toho sociálního hlediska, ale vlastně i z toho, že jsou snadnou obětí různých supů...

Jak byste charakterizovali sociálně vyloučeného seniora?

Takže sociálně vyloučeného seniora si představuji jako někoho, kdo žije sám, je vdovec nebo vdova, která žije sama. Nevidá se tolik s rodinou, respektive rodina za ním nejezdí, má menší důchod a to jsou asi všechny znaky, co mě napadají...

Zajišťuje stávající politika zařízení všechny potřeby klientů? Jak jsou zjišťovány potřeby klientů?

To je záluďná otázka (++) to je jak hospitace...Tak na ty potřeby, na to je tady sociální pracovnice, která vlastně sepisuje dlouhodobý, krátkodobý plán...čeho se vlastně u těch klientů má docílit. U většiny těch klientů je určité jako dlouhodobý cíl, zabránit sociálnímu odloučení. Takže co se týče potřeb, tak to se pak všechno převádí na nás, jakožto pečovatele a vykonavatele toho dlouhodobého plánu. A zajišťuje se to tím, že se s nimi každý den provádí nějaké aktivity ve společenské místnosti. Kam samozřejmě tedy nemohou všichni, třeba ti co jsou odkázáni na lůžko...s těmi se samozřejmě alespoň komunikuje na pokoji. Základní otázky – jak se měli, jak se vyspali...ale bohužel to nejde tak stoprocentně, jak když se chodí do té jídelny, kde se s nimi dá něco dělat. Mnohdy je to tím, že toho nejsou schopni, potom samozřejmě, že nejsou ochotni. Ne každý ten člověk, je nadšený z toho, že by se s ním mělo něco dělat. Oni určitě mají rádi svůj klid.

Jaké potřeby nejsou dostatečně uspokojovány?

Tak zařízení se určitě snaží zabránit sociální exkluzi. Problémem je, že chybí personál a chybí určitě i pomůcky...snažíme se co je v našich silách, s tím co máme k dispozici. Ale myslím, že to asi všechny potřeby nenaplnuje. A asi to není úplně možný.. Navíc jsou tu často i psychické problémy klientů. Čili i kdyby se člověk sebe víc snažil, tak člověk když má dejme tomu demenci, tak vždycky bude mít strach, ať děláte cokoliv. Oni mají takový ten iracionální strach z čehokoliv...ať jsou to schody, hasící přístroj,... úplně jim ty potřeby nejdou zajistit. Ačkoliv by se chtělo, tak to úplně nejde...ale snaha je. (+)

Jaké problémy či překážky v souvislosti s péčí můžete zmínit? Jaká pozitiva a negativa v zařízení vnímáte?

Jako negativum vidím, že máme o klientech málo informací...co si nezjistíme sami, tak nevíme. Co se týče těch papírů, tak my nemáme tolik přístup. Takže to je určitě velký mínus. Když člověk nezná jejich přesné diagnózy, tak to se potom těžko určuje, jestli mají špatnou náladu nebo je to důsledek té jejich dlouho trvající nemoci.

Potom další mínus...nic mě nenapadá...(--)) asi chybí čas. To je obrovské mínus, na které se potom nabaluje ty ostatní mínusy. Je tady málo personálu...ale i kdyby toho personálu bylo víc, tak ten čas by asi stejně nebyl. To je taková vděčná výmluva, že je nedostatek personálu. Ale nemyslím si, že by se něco změnilo... Akorát by se ta práce jinak rozložila. Ono ten individuální čas na každého klienta, to prostě na nás jako pečovatele eventuelně sestry jen tak nejde. Myslím, že tohle by měla být práce nějakého sociálního pracovníka, který v tom umí mnohem lépe chodit. My spíše zajišťujeme ty nižší potřeby... aby se najedli, vyprázdnili, dostali léky, to sice zajistit zvládneme, ale nějakou psychickou pohodu...

Jaké jsou podle vás nejčastější důvody rezidenční péče?

Tady jsou krátkodobé pobyty. Tedy konkrétně sem, do domova domácí péče se dostávají proto, že buďto čekají na přijetí do nějakého domova důchodců, nebo do nějaké LDN. Anebo rodina někam odjede a sem je dají na nějakou určitou dobu. Na měsíc, na dva týdny, než se vrátí a vezmou si ho zpátky. Takže tady jsou ty důvody docela jasné...tady nebývají vyloženy na dlouhodobé pobyty. To není domov důchodců...to je taková mezi-stanice. Ale samozřejmě to tady pro ně může znamenat pobyt až do smrti. Ty čekací lhůty jsou velmi dlouhé.

...no ani nejde o to, že je zařízení třeba nechce, ale ani legislativně to moc nejde. Protože hodně domovů je bez zvláštního režimu – což znamená, že nejsou zařízení na ty horší psychické diagnózy. Lidi co mají středně těžkou demenci, Alzhemiera, Parkinsona...(--)) My jsme tady na to zařízení. Je to tu bezbariérové, je tu 24 hodinová péče i sestry.

Jaký vliv na seniory má rezidenční péče a jaká je jejich adaptace? Jak napomáhá zařízení v adaptaci klienta?

(--))...to bude člověk od člověka. Pro někoho je to samozřejmě příjemná změna. Myslím si, že je tu příjemný personál. Takže jsou rádi, že si s nimi někdo povídá...že jsou s někým vůbec v kontaktu. Předtím, když žili sami, tak je to pro ně osvěžující...potom

jsou tu samozřejmě tací, kteří žili s rodinou. Což je pro ně změna asi k horšímu. Doma je doma a myslím, že by byly raději tam, kde se o ně starají lidé, které znají. A proto, aby se cítili co nejlépe, nebo aspoň snesitelně v rámci možností, tak děláme akorát to, že se na ně snažíme být příjemní (++). Nikdy asi nemůžeme navodit tu atmosféru domova. To asi nejde, není šance...ale stačí, když se cítí příjemně, že se na ně usmějeme, popřejeme dobrou chuť...ono občas stačí fakt maličkosti a pro toho člověka to udělá divy (+). Je to pro ně lepší, než kdyby na ně někdo křičel, zvedal hlas nebo vyžadoval věci, co mu nejsou příjemné. To my občas taky musíme udělat. Například vyměnit pleny, to se ne každému hned chce, třeba má zatmění...občas je lepší odejít, udělat ostatní věci, netlačit na něj. On se uklidní... prostě aby se mu nezhoršil ten pocit, že tu musí být a trpět... a ono se nic nestane, když se to udělá třeba později (+).

Jaká je spolupráce s rodinou klienta? Snaží se zařízení navazovat kontakt mezi klientem a rodinou? Podílí se rodina na péči o klienta?

Jsou tu i tací klienti, kde rodina aktivně pomáhá při té péči. Většinou hlavně krmení nebo péče o očistu těla. Určitě je jim to příjemnější od rodiny, než od nás...no ale to jsou spíše výjimky. Ve větší části třeba pravidelně chodí, ale nepodílí se na péči. A poslední je extrém, kteří nechodí třeba vůbec. S rodinou komunikujeme, ale na vzájemných vztazích se nepodílíme. Nemyslím, že by to byla práce pro nás...

S kým zařízení spolupracuje, jaké poskytuje služby?

Dochází sem kadeřník, pedikérka, lékař...(--)) určitě se plánuje canisterapie. Potom jídelna, to je důležité... no mimo zařízení služby zařizuje rodina. Pokud to není možné, tak to dělá manažerka. Terénní služba má svoje klienty.

Jaké jsou metody práce s klientem?

No snaha o nějaký program tu byla...byli na hodech, v cukrárně a potom nějaké procházky. To jsou spíše takové „hurá“ akce (++). Ale to spíše zajišťuje rodina...co se týče programu uvnitř, tak je tady opravdu malá místnost. Tak nevím, jak se to tady bude realizovat. To už není moje starost...ale ono je tu málo těch, co jsou ochotni něco dělat. Tady je jinak více šikovných lidí...nechce se jim.

PŘÍLOHA 3: TABULKY S KÓDOVÁNÍM

Kódování rozhovorů

Zkratky:

Pracovníci sociální péče: PSP (1,2,3,4)

Vrchní sestra: VS

Sociální pracovnice: SP

Klient: KL (1,2,3,4)

5.2 Reflexe vybraného zařízení k problematice seniorského věku**Jak nahlíží na stáří a problematiku sociální exkluze pracovníci zařízení?**

Jak nahlížíte na stáří?	Kódování - kategorizace	Emoční stránka odpovědi	Poznámky
<i>PSP1: „Tak stáří, to už je asi předpokládám nějaká ta poslední etapa života. Kdy už člověk nějak užítkovává svoje nabitě zkušenosti a už asi vyžaduje nějakou tu důslednější péči.“ (PSP1-1)</i>	Poslední etapa	negativní	
<i>PSP2: „Tak pro mě je to součást života...stáří patří k životu a myslím, že se s tím každý musí vypořádat...“ (PSP2-1)</i>	Součást života	pozitivní	
<i>PSP3: „Stáří je etapa života a každý si tím musí projít. Takže je to jen další část toho celého života.“ (PSP3-1)</i>	Součást života	pozitivní	
<i>PSP4: „To už je takové vnitřní psychické dozrání člověka.“ (PSP4-1)</i>	Součást života	pozitivní	
<i>VS: „Každý to stáří zvládá jiným způsobem. Jde o to, jak se člověk cítí a jak je na tom zdravotně...někomu je třeba padesát a cítí se starý. Někomu je šedesát, sedmdesát a cítí se plný elánu. Je to hodně individuální...“ (VS-1)</i>	Součást života – je to individuální	neutrální	

PS: „Stáří je nevyhnutelná etapa každého z nás (+), takže je to takový nutný zlo...“ (PS-1)	Součást života – nutné zlo	negativní	
---	-------------------------------	-----------	--

Vyhodnocení otázky:

Převážná většina pracovníků vnímá stáří, jako součást života. Na tuto etapu nahlíží převážně pozitivně. Dva z pracovníků, vnímají stáří spíše negativně - hodnotí ho jako poslední etapu, kdy člověk zužitkovává zkušenosti a zároveň potřebuje péči a jako nutné zlo.

Doporučení:

Dle mého názoru je správné, že převážná většina respondentů hodnotí stáří pozitivně a berou ho jako součást života. Dva názory však hodnotí stáří spíše v negativním slova smyslu. Myslím, že by bylo vhodné pracovníky proškolit v oblasti gerontologie – problematiky v přístupu ke stárnutí a stáří, aby bylo chápáno pozitivně.

Přístupuje se v péči o klienta individuálně?	Kódování - kategorizace	Emoční stránka odpovědi	Poznámky
PSP1: -			
PSP2: „Snažíme se přistupovat individuálně. Jak sem říkala, každý ten senior má své potřeby a svoji diagnózu. Osobním kontaktem člověk zjistí nejvíce a máme i přístup ke složkám, kde zjistíme, s čím se ten senior potýká. Jestli má Alzheimeru, demenci...takže víme. Co se týče těch vyšších potřeb, tak s těmi s kterými to jde, tak si povídáme...takže z rozhovoru se dá dost zjistit. Zda je něco trápí...“ (PSP2-2)	ANO	Pozitivní	Potřeby dle diagnózy Vyšší potřeby
PSP3: „Co se týče individuální péče, tak spíš jsou skupiny - například chodící, nechodící. (PSP3-2) Tak se zařídí, co potřebují. Snažíme se i individuálně, ale klientů je hodně a úplně to nejde.“ (PSP3-3)	Spíše NE	Negativní	Potřeby dle diagnózy Nedostatek času
PSP4: „Tak poskytujeme základní ošetrovatelskou péči, hygiena, podávání léků, stravy. Myslím, že je to vykonáváno kvalitně (PSP4-2)...ale nedá se jim věnovat individuálně, to si myslím, že je mínus. Protože se	NE	Negativní	Nižší potřeby

<i>to nedá stihnout. (PSP4-3) Ale zase si myslím, že je to určitě lepší, když je jich tu dvacet...jsou i větší zařízení a tam si to neumím představit. Myslím, že je to tady zvládnuté velmi dobře z každého hlediska.“(PSP4-4)</i>			Nedostatek času Zařízení rodinného typu
<i>VS: „Musí se přistupovat individuálně, každý klient je jiný. Je rozdíl u těch klientů, kteří jsou po psychické stránce v pořádku a ti co mají stařecké demence, Alzheimerovu chorobu, tam musí být zase úplně jiný přístup. Takže ten individuální přístup je tady na místě.“(VS-2)</i>	ANO	Pozitivní	Potřeby dle diagnózy
PS: -			

Vyhodnocení otázky:

Respondenti zpravidla v odpovědi zmiňují potřeby klientů s ohledem na jejich diagnózu. Pracovníci přímé péče kladou důraz zejména na uspokojování nižších potřeb, ale všímají si i potřeb vyšších. V souvislosti s tím, ale zdůrazňují, že největším problémem je nedostatek času. Pozitivně hodnotí zejména rodinný typ zařízení. Při zjišťování individuálních potřeb se upřednostňuje osobní kontakt s klienty a komunikace.

Doporučení:

Pracovníci zařízení přistupují ke klientům dle možností individuálně, snaží se o pravidelnou komunikaci, zohledňují v práci specifika klientů. Osobní komunikaci s klienty hodnotím pozitivně, ale pro lepší zpětnou vazbu, bych doporučila metodu dotazníků či „schránku spokojenosti klientů“.

5.6 Potřeby klientů zkoumaného zařízení

Na základě čeho jste si vybrali toto zařízení? Co pro Vás bylo rozhodující?	Kódování - kategorizace	Emoční stránka odpovědi	Poznámky
<i>KL1: (--)</i> No, já sem neměla moc co vybírat, protože já sem byla v situaci, kdy sem musela někde být (x)...tak mě moje dcera vybrala tady toto místo... Nemůžu být sama. Jednak sem prostě měla menší mozkovou mrtvici, padala jsem...takže mě sebrali třeba venku na ulici...a v místnosti jsem padala. Spadla jsem tak hrozně, že jsem si roztříštila nohu a tu mi pak dávali v nemocnici dohromady (x). Pak jsem byla v domově tady pro takový chudáky, pak jsem šla do ústavu a pak sem. (KL1-1)	Nedostatek zařízení Úraz, nemoc	Negativní	
<i>KL2:(--)</i> ...No dcera. Oni obvolávali i jiné zařízení, ale všude bylo plno (x). (KL2-1)	Nedostatek zařízení	Negativní	
<i>KL3: To nevím, já myslím, že jak sem byla nemocná, dostala jsem to od lékaře... (KL3-1)</i>	-	Neutrální	
<i>KL4: Tak to nevím (x), to si nepamatuji (?). (KL4-1)</i>	-	Neutrální	

Vyhodnocení otázky:

Z odpovědí respondentů je patrné, že neměli možnost výběru zařízení nebo neví, jak se do zařízení dostali. Hlavním důvodem nemožnosti výběru zařízení je jejich přeplněnost.