

Senioři v domácím prostředí či v domovech pro seniory

Pavλίna Jobánková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Institut mezioborových studií
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavλίna Jobánková**
Osobní číslo: **H138045**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Senioři v domácím prostředí či v domovech pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, 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 otázky:

- adaptace seniorů v novém prostředí, prostředí domova pro seniory;
- sžívání se rodin seniorů s nastalými změnami;
- výhody a nevýhody (péče) domácího prostředí a prostředí domova;
- zachování zájmů, přátel, rozvoj sama sebe.

Součástí práce bude empirické šetření realizované formou rozhovoru zaměřeného na zjištění postoje seniorů k životu v domácím prostředí a v prostředí domova pro seniory.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních . 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

TOŠNEROVÁ, Tamara. Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří . 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 45 s. ISBN 80-238-9506-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky . Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VIDOVICOVÁ, Lucie. Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti . 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008, 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

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

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

15. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 15. prosince 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, 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 užít 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 20. 2. 2015

Paulina JOBANOVÁ
.....
Jméno, příjmení a podpis diplomanta

ABSTRAKT

Bakalářská práce směřuje ke zjištění kvality života seniorů v domovech pro seniory, ke zjištění odlišností v péči o seniory v domácnosti a v péči v domovech pro seniory. Věnuje se i otázce adaptace a připravenosti seniorů na případný pobyt v domově. Teoretická část přináší exkurz do historie institucionální péče, dále se zabývá pojmy související se stářím a seniorem, se sociální službou a kvalitou života. V praktické části se věnuje zjištění výhod a nevýhod, ztrát a přínosů v oblasti péče a života v domově pro seniory se srovnáním života seniorů ve vlastní domácnosti.

Klíčová slova:

Senior, stáří, stárnutí, role seniora, kvalita života, institucionální péče, sociální práce.

ABSTRACT

This bachelor's thesis is concerned with seniors' quality of life in care centres for elderly. It focuses on differences between seniors' home care and the service provided in care centres for elderly. The thesis also deals with adaptation of the elderly to and their readiness for prospective stay in the care centre. The theoretical part offers an excursion to the history of institutional care and elaborates on concepts of old age, seniors, social service and quality of life. The practical part is concerned with advantages and disadvantages, benefits and drawbacks in life and care in seniors' care centres as compared to life of seniors in their homes.

Key words:

senior, old age, ageing, senior's role, quality of life, institutional care, social work.

Děkuji vedoucímu bakalářské práce doc. Ing. Antonínu Řehořovi, CSc. za dobré rady a celkové vedení práce.

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

V Brně dne

.....

podpis

OBSAH

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE	10
1.1 POČÁTKY EVROPSKÉ SOCIÁLNÍ PÉČE	10
1.2 VZNIK INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE V ČR	11
1.3 PÉČE O SENIORA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	14
1.4 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A SENIOR	16
2. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	20
2.1 STÁŘÍ, STÁRNUTÍ, VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	20
2.2 PROJEVY STÁŘÍ.....	24
2.3 ZMĚNA SOCIÁLNÍ ROLE, PROCES ADAPTACE ČLOVĚKA V DRUHÉ POLOVINĚ ŽIVOTA	27
2.4 SENIOR A RODINA	29
2.5 SPOLEČNOST A SENIOR	32
3. KVALITA ŽIVOTA SENIORA.....	37
3.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA	37
3.2 PSYCHOLOGICKÉ POJETÍ KVALITY ŽIVOTA.....	39
3.3 SOCIOLOGICKÉ POJETÍ KVALITY ŽIVOTA.....	39
3.4 SOCIÁLNÍ ROLE A SOCIÁLNÍ STATUT VE STÁŘÍ	40
II. PRAKTICKÁ ČÁST	45
4. POSOUZENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORA, VÝHOD A NEVÝHOD, V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ A V PROSTŘEDÍ DOMOVA PRO SENIORY	46
4.1 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ	46
4.2 KVALITA ŽIVOTA UŽIVATELŮ	47
4.3 KOMPARACE PÉČE DOMÁCÍ A PÉČE INSTITUCIONÁLNÍ	48
4.4 DISKUZE.....	56
5. ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	61

ÚVOD

Sociologické výzkumy ukazují, že společnost stárne. Lidé se díky moderním zdravotnickým technologiím, léčbám i lékům dožívají vyššího věku než v dřívějších stoletích. Přesto se starým lidem nemoci nevyhýbají, a pokud ztratí schopnost pečovat sami o sebe, jsou odkázáni na pomoc druhých. Pomoc druhých je jim poskytována buď ve vlastní domácnosti, nebo jsou umístěni do domovů pro seniory. Nastává otázka, zda kvalita života v domácnosti či v institucionální péči je na dostačující úrovni a v čem je odlišná, jaké přináší výhody i nevýhody. Dále také, jak jsou senioři připraveni na pobyt v domově pro seniory a jak tento přechod vnímají.

Cílem bakalářské práce je zabývat se otázkou kvality života, životem a adaptací seniorů v domovech pro seniory i životem seniorů v domácnosti. Přiblížit život seniorů v domově pro seniory, vyhledat rozdíly v péči konané v domácnosti a v instituci. Zjistit zda instituce může seniorovi poskytnout nějaké výhody, pozitiva nebo naopak člověk v zařízení ztrácí po stránce materiální, sociální či psychické.

V teoretické části se zaměřuje na rozbor pojmů jako je stáří, stárnutí, kvalita života, senior a společnost apod. Jelikož moderní doba ztratila tradici soužití ve společné domácnosti a stáří začalo být bráno jako překážka. Staří lidé byli odsouváni do domovů důchodců, v nichž byli odkázáni na pomoc zcela cizích lidí a mnohdy i životní podmínky nebyly na dobré úrovni. Část práce je proto věnována i historii – malý exkurz do počátků péče o staré, nemocné i chudé občany v Evropě i naší zemi až po současnost. Na vývoji péče o staré lidi chci ukázat na postupné zdokonalování společenského systému, které vedlo k zakládání domovů, jež měly význam pro sociální práci i sociální pedagogiku. A v poslední etapě vývoje dospělo do stádia, kdy je důstojné dožití prioritou všech sociálních služeb a pojem kvalita života je probírán ze všech hledisek.

Praktická část je věnována šetření kvality života v domově pro seniory a v domácnosti kvalitativní metodou. Standardizované rozhovory jsou vedeny hlavně se seniory z domova pro seniory a byly vytvořeny na základě diskuze se seniory z klubu důchodců, kteří odpovídali hypoteticky na téma odchodu z vlastní domácnosti do domova. Odpověďmi se práce snaží přiblížit život v domově a spokojenost jejich klientů. Pokusíme se zjistit, zda podmínky v domově pro seniory mohou naplnit potřebu seberealizace stárnoucímu člověku a zda kvalita života je na lepší úrovni než život ve vlastní domácnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE

Současná doba preferuje v oblasti péče o seniora co nejdelší pobyt v přirozeném prostředí s využitím sociálních služeb zaměřených na život jednotlivce, na zvýšení kvality života či důstojného dožití seniora. Podle zjištění z provedených výzkumů vyplývá, že rodinní příslušníci chtějí a snaží se pečovat o své staré rodiče. Přesto očekávají pomoc od státu, umístění starého člověka do pobytového zařízení při nemožnosti péče o nesoběstačného jedince (Malíková, 2011, s. 30).

Pobytová zařízení již nejsou zřizována státem, ale kraji a obcemi. Po roce 1989 narostl počet neziskových organizací nabízejících tyto pobytové služby, které jsou financovány samotnými klienty, příspěvky na péči a jinými zdroji.

Sociální zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách jasně definuje kvalifikaci, požadavky a povinnosti personálu, definuje druhy služeb, základní činnosti a jejich charakteristiku, dále práva a povinnosti jednotlivců, krajů, obcí i státu a poskytovatelů sociálních služeb (Malíková, 2011, s. 121).

1.1 Počátky evropské sociální péče

Sociální cítění v antické společnosti bylo zaměřeno především na pomoc pozůstalým vdovám a dětem vojáků, občanům, kteří pro stát něco znamenali. Lidé žijící v bídě byli považováni za neschopné, nesoběstačné, vlastně si za vše mohli sami. Nemocnými a starými bylo opovrhováno. Společnost byla rozdělena na svobodné a nesvobodné, a právě svobodní řemeslníci začali zakládat collegia – podpůrné spolky. Svobodní řemeslníci a obchodníci se tímto společným financováním pojistili na dobu případné neschopnosti, nemoci, úrazu, smrti (Procházka, 2012, s. 14).

V péči o nemocné, slabé a chudé se začali prosazovat až křesťanské principy – pomoc a láska k bližnímu. V 6. století Benedikt z Nursie založil řád a klášter, jehož hlavním úkolem byla péče o nemocné, chudé a slabé. V této souvislosti se v benediktinském klášteře vedle péče o bližní rozvíjelo i klášterní léčitelství (Tošnerová, 2006, s. 10).

Postupem času se kláštery přestávaly léčitelství věnovat a obrátily svou pozornost více k Bohu, rozjímání a ke vzdělávání. Sociální pomoc byla poskytována ve smyslu křesťanské víry, charity prostřednictvím obce, bohatých měšťanů, ale to vše až v krajní nouzi.

Během doby se vyvinulo mnoho vědních oborů zabývajících se lidským tělem a člověkem vůbec. V 19. století docházelo k velkým změnám ve společnosti prostřednictvím průmyslové revoluce. Zanikla tradiční společnost, kdy se jedinec mohl spolehnout na své příbuzné i sousedy. Lidé se přestěhovali do měst za prací, ztratily rodinné vazby a nejvíce podporu v nouzi. Začal se klást důraz na pojištění a na pomoc nemocným, chudým, ale i starým lidem. Rozvíjel se farmaceutický průmysl, ústavní léčba a změnil se vztah lékaře k pacientovi (Tošnerová, 2006, s. 13). Zájem o staré a nemocné vedl k zakládání ústavů, v kterých se ošetřovatelé snažili zkvalitnit péči o tyto jedince a zároveň zvýšit úroveň jejich dosa- vadního stavu a života.

Další století, zejména jeho druhá polovina, klade na kvalitu péče o starého občana již jiné nároky. Bylo zajištěno důchodové pojištění, čímž se zajistila dobrá úroveň života seniora. Byly založeny instituce pro trvalý pobyt starých a přestárlých občanů s odpovídající péčí, sociální péče ve formě terénní pečovatelské služby, asistence, středisek pro seniory.

V současné době se seniorům nabízí velké množství sociální pomoci, péče, aktivit. Služby v domovech pro seniory se zaměřují na zkvalitnění životních podmínek, důstojné prožití „podzimu“ života. Evropským trendem na přelomu 20. a 21. století se stává tradiční péče o seniora v rodině nebo rodinnými příslušníky s dopomocí pečovatelské služby.

1.2 Vznik institucionální péče v ČR

Středověk

Již ve středověku začaly na našem území vznikat útulky pro staré občany, staré nemocné lidi, chudinu, tuláky a jiné osoby v nouzi. Sociální péče byla založena na charitativním způsobu, s odkazem ke křesťanství, křesťanské lásce. Hlavní myšlenkou byla láska k bližnímu opírající se o lásku, naději a víru. Dobročinnost byla praktikována kněžími nebo bohatými občany (Haškovcová, 2010, s. 185).

Na našem území existovaly středověké špitály, klášterní nemocnice, nemocnice pro malomocné.

Středověké špitály skýtaly útulek pro nemocné, pocestné, tuláky. Haškovcová (Haškovcová, 2010, s. 185) uvádí, že zde nacházeli pomoc i mladší osoby a dokonce zchudlí měšťané si v tomto zařízení mohli koupit byt a stravu, předplatit si ošetřování do konce života. Špi-

tály tedy patří mezi první institucionalizovanou péči pro dlouhodobý a trvalý pobyt starých lidí.

Klášterní nemocnice byly určeny pro „lepší klienty“. Sloužily především pro nemocné řeholníky nebo členy šlechtických rodin. Úroveň nemocnic, ale i středověkých špitálů, byla velmi nízká, jelikož ošetřovatelé – příslušníci řádu – se hlavně věnovali službě Bohu, modlitbám, a práce se samotným nemocným byla druhořadá, až ponižující.

Nemocnice pro malomocné byly jako azyl pro osoby postižené infekční chorobou. Oddělovaly nebezpečně nemocné od druhých lidí.

Novověk

Za vlády Marie Terezie dochází ke značným změnám v oblasti zdravotní péče. S pomocí holandského lékaře Gerharda von Swieten, který byl jejím osobním lékařem a také inspektorem lékařského vzdělávání, byl ucelen systém státní zdravotní správy a zdravotnických zákonů. Ve stopách Marie Terezie šel i její syn Josef II., který přikázal zřizovat nemocnice jako léčebné ústavy pro nemocné bez ohledu na příslušnost. Chorobince byly určeny hůře léčitelným, neléčitelným nemocným a do chudobinců byly umísťovány osoby práce neschopné. Staré osoby nikdo léčit nechtěl nebo neuměl, proto pro ně byly vyhrazeny starobince nebo chudobince. Zapařovací charakter nemocnic a špitálů postupem času mizel a začalo se v nich přeci jen více léčit. Úroveň byla stále nízká, hlavní stránkou práce ošetřovatelek bylo dát nemocným najíst, napít a umýt je (Haškovcová, 2010, s. 189).

Josef II. je též, vedle zakládání nemocnic, spojen s chudinským a domovským právem. Právo zajišťovalo chudým a práce neschopným osobám péči od obce, ke které náležely. Nové Domovské právo z roku 1863 bylo na svou dobu velmi pokrokové, jelikož se snažilo pomoci chudým v nejnútnejší míře, pokoušelo se tím odstranit žebrotu a směřovat k péči sociální. Obce začaly budovat chudobince, starobince, ale i sirotčince a postupem doby tuto odpovědnost převzal stát.

Moderní doba

V souvislosti s domovským právem je třeba zmínit i Nový Domov Josefa Thomayera, lékaře a spisovatele. Nový Domov byl vybudován na základě dobročinnosti a humanity tohoto lékaře v jeho rodném Trhanově na Chodsku. Byl pojat jako sociální dům pro nemoc-

né, nezaopatřené a stářím sešlé osoby. Roku 1913 se první obyvatelé nastěhovali do Domova, kde za ubytování nic neplatili a ještě navíc dostávali rentu. Vše bylo financováno z nadačního kapitálu věnovaného Josefem Thomayerem. Nový Domov byl po deseti letech převeden na obec Domažlice a ještě na počátku 21. století sloužil sociálně slabým lidem (Haškovcová, 2010, s. 192).

V návaznosti na Thomayera je důležité připomenout Masarykovy domovy – dnes Thomayerova nemocnice. Jedná se o komplex budov vystavěných pro sociální účely. Dvacet moderních pavilonů, několik provozních a hospodářských budov bylo roku 1928 otevřeno pro dva tisíce starých či nemocných lidí a pro nevléčitelně nemocné děti. Celý areál byl plně soběstačný. Byla zde pekárna, řeznictví, kaple, kino a další doprovodná zařízení. Z hlediska sociální pedagogiky měl tento komplex důležitou roli, protože ti staří nebo nemocní lidé, kteří chtěli a mohli pracovat, uplatnili své schopnosti v zámečnických, krejčovských a dalších dílnách. Ve své době to byl ojedinělý projekt, který přijíždělo obdivovat mnoho zahraničních delegací. Po válce byl komplex přeměněn na nemocnici (<http://www.prazska4.cz/uvod/17-prochazkou-po-ctyrce-masarykovy-domovy>).

Výrazné změny v oblasti sociální péče přišly s rokem 1948, kdy bylo zrušeno domovské právo, a plnou odpovědnost za občany v tomto směru převzal stát. Zákon z roku 1956 upravil podmínky pro vznik jednotného systému sociálního zabezpečení. Instituce starající se o staré občany byly sjednoceny pod název domov důchodců. V poválečné době to znamenalo pro staré občany velké plus, zvláště pro ty, kteří měli horší životní podmínky. Domov důchodců jim zaručil určité pohodlí a klid, jelikož znali z dřívější doby osudy starých lidí, kdy státní zařízení pro staré lidi neexistovalo. Ale postupem doby, v šedesátých letech, se životní úroveň obyvatelstva ČR zvýšila natolik, že domovy důchodců již nepřesahovaly kvalitu bydlení ve vlastní domácnosti. Tudiž staří lidé raději zůstávali co nejdéle ve vlastním dokud byli soběstační, v poválečné době, totiž, do domovů důchodců odcházeli lidé staří, ale poměrně zdraví (Haškovcová, 2010, s. 208).

Domovy důchodců byly rozšiřovány o další typy péče. Jednalo se o domy s pečovatelskou službou, domovy – penziony, domovinky a terénní pečovatelskou službu. Tyto typy péče zaznamenaly velkou oblibu. Do penzionů si lidé mohly vzít svůj nábytek a díky umístění těchto zařízení v rámci města nebo okresu, které bylo pro seniora známé, se necítily ostraněny a vykořenečné. Domy s pečovatelskou službou zabezpečovaly také značné soukromí a osoby bydlící v tomto domě mohly kdykoli odejít, takže tu nehrozil *syndrom poslední štafce* jako v Domovech důchodců. Domovinky byly na základě dnešních denních stacionářů.

Senior byl ráno přiveden členem rodiny do zařízení a večer vyzvednut, aby se vrátil do svého domova.

Současnost

Další výrazné změny nastaly po roce 1989, kdy se začalo mluvit o zdravotnické a sociální reformě, aby celý systém měl dostatek financí. Důležitým okamžikem byl vstup v platnost zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Nastolil nová pravidla, dotkl se všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci, vytyčil směr od institucionalizace k deinstitucionalizaci (jde o co nejdéle možnou péči o seniora, nebo postiženou osobu, v jeho přirozeném prostředí) a integroval osoby s postižením do společnosti. Do roku 1989 nesl zodpovědnost za tyto služby stát, po revoluci se přenáší zodpovědnost na kraje, obce, komunity, občanské společnosti i jednotlivce. Stát v současnosti je spolupracovníkem. Spolupracuje se samosprávou, nestátními neziskovými organizacemi, určuje národní standardy, vytváří systém inspekce ke kontrole kvality poskytovaných služeb atd. (Malíková, 2011, s. 31).

Senioři v socialistických domovech důchodců byli spíše na okraji společnosti. V zařízení neměli možnosti seberealizace, museli se přizpůsobit dennímu režimu bez většího porozumění a laskavého přístupu. Ani vlastní výběr domova nepřipadal v úvahu, senior musel jít tam, kam spadal v rámci regionu. Dnes je vše jinak, senior si může vybrat, může zvolit i finančně náročnější domov pro seniory – soukromé – neziskové organizace, které se snaží „podzim života“ zpříjemnit a důstojně dožít. Ale i státní domovy důchodců změnil přístup k osobám jim svěřeným, věnují jim dostatek pozornosti, úcty, podporují soběstačnost a sebevědomí.

1.3 Péče o seniora v domácím prostředí

Péče v domácím prostředí je již po dlouhá léta považována za jeden z nejideálnějších způsobů péče o seniory. Z hlediska zdravotního i psychologického je pro seniory velmi důležité, aby co nejdéle setrvaly ve svém přirozeném rodinném prostředí. Dnešní politika státu v sociální oblasti zdůrazňuje princip subsidiarity. O seniora by se měla především postarat rodina, až v poslední řadě nastupuje stát (Bosáková, in: Kocurová, 2013, s. 389). Rodinná péče patří mezi nejstarší a nejučinnější formu péče u nás i ve světě. Starý člověk se cítí

nejlépe tam, kde to velmi dobře zná, ve své vlastní domácnosti. Tudíž práce s ním i samotná péče o něj je pro opatrující osobu příjemnější a jednodušší, protože nemusí řešit problémy ohledně adaptace na nové prostředí, adaptace na personál a případné spolubydlící jako je tomu v domovech pro seniory.

Pokud senior nedokáže plně obstarat své denní potřeby sám, potřebuje pomoc druhé osoby, ideální je pomoc rodinného příslušníka. Někteří členové rodiny nemají problém starat se o svého stárnoucího rodiče či prarodiče. Zvládají tuto péči s naprostou samozřejmostí, aniž by čekali jakoukoli odměnu. Pro druhé je rodinná péče velkou překážkou, někteří ani o své staré příbuzné nejeví zájem natož ochotu o ně pečovat. Jiní by chtěli, ale nemohou.

Důležitou pomocí pro rodinné příslušníky, kteří se starají o seniora v domácnosti, je dostatek sociálních služeb a dobrá interakce mezi rodinou a vybranou institucí.

Řešením je sociální služba zaměřená na péči o seniora v domácnosti – terénní pečovatelská služba. Terénní pečovatelská služba patří do neústavní formy péče. V České republice má tento způsob péče dlouholetou tradici a poskytuje péči seniorům a těžce zdravotně nemocným, kteří nejsou schopni z důvodu snížené soběstačnosti, zhoršeného zdravotního stavu nebo vysokého věku uspokojovat své základní potřeby či práce v domácnosti.

Nejčastěji seniory využívanou pomocí od pečovatelské služby je rozvoz obědů do jejich domovů. Dále pečovatelská služba poskytuje pomoc v rámci osobní hygieny, praní prádla, následně žehlení i opravování. Vedle těchto činností přímo u seniora v domácnosti nabízí i činnosti pro využití volného času v denních stacionářích a domovinkách. V těchto zařízeních se mohou senioři scházet, účastnit se nabízených aktivit, které obvykle zahrnují vzdělávací, výchovné a aktivizační programy.

Domácí péče má však svá úskalí, jak pro pečovatele, tak pro seniora. Práce a péče o nesoběstačného seniora je velmi náročná po stránce psychické, fyzické i časové. Jestliže se rozhodne potomek pečovat o svého rodiče, anebo manželka o manžela či naopak, musí mu věnovat maximum svého času, u některých je to dvacet čtyři hodin trvající služba. Pečující je izolovaný od běžné společnosti, nemá prostor pro žití vlastního života. Nárok na dovolenou, osobní volno či vystřídání je nulový. Po určité době dochází k vyčerpání, vyhoření a laskavá péče se může obrátit v úplný opak. Stejně tak i senior změní postoj ke svému potomku. Rodina by se měla snažit vést seniora i k té sebemenší samostatné činnosti. Podporovat, povzbuzovat a rozvíjet schopnosti, které senior stále zvládá (www.pecujdoma.cz/o-nas-pro-nas/napsali-jste-nam/clovek-jmenem-senior/).

Bosáková (Kocurová, 2013, s. 393) ve svém příspěvku o seniorech v domácí péči zmiňuje tyto kritické body péče – stres, psychické vyčerpání, izolovanost. Ale i rozhodnutí rodiny o umístění opatrované osoby do zařízení pro seniory také vede ke stresu, dokonce stejné intenzity. Je to spojeno s pocity viny, výčitkami, duševními traumaty pečujících členů rodiny, kteří se vzdali péče o svého seniora, přenechali tuto starost jiným, cizím lidem.

Neústavní forma péče je postavena na myšlence co nejdéle možného setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Nutný je předpoklad takových podmínek, aby rodina péči zvládala. Přístup k odborné pomoci, informačnímu a poradenskému servisu a podpoře. Pečující by se měli dostatečně informovat a včas požádat o pomoc sociální službu.

1.4 Sociální pracovník a senior

Obecné zásady poskytování sociální práce se seniory

Obecně by sociální práce se seniory měla být zaměřena primárně k ohroženým starým lidem. Lidem žijícím osaměle, trpícím senilní demencí, dlouhodobě nemocným, přestárlým, ohroženým chudobou, či špatným zacházením, žijícím v nevyhovujících sociálních podmínkách a přirozeně i osobám využívajících rezidenčních sociálních zařízení. Úkolem sociálního pracovníka je pomáhat těmto lidem řešit problémové životní situace, podporovat a zapojovat do pomoci i rodinné příslušníky seniora. Sociální pracovník by měl být schopen na základě informace, které získá, poskytnout seniorovi a jeho rodině nabídnout adekvátní sociální služby, které budou schopny jeho aktuální problém řešit (Matoušek, 2012, s. 163). Senior často neví o tom, že má nárok na některé sociální dávky či kompenzační pomůcky. Rovněž rodina často postrádá informace o možnostech pečovatelských či sociálních příspěvků, fungování zařízení pro seniory (například denní stacionáře, fungování pečovatelské služby v daném místě apod.). Hlavním úkolem sociálního pracovníka v práci se seniory by měl být především udržet jej co nejdéle v jeho domácím prostředí (Matoušek, 2012, s. 164). K tomu je nutné, aby sociální pracovník byl nejen kvalitním odborníkem, který disponuje nezbytnými znalostmi a informacemi dané problematiky, ale aby byl pro seniora i emoční podporou a pomohl mu získat pocit jistoty a bezpečí. Sociální pracovník musí mít důvěru svého klienta a být mu v obtížných životních fázích skutečnou oporou.

Sociální práce se seniorem v pobytovém zařízení

Základní obecné rozčlenění sociální práce v pobytových zařízeních

Úloha sociálního pracovníka v rezidenčních zařízeních pro seniory je v současnosti nepostradatelná, ale dosud nejsou jasně vymezeny jeho kompetence. V rámci zařízení by měl být v trvalém kontaktu s vedením a podílet se i na koncepci zařízení.

Matoušek (2012, s. 14) rozlišuje tři typy sociální práce v domovech pro seniory:

Mikroúroveň - pod tímto termínem rozumíme práci sociálního pracovníka s jednotlivcem. Hlavním tématem je zde individuální práce s klientem, podpora jeho schopností, vyrovnávání se s problémy, poradenství.

Střední úroveň - práce se zaměřuje jednak na aktivity se skupinou seniorů a dále pak s rodinou seniorů.

Makroúroveň - zde je hlavní náplní činnosti sociálního pracovníka především komunitní plánování. Úkolem sociálního pracovníka je řešení problémů souvisejících s celkovým chodem zařízení. Jako příklady lze uvést rozšiřování sociálních služeb v daném zařízení, nebo poskytováním sociálních služeb mimo zařízení (do lokalit, kde podobné zařízení chybí) apod.

Obsah náplně sociální práce v pobytových zařízeních

Vzhledem k tomu, že každé zařízení pro seniory má specifickou klientelu a je často vázáno na specifické lokální podmínky, je sociální práce v této oblasti velmi pestrá a různorodá.

1. Musí být schopen poskytnout klientovy sociální poradenství (dle § 37 zákona č. 108/2006 Sb.).

Měl by mít základní přehled o dalších sociálních službách (jako jsou domovy pro seniory, odlehčovací služba, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se ZP, osobní asistence atd.).

2. Musí mít obecné sociální znalosti, které pomáhají klientovi řešit aktuální situace (vyřízení sociálních příspěvků a sociálních dávek, výhody pro zdravotně postižené, řešení finančních problémů, zpracování závěti, atd.).

3. Musí být schopen komunikovat se seniorem. Umět zvládnout komunikaci s osobami trpícími sluchovým, či zrakovým handicapem, demencí. Umět vytvořit vztah vzájemné důvěry.

Zásady kvalitní sociální práce

Sociální služba má podporovat maximální nezávislost klienta. Tato zásada platí nejenom pro sociálního pracovníka, ale pro celý tým, který v sociálním zařízení pracuje. V sociálních zařízeních rezidenčního typu je obvykle vysoké procento klientů, kteří jsou nějakým způsobem závislí na vnější pomoci, přesto i zde se snažíme ponechat a rozšiřovat okruh, v němž klient sám rozhoduje. A to i u osob maximálně závislých na specializované péči. Pracovní tým tím uživateli umožňuje, aby měl svůj život i nadále pod kontrolou, neurčuje, co je pro něj nejlepší, ale ponechává mu veškeré možné kompetence a zodpovědnost. Úkolem sociálního pracovníka a celého pracovního týmu je poskytovat klientovi neustálou podporu a poradenství.

Sociální služba má chránit klienty před sociálním vyloučením. V tomto směru je vhodné podporovat klienty, aby užívali sociálních služeb i mimo samotné rezidenční zařízení, jehož služby užívají (spolkové aktivity, návštěvy kulturních zařízení, kluby důchodců, zájmová sdružení seniorů atd.).

Respektování potřeb klienta. Sociální služba by měla být „šita na míru“ klienta, měla by plně respektovat jeho individuální a specifické potřeby. Na tuto zásadu by měl být brán zřetel hned při prvním setkání s klientem, již zde by měl být vytvořen nástin individuálního plánu pro klienta.

Úskalí sociální práce se seniory v domovech pro seniory

Sociální změny jsou pro seniora zatěžující, což se sekundárně odráží i v jeho zdravotním stavu. Výraznou zátěž způsobují především: změna bydliště, přechod do ústavní péče, dlouhodobá hospitalizace, úmrtí blízké osoby. Jedním z úkolů sociálního pracovníka je pomáhat, aby se senior na tyto změny adaptoval a začlenil se do nového sociálního prostředí.

S přechodem do rezidenčních zařízení je úkolem pracovníků v sociálních službách především pomoci seniorovy adaptovat se a zorientovat se v novém prostředí, získat novou roli v rámci sociální skupiny. Důležité je rovněž pomoci uchovat si vazbu na minulost a původní prostředí, zachovat kontinuitu jeho dosavadního způsobu života.

Značné problémy mohou nastat v komunikaci se seniorem zvláště, když jsou nějakým způsobem v deficitu smyslové orgány, či kognitivní složka (např. u senilní demence). Rovněž závažné problémy přináší i případná duševní porucha. Zde je nutná úzká spolupráce mezi zdravotním personálem a ostatními pracovníky. Každý, kdo pracuje se seniory, by měl mít alespoň minimální znalosti z gerontologie, gerontopsychiatrie a gerontopsychologie a přizpůsobit komunikaci individuálním potřebám každého seniora. Pracovníci musí být dostatečně kompetentní k navázání kontaktu se seniorem, musí být schopni rozpoznat jeho potřeby a v neposlední řadě mít dostatek empatie.

Pracovníci v sociálních službách jsou velmi často jedinými osobami, které zprostředkovávají seniorovi kontakt s vnějším světem, skrze ně si pak senior může udržet kontrolu nad svým životem, s jeho podporou může činit rozhodnutí a realizovat svoji vůli. Práce se seniorem znamená obvykle i práci s jeho rodinou a pomoc pečujícím členům jeho rodiny. I zde mohou nastat obtíže, když rodina seniora není dostatečně motivovaná, nebo když podléhá pocitům, že péči o seniora nezvládá. Úkolem pracovníků je pak aktivně posilovat motivaci rodinných příslušníků a maximálně je zapojit do spolupráce se zařízením (Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J., 2010, s. 164).

2. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

V práci se seniory je potřeba mít základní znalosti v oblasti psychických i somatických projevů stárnutí. Každý pracovník, který se dostává do kontaktu se seniory, by měl mít alespoň elementární znalosti z oblasti gerontologie, gerontopsychologie a gerontopsychiatrie. Bez těchto znalostí není schopen navázat kvalitní komunikaci se seniorem, ani není schopen pochopit jeho problémy, a tudíž na ně není schopen správně ani kvalitně pracovně reagovat.

2.1 Stáří, stárnutí, vymezení základních pojmů

Definice pojmů stáří a stárnutí nalezneme v odborné literatuře nepřehledné množství, obvykle se však shodují a odlišují spíše v méně významných detailech. Obecně lze stárnutí definovat jako souhrn primárně biofyziologických pochodů, probíhajících v čase. Jedná se o základní biologickou zákonitost u všech živých organismů. Tyto změny jsou ireverzibilní a v konečném důsledku vedou k zániku organismu, tedy ke smrti. Stárnutí jako postupující řada změn má u člověka stránku nejen biologickou, ale i psychologickou a sociální. Všechny tyto tři složky tvoří nedělitelnou jednotu a jejich oddělení je pouze umělá abstrakce. Stárnutí je plynulý a pozvolný proces.

Jako stáří pak označujeme výsledný stav, vzniklý procesem stárnutí (Viewegh, 1972, s. 12).

Časové vymezení stárnutí a stáří

Jev jako je stáří je jen velmi obtížně možné pojmově i fakticky vymežit a diferencovat a to z několika důvodů (Viewegh, 1972, s. 13):

- Intraindividuální rozdíly v projevech stáří (různé složky, ať fyziologické, či psychické jsou u jednoho a téhož jedince v průběhu stárnutí postiženy různě).
- Interindividuální rozdíly (výrazné rozdíly v procesu stárnutí u stejně starých jedinců).
- Různé sociokulturní hodnocení stáří (každá doba, kultura, civilizace má různá hodnotící kritéria stáří).

- Prodlužující se lidský věk (hranice mezi středním věkem a stářím se postupně neustále posunuje. Zatímco na počátku 19. století byl čtyřicátník považován za starého, o sto let později to už byl padesátník. V současnosti považujeme za regulérní, dolní hranici stáří věk 65 let. Gerontologové však v současnosti hovoří spíše o věku 75 let!

Obvykle se proto z výše uvedených důvodů rozlišuje stáří **biologické, sociální a kalendářní**.

Biologické stáří - označení přirozených involučních tělesných změn ve stáří (včetně změn způsobených přibývajících nemocemi).

Sociální stáří - se vyznačuje sociálními změnami (změna rolí, změna životního stylu, ekonomického zajištění atd.). Významnou součástí je i splnění některého konkrétního kritéria (např. vstup do důchodu).

Kalendářní stáří - dosažením určitého věku, který je u jedince v důsledku výrazných změn společností označován jako stáří. To však neznamená, že by s dosažením této hranice byl skutečně "starý". Nejobvyklejší je periodizace stáří pomocí tzv. **kalendářního věku** (chronologického), které je datem narození. Podle WHO jej kategorizuje na následující věkové skupiny. V 60. letech minulého století stanovila WHO jako hraniční stáří věk 60 let. (Haškovcová, 2010, s. 20 - 21):

45 – 59 let = střední věk (interevium),

60 – 74 let = rané stáří (senescence),

75 – 89 let = vlastní stáří (senium),

90 a více let = dlouhověkost (patriarchium).

V současnosti se obvykle používá klasifikace seniorů (Mühlpachr, 2005, s. 15):

Mladí senioři (65- 74 let) - období, kdy se jedinec adaptuje na novou životní roli (Senior je soběstačný, volného času využívá aktivně. Důležitý je rozvoj seberealizace, aktivit a koníčků)

Starší senioři (75- 84 let) - dochází k snížení funkční zdatnosti, snížení míry soběstačnosti. Onemocnění mívají specifický průběh.

Velmi staří senioři (nad 85 let) - důležité je sledování soběstačnosti a zabezpečení, objevují se častější onemocnění, biologické změny jsou velmi výrazné.

Za kritické období pro seniory se považuje věk 75 let, kdy dochází ke snížení soběstačnosti a involuční biologické změny začínají výrazně gradovat.

Termíny stárnutí jsou vykládány i dalšími způsoby (Stuart - Hamilton, 1999, s. 89):

- 1. Primární stárnutí** - začínají být patrné involuční změny organismu.
- 2. Sekundární stárnutí** - změny, které jsou ve stáří častější, ale nejsou jeho nutným doprovodem.
- 3. Terciární stárnutí** - je patrný zřetelný tělesný úpadek, který předchází smrti.

Pokud bychom zkoumaly pojem stáří v jeho historickém kontextu a současně s ohledem na demografický vývoj, tak v lidské populaci se od prehistorického období až do zhruba 17. století dožívalo 65. roku života pouhé 1% lidí. Další dvě století tvořili lidé ve věku nad 65 let, 4% populace. V současnosti tvoří podíl osob starších 65 let 12%. Odhady předpokládají, že v roce 2030 bude činit podíl těchto osob více jak 20% (Stuart-Hamilton, 1999, s. 96).

Biologické aspekty stáří/ Biofyzilogické a funkční změny ve stáří

Stárnutí organismu prochází po fyziologické a biologické stránce značnou proměnou. Tyto změny se pak výrazně odráží ve funkci všech orgánů. Obecně lze procesy stárnutí popsat jako atrofii, která postihuje všechny orgány a tkáně a projevuje se snížením elasticity.

Obvyklý je úbytek tělesné hmotnosti i tělesné délky. V kostech ubývá vápníku, což se zejména u žen projevuje tzv. řidnutím kostí, osteoporózou. Poměrně brzy dochází k ochabování příčně pruhovaného svalstva, což vede mimo jiné i k typickému shrbenému držení těla. Snížení produkce svalové tkáně se projevuje výrazným snížením fyzického výkonu, a to již po 40. roce života.

Pokožka je s postupujícím věkem více suchá, svráštělá a tenká. U většiny tělesných orgánů se ve stáří snižuje váha a smršťují se, což je dáno především úbytkem činných buněk. Činné buňky jsou vytlačovány metabolicky méně aktivní vmezeřenou tkání. Celkově se zpo-

maluje a zhoršuje regenerace tkání. Klesá výměna látková, s čímž souvisí skutečnost, že se v organismu hromadí toxické látky, které jsou produktem látkové výměny. Zpomalení látkové výměny se projevuje i přibýváním tuků. Dochází k atrofii vnitřních orgánů, jako jsou játra, ledviny, slezina ad. U žláz s vnitřní sekrecí dochází postupně k degenerativním změnám. Dýchání je povrchnější, což se projevuje ve snížení příjmu kyslíku a následně celkově horšímu okysličení tkání. Pro psychický stav má závažný dopad především ztráta smyslových a nervových buněk. V důsledku změny v nervovém systému, dochází k deficitu hlubokého cití, které se projevuje poruchou chůze a poruchou rovnováhy (tzv. senilní porucha motoriky).

Znalost a porozumění změnám poznávacích schopností, ke kterým během lidského života dochází, je klíčové pro porozumění procesu stárnutí a jeho dopadu na psychické funkce.

Úbytek sensorických a percepčně motorických schopností je v lidském životě poměrně pozvolný a až do počátku šestého decénia v podstatě nenarušuje běžné fungování jedince. Moderní medicína a technologie, jsou dnes schopny i tyto negativní symptomy potlačit a kompenzovat. U starého člověka je patrné, že oslabování sensorických funkcí postupně kompenzuje větší obezřetností, zvyšuje úsilí i u elementárních činností, celkové tempo je volnější.

Zrak - dochází k deficitu vidění. Výrazně markantní je zhoršení vidění za šera, snížení zrakové ostrosti. Přibývá onemocnění, jako je zákal, zánětlivé procesy, problémy se slzotokem, degenerativní změny sklivce atd.

Sluch - výrazný deficit je v oblasti sluchu, projevující se nedoslýchavostí, zhoršenou analýzou popředí a pozadí akustických podnětů, šelesty. Problémy v oblasti sluchových schopností mohou vést následně i k psychickým problémům jako jsou deprese, paranoidní stavy apod. (Švancara, 1983, s. 69).

Čich a chuť - snížení počítkového prahu se projevuje výrazně i v oblasti čichu a chuti, ale tyto změny nemají na jedince tak výrazný dopad, i když nelze vyloučit, že se ztrátou chuti se sekundárně neobjeví nechutenství projevující se omezením příjmu stravy s následnými zdravotními obtížemi (např. avitaminóza), nebo špatný výběr stravy, projevující se nevhodným složením (výrazné kořenění, solení atd.).

V kůži se snižuje počet tělísek pro tlak a bolest, což se odráží v kvalitě manuálních činností, které senior doposud běžně vykonával.

Změny ve fyziologických funkcích přirozeně přímo ovlivňují psychický stav organismu.

V naší společnosti je proces biologických změn spojených se stárnutím a stářím nahlížen spíše negativně, je spojen ve všech ohledech se ztrátou a nedostatkem. Kult výkonnosti a mládí stojí v naprostém kontrastu vůči stáří se vším, co je s ním spojené.

Změnu vzhledu a fyzické výkonnosti obtížně snáší spíše ženy, ale i u mužů se zvláště v posledních desetiletích toto téma stává velmi aktuální. Důsledkem pak často bývá "popření věku" (age denial). To může nabývat různých forem a projevů, kdy se snaží nejrůznějšími způsoby maskovat biologické projevy stárnutí (plastické operace), až po aktivity, kdy se vrhají do fyzicky náročných a věku nepřiměřených činností (např. nevhodné sportovní aktivity apod.). Před svým okolím zatajují a upravují údaje o skutečném věku a snaží se udržet životní styl mladší generace.

Na druhé straně jsou senioři, kteří si stáří plně připouští a dokážou zcela sladit své fyzické možnosti s plnohodnotným životem.

2.2 Projevy stáří

Psychologické aspekty stáří

Změny osobnosti ve stáří

U stárnoucího člověka dochází nejenom ke změně počitkových prahů, projevující se snížením kvality vnímání, ale i ke změnám v oblasti motorické koordinace, intelektového výkonu a paměti.

V období presenia a senia dochází u každého jedince k určitým povahovým změnám. Švancara odkazuje na psychologické výzkumy prováděné pomocí Rorschachovy metody, z nichž vyplývá, že se velmi často objevují pocity nejistoty, nedůvěry až podezíravosti. Dále dochází k zúžení zájmového okruhu na vlastní osobu, tělesné orgány a jejich funkce (Švancara, 1983, s. 59). Ke změnám dochází prakticky ve všech oblastech. Citové prožívání je v období presenia a senia méně intenzivní. Vnější události již starého člověka tolik nevzruší a nezaujmu. Ubývá schopnosti nadchnout se pro něco nového. Tyto změny však mohou mít i pozitivní rysy, umožňující např. udržet si emoční odstup od událostí či nereagovat na události s výrazným emočním doprovodem. O motivech a záměrech nerozhodují tolik sympatie a antipatie. Paradoxně dochází v mnoha životních oblastech prokazatelně ke zvýšení odolnosti a vytrvalosti. Snížení intenzity prožívání se vztahuje spíše k vnějším

událostem, které se bezprostředně netýkají jedince, „v rodině se udrží citové vztahy bez výrazných změn až do stáří, kladné i záporné.“ (Švancara, 1983, s. 59). I přesto je jedinec, i ve velmi pokročilém věku, schopen se vysoce motivovat a realizovat své plány. „V hierarchii lidských potřeb vystupuje ve stáří do popředí touha mít pevné místo v určitém prostředí s kladnými lidskými vztahy a potřeba kladného hodnocení.“ (Švancara, 1983, s. 62). Volní vlastnosti jsou pak spojeny především s úrovní osobnostní integrity. U jedinců se silnou a dobře integrovanou osobností nemusí být volní složka nikterak zásadně oslabena. Problematické může být snižování frustrační tolerance. Starý člověk obtížně snáší obecně psychickou zátěž, a je tak přirozeně schopný méně odolávat různým formám psychického nátlaku a manipulace nebo jiným formám příkoří. Není schopen na ně pohotově a adekvátně reagovat.

Ve stáří často dochází ke zvýraznění určitých povahových črt. Zvláště výrazné je to u osobností nevyrovnaných, podivínských a asociálně disponovaných. U takovýchto osobností dochází k dekompenzaci a celkovému zhoršení. Charakteristické je toto u osobností se sklonem k hostilitě, pedanterii, hypochondrii a lakomství. U těchto jedinců je prokazatelné zvýšení rizika sebevražd. Naopak některé druhy neuróz, výbušnost, fanatičnost, kverulantství, epilepsie, sklon k zneužívání návykových látek a celá řada psychosomatických chorob se ve stáří zlepšují a jejich projevy jsou daleko méně dramatické (Dobíáš, 1971, s. 35).

Důležitým pro kvalitní život seniora, je jeho postoj k budoucnosti. Švancara zmiňuje zahraniční výzkumy M. Schreiner, v nichž se dochází k závěru, že: „Míra plánů a postojů vztahujících se k budoucnosti nezávisí na chronologickém věku, ale na variabilní individuální biografické situaci.“ (Švancara, 1983, s. 63). Ukazuje, že pozitivní náhled na budoucnost koreluje s ekonomickou nezávislostí a zajištěním starého jedince, podobně jako fakt, že žije ve vlastní domácnosti a nikoliv v institucionální péči. Typickým projevem u starých lidí je orientace na minulost. „Všeobecně lze říct, že ve stáří žije člověk více minulostí, než tomu bylo v předchozích etapách života.“ (Švancara, 1983, s. 65).

Změna kognitivních funkcí ve stáří

Paměť, myšlení, pozornost

Paměťový deficit se s postupujícím věkem projevuje především ve složce všípivosti a reprodukce. Primárně je narušena především krátkodobá paměť. Staří lidé si obtížněji osvojují novou látku a obtížně si rovněž vybavují data časově blízká. Časově vzdálené události

si staří lidé obvykle vybavují často velmi dobře, ale události z nedávné doby si naopak starý člověk nepamatuje. Mechanická paměť zůstává v podstatě zachována bez výrazného deficitu i do pozdního stáří. Od pátého decénia se zhoršuje schopnost vybavit si jména a názvy, od šestého decénia musí člověk vynaložit již zvýšené úsilí, aby si podržel v paměti nové poznatky (Švancara, 1983, s. 71). Přesto tento deficit, lze dobře kompenzovat vlastními aktivitami, četbou, řešením hlavolamů, křížovek atd. U duševních pracovníků je deficit často i ve vyšším věku téměř neznatelný.

V myšlení je oslabena především schopnost analýzy a syntézy a rychlé pochopení vztahů. Obsah myšlení se zužuje. Myšlení není plynulé, často je deficitní schopnost udržet myšlenkovou souvislost. Rovněž časté je ulpívavé a zabíhavé myšlení. V pozdějším věku se nezdá setkáváme i s myšlením značně inkohorentním.

Změny paměti a myšlení se přirozeně odráží i ve schopnosti učení. Výzkumy ukazují, že ke snížení schopnosti učení dochází poměrně pozdě a to až po 60. roce života (Viewegh, 1974, s. 28). A i potom může být tento deficit i dosti dlouho málo patrný. Zvláště u lidí duševně pracujících je často schopnost přijímat a zpracovávat nová data až pozoruhodná a trvá do pozdního věku. Sníženou schopnost učení lze nahradit jinými kompenzačními mechanismy, četbou, logickými a paměťovými cvičeními atd. Obecně však platí, že učivo má být vždy přizpůsobeno aktuálním schopnostem a silám v daném věku.

Psychické problémy u seniorů

Problematikou psychických problémů seniorů se zabývají především dva obory - gerontopsychiatrie a gerontopsychologie. V odborné literatuře se uvádí, že až 30% lidí ve věku nad 65 let potřebuje trvalou nebo občasnou psychiatrickou pomoc. Po 65. roce života je 5x pravděpodobnější, že dojde k propuknutí duševního onemocnění, než v mladém středním věku (Dobiáš, in: Urban, 1971, s. 28).

Podíl těžších stupňů duševních chorob vyžadující lékařskou a sociální péči činí v populaci 6-8% a u lehčích stupňů jako jsou neurózy a poruchy osobnosti 20- 25% (Dobiáš, in: Urban, 1971, s. 29).

Z toho důvodu je nutné, aby o problematice duševních poruch, tzn. z oblasti psychiatrie a psychologie, u seniorů měli nejširší povědomí nejen zdravotničtí pracovníci, ale i sociální pracovníci a pracovníci na úřadech.

Psychické problémy u seniorů představují velmi širokou oblast a jsou v úzkém vztahu k somatickým obtížím, zaměříme se ve stručnosti alespoň na ty nejčastější (Dobiáš, in: Urban, 1971, s. 30):

Zmatenost (amence)

Je u starých lidí velmi častým jevem, nejčastěji bývá sekundárním projevem somatických poruch, např. při onemocnění ledvin a s tím související zvýšení dusíkatých látek v krvi. Dále při kardiovaskulárních onemocněních (poruchy TK, srdeční vady, chudokrevnost atd.). Nezřídka se na stavech zmatenosti podílí i avitaminóza a nedostatek důležitých nutričních látek, což je časté u osamělých starých lidí. Pro stavy zmatenosti je charakteristické, že pacient není orientovaný místem, časem a osobou. Další průvodní jevy jsou úzkosti a neklid. V nejzávažnějších případech pak i halucinace.

Senilní demence (stařecký úpadek duševních schopností)

Je způsobena difúzním úbytkem šedé tkáně mozkové. Senilní demence začíná po 70. roce života. Prvními symptomy jsou snížení všípivosti, postupně dochází ke ztrátě soudnosti (vztah okolí balancuje od projevů naivní důvěry k až paranoidní podezíravosti). Častým symptomem jsou stavy neklidu a dezorientace (zvláště večer). Pacient tak je potenciálním rizikem pro své okolí, zapomene puštěný plyn, založí požár, občas je přítomna i útočnost vůči okolí. Senilní demence je neléčitelná a nejpozději do pěti let od vypuknutí následuje úmrtí.

Nejčastější duševní poruchy jsou způsobeny arteriosklerózou mozkových cév. Dalšími častými psychickými problémy jsou poruchy nálady, bipolární porucha, paranoidní psychóza v pozdním věku ad.

2.3 Změna sociální role, proces adaptace člověka v druhé polovině života

Procesy adaptace dle Švancary:

- Procesy sociální adaptace je nutné zkoumat ze dvou hledisek. A/ Z hlediska věkových změn, schopností vyrovnávat se s měnlivými životními situacemi (adaptace ve stáří). B/ Z hlediska modifikace způsobu života vzhledem ke změnám vlastního organismu (adaptace na stáří).
- Stárnutí není samo o sobě příčinou adaptačních nesnází, nýbrž pouze predisponující podmínkou.

- V jednotě ontogeneze a životní dráhy se realizuje pokračující individualizace člověka až do vysokého věku.
- Existují možnosti kompenzace poklesu dílčích schopností adaptace v gerontogenezi.
- Při analýze adaptace na stáří je žádoucí přihlížet k mnohočetné interakci jedince s prostředím, k jeho vitalitě, aktuálnímu zdravotnímu stavu, rodinné konstelaci, ekonomickým podmínkám a vztahu jedince ke společenskému dění (Švancara, 1983, s. 91).

Adaptace stárnoucího jedince nelze posuzovat pouze z hlediska autoregulačních, ale i s pomocí jeho začleňování do sociálních vazeb. Pro pochopení a porozumění kvalitě sociální adaptace je nutné znát tedy nejen povahu a úroveň intrapsychickým konfliktů, ale i interpersonální konflikty.

Analýza způsobu života ve stáří /5 prototypů adaptace na stáří/ (Švancara, 1983, s. 95):

Konstruktivní strategie

V prvním případě se jedná o jedince, pro něž je charakteristické konstruktivní řešení problémů. Tito jedinci mají veskrze pozitivní vztah k životu, dokážou se z něj těšit. Jsou schopni si vytvářet reálné perspektivy. Udržují si nadále své zájmy. Jsou maximálně soběstační. V rámci sociálních vztahů jsou nekonfliktní a přátelští, dokážou si zachovat průbojnost, bez prvků agrese a hostility.

Strategie závislosti

Jedinec předpokládá, že se o jeho citové a hmotné prostředí postará okolí. Opouští své původní aktivity a stávají se pasivními. Svě povolání opouští snadno. Jedná se o přijatelnou, ale méně příznivou strategii, oproti strategii konstruktivní. V rámci sociálních vztahů jsou tyto lidé převážně stažení a uchylují se do soukromí. Tento postoj je pravděpodobně oproti ostatním, z velké části odrazem kulturní tradice v té či oné zemi. V České republice, kde byla dlouhodobě péče o staré lidi v rukou státu, je přirozeně silný odpor k modelům jako např. v USA.

Strategie obrany

Tato strategie je charakteristická přehnaným dodržováním konvencí a pravidel, často až pedantismem. Výrazný může být aktivismus, kdy jedinec není schopen odhadnout své možnosti a často demonstrativně dokazují svému okolí svoji nezávislost. Tito jedinci zcela

ignorují svůj věk. Cílem neadekvátních aktivit je zahnat starosti a fyziologické změny související se stářím a smrtí.

Strategie hostility

Je charakteristická sklonem dávat vinu za své osobní nezdary a negativní důsledky stáří okolí. V sociální oblasti jsou pro tyto jedince charakteristické konflikty, často mají sklon se izolovat od okolí. Mohou se objevovat i paranoidní rysy, kverulantství, často se projevují jako mrzouti. Stáří je chápáno jako negativní, proto mají též tendenci si udržet zaměstnání do pozdního věku.

Strategie sebenávisti (intrapunitivní reakce)

Tito jedinci zaměřují agresivitu proti sobě samým. Charakteristické je sebeobviňování, nepřiměřená sebekritičnost. Svůj život pocítují jako neuspokojivý, tvořený řadou neúspěchů.

U těchto jedinců se často objevují deprese a je u nich zvýšeno riziko suicida. Smrt je často chápána jako východisko.

2.4 Senior a rodina

Pro dnešního současného seniora by měla být rodina a bezpečné rodinné zázemí samozřejmostí.

V době, kdy dochází k oslabení společného sdílení rodinných vazeb a ubývá mezigeneračního soužití, se toto stává často velmi obtížné.

Vývojovými změnami rodiny se ze sociologického pohledu zabýval jako jeden z prvních Emil Durkheim. Durkheim popisuje změnu funkce rodiny, kdy v počáteční formě původního difuzního klanu se postupně vyděluje příbuzenská rodina. S postupující dělbou práce se pak ztratila funkce náboženská, ekonomická, politická a vojenská. Pokud se na rodinu podíváme ve vývojovém kontextu, tak její zásadní proměnu můžeme dát do souvislosti s industrializací. Konečnou fází vývoje rodiny je tzv. rodina nukleární (Keller, 1995, s. 45). Pod pojmem nukleární rodina rozumíme rodiče a jejich děti, tedy standardní západoevropský způsob rodinného života. Vícegenerační rodina se pak skládá z prarodičů, rodičů a dětí. Rodinný život je dnes značně otevřený vůči technickým a sociálním vymoženostem. Dnešní staří lidé nejsou plně schopni v důsledku neuvěřitelně dynamického technického pokroku uplatnit své letité pracovní a životní zkušenosti. Tím se snižuje prestiž a sebevědomí seniorů. Životní moudrost a zkušenosti nejsou přijímány tak jako v minulosti. „Čle-

nové rodiny častěji podřizují soužití svým osobním cílům, a tím se oslabují společná rodinná sdílení a vzájemné chápání potřeb, tento stav lze označit jako změny první demografické revoluce 20. století." (Klevetová, 2008, s. 75). Část původních funkcí rodiny přejímá postupně stát (primárně ekonomickou a zdravotní). Původní funkce rodiny se v průběhu jejího vývoje buď zcela ztratily, nebo transformovaly, jiné naopak získaly na důležitosti. Základní funkce současné rodiny jsou (Klevetová, 2008, s. 76):

Funkce reprodukční

Funkce materiální - tato funkce měla v minulosti větší význam, než nyní, kdy funguje systém sociálních podpor, a slabší členové tak nejsou tolik závislí na silnějších.

Funkce výchovná - rodina poskytuje dítěti základní orientaci v okolním světě, funguje jako regulátor nežádoucí činnosti.

Funkce emocionální - v této oblasti je rodina nezastupitelná a jedinečná. V dysfunkční rodině je právě tato oblast nejvíce zraňující. Emocionální funkce se realizuje uspokojením mnoha potřeb (potřeba podpory, pomoci, přijetí, potřeby společných rituálů, plánů apod.)

Postupně se snižuje počet vícegeneračních soužití. Vícegenerační soužití nacházíme v současnosti spíše na venkově v rodinných domech, v městských aglomeracích, je čím dál tím více výjimkou.

V současné době dochází v rodině k „*oslabování funkce reprodukční a výchovné a více převládá funkce spotřebitelská*“ (Klevetová, 2008, s. 76). Generace dnešních prarodičů žije obvykle samostatně. Intenzita rodinných vazeb se snižuje. Důvodů, proč tomu tak je, je mnoho, od pracovní vytíženosti, přes fyzickou vzdálenost až po egoismus a nezájem. Mnoho seniorů žije osaměle, přibývá jednočlenných domácností. U osamělých seniorů pak dochází nejen k problémům ekonomickým, ale i ztrátě citového zázemí a životní opory, kterou poskytuje vícegenerační rodina. V české společnosti došlo po roce 1989 k výrazným změnám v chápání rodinných vztahů, založení rodiny se posouvá na pozdější věk, je upřednostňována kariéra atd. Přesto si české rodiny, podle výzkumů konaných v letech 1997 – 2001, nadále zachovávají výraznou vazbu k prarodičům, kteří se nezdálo významně podílí na výchově vnoučat a řešení manželských krizí (Klevetová, 2008, s. 78).

Dnes již, výše zmíněné, méně časté mezigenerační soužití s sebou přináší mnoho úskalí a spíše se neosvědčuje. Je velmi obtížné zabránit mezigeneračním střetům, které jsou dány především v rozdílných názorech na svět, společnost, životní hodnoty atd.

Soužití různých generací lze charakterizovat v celé škále – od ideálního, přes pozitivní až po negativní (Kleветová, 2008, s. 81):

Rovnocenné (realistické) soužití – je nejžádanějším základem ve vztazích uvnitř rodiny a je pohodou mezi generacemi. Předpokladem jsou vyvážené osobnosti, které akceptují zájmy starší generace.

Liberální (volné) soužití – každý si dělá, co chce, nejsou pravidla a určení hranic. Je zde patrné zeslabení citových vazeb, neuvědomování si povinností ke starším generacím a nerespektování jejich citových, fyzických a hmotných potřeb zejména v období nesoběstačnosti.

Podbíživé soužití – rodiče si kupují své děti, zvláště v případech, kdy jejich děti o ně nemají zájem. Je zde patrná bezmocnost vůči mladší generaci a snaha o zachování zdání dobrých vztahů.

Nesmiřitelné soužití – je zde silně negativně vyhraněný, sobecký a nemorální postoj, který nepřipouští vzájemný styk mezi mladší a starší generací.

Vynucené soužití – několik generací je nuceno bydlet pospolu, jedná se o nedobrovolné soužití generací, které však nemusí mít vždy v sobě negativní stanoviska.

Vychytralé soužití – využívání rodičů nebo prarodičů s předstíraným zájmem o ně (finanční podpora, pomoc s dětmi, v domácnosti atd.).

V souvislosti s nuklearizací rodiny dochází i ke změnám ve vztazích mezi generacemi.

Funkční rodina poskytuje všem svým členům pocity jistoty a bezpečí. Nabízí pochopení a vzájemnou pomoc. Kvalitní soužití by mělo být postaveno na demokratických principech a solidaritě, s tím, že starším členům je prokázána přirozená úcta, ale nikoliv na úkor členů mladších, kteří rovněž mají nárok na respekt.

Generace prarodičů žije stále častěji nejen samostatně, ale bohužel i v osamocení. Snižuje se počet a intenzita vzájemných vztahů a vazeb mezi jednotlivými členy. Jako řešení osamělosti prarodičů se nabízí udržování rodinné pospolitosti formou pravidelných návštěv, pobytů vnoučat, rodinnými oslavami, „nedělními obědy“, společnými výlety apod. Mezigenerační vztah prarodičů a vnuků může být přirozeně velmi obohacující pro obě strany. Vnoučata seznámí prarodiče s moderní technikou, prarodič jím může zprostředkovat např. znalosti a dovednosti, které dnes nejsou součástí běžného vzdělání.

Úkolem rodinných příslušníků je zajistit, aby role seniora mohla být plněna s důstojností a zájmem.

2.5 Společnost a senior

Vztah seniora a společnosti je v různých kulturách a historických obdobích odlišný. Přesto můžeme tvrdit, že v téměř všech kulturách a dobách je vztah ke starým lidem víceméně pozitivní. Stáří je ctěno a starým lidem je dopřáván odpočinek a i jisté ekonomické zajištění. Negativní vztah ke starým lidem můžeme nalézt u některých kmenových kultur, kdy je ovšem toto podmíněno primárně ekonomickými činiteli. Podobný vztah jako ke starým lidem nalezneme v těchto kulturách i k dětem. Emocionální vazby zde ustupují ve prospěch čisté, často drsné racionality, která je v náročných podmínkách nutností pro přežití komunity, či kmene. Takové příklady najdeme u Inuitů a některých jihoamerických kmenů, kdy v době hladovění, či jiného ohrožení se staří lidé vyřadí ze skupiny.

Ještě v poměrně nedávném období, byla péče o staré lidi zajišťována primárně rodinnými příslušníky. U osamělých a chudých lidí péči přebírala částečně obec, někdy i církve. Byly zřizovány chudobince, nemocnice, na venkovně tzv. pazdery. Tyto instituce byly často závislé na donátorech a podmínky byly obvykle velmi skromné. S postupem industrializace a ekonomickým vzestupem se postupně rozpadají tradiční rodinné vazby a postupně dochází k emancipaci lidí závislých na své práci. S výraznou migrací obyvatelstva do městských aglomerací a přechodem ekonomiky směrem k industriální výrobě, dochází i k výraznému sociálnímu napětí. V souvislosti s těmito skutečnostmi je v některých zemích nastolena, do té doby neřešená, otázka sociální politiky státu, jejíž nedílnou součástí je i problém, jak zajistit alespoň elementární sociální jistotu lidem na stáří. V 80. letech 19. století je zaveden v Německu první důchodový systém, který však zahrnuje pouze určité sociální skupiny. Ke skutečnému řešení otázky sociální a ekonomické situace seniorů dochází až po 2. světové válce. V tomto období jsou po celé Evropě, Kanadě a některých dalších zemích, zákonně zajištěny základní sociální standardy, realizuje se organizovaná sociální péče, vznikají penziony pro staré lidi atd.

V souvislosti se stárnutím populace, větší délkou dožití, dochází i k postupnému zvyšování odchodu do důchodu. Je zřejmé, že se zvyšujícím se odchodem do důchodu se snižuje u mnoha profesí možnost najít si odpovídající práci, kterou jedinec fyzicky i psychicky zvládne.

Specifika zaměstnávání osob v důchodovém věku

Člověk stráví nejproduktivnější třetinu svého života v pracovní činnosti. Často je práce formou naplnění osobních ambicí, člověku dodává smysl vlastní existence, podle úspěchu v pracovních aktivitách se odvíjí i naše vlastní sebehodnocení a sebeúcta. Člověk se identifikuje s pracovní rolí, která se stává jeho nedílnou součástí.

„V období, kdy dochází k poklesu fyzických a duševních sil se u každého mění i jeho pracovní a odborný význam. Přirozeně záleží na profesi, kterou člověk vykonává, rozdíly u jednotlivých profesí jsou obrovské. U manuálních pracovníků, zvláště v profesích fyzicky náročných, dochází k úbytku výkonnosti poměrně rychle. Podobně je tomu u profesí, které jsou spojeny s výraznou psychickou zátěží, jako např. chirurgové, záchranáři apod. Naopak duševní pracovníci si mohou své odborné a pracovní kompetence podržet ještě dlouho v důchodovém věku.“ (Viewegh, 1974, s. 36).

Viewegh uvádí jako příklady negativních vlastností u starých lidí znehodnocující pracovní výkon: *„neschopnost stačit pracovnímu tempu, malá elastičnost, snadná unavitelnost, nekritičnost v jednání s lidmi, tvrdohlavost, malichernost, nedostatek tolerance a nesnášenlivost“*. Naopak jako pozitivní vlastnosti uvádí: *„vyrovnaný výkon, svědomitost, přesnější plnění povinností, vyšší pocit odpovědnosti, odbornost a rutina mohou vyrovnávat úbytek sil.“ (Viewegh, 1974, s. 36).* Mnoho osob v důchodovém věku má tendenci setrvávat na funkcích, na které již nestačí. Není ovšem nutné vzdávat se pracovní činnosti i v pokročilém věku, když je člověk schopen tyto aktivity i nadále zvládat.

Samotný odchod do důchodu může být pro mnoho jedinců výrazný životní zlom, spojený s emočním otřesem. Vstup do důchodu je nezřídka doprovázen symptomy označovanými souhrnně německým termínem „Penzionierunfsbankrott“. *„Jedná se o pocity úzkosti, obava z budoucnosti a stavy bezradnosti nad nadbytkem volného času. Spolu s depresivním laděním, které může nabýt charakter těžkých krizových stavů, se velmi snadno objevují i sebevražedné tendence.“ (Viewegh, 1974, s. 37).*

Charakteristický sociální rys stáří - tzv. generační osamělost

Osamělost si člověk nevolí dobrovolně, ale je mu vnucena z vnějšku. Na rozdíl od samoty, kterou si volíme sami a z hlediska psychohygieny ji chápeme jako pozitivní prvek, je osamělost nežádoucí. Čím je člověk starší, tím více je generačně osamocený. Jeho vrstevníci, známí a přátelé umírají. Osamocenosť seniora prohlubuje i nepochopení mladších a často

eskaluje až v konflikty. Pokud zkoumáme faktory vedoucí k osamocení, tak se senioři jeví jako výrazně ohrožená skupina.

Faktory, které vedou k osamělosti, můžeme rozdělit do 4 skupin (Soudková, in: Urban, 2006, s. 54):

- Životní podmínky (věk, bydliště, je-li vdova/vdovec, ad.).
- Fyzický stav (tělesný handicap, ať již smyslový, či pohybový, bránící jedinci běžnému kontaktu s okolím).
- Psychický stav (psychické onemocnění, akcentované osobnostní rysy, ztráta blízké osoby, či zvířete atd.).
- Sociální nebo ekonomické aspekty (finanční nouze, bydlení, předsudky atd.).

Pokud analyzujeme jednotlivé výše uvedené body, docházíme k závěru, že prakticky každý bod je spojen u člověka se stářím. U prvního bodu je zřejmé, že se vztahuje na období věku a fyzické osamocení. U druhého bodu, jsme jeho obsah popsali, v kapitole Fyzické projevy stáří. U třetího bodu jsme v kapitole Psychické projevy stáří zmínili především změnu povahových rysů a riziková psychická onemocnění. Poslední bod je rozpracován v části kapitoly Společnost a senior.

Z výše popsaných faktorů vedoucích k osamělosti je zřejmé, že výrazně ohroženou sociální skupinou jsou právě senioři.

Ageismus

Nebezpečným jevem, který se objevuje v posledních několika desetiletích je ageismus, urážlivé, pohrdavé až agresivní chování vůči seniorům. Tento jev není spojen s politickými změnami po roce 1989, ale lze jej sledovat ještě přinejmenším o dvě desetiletí dříve. Důsledkem je prohlubování generační propasti.

Problémem ageismu se světová sociologie zabývá, zhruba od 60. let 20. století. Vzhledem k tomu, že se jedná o dynamický jev zahrnující širokou škálu procesů na individuální a strukturální rovině, nebylo zatím dosaženo jednotné konsensuální definice. Vzhledem k mnoha kritickým připomínkám, které byly vzneseny vůči několika zahraničním definicím, byla navržena definice (Vidovičová, 2005, s. 6):

„Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti, jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické

i reální stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnost k určité generaci.“

Ageismus lze chápat jako novou formu nesnášenlivosti. Věk jedince je biologicky podmíněný a neovlivnitelný vlastním úsilím jedince, podobně jako pohlaví či rasa, ale na rozdíl od nich se v čase mění. To znamená, že i nerovnost založená na věku se mění v průběhu vývoje jedince. „Z diskriminujícího se může později stát diskriminovaný.“ (Vidovičová, 2005, s. 7). Věková diskriminace se tedy stává problémem, který může zasáhnout každého jedince, který dosáhne seniorského věku.

Zdroje ageismu lze nalézt na různých úrovních (Vidovičová, 2005, s. 10 - 11):

- **Individuální zdroje** (subjektivně-psychologické). Zde je hlavním zdrojem ageismu hlavně strach ze smrti a stárnutí, jako psychosomatického úpadku. Tento zdroj lze v různé intenzitě nalézt napříč kulturami i časovými obdobími. Předpokládá se, že zdrojem těchto obav je neznalost a nezáměr o proces biologického stárnutí. Extrémním projevem je pak gerontofobie. Lze předpokládat, že vyšší informovanost a znalostmi se může takto vytvořený postoj snížit. Dalším individuálním zdrojem je frustrace a agrese, z níž vzniká obecně hostilita vůči minoritám. Dalším velmi významným zdrojem je pak selektivní vnímání (např. u profesionálního ageismu), ty jsou často spojeny s racionalizací v případě zaměstnávání, že mladý člověk je „levnější“, než starý apod.
- **Sociální zdroje**. Zde se vychází z předpokladu, že možnou příčinou zdroje ageismu je snižování statutu seniorů, které je dáno přechodem z předindustriální do industriální sféry a zvyšováním počtu seniorů ve společnosti a čase. Ve světle těchto změn ztrácí senioři společenskou prestiž, původně založenou na jejich funkci „paměti a moudrosti rodu“. Dovednosti starší generace rychle zaostávají za technologickým pokrokem a tím se snižuje i jejich společenské uplatnění. Potenciálně lze za zdroj sociálního ageismu považovat i trend demografického vývoje, kdy narůstá v populaci počet seniorů. Dnes již není jen okrajovou reakcí obviňování seniorů z neúměrně rostoucích nákladů na zdravotní a sociální systém. Na druhou stranu rostoucí podíl seniorů v populaci může být vhodnou příležitostí k odstraňování individuálních zdrojů ageismu. Dalším zdrojem sociálního ageismu může být konflikt hodnot mezi generacemi, které se mohou manifestovat například v různých politických postojích.

- ***Kulturně podmíněné zdroje.*** Sem zahrnujeme různé hodnotové systémy, jazyk (zejména pohrdlivé výrazy pro osoby vyššího věku), mediální kultura (kvalita a kvantita prezentace seniorů v médiích), humor, umění a literatura. Specifikem těchto zdrojů je schopnost replikovat diskriminační postoje a stereotypy. Významnou složkou ageistických postojů je tzv. strukturální posun. Pod tímto pojmem rozumíme nesoulad mezi materiální složkou (např. technologie) a nemateriální složkou kultury (např. sociální struktury). Za další zdroj kulturně podmíněného ageismu lze považovat i koncept „demografické paniky“. Jedná se o obavy z měnících se demografických struktur ve vyspělých zemích. Trvale snižující se natalita a nárůst podílů seniorů v populaci vyvolávají v některých segmentech společnosti obavy z vyčerpání národních zdrojů a „konce společenského blahobytu“. Takovéto pozice je často využíváno pro ospravedlnění a legitimizaci politických postojů, jejichž cílem je protisociální politika státu a zmenšení role státu v sociálním zajištění seniorů. Vytváření hrozby nedostatku následně vede ke konfliktu mezi generacemi a rozhodně nepřispívá ke společenské stabilitě.

3. KVALITA ŽIVOTA SENIORA

Vzhledem k demografickému stárnutí, výstavbou nových domovů pro seniory a umístěním seniorů do institucionální péče, je zapotřebí věnovat se také kvalitě života v těchto zařízeních. Především se zabývat kvalitou života samotného seniora v instituci, ale i v domácnosti.

Kvalita života starých lidí v historii příliš řešena nebyla, je to záležitost poválečných let a zejména dnešní doby, kdy je trendem deinstitucionalizace a obrat k jedinci, k jeho individualitě, k přáním a spokojenosti.

3.1 Vymezení pojmu kvalita života

Stáří a stárnutí je obdobím integrace osobnosti, rozjímáním nad proběhlým životem, nad jeho kvalitou. Naproti tomu je to také období psychosociálních ztrát a zvyšujících se zdravotních rizik, proto zde nabývá na významu zkoumání faktorů příznivě ovlivňujících kvalitu života seniorů.

Dávideková zasazuje pojem kvalita života do druhé poloviny 20. století, kdy je spojen se založením Římského klubu roku 1968. Tímto termínem chtěli autoři vyjádřit cíle klubu s humanistickým pojetím. Pro pojem však neexistuje jedna ucelená definice, jeho význam je individuálně chápáný v závislosti na dané oblasti užití (Dávideková, in: Kocurová, 2013, s. 409).

Slovo kvalita ze sémantického pohledu znamená „jakost“, anebo „hodnotu“ předmětu.

V posledních letech jsou výzkumy na téma kvalita života nejrůznějších skupin časté. Dvořáčková (Dvořáčková, 2012, s. 56) se vedle vymezení pojmu kvalita života věnuje také pojetí kvality života psychologickému, historicko-filozofickému a sociologickému. Kvalita života obsahuje fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení člověka a jeho vztahy k jiným lidem.

Kvalita života je úzce spjata také s prostředím, kde jedinec žije, s jeho potřebami a požadavky, se smyslem života, kam a k čemu člověk směřuje. Zahrnuje otázky týkající se smyslu a pocitu užitečnosti života a jeho osobní hodnocení v rámci vlastní svobody a spokojenosti. Uspokojování a dosahování zvolených cílů, realizace hodnot daného žebříčku tvoří náplň života a určuje i jeho kvalitu.

Smyslem života se zabýval již psycholog Viktor Frankl, který tento pojem do psychologie uvedl. Byl přesvědčený, že člověk musí mít něco, pro co žít, aby mohl jednat, smysluplně prožívat. Určovat si cíle a postupně jich dosahovat, tím uspokojovat své potřeby a zvyšovat kvalitu svého života. Ta je propojena i se spiritualitou člověka. Je důležité, aby senior dokázal mluvit a měl možnost hovořit o svých cílech v životě. O cílech v oblasti vzdělání, rodiny, bydlení, zda se mu podařilo je naplnit a jakým způsobem. Důležitou oblastí je sebedůvěra, sebeuplatnění, soběstačnost a možnost ovlivňovat svůj život (Dvořáčková, 2012, s. 66). Stejně tak ovlivňuje kvalitu života i životní styl, jehož dva modely popisuje Hegyi (Hegyi, 1996, s. 47). První jako klidný život bez stresu, bez termínů, s relaxační náplní a konzumací medií a druhý jako cíleně aktivní do vysokého věku. To znamená, že se senior věnuje sportovním aktivitám a využívá i možnosti další edukace. Edukační aktivity formou univerzit třetího věku, čímž vyplňuje volný čas, získává a udržuje společenské kontakty a přijímá nové poznatky.

Spokojenost ve vysokém věku, navzdory nepříznivým skutečnostem a ztrátám, se označuje jako „old age paradox“, a je předmětem dlouhodobé teoretické diskuze. Životní spokojenost není zcela to samé jako kvalita života. Nastává otázka, zda pojem kvalita života má stejný význam jako v mládí nebo středním věku. Ke spokojenosti totiž přispívá dobrý zdravotní stav, manželství, samostatné bydlení, sociální zapojení, nepřítomnost deprese a problémů s alkoholem (Dragomirecká, 2009, s. 9).

Člověk během svého života mění pořadí hodnot. S narůstajícím věkem klesá zájem o profesionální úspěch, rozvoj osobnosti a materiální nároky. Do popředí se dostává volný čas a uskutečnění osobních zájmů. Zvláště pak po odchodu do důchodu se hlavní hodnotou stává rodina a zdraví, schopnost vykonávat běžné denní činnosti, svůj význam má i hmotné zabezpečení a životní spokojenost (Hegyi, 1996, s. 53).

Podle Dvořáčkové (Dvořáčková, 2012, s. 65) je definice kvality života mezioborový problém a jeho řešení spočívá ve spojení hledisek z oblasti filozofie, sociologie, ekonomie, politologie, etiky, psychologie a dalších disciplín vědy, jelikož tento pojem má rozměry materiální, duchovní, společenské a individuální. Promítá se sem i kultura, ekonomické podmínky a náboženství.

Z lékařského pohledu jde o stav celkové fyzické, psychické a sociální pohody. Podle skupiny WHO je podstatou životní kvality jedince vnímání jeho pozice v životě v souladu s kulturou a s hodnotovým systémem, v němž žije, a vztah k jeho cílům, zájmům a poža-

davkům. Kvalita života je tedy subjektivní prožívání stáří, vlastní pocit samotného seniora o úrovni spokojenosti svého života. Nejdůležitější hodnotou seniorského věku je zdraví a celková i společenská pohoda. Pokud senior zhodnotil svůj život jako smysluplně prožitý, je spokojen, jak žil, prožívání kvality jeho života je na vysoké úrovni (Dvořáčková, 2012, s. 69).

3.2 Psychologické pojetí kvality života

Psychologické pojetí tohoto pojmu může být chápáno z více hledisek. Jedním je zjišťování životní spokojenosti, hledání odpovědi na otázku, co činí lidi spokojenými. Hledání faktorů, které ji ovlivňují a přispívají k ní. Často se jedná o subjektivní prožívání pohody, osobní pohody, označované též jako štěstí. Psychologové pracují s pojmem „duševní pohoda“.

Psychologické pojetí vychází z hlubší analýzy životního stylu jednotlivce, jeho způsobu života, rodinné a zdravotní situace, vlastního hodnotového systému i postojů. Je to tedy individuální záležitost každého jedince, vlastní nahlížení na žití a prožívání života (Dvořáčková, 2012, s. 62).

3.3 Sociologické pojetí kvality života

Sociální úspěšnost, společenský status, vzdělání, životní styl, majetek patří mezi faktory ovlivňující sociologický rozměr kvality života.

Život seniora po odchodu do důchodu, jeho kvalita by měla být úměrná jeho postavení před penzionováním. V produktivním věku získal určité postavení, ve vztahu ke vzdělání má určité znalosti, zkušenosti i okruh přátel, který udává určitý styl života.

Dvořáčková vyzdvihuje zejména pojem životní styl – styl života. Životní styl jako ukazatel kvality života lidí ve společnosti a též jednotlivých osobností. Je charakterizován všeobecnými sociálními podmínkami určujícími kvalitu a způsob života. Podle Dávidekové (Dávideková, in: Kocurová, 2013, s. 410) je pojem životní styl spíše sociálně-psychologickou kategorií, vyjadřující vnitřní normy a pravidla vlastního života. Způsob života a životní styl mají velký vliv na kvalitu a úroveň života. Odchod do důchodu mění sociální pozici jedince a tím se mění doposud dané hodnoty. Staré hodnoty ztratily význam a nové se teprve musí vytvořit. Senior si musí utvořit nové normy, usilovat o vlastní rozvoj.

Ekonomické postavení jedince i celé společnosti má vliv na životní styl. V průběhu života dochází k nepředvídatelným událostem, které mohou životní úroveň snížit. Patří sem především ztráta životního partnera, ta zasáhne hlavně psychiku jedince, ale i po ekonomické stránce značně ovlivní další život pozůstalého, zejména seniora. Výše nájemného, poplatky za léky, popřípadě hospitalizace v nemocničním zařízení, finančně vyčerpává osamělého seniora a ovlivňuje jeho dosavadní způsob života (Dvořáčková, 2012, s. 67).

Nejdůležitější hodnotou po stránce sociální je pro seniory otázka společenských vztahů, kontaktů s jinými lidmi, zájmové činnosti ve volném čase. Dávideková uvádí, že nejdůležitějším faktorem je samotný člověk a jeho životní postoj (Dávideková, in: Kocurová, 2013, s. 414).

3.4 Sociální role a sociální statut ve stáří

Vymezení pojmu sociální role

Každá etapa lidského života je spjata s určitými sociálními rolemi a statuty, k nimž se vztahují různá očekávání. Proces socializace jedince není nikdy dokončen a probíhá právě vyvázáním se z určitých rolí a přijetím rolí nových, což předpokládá i internalizaci norem, které si daná společnost k této roli vytvořila. V procesu socializace starého člověka, je tedy nutné, aby přijal normy své nové sociální role a identifikoval se s ní.

V sociologii obecně pod pojmem role chápeme „*ustálené způsoby jednání očekávané od držitelů určitých pozic*“ (Keller, 1995, s. 58). Garantují, že člověk bude jednat tak, jak to od něj společnost očekává. Každá role podléhá sociální kontrole, a tím i sociálním sankcím. Proto bude velmi důležité do budoucna, jak rozmanité a jak důstojné budou definované, stáří přisuzované role, aby vytvořily klima pro občanskou participaci seniorů (Ort, 2004, s. 23).

Každý jedinec zaujímá více rolí současně a to jednak nezávisle (zaměstnanec, volič, nakupující), jednak souběžně (matka a manželka v rodině). Sociální role jsou jedinci připsané, vnucené nebo je jedinec získá. Role vykonávané jedincem v různých sociálních skupinách jsou výrazem zejména jeho osobnosti.

V sociologii se obvykle rozlišují různé typy rolí (Keller, 1995, s. 58):

a) role připsané (např. pohlaví, věk, národnost, zděděný majetek)

b) role získané (např. prestiž, nezděděná privilegia)

c) role vnucené (např. vojenská služby, nezaměstnanost)

V sociálních rolích dochází často ke konfliktu, rozlišujeme konflikty:

a) konflikt intrapersonální (osobní konflikt mezi dvěma rolemi, které se vzájemně vylučují)

b) konflikt interpersonální (mezi jedinci)

c) konflikt mezi rolemi (jedna sociální role jedince nemůže po stránce formální a etické být souběžně s rolí jinou).

K samotným sociálním rolím jedinec zaujímá různé přístupy:

ztotožnění/identifikaci, distanc/odstup (jedinec roli přijímá, avšak není s ní ztotožněný), odmítnutí role.

Vymezení pojmu sociální status

Sociální role jakožto očekávané způsoby chování jedince jsou vázány na určitý sociální status.

Pojmem statut rozumíme, že „*různí lidé zaujímají v rámci skupin různé postavení. V jejich jednání se projevují nejen jejich individuální zvláštnosti, ale též nutnost chovat se způsobem, který v očích druhých odpovídá dané pozici, výši statutu*“ (Keller, 1995, s. 59). Jde o komplex složený ze závazků, výhod a možností. Důležitým pojmem, který je se statusem spojen, je prestiž, to jakou vážnost jedinec požívá v rámci sociální komunity. Prestiž je relativně nezávislá na materiálních výhodách. Sociální status může být definován věkem, pohlavím, osobností, charakterem atd.

S odchodem do důchodu dochází rovněž u velké části populace i k tzv. statusové újmě, čímž rozumíme různé negativní dopady spojené se snížením finančních příjmů, snížení životního standardu a nezávislosti, ztráty respektu, snížení podílu moci, omezení přístupu k informacím, zúžení kontaktů a vlivu, změna denního režimu a návyku atd. To vše přináší pro seniora řadu negativních důsledků (Rabušic, 1995, s. 88).

Očekávané role seniora

Vstupem do seniorského věku se mění i sociální role jedince. U seniora předpokládáme tyto role (Ort, 2004, s. 25): role prarodiče, role nemocného, role manžela/manželky, později vdovce/vdovy, role důchodce/pracujícího důchodce, role aktivisty ve volném čase, role pamětníka, veterána, role rádce, poradce, experta, role pečovatele o velmi staré rodiče, role občana-voliče, role příbuzného, role souseda. Z výše uvedeného je zřejmé, že některé role nesouvisí s věkem, ani postavením seniora ve společnosti a nemají charakteristické rysy. Zkusme se zaměřit jen na ty role, které jsou pro seniora charakteristické, a které lze až na výjimky zaujmout v jiném věkovém období.

Role prarodiče

Pro starého člověka je novou a velmi významnou rolí role prarodiče. Základní normativy této role byly v minulosti dobře zakotveny především díky vícegeneračnímu fungování rodiny.

V období masové industrializace a s ním spojené migrace obyvatelstva do větších městských celků, však dochází k rozpadu vícegenerační podoby rodiny. Dnes dělíme rodinu podle počtu členů na nukleární, kterou tvoří pouze oba rodiče a děti, dále pak rozšířenou, do níž zahrnujeme i příbuzné (prarodiče). Práva, povinnosti a sociální statut prarodiče tak doznávají výrazných změn. Většina prarodičů nesdílí s potomky společnou domácnost, jsou ekonomicky a sociálně nezávislí. Při časté rozvodovosti není neobvyklé, že „*prarodiče často suplují rodiče, ekonomicky drží nad vodou neúplné rodiny dcer samoživitelék*“ nebo dokonce „*přebírají role náhradní matky*“ (Ort, 2004, s. 26). Senioři dnes běžně zajišťují péči o vnoučata v období školních prázdnin a nemoci dítěte. Často se podílí na školní přípravě atd.

Role nemocného

Jak jsme již zmínili, tak stáří je spojeno i s úbytkem fyzických sil a nástupem nemocí s ním spojených. Daleko častěji tak senior vstupuje, chtě nechtě, do role nemocného. Tato role pro něj znamená vystoupení ze společenských závazků, platných pro ostatní členy společnosti. Role nemocného s sebou přináší především pozici podřízenosti (vůči lékaři, ošetřujícímu personálu, sociálním pracovníkům atd.) a rovněž vyšší závislost. Je nutné zdůraznit,

že samotné stáří není nemocí a starý člověk není pacient. Často se tak setkáváme, že starý člověk je nejen svým okolím, ale i institucemi manipulován do role pacienta.

Role vdovec/vdova

V průběhu života se člověk musí postupně vyrovnat se ztrátou svých blízkých. Úmrtí rodičů a následně úmrtí partnera jsou události nejen emočně traumatizující, ale náročné i na praktické zvládnutí. Ve většině rodin převažuje klasické rozdělení rolí, kdy muž má na starosti konkrétní úkoly spojených s mužskou rolí a žena s ženskou rolí. Muž se tak při ztrátě partnerky, musí učit mnoha činnostem, které do té doby nevykonával. S tím je spojena řada rizik, zvláště u velmi starých lidí (kvalita výživy, hygiena atd.). Ovdovělým ženám často činí potíže orientovat se v úředních věcech. Rovněž ekonomický dopad bývá zřetelný (nájem, atd.). Ztráta partnera je spojena i s rizikem, využívání a zneužívání starých lidí podvodníky.

Mimo ztrátu partnera staří lidé postupně přichází i o přátele a dochází k tzv. generační osamělosti.

Role pracující/důchodce

Výraznou změnou klíčové životní role, kterou člověk zastává většinu produktivního života je role pracujícího. Tuto roli opouští s odchodem do důchodu. Tato změna bývá mimořádně významná ve všech aspektech života jedince. Dnes se často hovoří o nepřipravenosti člověka na vstup do důchodu především po ekonomické stránce, avšak zapomíná se i na další stejně důležité jevy, které jsou s touto změnou spojeny. Ekonomické aspekty této změny vedou často i k výraznému snížení životní úrovně, mnoho aktivit, které senior provozoval, se náhle stávají nedostupnými (dovolené, koníčky, kulturní aktivity atd.). Změna je dále spojena se ztrátou moci, prestiže a úcty, kterou jedinec doposud pojímal. Změnu z role pracujícího na důchodce lépe zvládají ženy, což je dáno především faktem, že ženy v naší kultuře nejsou tak výrazně spojeny s profesní kariérou a nehrají roli „živitele rodiny“. U ženy pečující o domácnost nejsou odchodem do důchodu rovněž výrazně narušeny návyky v souvislosti s domácími pracemi. Péče o děti, často postupně přechází na péči o vnoučata, čímž se kompenzuje ukončení pracovního procesu.

Důležitým pojmem v souvislosti se změnou role z pracujícího na důchodce je i pojem disengagement - umění odchodu, čímž rozumíme: „*včasně a záměrné stahování se z některých společenských sociálních rolí, uvolňování se z náročných aktivit*“ (Ort, 2004, s. 24). V souvislosti s odchodem do důchodu se v odborné literatuře objevuje i termín "penzijní kolaps". U mnoha lidí, s výraznou výkonovou a profesní životní orientací je odchod do důchodu často spojen se ztrátou životního smyslu, což může u některých jedinců mít až traumatizující charakter. Mnoha lidem, kteří vstupují do důchodu, chybí náhle smysluplný životní program. Sebehodnocení a sebedůvěře člověka vstupujícího do důchodu nepřispěje, ani současné sociální klima, kdy je médii a politickými reprezentanty neustále zdůrazňováno, kolik finančních prostředků je vydáváno na sociální péči, zdravotnictví a i samotné důchody. Tedy oblasti, z kterých nejvíce čerpají právě důchodci. Povzbuzující není ani vyzdvihování ekonomicky úspěšných jedinců a vyřazování stárnoucích lidí, často velmi kontroverzním způsobem z trhu práce. Současný „kult výkonnosti“, přející především mladým, vzdělaným lidem, svádí mnohdy k pohledu na staré lidi, jako na neužitečné a nehodné podílu na společenském dění.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. POSOUZENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORA, VÝHOD A NEVÝHOD, V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ A V PROSTŘEDÍ DOMOVA PRO SENIORY

Bakalářská práce vychází z mé vlastní profese. Pracuji v domově pro seniory jako aktivizační pracovnice. Náplní této pracovní pozice je poskytování aktivit klientům, vhodné pro udržení stávajícího zdravotního stavu. Vyplněním času smysluplnou činností zkvalitňujeme život seniora v zařízení sociální péče. Senior potřebuje vědět, že je ještě užitečný a má proč žít. Kvalita života v těchto zařízeních souvisí s kvalitou poskytované péče.

4.1 Charakteristika zařízení

Domov pro seniory

Šetření bylo prováděno v sociálním pobytovém zařízení pro seniory – Norbertinum. Jedná se o neziskovou organizaci, občanské sdružení Lumina, které provozuje dva domovy pro seniory. Jedním je Norbertinum v Brně-Židenicích a druhé Santini ve Křtinách. Křtinský Domov je provozně starší, orientuje se spíše na klienty s Alzheimerovou chorobou, brněnský Domov vznikl v roce 2013, rekonstrukcí bývalé policejní budovy a slučuje Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Oba domovy jsou vedeny v rodinném duchu s celkovou kapacitou do padesáti klientů. Je zde kladen důraz na spolupráci s rodinami ubytovaných seniorů, na udržení soběstačnosti, na udržení kognitivních a motorických funkcí jedince.

Domov nabízí klientům aktivity v oblasti tělesné i duševní. Rehabilitace a ergoterapie, zahrnující zdokonalování či udržování stávající úrovně jemné i hrubé motoriky, kognitivních schopností a mentálních funkcí, vyplňuje denní režim seniorů. Splňuje i funkci sociální, jelikož se senioři při těchto činnostech seznamují, sbližují, poznávají jeden druhého.

Péči poskytuje kvalifikovaný personál přímé obslužné péče – pečovatelky, pečovatelé – kteří vystudovali zdravotnickou školu nebo pečovatelský kurz. Personál je veden vrchní sestrou a dále řízen sociální pracovníci- manažerkou. V zařízení pracuje 6 sester, 20 pečovatelek, 2 aktivizační pracovnice, 1 rehabilitační pracovnice, 1 psycholožka.

Sociální pracovnice-manažerka se zabývá příjmem nových zaměstnanců společně s ředitelkou společnosti a vrchní sestrou, dále příjmem nových klientů, vyhotovením dokumentů

potřebných k nástupu nového klienta. Seznamuje rodinu i klienta s chodem domova, s podmínkami financování a ošetřování.

Kvalita poskytované péče je kontrolována sociálními standardy. Pro každého klienta jsou utvářeny individuální plány péče vedoucí ke splnění klientova reálného přání. Dále plány péče, na kterých se podílí všichni zaměstnanci pracující s klientem, sledují jeho adaptaci, pokroky nebo naopak regrese.

Obvyklým problémem v těchto zařízeních je klientova adaptace na nové prostředí a jeho obyvatele. Pokoje jsou převážně dvoulůžkové, jednolůžkových je velmi málo, proto zde nastává problém v soužití spolubydlících. Je velkou náhodou a zároveň i úspěchem, jestliže se podaří dát dva klienty, kteří si spolu budou rozumět. Tento problém v péči o seniory v domácnosti odpadá. Domov pro seniory se snaží najít pro seniory takový způsob aktivit, kde by mohli najít společnou řeč.

Středisko pro seniory

Středisko poskytující služby seniorům spadá pod sociální službu poskytovanou obcí. Seniorům jsou nabízeny aktivity formou výletů, setkání, večírků, tanečních klubů apod. Důležitá je u těchto seniorů soběstačnost, dobré zdraví a s tím spojená pohyblivost, mobilita.

Senioři se pravidelně setkávají na domluvených aktivitách. Setkáváním udržují sociální kontakty, ale i fyzické a mentální funkce svého organismu.

4.2 Kvalita života uživatelů

Život uživatelů domova se výrazně liší od života ve vlastní domácnosti, jak již bylo výše zmíněno.

Klienti domova bydlí v jednolůžkových či dvoulůžkových pokojích. Počet jednolůžkových pokojů je velmi nízký, pouze 5. Pokud klienti touží po samostatném pokoji, musejí si požádat u sociální pracovnice, která si je zavede do seznamu, ale více ovlivnit nemůže.

Každý pokoj má polohovací zdravotnické lůžko se stahovacími zábranami po stranách. Zábrany/postranice jsou dávány pouze klientům, u kterých hrozí pád a tím i riziko úrazu. Používají se u některých klientů na noc, samozřejmě s jejich souhlasem. Pokoje jsou vybaveny koutkem pro malou hygienu – umyvadlem. Koupelny jsou na každém patře dvě a

koupele klientů je dána harmonogramem práce pečovatелů. Stravování probíhá hromadně ve společné jídelně, která je současně i společenskou místností. Konají se zde denní aktivizační programy, jednorázové akce, oslavy, večírky. Personál, především aktivizační pracovníci, se snaží vyplnit volný čas klientů smysluplnou činností zaměřenou na tréninky paměti, ruční práce, hudebními, čtenářskými i filmovými kluby.

Kvalita života seniorů v domově je odrazem kvality samotné péče o ně.

Kvalita života seniora ve vlastní domácnosti je závislá na soběstačnosti jedince, pomoci rodinných příslušníků či pečovatelské služby. Značný vliv má i zdravotní, ekonomická a sociální úroveň seniora.

4.3 Komparace péče domácí a péče institucionální

Cíl výzkumu:

Posouzení výhod a nevýhod institucionální péče z pohledu klientů – uživatelů institucionální péče.

Orientační srovnání zjištěných názorů uživatelů institucionální péče s názory seniorů v domácím prostředí – klientů střediska sociálních služeb.

Zkoumaný soubor respondentů

Ke spolupráci byli vyzváni:

a) vybraní klienti střediska sociálních služeb v Brně, ve věkové kategorii 80 a více let, muži i ženy. Za podstatné při výběru respondentů bylo považováno soužití bez partnera, s omezeným poskytováním pomoci klientovi dětmi či jinými příbuznými a rovněž zájem vybraných klientů o informace, týkající se života seniorů v domovech pro seniory. Důvodem uvedených kritérií výběru klientů střediska sociálních služeb byla snaha přiblížit jejich sociální situaci druhé skupině respondentů zařazené do průzkumu.

b) vybraní klienti domova pro seniory, kteří do ústavu nastoupili nejdéle před dvěma roky a byli schopni posoudit význam změn ve svém způsobu života. Za důležitý při výběru respondentů byl považován zájem otevřeně hovořit o problémech života v ústavním zařízení i v předchozím životě v domácím prostředí.

Celkem bylo do tohoto šetření zahrnuto 22 osob, z toho 7 klientů střediska sociálních služeb a 15 klientů domova pro seniory ve věkovém rozmezí 81 – 94 let.

Použitá metoda

Šetření a sběr údajů bylo plánováno formou standardizovaného rozhovoru, postupujícího podle předem připravených a ve shodném pořadí formulovaných otázek.

I přes některé dílčí problémy během rozhovorů se podařilo vést rozhovory tak, aby byly zásady vedení standardizovaného rozhovoru dodržovány s tím, že bylo klientům umožněno odpovědi na jednotlivé otázky rozvádět i podle jejich potřeb, aby byli pro rozhovor motivováni a rozhovor jim přinášel dostatečné uspokojení.

Východiska pro sestavení položek standardizovaného rozhovoru:

a) Každý jedinec si v průběhu svého života buduje určité **materiální zázemí**, mnohé časem opouští, jiné obměňuje, další si udržuje třeba i po celý život. Materiální zázemí je tvořeno nejen obydlím, v němž žije a jeho vybavením, ale shromažďováním věcí osobní potřeby. K mnoha produktům, které člověka obklopují, ať už jsou materiální nebo i nemateriální povahy, získáváme emocionální vazby. Mohou sem patřit třeba knihy, nosiče hudby, fotografie, upomínkové předměty i nevalné ceny, rodinné památky atd., které byly nedílnou součástí života jedince a mapují jeho zájmy, záliby nebo vztahy.

Na mnoha takových věcech člověk silně lpí a jejich ztrátu může bolestivě prožívat a obtížně se s ní smířovat. Vybavení domácnosti, kterou si jedinec vybudoval, nábytek, nebo věci denní potřeby, to všechno tvoří součást jeho světa, se kterou se musí při přechodu do institucionální péče loučit. Vztah k věcem, které nás obklopují, je často sycen vzpomínkami na šťastná i nešťastná období našeho života a právě tím získává pro každého z nás neopakovatelnou cenu. Proto se starý člověk často nerad loučí i s věcmi, které jsou v očích druhých omšelou zbytečností, zatímco pro něho znamenají významnou a důležitou část jeho života.

b) **Sociální složka**, která nás zajímá, zahrnuje vztahy rodinné, osobní – vztahy k přátelům, bývalým spolupracovníkům, vztahy sousedské a vztahy referenční, tj. vztahy k sociálním skupinám, kterých se cítíme být součástí, i pro seniora to může být například náboženská nebo politická aktivita. I když z různých důvodů osobních nebo zdravotních se obvykle v seniu sociální vztahy rozvolňují a úmrtí partnera, či přátel vede k omezení živých kon-

taktů, přesto si mnozí geronti i ve vysokém věku udržují dlouholeté vazby k lidem v okolí, zvláště, pokud žijí na menším městě, vesnici nebo v místech s bohatými občanskými aktivitami.

c) Na sociální složku úzce navazuje **zájmová oblast**, v rozhovoru zaměřená na zájmové aktivity, kterými dotyčný vyplňoval svůj volný čas, které mu byly zdrojem uspokojení. Vedle aktivit, které byly sledovány v předchozím okruhu otázek, se okruh otázek k této oblasti vztahoval k různým aktivitám pohybovým, rukodělným, kulturním a jiným. Senioři, pokud jim to mobilita dovolí, rádi využívají nejrůznější kulturní akce, poznávací zájezdy, zajímají se o turistické aktivity a pro ně vhodné aktivity sportovní. Poměrně často je pro seniora rovněž koníčkem zahrádkaření nebo drobná chovatelská činnost, která naplňuje významně jeho život.

d) **Péče o zdraví a kvalita uspokojování základních potřeb** – nástupem do sociálního zařízení se významně mění způsoby uspokojování základních potřeb, omezením nebo přímo i ztrátou intimity v různých situacích. Jsou narušovány spánkové návyky, způsoby realizace očisty a dalších hygienických postupů, či rituály vyprazdňování. Mění se i způsoby stravování, omezeny mohou být pohybové aktivity, které jedinec mimo sociální zařízení mohl vykonávat, i omezení dalších aktivit, které mu přinášely emocionální uspokojení. Je třeba počítat s tím, že ve stáří postupně narůstají problémy, které senior nerad přiznává nebo se za ně i stydí.

Relativně časté jsou ve stáří poruchy mikce u mužů i žen, rovněž poruchy defekace, případně nápadnější flatulence. Zdrojem různých problémů estetického rázu může být i umělý chrup a péče o něj. Pokud žije senior ve vlastní domácnosti, může takovéto problémy řešit v klidu, v ústraní, beze svědků, s pocitem plné intimity, v ústavních zařízeních se musí smířit s tím, že značnou míru své intimity ztrácí. Můžeme očekávat snazší akceptaci omezené intimity u osob, které přestaly být soběstačné a potřebují nezbytně pomoc pečovatele, pro geronta plně soběstačného může být omezená intimita vnímána tíživě.

Položky standardizovaného rozhovoru a ukázka rozhovoru jsou přílohou č. 1 této práce

Způsob zpracování dat

Údaje zapsané v průběhu jednotlivých rozhovorů byly zaznamenávány a následně tříděny a kategorizovány.

Údaje z podsouboru respondentů z domácího prostředí a respondentů klientů z domova pro seniory byly tříděny a kategorizovány samostatně.

Tříděná data v tabulkách s legendou jsou přílohami č. 2 - 5 této práce.

Výsledky

Věkový průměr respondentů z domácností byl v době pořizování rozhovorů 81, 85 let a u respondentů z domova důchodců dokonce 85, 26 let. I přes tak vysoký věk, označovaný často v odborné literatuře jako *kmetství*, šlo o osoby vyznačující se dobrému porozumění otázkám a schopné přiléhavě formulovat odpovědi na otázky.

Orientačně byla položena otázka na subjektivní zdravotní stav, podle vyjádření odpovídajících a po dohodě s nimi byl celkový aktuální stav označen jedním z písmen A, B, C, přičemž pod písmenem:

A - rozumíme stav docela dobrý až uspokojivý,

B - častější stesky, především ve vztahu k bolesti, či jiným potížím,

C - intenzivní stesky, odrážející celkovou nespokojenost, bolest, trápení.

V obou podskupinách byly zastoupení respondenti téměř spokojeni se současným stavem, i respondenti s občasnými stesky a rovněž klienti „ubolavělí“, což se odráželo i v průběhu vedení rozhovoru, neboť je pochopitelné, že respondenti s výraznějšími stesky měli tendenci téma svých potíží upřednostňovat a opakovaně se jimi zabývat.

Soubor otázek, vztahujících se k materiální stránce života

zahrnoval způsob bydlení před nástupem do domova pro seniory, přehled toho, co respondenti byli nuceni opustit, s jakými „ztrátami“ se museli smířit a vlastní kompetence při rozhodování o věcech, které člověk opouští.

U respondentů z domácností byly dotazy formulované hypoteticky, tedy co by pro ně představovalo zátěž při přechodu z domácnosti do domova pro seniory a jak by situaci chtěli řešit.

Z rozhovorů je zřejmé, že „zpretrhání“ pouta k předchozímu domovu je obecně obtížné pro všechny respondenty, často zazněly výroky typu „nesmířila jsem se“, „přišla jsem

o všechno“, „*nic mi nezůstalo*“. Přetrvává i strach o osobní věci, které zůstaly v péči příbuzných, do popředí vystupují (u tří klientů) i výčitky svědomí kvůli opuštění zvířete. Klientka domova přenechala svoji kočku dceři, která jí „*ji nosí ukazovat*“. Pouze jedna respondentka byla smířena s opuštěním bytu a domov pro seniory nazvala svým domovem - „*jsem tu spokojená, já už tu mám vlastně domov*“. Pro klienty by bylo snazší, kdyby v ústavních zařízeních, v nichž klient dožívá, si mohli „*přinést sebou kousek svého domova*“, jak uvedla jedna z klientek. Tato možnost v daném zařízení je, avšak ne všichni klienti ji mohou využít z důvodu rozlohy obývaného pokoje. Vzpomínání na to, jak měla klientka svoje pohodlné křeslo, svoji přehledně uspořádanou komodu, své nástěnné hodiny, na které bylo dobře vidět, svůj krásný obraz nad postelí, se „*stýskavě*“ vyskytovalo při vedení rozhovorů velmi často.

Obavy z opuštění vlastního bydlení vystupují do popředí i u skupiny respondentů z domácností zvláště, pokud jsou ještě aktuálně schopni relativně bezproblémové sebeobslužnosti. V rozhovorech pak zaznívaly obraty „*není nad vlastní domov*“, „*chci mít svůj klid*“, „*mám krásné věci a je mně mezi nimi dobře*“. I v této podskupině byli zastoupeni respondenti pečující o vlastní zvíře (psa, kočku) a pouhá představa, co by se s opuštěným zvířetem stalo, byla pro ně zdrojem úzkosti.

Celkově lze usoudit, že pokud respondent dlouhodobě žije (nebo žil) v uspokojivém prostředí, případně i s možností pobytu na zahrádce a s malou náročností na obsluhu vlastní domácnosti (úklid, zajištění tepla, jídla, nákupů), obtížněji se mu takové prostředí opouští. Svědčí o tom, i ne vždy, otevřeně přiznávaná trpkost některých klientek domova pro seniory ve vztahu k vlastní rodině, byť spojená s ambivalencí při pochopení vlastní nedostatečnosti péče o vlastní osobu. Příkladem může být odpověď typu „*dcera potřebovala víc času na svoji rodinu, má nemocného manžela, je hodná manželka, ale dcera už míň...no jo, já už sama nemůžu a nepomůžu*“.

Odpovědi na **otázky vztahující se k sociálním vazbám** respondentů, jejich omezení a naopak rozšíření změnou životního prostředí jsou zřetelným odrazem bohatosti či chudoby sociálních vazeb jednotlivých osob.

U sledovaného vzorku jde vesměs o osoby, které si průběžně udržují vztahy s rodinnými příslušníky, i dalšími blízkými (se sousedy, s přáteli). I když je pro malý počet mužů zahrnutých v průzkumu problematické posuzovat rozdílnosti mezi pohlavím, je možno konstatovat, že ženy respondentky se jeví jako výrazněji sociabilnější, s větší intenzitou rodin-

ných vazeb a rovněž s větší ochotou přijímat nové kontakty, ať už máme na mysli pracovníky sociálních služeb nebo nové spolubydlící. U mužských respondentů v domově je výrazný stesk po „partákově“, člověku, s kterým by si mohli popovídat, zahrát karty apod. Z tohoto projevu můžeme soudit horší navazování kontaktů mezi muži.

Někteří respondenti si vystačí s výrazně omezenými kontakty, stačí jim telefonát s blízkými, preferují klid, samotu, poslech radia, jiní naopak při obdobné frekvenci realizovaných kontaktů zažívají pocity izolace a opuštěnosti. Potřeba sociálních kontaktů úzce souvisí se zdravotní pohodou či stesky, ať jde o klienty domova pro seniory nebo osoby v domácím prostředí a tento problém byl mnoha respondenty i přímo jmenován: „*když mě bolí záda, jsem protivná a nikoho nechci vidět*“, „*včera mě chtěl navštívit vnuk, ale nebylo mně dobře, tak jsem mu volal, ať nechodí*“, „*někdy ani nemám zájem a telefonuji kamarádkám, že jsem nemocná, ať nechodí*“, „*už jsem stará, lenošná a protivná a proto zůstanu na pokoji*“ atd.

Otázkou je, nakolik se do zdravotních stesků může promítat somatizace psychických a sociálních problémů. Jak uvádějí autoři v publikaci *Psychosomatická medicína* (Baštecký, 1993, s. 49), jde o pochody různou měrou nevědomé a psychofyziologicky zprostředkované a je tedy i různě obtížné a náročné převést celou problematiku do oblasti psychosociální, či dokonce do vědomého náhledu pacienta.

I osamocení, nebo jen strach z něho, tedy může nevědomě posilovat nejrůznější zdravotní stesky klientů, které pak mohou být určitou zpětnou obranou před strachem z osamocení.

O to důležitější potom je sledovat a hodnotit u klientů míru jejich sociálních kontaktů, přicházejících „zvenčí“ a cíleně posilovat vztahy budované „uvnitř“ society obyvatel domova pro seniory.

Obdobně rozmanité je i hodnocení možnosti **uspokojování různých zájmů a aktivit**. Lze ale konstatovat, že pokud jsou v domově pro seniory přímo některé zájmové aktivity nabízeny, pociťují respondenti uspokojení a uvádějí, na rozdíl od respondentů v domácnosti, že se nenudí, protože se mohou společně určitými činnostmi zabavit. Často se zmiňovali o tom, že „*celý den jsem seděl doma a čekal na syna*“, „*měsíc ubíhal od výplaty důchodu k další výplatě důchodu, tady se pořád něco děje*“. U respondentů v domácnosti se častěji objevovaly stesky, že už jim zbývá (slovy jednoho odpovídajícího) „*jen televize a postel*“.

Snazší je situace těch respondentů, jimž zdravotní stav a kondice dovolí pohyb venku, procházky, návštěvy kostela, divadla, sousedů, přátel a pod. To je také jeden z důvodů, který

respondenti z domácností vyzdvihují jako významný pro svůj osobní život: „*ještě si chodím, kam chci*“, „*rád si chodím nakupovat a vybírat k jídlu, co mám rád*“, „*dojdu si za kamarádkou a společně pak chodíme do parku až na Obilňák*“, i když někdy nostalgicky v čase minulém.

Uspokojování **základních potřeb, tedy spánku, jídla, intimních potřeb, hygieny, aktivit duševních a tělesných** je v průběhu let často doprovázeno řadou rituálů, které jsou přechodem do nového prostředí značně narušeny, čemuž pak odpovídá i větší míra stesků a stížností. Nutno mít také na paměti, že adaptabilita na nové prostředí a rytmus života se věkem snižuje. U našich respondentů se konkrétní stesky týkaly především menší frekvence sprchování, naopak pozitivně přijímali potřebnou pomoc při hygieně. Jen výjimečně projevovali nespokojenost s narušením spánku, jídla se stesky netýkaly vůbec. Problémy v této oblasti se neprojevovaly významně možná i proto, že zařízení, v němž rozhovory probíhaly, je „nizkokapacitní“ a poskytující jednotlivým obyvatelům dostatek osobního prostoru. Objevily se stesky typu „*doma jsem si chodívala na zahrádku, tady ta možnost není*“, nebo „*chybí mi moje knihy, ke kterým bych se ráda vracela*“.

Citlivější informace týkající se intimity respondenti spontánně neuváděli a při cílenějších dotazech měli tendenci je rychle přecházet odpověďmi typu „*to víte, staré tělo už tak neposlouchá*“, „*už to není jako zamlada*“, „*až nedojdu na záchod, bude to horší*“, atd. Proto jsme v rozhovorech na toto téma zbytečně nesetrvávali.

U otázek, u nichž bylo možno rovněž určitým způsobem vyjádřit míru (intenzitu) obtížného přizpůsobení, ztráty nebo naopak přínosu ze zcela nové životní situace, byli respondenti vyzváni, aby se pokusili konkrétní situaci nebo problém oznámkovat známkou 1 až 5 „školským způsobem“, kdy známka 1 označovala bezproblémovost, snadnost, výhodu a protipól známky 5 představoval zátěž, nepříjemnost, nespokojenost.

Vzhledem k tomu, že rozhovory probíhaly volně a bez časového tlaku, bylo příjemným zjištěním, že toto známkování nečinilo respondentům žádné potíže.

U rozhovorů s klienty střediska sociálních služeb šlo pochopitelně o hodnocení hypotetické, což bylo pravděpodobně zatíženo větší úzkostí, než u klientů domova pro seniory.

Shrnutí

Na základě výsledků rozhovorů se seniory, lze konstatovat, že kvalita života v domácím prostředí či v instituci je podmíněna subjektivním náhledem na život, na způsob prožívání určitých situací.

Senioři žijící stále ve své vlastní domácnosti nejsou vystaveni stresu z nového prostředí, z opuštění domova, kontaktu s cizími lidmi, jak s personálem sociálního zařízení, tak s možným spolubydlícím. Mají výhodu pohybu v dobře známém prostoru, manipulaci s vlastními věcmi i financemi.

Senioři žijící v sociálním zařízení pocítují větší ztráty po materiální stránce. Zanechali svůj veškerý hmotný majetek příbuzným nebo jej museli prodat či zlikvidovat a nechat si jen to „nejcennější“. Finanční záležitosti jsou řešeny přes sociálního pracovníka instituce. Samozřejmě klienti mají určitý fond, s kterým mohou disponovat.

Sociální otázky jsou mezi oslovenými respondenty zhruba na stejné úrovni. Přesto klienti domova pro seniory vidí pozitivní stránku na vstupu do domova ve společnosti. Tedy ve větším kontaktu s lidmi, jelikož ve vlastní domácnosti obvykle bývali sami, návštěvy měli zřídka, zejména rodinné příslušníky a to jen na krátkou dobu. Zatímco v domově se setkávají pravidelně při denních aktivitách nabízených zařízením s ostatními seniory. Senioři bydlící ve vlastní domácnosti docházejí do střediska, kde se setkávají s jinými lidmi, ne pouze s rodinnými příslušníky, ale docházka je podmíněna vlastní schopností mobility. Ti, co jsou imobilní, setrvávají doma bez sociálních kontaktů.

Zájmovým činnostem, pokud zdraví dovoluje, se respondenti věnují s oblibou. Domov pro seniory se snaží nabízet různé aktivizační činnosti, rehabilitaci, kulturní akce, procházky. Senioři zde mají čas vyplněný denním režimem zařízení. Soběstační senioři v domácnosti svůj den vyplňují každodenními domácími činnostmi – nákup, vaření, aktivnější chodí na procházky, do klubů. Přesto jich poměrné množství setrvává pasivně u televize.

Oblast hygieny, intimity byla pro seniory bydlící ve vlastní domácnosti bez problémů. Ovšem představa těchto úkonů v sociálním zařízení v nich vyvolávala úzkost. Senioři z domova pro seniory tyto otázky brali již s nadhledem, za určitou dobu pobytu v domově si již zvykli na způsob hygieny i případné pomoci od personálu.

Stravování ve společné jídelně bez možnosti výběru si respondenti žijící v domácnosti nedokázali dost dobře představit. Někteří z nich sice využívají sociální službu pro rozvoz

obědů, ale před hromadným stravováním by dali přednost jídla na pokoji. Což je jedna z možností pro klienty domova pro seniory, ve kterém byli respondenti osloveni. V domovech pro seniory již většinou nabízí i výběr ze dvou jídel, tak je tomu i v osloveném domově pro seniory a klienti tuto možnost využívají a se stravováním jsou spokojeni.

4.4 Diskuze

Kvalita života je ovlivněna subjektivním pohledem na vlastní žití (Hegyí, 1996, s. 52), je to otázka postavení jedince, jeho vzdělání, seberealizace, životního stylu (Dvořáčková, 2012, s. 56) a také dáno kulturou, v které žije (Dragomirecká, 2009, s. 9). Pro seniora je důležitá seberealizace a užitečnost pro okolí, proto senioři v domově pro seniory uváděli pozitivum v účasti na denních aktivitách, smysluplného vyplnění volného času, společenské akce apod.

Aktivizace seniorů podle Dávidekové (Dávideková, in: Kocurová, 2013, s. 415) vede k uspokojování potřeb, k prevenci patologického stárnutí a sociálního vyloučení, k motivaci k smysluplné činnosti, ke zlepšení a udržení současného stavu, je to činnost posilující všechny funkce lidského organismu.

Říčan (Říčan, 1990, s. 388) uvádí poměr žen vůči mužům v oblasti socializace v zařízení. Jelikož vyššího věku se dožívají více ženy než muži, jejich zastoupení v institucích je vyšší. Ženy oproti mužům lépe snášejí adaptaci a navazování nových přátelství. Co se týče seniorů v domácnosti, zde se též shoduje v oblasti horší adaptace mužů na osamělý život, sebeobsluhu, schopnost orientace v domácích úkonech. Senioři v domově pro seniory potvrdili tyto slova svými odpověďmi na otázky v oblasti sociálních vztahů, sebeobsluhy a hygieny.

Spokojenost jako indikátor kvality života (Dvořáčková, 2012, s. 69) je závislý nejen na vlastním postoji k životu, ale v sociálních zařízeních záleží i na schopných pracovnících a kvalitní, chápající péči. Dobrý personál dokáže klientům uspokojit alespoň malé cíle, přání a potřeby, které jsou pro stárnoucího jedince velkým povzbuzením.

5. ZÁVĚR

Bakalářská práce směřovala své šetření ke zjištění rozdílů kvality života seniorů v domácím prostředí a v prostředí domova pro seniory. Cílem bylo zaměřit se především na výhody a nevýhody vlastního života i poskytované péče a pomoci v těchto dvou prostředích a také, jak dalece jsou senioři připraveni a informováni na odchod do domova pro seniory. Myslím, že ve výše zmíněných bodech byl cíl naplněn.

Teoretická část krátce nastiňuje historii péče o seniora, vznik pobytových zařízení a vyvíjející se úroveň kvality poskytované péče i života v nich. Dále zde vysvětluje určité pojmy vztahující se k seniorovi, ke stáří, stárnutí.

Praktická část této práce vyhodnocuje standardizované rozhovory s respondenty vybraných souborů – klientů domova pro seniory a seniorů ze střediska sociálních služeb.

Otázky byly seskupeny do čtyř oblastí po stránce materiální, sociální, zdravotní a zájmové. Předpokladem byli senioři bez partnera, senioři žijící v domově pro seniory nejdéle dva roky, schopni odpovídat na daná témata a otázky, tedy osoby mentálně v pořádku.

Rozhovory byly zapsány, následně roztříděny a kategorizovány, zařazeny do tabulek dle dané oblasti. Ve výsledcích se odpovědi nelišily po stránce materiální, kde převládaly spíše negativní dojmy z opuštění osobních věcí, v sociální oblasti byla zaznamenána pozitiva u respondentů z domova pro seniory, v oblasti zdravotní a zájmové nejsou velké rozdíly.

Kvalita života seniorů souvisí s osobním náhledem a postojem k životu, tak jak je uváděno i v odborné literatuře. Senioři ve vlastním bydlení mají jistotu známého prostředí, zatímco senioři z domovů pro seniory se musí smířit či bojovat s určitými ztrátami. Životní úroveň je zde dána prostředím, personálem i kvalitou poskytované péče.

Uspokojením určitých potřeb člověka a ponecháním možnosti seberealizace dochází u seniora k smysluplnému naplnění prožívaných dnů, a tím i ke zkvalitnění jeho života.

Vzhledem k povaze šetření v domově pro seniory, který je nestátní neziskovou organizací, by bylo dobré provést komparaci státního a nestátního domova pro seniory v otázce kvality života i péče. Také považuji za důležité více vést diskuze se seniory z domácího prostředí o péči a životě v pobytových institucích pro seniory. Připravit je na případný přechod do tohoto zařízení formou návštěv, společných společenských akcí apod.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABELN, Reinhard a Anton KNER. *Jak se vyrovnám se stářím: deset zlatých rad*. Vyd. v KN 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1995, 74 s. ISBN 80-7192-005-3.
- BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993, 363 s., [3] příl. na vol. listech. ISBN 80-7169-031-7.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 1993, 374 s. ISBN 80-7066-822-9.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009, 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HEGYI, Ladislav. *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatricie*. 1. vyd. Bratislava: IVZ, 1996, 73 s. ISBN 80-7163-005-5.
- HENZLER, Herbert A a Lothar SPÄTH. *Soužití generací: proč nejsou staří lidé problémem, ale řešením*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2013, 161 s. ISBN 978-80-7357-987-6.
- HUDEČKOVÁ, Helena, Eva KUČEROVÁ a Lukáš KŘÍŽ. *Metodologie sociologického výzkumu pro nesociology: (příručka pro distanční studium)*. Vyd. 1. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2001, 116 s. ISBN 80-213-0791-9.
- KELLER, Jan. *Úvod do sociologie*. 3., upr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 186 s. ISBN 80-85850-06-0.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOCUROVÁ, Marie, Jarmila KLUGEROVÁ a Alice BOSÁKOVÁ. *Rodina v II. decenniu 21. století*. Vyd. 1. Praha: Educa Service, 2013, 528 s. ISBN 978-80-87306-13-0.

- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012, 309 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MÜHLPACHR, Pavel a Miroslav BARGEL. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2011, 146 s. ISBN 978-80-87182-21-5.
- ORT, Jiří. *Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí)*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Pedagogická fakulta, 2004, 106 s., 51 obr. příl. ISBN 80-7044-636-6.
- PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 298 s.
- PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2004, 472 s. ISBN 80-200-1086-6.
- PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 203 s. ISBN 978-80-247-3470-5.
- RABUŠIC, Ladislav. *Česká společnost stárne*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 1995, 192 s. ISBN 80-210-1155-6.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 435 s. ISBN 80-7038-078-0.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠVANCARA, Josef. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: SPN, 1983, 111 s.

- TOŠNEROVÁ, Tamara. *Vzdělávání pro pracovníky sociální péče: učební texty pro projekt*. 1. vyd. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2006, 208 s. ISBN 80-239-6951-x.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
- URBAN, Eduard. *Psychologie a psychiatrie stáří: (sborník přednášek)*. Praha: Ministerstvo pro mládež a tělesnou výchovu ČSR, 1971, 78 s.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
- VAŠŤATKOVÁ, Jana, Pavla VYHNÁLKOVÁ a Lucie AMVROSIADISOVÁ. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Olomouc: Hanex, 2008, 62 s. ISBN 978-80-7409-016-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Věková diskriminace – ageismus: ...VÚPSV Praha, výzkumné centrum Brno, 2005*
- VIEWEGH, Josef. *Psychologie stáří*. 2. nezm. vyd. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1974, 44 s.

Internetové zdroje:

Procházkou po Čtyřce – Masarykovy domovy [online] (cit. 2015-03-08)

Dostupné z:

<http://www.prazska4.cz/uvod/17-prochazkou-po-ctyrce-masarykovy-domovy>

Člověk jménem senior – DIAKONIE ČCE [online] (cit. 2015-03-08)

Dostupné z:

<http://www.pecujdoma.cz/o-nas-pro-nas/napsali-jste-nam/clovek-jmenem-senior/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Otázky rozhovoru

Základní údaje:

- pohlaví
- věk
- délka pobytu v sociálním zařízení
- subjektivní zdravotní stav

Otázky k vedení standardizovaného rozhovoru pro seniory v Domově pro seniory:

1. Kde jste bydlela před nástupem do Domova? (byt, domek)
2. Co jste opravdu nerad/a opouštěl/a, co se týče materiálního vybavení?
3. S jakými ztrátami jste se musela smířit? (zvíře, knihy, obrazy)
4. Rozhodoval/a jste se o těchto ztrátách sám/sama? O věcech, které opouštíte?
5. Které zájmové činnosti můžete dál v Domově realizovat?(ruční práce, četba, poslech hudby)
6. Jaké pozitivní změny Vám nástup do Domova přinesl z hlediska materiálního vybavení?
7. Jaké ztráty Vám nástup do Domova přinesl v oblasti sociálních vztahů, s kým jste se přestal/a stýkat, kdo Vám chybí, koho by jste ještě rád/a viděl/a?
8. Stýkáte se s rodinou, jak často?
9. Udržujete kontakt s bývalými přáteli?
10. Chybí Vám některé sociální aktivity? (návštěva kostela, divadla, výlety, vycházky, nákupy, cukrárny)
11. Které zvyky můžete dodržovat jako dřív, a které již nelze? (ranní vstávání, spánek)
12. Intimita – Vadí Vám přítomnost druhé osoby – spolubydlící? Narušuje Vám něco intimitu/soukromí?
13. Hygiena – Na jaký způsob hygieny jste byl/a zvyklý/á? (koupel, sprcha) A jak je to nyní? Jak změnu prožíváte?
14. Co postrádáte jiného v péči o tělo?
15. Jaký vidíte rozdíl ve stravování dříve a nyní v Domově? Co Vám chybí? Můžete stravování ovlivnit?

16. Čemu se zde nemůžete věnovat v dostatečné míře z důvodu omezené intimity/soukromí, potřebné samoty, rušivých vlivů. Co Vám chybí? Které činnosti byste ráda dělala a nemáte možnost? (Tv, rozhlas, vaření)

UKÁZKA ROZHOVORU:

Základní údaje: žena

88 let

Délka pobytu – 3 měsíce

Cítím se dobře

1. Před nástupem do domova jsem byla v LDN, zlomila jsem si ruku. A jinak jsem bydlela v bytě.
 2. Nerada jsem opouštěla svůj byt a vše co tam bylo.
 3. Nesmířila jsem se dodnes s ničím. Byt jsem zanechala vnučce. Nepozbyla jsem nic, jen jsem nebyla u úprav. Když něco potřebuju, jdu si pro to.
 4. Byla jsem v bytě jako “věčné břemeno“, vnučka odkoupila byt, vnuci se o mě starají, ztrátu věcí nepociťuji.
 5. Četba ne, mám špatný zrak, snažím se luštit s pomocí lupy, skládám básničky, nejdřív ve své hlavě, potom požádám někoho na přepsání nebo se o to pokusím sama.
 6. Nástup do domova mi přinesl uklidnění, zlepšil se mi i zdravotní stav, teď už jen začít chodit. A taky jsem doma byla dost sama, rodina přicházela jen na dvě hodinky denně, neměla jsem si s kým povídat, tady jsou lidé, s kterými mluvit můžu, je tu společnost. Je mi dobře mezi lidmi a syn chodí pravidelně.
 7. Nikdo se neztratil, všichni chodí, hlavně z rodiny, ti chodí denně. Sousedka je starší než já, ta by sem ani nedošla a kamarádky už zemřely.
 8. Velmi často, syn chodí denně a vnuci také chodí často.
 9. viz 7.
 10. Nechybí, poslední roky jsem nevycházela z domu, do kostela nechodím, nákupy obstarávaly děti (3 děti). Do divadla bych jela nebo na operu.
 11. Psávala jsem denně SMS dětem, jinak stejně jako tady kávu u snídaně. Poštu mi nosí děti. A pokouším se sepisovat kroniku naší rodiny.
- Druhá osoba na pokoji mi nevádí, naopak. Je to vzácná osoba, pomáhá mi s oblékáním a podobně.
12. Nic.
 13. V nemocnici to bylo jednou za měsíc, tady se sprchuji jednou za týden, líbí se mi to, doma to bylo samozřejmě každý den
 14. Nic mi nechybí.

15. V nemocnici 3x denně jídlo, tady 5x denně, doma to bylo kdykoli jsem měla hlad, najedla jsem se, měla jsem objednané jídlo s pečovatelské služby 3x týdně. V jiné dny jsem si vařila sama nebo mi uvařily děti, syn rád vaří. Když mám tady hlad, řeknu si o jídlo.

16. Nemám možnost kvůli špatnému zraku, nedovoluje mi dělat, co si přeji - psát kroniku a básně.

Příloha č. 2.

Pořadové číslo respondenta	Ž/M	Věk	Délka pobytu v DpS uvedená v měsících	Posouzení vlastního zdrav.stavu respondentem
1	ž	78	-	A
2	ž	79	-	B
3	m	79	-	B
4	ž	81	-	A
5	m	86		C
6	ž	82	-	C
7	ž	88	-	B
		Věkový průměr = 81,85		
8	ž	88	3	A
9	ž	82	11	A
10	ž	87	14	B
11	ž	84	7	C
12	ž	82	8	A
13	m	87	15	C
14	m	82	5	C
15	ž	87	8	C
16	m	83	4	B
17	ž	94	5	A
18	ž	84	13	A
19	ž	86	18	A
20	ž	83	6	B
21	ž	83	10	B
22	ž	87	12	C
		Věkový průměr = 85,26	Průměrná délka pobytu v domově pro seniory=8,6 měsíce	

V tabulce jsou zahrnuty základní údaje, které orientačně charakterizují složení souboru respondentů. Pod číslem 1 – 7 jsou vedeni respondenti z domácnosti, pod čísly 8 – 22 respondenti z domova pro seniory.

Příloha č. 3

Respon- dent	sloučené položky 2,3	4	sloučené položky 5,6
1	3	2	
2	2	2	-
3	4	1	-
4	3	2	-
5	4	1	-
6	4	2	-
7	2	2	-
	průměr 3,1	1,7	
8	3	3	2
9	3	4	2
10	2	2	1
11	3	3	2
12	3	4	3
13	4	4	2
14	5	3	1
15	3	2	1
16	2	3	1
17	4	3	2
18	3	4	3
19	3	3	2
20	2	2	3
21	3	3	1
22	3	3	2
	průměr 3,1	3,1	průměr 1,9

Legenda: Sloučené položky 2 a 3 jsou celkovou oznámkovanou odpovědí na opuštění vlastní domácnosti a jeho materiálního prostředí.

Položka 4 je odrazem malé míry osobní kompetence klientů domova pro seniory při rozhodování o nástupu do domova a výrazným důrazem na nutnost ponechat si tuto kompetenci u respondentů v domácí péči.

Sloučené položky 5, 6 hodnotí materiální vybavení domova pro seniory, tyto otázky respondenti v domácí péči nezodpovídali.

Příloha č. 4

Respon- dent	kontakt s rodi- nou	s přáteli	sociální aktivity
1	2	3	2
2	1	4	2
3	4	3	2
4	2	3	3
5	3	3	2
6	3	3	3
7	1	3	2
	průměr 2,3	průměr 3,1	průměr 2,3
8	2	2	2
9	2	4	3
10	2	3	3
11	1	4	2
12	2	3	2
13	3	3	2
14	2	2	2
15	2	3	3
16	3	3	3
17	4	2	4
18	1	2	2
19	1	2	3
20	2	3	2
21	1	3	3
22	2	4	2
	průměr 2,0	Průměr 3	průměr 2,5

Legenda: respondenti označují celkovou spokojenost kontaktů s rodinou, přáteli a možnostmi, resp. omezením sociálních aktivit.

Toto šetření žádné významné rozdíly nezaznamenalo.

Příloha č. 5

Respondenti	Program dne	Soukromí	Hygiena
1	2	2	3
2	2	2	3
3	4	4	2
4	3	3	4
5	4	5	1
6	3	2	3
7	3	3	3
	Průměr = 3	Průměr = 3	Průměr = 2,7
8	2	2	2
9	2	2	2
10	1	2	3
11	3	3	4
12	2	2	3
13	3	3	2
14	3	3	2
15	1	2	2
16	2	2	2
17	1	1	1
18	3	3	4
19	2	1	2
20	1	1	2
21	1	2	3
22	2	2	2
	Průměr = 1,9	Průměr = 2,1	Průměr = 2,2

Legenda: Ve sloupci „Program dne“ respondenti oznámkovali míru celkové spokojenosti se změnami, které jim přinesl pobyt v domově pro seniory, respondenti v domácím bydlení opět známkovali všechny předpokládané změny hypoteticky. Pohled respondentů v domácím bydlení na život v domovech důchodců je kritičtější, daný mediálními informacemi a zprostředkovanými informacemi okolí.