

UNIVERZITA KARLOVA

Husitská teologická fakulta

Adaptační proces seniorů v pobytové péči

The Adaptation Process of the Seniors in Residential
Care

Diplomová práce

Diploma Work

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor

Bc. Jitka Měříčková

Praha, 2017

Poděkování:

Děkuji tímto vedoucí práce prof. PhDr. Beátě Krahulcové za veškerou pomoc a kvalifikovanou podporu při psaní práce. Děkuji také Mgr. Vojtěchu Měřičkovi za tematické postřehy, zejména ve věci financování sociálních a zdravotních služeb.

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Adaptační proces seniorů v pobytové péči“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Bc. Jitka Měříčková

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje problematice adaptačního procesu seniorů na nové prostředí v domovech pro seniory. Práce je vypracována v souladu s metodikou IMRAD, obsahuje teoretické uvedení do problému a vlastní šetření v terénu. Teoretická část se věnuje výkladů základních pojmů. Jsou vysvětleny pojmy senior, stáří, gerontologie, adaptační proces, klíčový pracovník, domov pro seniory, odlehčovací služby. Praktická část práce se věnuje samotnému šetření. Cílem šetření je zjištění, jak probíhá adaptace seniorů na život v domově pro seniory, co je možnou příčinou úspěšně proběhnutého adaptačního procesu nebo naopak, co může vést k jeho selhání. Dále pak zjištění, jak vnitřní a vnější faktory mohou celý adaptační proces ovlivnit.

Metodou šetření jsou polootevřené rozhovory s klienty, kteří adaptační proces úspěšně či neúspěšně absolvovali. V rozhovorech jsou zohledněny jak vnitřní, tak vnější faktory, které konečný výsledek ovlivňují.

KLÍČOVÁ SLOVA

Senior, stáří, gerontologie, adaptační proces, klíčový pracovník, pobytové sociální služby, financování sociálních služeb, domácí zdravotní péče, terénní sociální služby

ANNOTATION

Master's work engages in the adaptation process of seniors on a new environment at facilities of residential care. This assignment is processed in IMRAD methodology, containing both theoretical and practical parts.

Theoretical describes basic concepts such as senior, old age, gerontology, adaptation process, key worker, residential care, relieving services and/or similar.

Second part deals with this research itself. The aim is to discover senior's adaption on a life at residential care. The task is to find, what is possible reason of successful adaptation and vice versa, what could be a reason for adaptation process failure. Last but not least, how the external or internal factors could affect the adaptation process.

Research is carried out by interviews with clients, who passed adaptation process successfully and with clients, which failed their adaptation.

There are pointed out both, external and internal factors, which the adaptation could influence in final result.

KEY WORDS

Senior, Age, Gerontology, Adaptation Process, key worker, residential care, financing of social services, home care, social work activities without accommodation

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	1
ÚVOD	2
1. Teoretické uvedení problematiky zkoumané problematiky	4
1.1 Situace vedoucí ke snížení soběstačnosti z pohledu geriatric	4
1.2 Služby a jejich dostupnost.	6
1.3 Klient v centru zájmu systému?	9
1.4 Psychologie adaptace.....	11
1.5 Syndrom hospitalismu	17
1.6 Absence jednotných dat.....	20
1.7 Stáří jako životní období v procesu adaptace.....	22
1.8 Demografie jako predikce využití služeb	28
2. METODY ŠETŘENÍ.....	33
2.1 Harmonogram šetření	34
2.2 Výzkumný soubor	34
2.3 Vyhodnocení šetření.....	34
2.4 Výzkumné otázky.....	35
3. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	37
4. ZÁVĚR A DISKUZE	57
4.1 Odpovědi na výzkumné otázky	57
4.2 Diskuze.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
PŘÍLOHY.....	69

SEZNAM ZKRATEK

AKA – neboli (z orig. „*also known as*“)

ČVUT – České vysoké učení technické

DpS – Domov pro seniory

DSZR – Domov se zvláštním režimem

EAN – syndrom týraného seniora (Elders Abuse Neglect)

IZS – Integrovaný záchranný systém

MSPP – Mobilní specializovaná paliativní péče („domácí hospic“)

MSPV – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

m. h. m. Prahy – magistrát hlavního města Prahy

PnP – Příspěvek na péči

SPRSS – Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb

ÚVOD

Stárnutí je nezvratný biologický proces, který nastává u všech živých organismů. Jde o přirozenou součást existence a života jako takového. Přesto jde o fenomén, který si často začneme připouštět až v době, kdy se nás eminentně začne týkat (Haškovcová, 2010). Současné pojetí stárnutí a stáří však akcentuje nejen biologický věk, ale především socio-ekonomickou produktivitu či postproduktivitu. Zjednodušeně řečeno, v procesu stárnutí hraje významnou roli, zda fyzický a psychický stav jedince umožňuje jakýkoliv typ produktivní činnosti.

V úzké návaznosti na schopnost činnosti je schopnost sebeobsluhy a soběstačnosti a tím se dostávám k meritu věci – schopnost setrvání v domácím prostředí. Existuje široká plejáda sociálních služeb (v ČR definovaných zákonem 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů) a dalších komerčních služeb, které umožňují seniorovi setrvat v domácím prostředí i v době, kdy pociťuje limity soběstačnosti a kdy jeho stav vyžaduje k saturaci potřeb pomoc třetí osoby. Pokud ani tato pomoc není dostatečná, je třeba sáhnout po dalším „stupni“ sociálních služeb – ke službám pobytovým.

Tato práce si klade za cíl popsat proces adaptace seniorů na ústavní, či dnešním jazykem řečeno, „pobytová“ zařízení sociálních služeb. Tato zařízení by měla představovat důstojný způsob saturace potřeb, zajištění bydlení a aktivizaci socio-kulturního fungování seniora s významně omezenou soběstačností. Jaké jsou skutečně obsahy prožívání seniora, který mění své životní návyky a adaptuje se na prostředí pobytové služby? A jaké jsou skutečné, reálné možnosti pobytových služeb, aby naplnily to, co moderním anglikanismem nazýváme „*mission statement*“, čili po našem „*poslání*“? Protože si plně uvědomuji závažnost současného demografického vývoje, akutní potřebu lůžek v pobytových zařízeních i významnou lůžkovou tíseň v zařízení nemocničních, shrnuji v této práci celý proces adaptace seniorů na životní podmínky v pobytovém zařízení sociálních služeb. V dané oblasti se více než dvacet let profesně pohybuji. Považuji proto za přínosné sdílet některé

poznatky a poukázat na faktory, které mohou seniorům adaptační proces významně ulehčit.

1. Teoretické uvedení problematiky zkoumané problematiky

1.1 Situace vedoucí ke snížení soběstačnosti z pohledu geriatric

Situací, které vedou ke snížení soběstačnosti, je nepřehledné množství. Lze říci, že nejčastější společní jmenovatelé jsou dva - snižující se zdravotní integrita či úraz a změna sociálních podmínek.

Topinková (2005) přehledně kategorizuje postup disabilit. Uvádí, že s postupem věku jako první dochází ke ztrátě komplexních schopností (například řídit automobil, cestovat po světě, rychle se např. v práci rozhodovat na základě velkého množství informací, atd.). Následuje ztráta sebeobslužných schopností (typicky hygienická soběstačnost), senior si nedokáže zajistit bez dopomoci druhé osoby základní životní potřeby, nezajistí si nákup, převlečení, běžný úklid, atd.). Poslední fází je v tomto směru upoutání na lůžko a ztráta schopnosti pohybu i v rámci lůžka. Velmi významnými faktory, které mohou potenciál zdraví zásadně ovlivnit, přitom zůstává sociální interakce, (sic!) finanční zajištění seniora a navyklé životní stereotypy.

U tohoto potenciálu zdraví a postupné ztráty soběstačnosti je třeba ještě zůstat. Pro geriatric, která bezprostředně souvisí, je zásadní poznatek, že řada nemocí má u seniorů atypickou symptomatologii, aka *onemocnění se projevují jinak*. Důvod je v zásadě zcela logický; celkové „opotřebení“ těla, hormonální změny, osteoporóza, změny tlaku a hladiny cukru, často porucha imunity či kognitivních funkcí, změny ve vnitřní homeostáze obecně. Komplexně můžeme tento jev označit jako „geriatrickou křehkost“, z orig. „frailty“. Kalvach (2008) velmi přesně dodává, že nositel tohoto syndromu trpí především nadměrnou medikací, která sama o sobě

způsobuje nechutenství, s tím je spojena kachexie a únava, úbytek svalové hmoty, následně další snižování soběstačnosti, deprese a rezignace.

Základním východiskem geriatricke je tedy „frail“ senior, křehký senior. Celkový rozsah postižení je vždy velmi individuální, od drobných disabilit až po tzv. „velké geriatricke syndromy“. Právě u těchto syndromů je třeba se krátce zastavit, neboť velmi přehledným způsobem kategorizují základní výchozí body. Podle Topinkové (2005) můžeme velké geriatricke syndromy dělit na tři kategorie; somatické, psychické a sociální.

a) Somatické – Do této kategorie spadají poruchy hybnosti, chůze, rovnováhy, časté vertigo a instabilita. Pojmenovat je třeba riziko pádů. Spadá sem však také inkontinence moči a stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a pitného režimu, při upoutání na lůžko jsou velkým rizikem dekubity, *proleženiny*.

b) Psychické – Spadají sem kognitivní poruchy, různé druhy kortikálních i subkortikálních demencí, deprese a uzavření se, poruchy chování, významné emocionální změny, poruchy adaptace, delirantní stavy (někdy až bludy).

c) Sociální – naprosto typická je snižující se soběstačnost, zvyšující se dependence na pomoci druhých či posléze ústavní péči, sociální izolace, sociální důsledky syndromu EAN a samozřejmě dysfunkce rodiny.

Rozdělení lze najít v literatuře několik druhů, pro srovnání ještě uvádím Kalvachovo členění (2008) přístupů ke geriatrickým syndromům:

1. Geriatricke syndromy jako synonymum příznaků jednotlivých symptomů; např. poruchy kognitivních funkcí, poruchy mobility, atd.
2. Geriatricke syndromy jako soubory problémů; jedná se o členění dle souborů symptomů, spojených s problémem např. syndrom instability s pády, syndrom inkontinence, syndrom malnutrice a anorexie, syndrom maladaptace, syndrom kognitivního deficitu atd.

Všechny tyto skutečnosti dohromady utváří a ovlivňují schopnost člověka vnímat svět kolem sebe a především (pro tuto práci zásadní) - **adaptovat se na nové životní podmínky**.

1.2 Služby a jejich dostupnost.

Současný legislativní systém v ČR teoreticky zná celou řadu služeb, které mohou senioři či jejich rodiny využívat, aby se snížená soběstačnost kompenzovala. Základní logika, se kterou by člověk přistupoval ke službám je v zásadě velmi jednoduchá; pokud senior (nebo řekněme profesionálně, „*klient*“) z jakéhokoliv důvodu trpí sníženou soběstačností (viz výše), lze zajistit terénní službu, která mu jeho disabilitu vykompenzuje v domácím prostředí. V součinnosti s domácí zdravotní péčí lze tak klienta udržet v domácím prostředí bez nutnosti akutní hospitalizace a rizik s ní spojených (změna prostředí, náhlé zásahy do medikace, stres, často „marná léčba“, atd.).

Jak bylo uvedeno, sociální služby jsou definovány zákonem č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Služby lze ve smyslu §32 uvedeného zákona rozdělit na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství.

Služby lze dále dělit na služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytovou službou se rozumí služba poskytovaná v rámci pobytového zařízení, jako je například domov seniorů, odlehčovací služba (respitní péče) nebo domov se zvláštním režimem. Ambulantní služby jsou poskytovány „příchozím“ (z lat. „*ambulare*“ = chodit, docházet), čili se jedná o služby, kam senior dochází, ale žije v domácím prostředí. Dobrým příkladem jsou denní stacionáře, kde dochází k sociálnímu kontaktu, aktivizaci, časté bývá také cvičení, předčítání, besedy, ruční práce. atd. Terénní služba se poskytuje přirozeném prostředí člověka, kam naopak „dochází“ služba. Typicky jde například o službu pečovatelskou či službu odlehčovací a/nebo osobní asistenci. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011). Spadají sem zejména úkony spojené s tzv. „přímoúslužnou péčí“, čili úkony hygienické péče, polohování, krmení, zajištění pitného režimu a prevenci pádů úrazů.

Při prvním kontaktu se službou proběhne sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí klienta, kdy sociální pracovník hodnotí, zda zájemce spadá do cílové skupiny a zda služba může jeho potřeby saturovat. Legislativně o tomto jednání pojednává standard č. 3.

Poměrně novou, technicky dnes poměrně vyspělou, stále však nepřiliš dlouho zavedenou sociální službou, je tísňová péče, která může fungovat bez součinnosti seniora (např. při pádu a bezvědomí si senior sám pomoc nezavolá). V dnešní době díky moderní výbavě lze instalovat v bytě seniora nejen „nouzový knoflík“, jehož stiskem se přivolá pomoc, ale také pohybová čidla či jakési „náramky“, měřící životní funkce – např. při náhlém poklesu tlaku je uvědoměna rodina a dispečink a zdravotnický záchranář situaci vyhodnocuje a zajišťuje další postup (např. výjezd vozidel IZS). V našich podmínkách ji poskytuje například organizace „Život 90“ či „Národní dohledové centrum“.

Využívání sociálních služeb znamená pro seniory naději na zachování svého přirozeného domácího prostředí a eliminuje (a/nebo ve významné míře omezuje) riziko akutní hospitalizace, rehospitalizací a syndromu hospitalismu. Služby napomáhají k samostatnosti a co je velice důležité – posilují klíčové kompetence seniora. Pomáhají samostatně se rozhodovat a dosahovat určitého stupně autonomie (Pruša, L, Bureš, P, Holub, M, Šlapák, M, 2015).

Co se týče zajištění ošetrovatelské péče, senior může mít předepsanou domácí zdravotní péči, kterou v rámci odbornosti 925 indikuje registrující praktický lékař (první dva týdny po dimisi může indikovat a potvrdit DP nemocnice, poté praktický lékař). Takto lze předepsat až 3h péče denně ve 3 návštěvách. Pokud má zařízení nasmlouvan tzv. „signální kód“, počet návštěv v odůvodněných případech omezen není (typicky jde o paliativní pacienty). Problematika úhrad bude pojednána dále, ale tato služba je široce využívána a stává se běžnou součástí standardních služeb nemocnice, která dimituje pacienta.

Zásadní problémem, který pojmenováváme, je však dostupnost sociálních služeb. Zde dochází k zásadnímu rozporu mezi teoretickými poznatky a praktickou

aplikací služeb na dané situace. Například „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro hl. m. Prahu 2016-2018“ například uvádí, že hlavní město je terénními sociálními službami zasítováno zcela unikátně, a proto není další rozvoj sítě terénních služeb prioritní (SPRSS, 2016) a prioritu mají tedy služby pobytové. Je velice obtížné situace relevantně zmapovat a získat skutečně reliabilní data, protože skutečnost, že klienti se sami o pomoc nepřihlásí, zcela jednoznačně neimplikuje, že tuto pomoc nepotřebují. V tomto směru se relevantní úřady mohou pokoušet o využití dispensariace klientů či depistáže, v globále však neexistuje jednotný systém kontroly potřebnosti služby¹. Jinými slovy s určitostí nelze prokázat, že terénní sociální služby jsou nedostatečné (a dostupná statistická data v tomto směru nejsou reliabilní). Jedinou variantou je empirické ověření v zkušenost napříč regiony je shodná – sociální služby, poskytované v přirozeném sociálním prostředí klientů, nejsou dostatečně zajištěné, řada regionů k nim vůbec nemá přístup, jinde jsou tak výrazně přetížené, že nepřipadá v úvahu jejich rozšíření (např. chybí dotace na místo a tak nelze přijímat další klienty).

Co se týče pobytových zařízení, zoufale nedostatečná kapacita je zcela zásadním problémem. Jen v roce 2015 bylo podle dostupných statistik hl. m. Prahy (v rámci plánu, viz výše) odmítnuto přes 64.000 žádostí (sic!) o umístění do domova pro seniory. Jak bylo řečeno výše, vzhledem k řadě absentujících dat je skutečné číslo pravděpodobně ještě vyšší. V hlavním městě připadalo v roce 2015 celkem 9,5 místa v DpS na 1000 seniorů nad 65 let, celorepublikový průměr je 19. Domovy se zvláštním režimem je to dokonce jen 2,3 lůžka (!) na 1000 seniorů nad 65 let. Obsazenost Domovů pro seniory a Domovů se zvláštním režimem je statisticky 96%. Tato čísla jsou alarmující a ukazují, že zajištění sociálních služeb je skutečně výrazně nedostatečné a podceňované.

1 Jedinou výjimku tvoří každoroční vykazování služeb prostřednictvím „OK Systému“. Za dobu své praxe v soc. službách, která trvá kontinuálně déle než 20 let, jsem pracovala u řady poskytovatelů soc. služeb a ona statistika byla v praxi vždy vypisována jakýmsi „kvalifikovaným odhadem“, protože výsledky nikdy nepřinesly žádnou zpětnou vazbu do praxe, tudíž byla (a dodnes je) celá činnost tohoto sběru dat vnímána jako samoúčelná administrativní zátěž.

1.3 Klient v centru zájmu systému?

Jak bylo řečeno výše, problematika zajištění sociálních a zdravotních služeb pro seniory je velice široká a palčivá. Dodnes problematické oddělené rezortů sociálních služeb a zdravotnictví způsobuje minimální návaznost služeb. Ale zhodnoťme krátce zákonné prostředky, které sociální služby určují. Tento exkurz je pro pochopení sociální služby zcela zásadní, protože hraje významnou roli v adaptaci seniora na pobytové zařízení – neboť jej často do takového zařízení přinutí odejít.

Financování sociálních služeb – První bod a hned jedna z nejpálčivějších problémů sociálních služeb jako takových. Financování sociálních služeb první problém, na který naráží jako poskytovatelé, tak klienti. V první řadě je třeba uvést, že v ČR neexistuje systém veřejného sociálního pojištění v pravém slova smyslu. Sociální pojištění, které občané hradí, je jakousi „daní na důchod“, neslouží (např. jako zdravotní pojištění) k úhradám za nutné sociální služby. Služby nelze vykázat, neexistuje obdoba zdravotních pojišťoven, jakési „sociální pojišťovny“, kam by např. agentura osobní asistence mohla péči vykázat podobně, jako když vykazuje výkony domácí zdravotní péče na základě preskripce registrujícího praktického lékaře ve smyslu odbornosti 925. Sociální služby jsou tedy hrazené klientem v intencích vyhlášky 505/2006 Sb, která úhrady zastropuje. Jako příklad jsme uvedli osobní asistenci, kde je úhrada zastropena na 130,-Kč/hod. Při potřebě plného zajištění na 8 h denně se tedy průměrná měsíční částka pohybuje okolo 31.200,-Kč za měsíc. I v případě, že by klient pobíral příspěvek na péči ve IV. Stupni (tj. 13.200,-) zbývá stále rovných 18.000,- Kč k dofinancování. Hovoříme zde přitom *pouze* o péči jako takové, nehovoříme o životních nákladech, spojených s bydlením a stravou. Je tedy zcela evidentní, že při průměrném důchodu 11.807,-Kč (údaj za I. Q. rok 2017, ČSÚ) chybí téměř 6.000,- měsíčně... A to pouze na péči. Z druhé strany vzato, osobní asistent, který bude na HPP pracovat 8 h denně pouze pro tohoto klienta, bude mít (přepočteno přes superhrubý náklad) čistou mzdu lehce přes 17.000,-Kč. V objemu

práce a náročnosti péče (hovoříme o 8 h přímé obslužné péče denně!) je tato částka skutečně zanedbatelná a společensky nepřijatelná...

Uvedený příklad byl uveden s jediným cílem – demonstrovat situaci seniora, který prožívá situaci, ve které ví, že si *nemůže dovolit sociální služby* (jsou jednoduše příliš drahé), které by potřeboval, aby mohl zůstat v domácím prostředí. Velmi často právě tento moment bývá určující pro odchod seniora z domácího prostředí. Z hlediska fyzické soběstačnosti (např. po pádu) nemůže být senior doma „bez dozoru“ kvůli vlastní bezpečnosti.

Sociální služba (v širším rozsahu) je tak paradoxně *příliš drahá*, aby si ji senior mohl dovolit, zároveň je *příliš levná*, aby dokázala pokrýt vlastní náklady a relevantně zaplatit zaměstnance. Služby jsou tak většinou závislé na grantových výzvách a dotacích, které však nejsou garantované – tzn. trvalou nejistotu z budoucnosti, nízké mzdy, minimální motivace zaměstnanců, velká fluktuace personálu...

Financování zdravotních služeb – je pro klienta výrazně jednodušší, protože je zdánlivě „zadarmo“, čili „na pojišťovnu“. Hovoříme zejména o vykazování výkonů v odbornosti 925, které indikuje praktický lékař. Když celou věc zjednodušíme, tak lze říct, že úkony se vykazují na zdravotní pojišťovny, kde každý úkon má bodové ohodnocení, které určuje objem peněz, které agentury vykázáním toho kterého úkonu získají. Jak tomu ale bývá, je zde podstatný háček – a tím je právě preskripce. Praktický lékař je standardně omezen „limitem“ na rodné číslo pacienta, tzn. má omezenou preskripci kterou pokud překročí, zdravotní pojišťovna jej malifikuje a některé výkony vůbec neuhradí. Paradoxně preskripce domácí zdravotní péče, „home-care“, je z těchto limitů (sic!) **vyňata**, tzn. registrující praktický lékař může pacientovi předepsat max. 3 návštěvy po 1h denně, tzn. 3h péče (potřebné např. při domácí infuzní terapii) v neomezené délce poskytování. Empiricky je ověřeno, že většina praktických lékařů tuto skutečnost nezná a obává se DP prodlužovat a znovu předepisovat. Statistická data však chybí, proto zde toto tvrzení používám pouze k dokreslení situace. Ve zdravotních službách jsme svědky opačného extrému

– nadužívání preskripce a jev, který bychom mohli s trochou nadsázky nazvat „obchodem se zdravím“. Čím více se vykáže péče, tím více lze získat bodů, aka peněz pro agenturu. Ale protože zdravotní pojišťovny nejsou ústavy, jejichž předmětem činnosti by bylo zajišťovat a hradit péči, ale soukromé organizace, jejichž cílem je zisk², jsou zavedeny přísné regulace na nárůsty objemu vykázané péče. Popsat celý systém by zabralo vlastní diplomovou práci, v tomto diskurzu tedy jen naznačme, že zdravotní pojišťovny hlídají průměry objemu péče na rodné číslo a pokud preskripce vzroste, regulují kvartálně úhrady a péči nezaplatí. Podobně, pokud je příliš nízká, sníží celkové úhrady. Je tedy na jedné straně výhodné mít pacienta (čili „rodné číslo“, na které lze vykázet péči a získat prostředky), zároveň ale je třeba předepsat péče „tak akorát“, aby lékař nepřišel o bonus od pojišťovny, a agentura nedosáhla regulačního stropu (a tím pádem ztráty za příliš drahou léčbu)³. Je tedy naprosto evidentní, že v centru zájmu celého systému péče **není pacient, ale ekonomická sebezáchova a prosperita subjektu, který poskytuje péči.**

1.4 Psychologie adaptace

Adaptace na konkrétní prostředí, zejména prostředí, záleží na mnoha faktorech, mezi nejvýznamnější patří fáze stáří a duševní kondice člověka. Stáří jako fenomén je fáze post-vývojová (Vágnerová, 2007), možnosti a potenciál rozvoje již byly vyčerpány. Lze říci, že toto tvrzení je tvrdé, nicméně člověk se má učit neustále,

2 Jedinou výjimku v systému ČR tvoří Všeobecná zdravotní pojišťovna, kde případné deficitu sanuje stát.

3 Klasickým příkladem je předpis poměrně banálních převazů dekubitu I. či II. stupně u pacienta, kde je dekubit již zhojen (!). Lékař nicméně dál předepisuje pacientovi převazy, protože má druhého pacienta, který vyžaduje drahé zákroky, vyšetření a drahou léčbu. Zprůměrováním výkazů na obě rodná čísla tak lékař nepřekročí hranici regulace a agentura domácí péče nepřekročí objem péče, který „smí“ pojišťovně vykázet...Tato konkrétní kazuistika pochází z března 2018, jméno lékaře i agentury je autorce známo, ale z pochopitelných důvodů není uvedeno. Popsaná praxe je samozřejmě kontra lege, nicméně v praxi je široce využívána.

nicméně přední odborníci (např. Bromley, Stuart-Hamilton) potvrzují, že potenciál je naplněn v produktivním věku. Stáří oproti tomu přináší (nebo léče řečeno „může“ přinášet) nadhled a moudrost. Přicházející stáří může být obdobím určité deprese, ale nevyhnutelně neznamena významné ztráty na kvalitě života. S moderní medicínou a možnostmi aktivit a aktivní přípravy na stáří může právě kvalita života být něco, na co řada nemá v produktivním věku čas...

Podle Eriksona (Vágnerová 2007), který předkládá velmi užitečný model vývojové psychologie, je úkolem tohoto „třetího věku“ doslova „*dosáhnout integrity v pojetí vlastního života*“ (Vágnerová, 2007, str. 299). To můžeme nazvat životní moudrostí. Vyrovnání se přináší nezbytně otázky života a blížící se smrti. Důležité je vyrovnání se se životem jaký byl, bez lítosti nad tím, co se nepodařilo, bez zášti k něm, kteří člověku ublížili, s odpuštěním sobě i druhým. Celou problematiku lze shrnout v několika bodech (Říčan, 1989, Berger a Thompson, 1998 in Vágnerová 2007), jak velmi přesně uvádí Vágnerová (2007).

Pravdivost – Pro stáří by mělo být příznačné, že člověk opouští řadu vzorců chování, které nejsou pravdivé. Zpravidla již nemá potřebu sobě či druhým nalhávat, že je lepší než ve skutečnosti je, stejně jako má za sebou dostatek zkušenost aby věděl, že není horší než ostatní. Pravdivost v chování a myšlení je velmi individuální. Richard Rohr (2007) k tomu však dodává, že člověk, vstupující do stáří, má v zásadě dvě cesty – buďto nastoupí zdravou cestu pravdivého prožívání a vnímání (a je proto mnohými považován za „svatého blázna“), anebo setrvává i ve stáří ve svých zaběhlých pózách a vzorcích a stává se z něj „starý blázen“. Jde samozřejmě o archetypální přirovnání, ale dobře ilustruje skutečnost, že ona pravdivost není automaticky přijímaná vstupem do stáří. Je třeba mít neustále na paměti, že všechna teoretická rozdělení a schémata jsou pouze obrazem, který se nám snaží pochopit realitu (podobně jako vzorce v matematice a fyzice), *nikoliv realitou samotnou*. Pravdivost přímo souvisí s adaptací seniora na pobytové zařízení – schopnost přiznání si skutečného stavu, reálné soběstačnosti. Zde se v praxi velmi často setkáváme s nepřijetím vlastního stavu a života. Z části může jít o

omezení vzhledu do situace na podkladě např. kognitivního onemocnění, ale může jí také o vědomé odmítání skutečnosti.

Smíření – S pravdivostí souvisí zcela bezprostředně smíření. Málokdo prožije život právě tak, jak si jej naplánuje. V rovině smíření potom prožívá fundamentálně existenciální obsahy; smíření se se životem a smrtí, smíření se s minulostí a akceptace současnosti. Často jde o velmi bolestné bilancování (např. pro rozpadlá manželství, neplné rodiny, úmrtí blízkých osob apod.), právě proto je třeba chápat, že tato fáze může být pro člověka, vstupujícího do stáří, velice bolestivá. Avšak opět upozorňuji, že neexistuje jiná cesta než projít právě skrz toho smíření. Jinak se skutečně namísto moudrých starců stáváme „starými blázný“... je přitom zvláštní, jak naše kultura automaticky předpokládá, že staří lidé jsou mocní / bohatí / úspěšní/...vytváří pohled jakého „úspěšného stáří“, ale přitom zapomíná na naprosto zásadní moment – moudrost. ⁴ Ta se patrně automaticky předpokládá, ale nikde není akcentovaná. Symbol moudrého starce, který raději mlčí než hovoří, protože ví, a jeho doménou jsou knihy, je nahrazen bohatým staříkem ve velmi drahém autě na exotické dovolené...Určitý posun hodnot či paradigmatu?

Stabilizace – Některá životní období jsou, nebo by měla být, definována rozvojem, rozmachem, riskováním a životem „na plný plyn.“ Stáří naopak přináší rozvahu na základě životních zkušeností a určitou stabilizaci. Zcela logicky to souvisí se změnou „životního horizontu, neboť pohled na život a jeho realizaci se od pohledu mladého člověka fundamentálně liší; senior zpravidla má nebo měl rodinu, mívá vyřešené otázky bydlení atd. Větší část života již uplynula a s tím souvisí i změna životních hodnot. Díky tomu může starý člověk chápat život mnohem integrálněji a v širších souvislostech. Je mu tak vlastně umožněn „nadhled“.

4 Všimněme si například klasickou tradice tří *králů*, kteří se jdou poklonit právě narozenému Ježíci a nesou mu dary. Tato tradice vychází z Bible, ze samotného počátku NZ.(např. Matouš 2, 1-12). Pojem *král*, hebrejsky *Melech* či řecky *Basileos* bychom totiž v původních textech hledali zcela marně. Poklonit se a předat dary totiž nejdou tři *králové*, ale tři *mudrci* (!).

kontinuita – Asi nejdůležitějším úkolem stáří (silně akcentovaným Eriksonem, jak bylo řečeno výše) je **kontinuita**. Senior se učí chápat, že jeho život je součástí „širšího příběhu“. Jeho zkušenosti, znalosti a životní integrita nejsou jen jeho soukromá obdarování, ale mají sloužit prospěchu dalším generacím. Klíčové slovo celého tohoto období se proto nazývá „generativita“. Takováto generační kontinuita je zpravidla chápána v užším slova smyslu, tedy ve smyslu rodiny či komunity. V širším kontextu již narážíme na sociálně vymezené hranice, které akcentují rozdílnost skupiny a jejich velmi častou segregaci (např. na základě socio-ekonomického statutu, příslušnosti k určité skupině, třídě, etnické menšině, ekonomickému subjektu, atd).

Jak bylo řešeno výše, klíčová je pro „úspěšné stáří“ právě ona generativita, která předpokládá zmíněné aspekty. Empiricky je dokázáno, že mnoho starých lidí trpí ztrátou smyslu života. Nevidí důvod, proč by měli žít, co by měli v životě ještě dělat. Velmi významný a silně zastoupený je tento pocit právě v pobytových zařízeních, kde se často setkáváme s pohledem: „Jsem na obtíž, musím být už jen v ústavu, rodina to musí platit, musí se o mě starat“. V naší kultuře je tato myšlenka „zbytečného starého člověka“ velice nebezpečná, protože ji může začít přijímat okolí a vnímat to podobně. Dostáváme se tím k fenoménu „ageismu“, segregace či antipatie na základě věku⁵.

O ageismu jaké takovém bylo řečeno a publikováno mnoho. Ačkoliv dnes vnímáme některé proudy, které se snaží podporovat aktivní stáří a pomoc spoluutvářet život člověka, který např. již není ekonomicky aktivní, stále se v pobytových zařízeních

5 Velmi dobrým a smutným příkladem takového široce přijímaného ageismu bylo eticky zcela nepřijatelné video „Přemluv bábu“, které prezentovalo seniory jako nevzdělané, omezené a vlastně zbytečné lidi, kteří volí nepřijatelnou politickou stranu, na kterou byli celá léta zvyklí a která je pro většinu mladých lidí nepřijatelná. Ač může jít o jakkoliv myšlený vtíp, jedna z protagonistek se posléze vyjádřila, že kdyby tušila, co video vyvolá (bouřlivé antipatie či naopak sympatie a poměrně tvrdý ageismus), nikdy by jej nenatočila. Herečka není úmyslně jmenována...Druhý protagonista se nevyjádřil.

setkáváme o tímto fenoménem starých lidí, kteří tvrdí, že „děti mají moc práce a přece je nebudou obtěžovat“ (tato konkrétní věta zaznívá v praxi velmi často).

Stáří jako takové je třeba vnímat komplexně. S C.G.Jungem můžeme říct (in Vágnerová 2007), že jde o vrchol individuace, která předpokládá nikoliv již vlastní vnější úspěchy, ale budování socio-ekonomického zázemí pro potomstvo. Svým způsobem zaujímá zcela nové místo v procesu rozvoje osobnosti. Zde dochází k naprosto zásadnímu pohledu a tím je archetyp „stínu“. Tuto řekněme odvrácenou tvář osobnosti má v sobě každý člověk, většinou se snaží ji potlačovat či různými způsoby zamaskovat. Velkou výzvou toho období je právě „přijetí“ svého stínu, přijetí toho, co je pro člověka např. eticky nepřijatelné (např. latentní a maskovaná sexuální odchylka, sklony k závislostem) nebo se jedná o vlastnosti, které by člověk mít nechtěl (např. člověk je ovládán strachem, závistí, hořkostí,...). Richard Rohr, který dlouhodobě studuje mýty jako archetypální cesty, k tomu přesně dodává, že neexistuje jediný kladný hrdina. Všichni „klasičtí hrdinové“ mají nějakou více či méně nepřijatelnou vlastnost či rys, doslova říká, že člověk má „jednu nebo více „tragických vad“ a přesto je nepostradatelným hrdinou vlastního příběhu“ (Rohr, 2017, str. 31). Přijetí sebe sama je základem životní moudrosti. Zde se životní cyklus viditelně prolíná s kulturou a náboženstvím, u kterého je třeba se chvíli zastavit.

Náboženství utvářelo životní hodnoty současné evropsko-americké provenience. Bylo to katolické a posléze reformované křesťanství, které zcela neoddiskutovatelně tvořilo kulturní paradigma středoevropských podmínek a historie (např. náboženství jak záminka pro války o bohatá města a hospodářky perspektivní oblasti). Etickým kodexem je opět poměrně jednoznačně desatero. Je třeba uvést, že **neexistuje nic jako „obecně lidské hodnoty“**, tento koncept nemá žádný reálný podklad. Můžeme spíše říct, že hodnoty (a tedy samozřejmě i pohled na stáří) je kulturně a nábožensky podmíněn. V mnoha světových náboženstvích je zakotvena úcta ke stáří (křesťanství, islám, judaismus), ale hovoříme o podmíněnosti. Řada náboženství však kulturní úctu nezahrnuje (např. přírodní animismus v některých regionech Afriky, či radikální ateismus zhroucených států). S nádechem lehké ironie můžeme říct, že současné neteistické, avšak všeobecně

přijímané kvasináboženství, akcentující výkon, mládí a úspěch jako životní paradigma, se od oné úcty ke stáří distancuje velmi výrazně (jak bylo doloženo výše, když jsme hovořili o ageismu).

Vágnerová dále uvádí (2007), že „sebepojetí“ se rovněž významným způsobem mění a to přímo souvisí s adaptací. U mladšího člověka představují významnou součástí sebepojetí role, které zastává a kompetence, které má. Stáří naproti tomu představuje období, kdy jsou právě role a kompetence předávány další generaci a sebepojetí se tedy musí základním způsobem změnit. Důraz musí však zůstat na kompetencích, které zůstávají zachovány. Např. řada seniorů (s nárokem na starobní důchod), kteří se ještě necítí být „důchodci“, hledá např. částečné úvazky atd., aby alespoň částečně zachovali své kompetence. Uplatnění nalézají v mnoha oblastech běžného života – na poradnách, úřadech, ale také například v multilevelovém marketingu⁶ a dalších oblastech, kde nehraje zásadní roli věk či technologický posun (např. oblast informačních technologií). To vnímáme jako velice užitečné, protože právě tyto aktivity pomáhají seniorovi udržet si životní rytmus. Dokonce se v praxi setkáváme s případy, kdy senior žije v pobytovém zařízení, ale např. chodí několikrát týdně přednášet⁷.

S tím souvisí druhý bod, který Vágnerová zmiňuje a tím je příslušnost k určitým lidem a sociální skupině. Právě proto, protože sociální izolace hraje tak zásadní roli v procesu stárnutí, musíme ji zmínit v souvislosti s adaptačním procesem. Jsou to zejména dvě velké skupiny – rodina a referenční skupina přátel a

6 Pan J. B., jehož totožnost je autorce práce známa, začal v 64 letech podnikat v oblasti financí pod nejmenovanou společností. V téměř 70 letech se stal velmi úspěšným generálním agentem a v současné době (72 let) je jeho výdělek vyšší, než býval v dobách jeho hlavní ekonomické aktivity... Firma mu zároveň poskytuje zázemí, práce má „režim“, společenské aktivity, setkávání atd.

7 Tato konkrétní kasuistika pochází z Domova sv. Karla Boromejského, kde určitý čas bydlel profesor architektury J. H. (84 let!), který dvakrát týdně chodil učit na fakultu architektury ČVUT a jednou týdně do svého atelieru.

spolupracovníků. V tomto období přichází dříve či později konfrontace se smrtí – ať již jde o úmrtí partnera nebo smrt v řadách přátel. Zejména u starších seniorů je toto takřka pravidlem. Setkáváme se i s dlouhověkými seniory, kteří nechtějí dál žít, protože nikdo z jejich rodiny či přátel už nežije. Zde hraje zásadní roli rodina, neboť např. úspěchy potomků či možnost být jim jakkoliv nápomocen znamená velkou pomoc pro hledání vlastního místa v post-produktivním životě.

Součástí identity je také „teritorium“ starého člověka. Jedná se o přirozené prostředí, které spoluutváří životní jistotu a identitu člověka. A právě tady dochází k naprosto zásadnímu zlomu – opuštění tohoto teritoria. Vágnerová (2007) velmi přesně uvádí, že odchod z přirozeného prostředí naprosto nebytně znamená ztrátu části identity. Skutečnost, že člověk je nucen opustit místo svého života, znamená velmi často extrémně náročný úkol, zejména je-li zachována duševní kondice (ale např. ne fyzická). A právě služby, které by umožnily seniorovi zůstat v domácím prostředí, jsou podporovány nedostatečně. Jak bylo zmíněno výše, například střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro hl. m. Prahu uvádí, že terénní služby jsou zajištěny dostatečně a není třeba přepočtené úvazky rozšiřovat. Je smutnou ironií, že právě systém podpory (např. úhradová síť) je řízena lidmi, kteří uvedenému úřednickému tvrzení věří. Praxe je samozřejmě naprosto odlišná...

1.5 Syndrom hospitalismu

V adaptačním procesu se setkáváme s fenoménem, který v poslední době začíná být komunikovaný a obecně známý. Jde o syndrom hospitalismu – závislosti na péči a ideálně na instituci. Jakkoliv může tato věta znít ageisticky, u řady klientů propuká tento syndrom právě v době umístění do pobytového zařízení. Setkáváme se s tím, že klient / senior svoji situaci tzv. „vzdá“ a odmítá de facto začlenění. Zveličuje svoje problémy, ještě v domácím prostředí se nechává často hospitalizovat, stěžuje si na nespecifické problémy (drobné bolesti, dušnosti atd). Vlastně se cítí dobře pouze v nemocnici se 100% péčí, na které se stává závislý. Pozor, je třeba říct, že nejde většinou o pacientovo rozhodnutí! Jde o souhrn změn a

vlivů, které na pacienta má dlouhodobá hospitalizace v nemocničním či pobytovém prostředí. Součástí je deprivace potřeb, ztráta kontaktů, často je přítomná deprese, podrážděnost, negativní postoj k životu i druhým lidem. Jde však z velké části o vliv prostředí na osobnost člověka. Subjektivní prožívání se může odlišovat od toho, co vnímá okolí seniora. Senior, u kterého se tento syndrom začne projevovat, se stává velmi neoblíbený u personálu zařízení, je mu často věnována minimální možná péče a ocitá se v izolaci, což celé prožívání ještě zhoršuje⁸.

Hospitalismus představuje poměrně závažný a v polední době často diskutovaný problém, protože s ním často souvisí výrazné změny osobnosti a snížení kvality a v důsledku i délky života seniora. Vzniká také jakási umělá „invalidizace“ seniora nastolením pevného programu v nemocničním prostředí. V pobytovém zařízení zejm. nemocničního typu se nikdo neptá, zda se např. ranní hygiena provede či nikoliv, ale zkrátka se udělá. V domácím prostředí po případné dimisi nastává problém, neboť onen pevně stanovený rytmus odpadá. Setkáváme se s celou řadou klientů, kteří odmítnou vstát z postele, převléci se, udělat si běžné jídlo, vyjít z domu atd. Opět se dostáváme k výraznému negativnímu vlivu praktické absence či nedostatečnosti návazných služeb po dimisi seniora. Dosažení stejného „rytmu“ v domácím prostředí by znamenalo nemalý náklad na zajištění sociálních služeb a jak bylo doloženo výše, často mimo finanční možnosti seniorů. Je samozřejmě možné využít příspěvek na péči, avšak praxe jednoznačně ukazuje, že nesmyslná délka vyřizování (mezi 3-10 měsíci) je jednak nepříjemná, jednak je pro řadu seniorů delší, než zývající život⁹.

8 V praxi je tento jev rozšířený. Lze jej v podstatě pojmenovat jen empiricky, protože žádné zařízení nepřizná, že má nepřizpůsobivého, resp. neoblíbeného seniora, ke kterému nechodí ani sestry ani pečovatelky rády...

9 Známý český herec a moderátor K. Š. podával svoji žádost o PnP v únoru 2017. V červenci ÚP ČR předal jeho žádost LPS. Po opakovaných telefonických dotazech (září-říjen 2017) bylo sděleno, že LPS začíná žádosti z července posuzovat až v říjnu, protože nemá lidi a má jen 1 posudkového lékaře na 0,5 úvazku a že si rodina může zavolat v prosinci, zda už něco budou vědět. Uzavírám skutečností, že herec zemřel začátkem listopadu 2017.

Hospitalismus je svým způsobem druhem adaptace na prostředí, můžeme však bez okolků hovořit o maladaptaci. V pobytových zařízeních se s tímto druhem adaptace setkáváme velmi často – během velmi krátké doby se starý člověk adaptuje na režim a po případném propuštění nedokáže (anebo velmi obtížně) navázat na předcházející životní rytmus. Velmi často tak hospitalismus přispívá k trvalému umístění v domově pro seniory či podobném zařízení. Opět narážíme na otázku kvality zařízení, financování atd. Zcela zvláštním fenoménem jsou v tomto směru neregistrovaní poskytovatelé sociálních služeb.

Neregistrovaný poskytovatel sociálních služeb je zvláštní formou služby, která svojí činností naplňuje sociální službu, ale nepodléhá předpisům, které se služeb týkají (tedy jde přímo proti zákonu). Zpravidla se jedná o pobytová zařízení. V praxi se setkáváme s neregistrovanými zařízeními dvojího druhu – buď se jedná o zařízení relativně levná, bez odpovídající péče, ale např. využívající příspěvky na péči¹⁰ nebo naopak zařízení luxusní, která tímto způsobem obcházejí „zastropení úhrad“ vyhláškou 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů¹¹. Těchto služeb velmi často využívají rodiče vysoce postavených rodin (lidi z veřejného života, herci, politici a podnikatelé), protože standardní úroveň registrovaných poskytovatelů shledávají jako nedostatečnou vzhledem k úrovni služeb, které se nabízí. Na tomto místě nelze jednoznačně souhlasit s MPSV ČR, které neregistrované poskytovatele odsuzuje a postihuje ve správních řízeních. Řada těchto zařízení je vysoce kvalitní,

10 Konkrétním příkladem jsou neregistrované ubytovny pro seniory v hmotné nouzi, například ubytovna „Kaprál“ v Praze - Vysočanech, která nedostala v roce 2015 hygienické schválení a která funguje dodnes. Podobně ubytovna pro Invalidy ve Velkých Přílepech, kterou zavřela hygienická komise již 2x (2011 a 2015) a pokaždé byla znovu obnovena. Funguje dodnes.

11 Příklady je celá řada, například zařízení Rezidence Klamovka, Rezidence Rosa a další podobné instituce, které nejsou registrovány jako zařízení domovy pro seniory. Svým klientům poskytují nadstandardní péči a vysoce kvalitní servis (včetně lékaře v budově, aktivizace, služby 7/24, pestrého společenského života, atd)...Ceny se pohybují na dvoj až trojnásobku zákonem stanovených úhrad.

avšak MPSV nad nimi nemá žádnou kontrolu ani moc¹². Úsměvným paradoxem je, že teoreticky nepřijatelná praxe těchto zařízení ukazuje, že jich využívají i vyšší úředníci MPSV, např. pro své rodiče, které odmítají umístit do „běžných“ zařízení, provozovaných např. městskými částmi či jinými subjekty¹³. Tato „strukturovanost“ služeb je teoreticky v rozporu se zákonem, kde mají všichni stejné podmínky, avšak reálné prostředí, které naše legislativa vytvořila, žije zcela jinou praxí...

1.6 Absence jednotných dat

V naší provenienci narážíme na zásadní problém, který není v první chvíli zřejmý a jehož dopady nejsou na první pohled viditelné. Problémem je sběr jednotných dat. V naší republice neexistuje jednotný systém sběru relevantních dat, které by ukázaly reálné dopady intervencí sociální práce na klienty, pomáhaly plánovat službu a reflektovaly výsledky. Jediným (a poněkud směšným) způsobem centrálního sběru dat je každoroční vykazování služeb prostřednictvím OK Systému, kde se sleduje několik veličin. Samozřejmě nejde o žádný ucelený systém, ale jen o několik statistických dat pro úřední účely.

Díky této absenci relevantních dat nemáme podklady např. pro plánování kvalitní celonárodní strategie sociálních služeb, nemůžeme měřit výsledky a nemáme žádnou zpětnou vazbu.

V zahraničí (zejména v anglo-americké provenienci) je se celostní systému používají. Může jít například o sběr dat ve zdravotně sociální oblasti prostřednictvím systému OMAHA. Tento systém je komplexním systémem

12 Často se využívá legislativních klíčků, jako např. „Rezidence“ místo „Domov“, zajištění „terénních služeb“ místo svých vlastních (např. Rezidence Rosa), atd.

13 Opět konkrétním příkladem je 86-letá matka bývalé náměstkyně ÚP ČR, jejíž jméno je autorce známo a která přímo řekla, že ona maminku „přece do té špíny nedá“ (na dresu jednoho státního zařízení).

hodnocení stavu pacienta/klienta ve 4 základních oblastech (doménách) lidského života. OMAHA systém disponuje nejen velmi uživatelsky příznivou strukturou, která z něj činí jednoduchý nástroj zhodnocení stavu a situace, ale zároveň stupnicí hodnocení stavu a zásahů na začátku léčby/vedení, v jejím průběhu a na konci. Díky výraznému přesahu do sociální práce ji považuji za velmi vhodnou pro využití ve zdravotně sociální oblasti. Podotýkám, že od roku 2007, kdy byl systém poprvé použit a rozšířil se do mnoha zemí Evropy, dosud neexistuje jednotný překlad do českého jazyka ani metodika použití...

Co je zajímavé, tento systém není vázán autorskými právy, je tudíž volně šiřitelný a dostupný širokému spektru uživatelů. Disponuje pouze autorskou ochrannou, aby nedošlo k jeho zneužití (např. zkopírování a poté zpoplatněný prodej). Původní cílovou skupinou uživatelů byly zdravotní sestry v agenturách domácí péče.

Příkladem využití tohoto systému v ČR je mobilní hospic Most k Domovu, z.ú. který participoval na překladu jediné existující metodiky systému OMAHA (*„The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management, Reprinted 2nd Edition, Karen S. Martin, RN, MSN, FAAN, Health Care Consultant, Martin Associates, Omaha, Nebraska, 2009*) jako odborný konzultant.

Jak bylo řečeno, zdravotní ani sociální systém v ČR nepoužívá jednotnou metodu průběžné či závěrečné evaluace stavu pacienta/klienta. Nemocniční zařízení či agentury domácí péče užívají dílčí systémy (například tzv. „NANDA domény“) pro klasifikaci onemocnění, ale jednotný systém se širokým bio-psycho-socio-spirituální záběrem dosud neexistuje. Na základě zahraničních zkušeností, pravidelně publikovaných na stránkách komunity OMAHA (*„The Omaha System Listserv“*), aplikace systému přináší (1) snadný sběr dat, (2) rychlé vyhodnocení a evaluaci, (3) možnost hodnocení kvality služby, (4) zhodnocení závažnosti symptomů, (5) komplexní klasifikaci v plném záběru bio-psycho-socio-spirituální jednoty člověka (Martin, 2009). Sumarizace poskytne dostatečný vědecký podklad pro další činnost a především zavádění tohoto systému do široké praxe ve

zdravotně sociální práci. A zde je ona klíčová zpětná vazba do praxe, která v našem systému zcela chybí. Častá praxe ukazuje, že dílčí snahy o sběr a evaluaci dat jsou často prováděny „pro forma“ a nemají potřebnou výpovědní hodnotu. Z podstaty věci vyplývá, že tudíž nepřinášejí žádné výsledky, což je výrazně demotivující faktor pro pracovníky, které takováto takřka „samoúčelná“ administrativní činnost zbytečně zatěžuje (viz výkaz ve zmíněném OK systému, který je všeobecně vnímán jako zatěžující, nesmyslný a samoúčelný). Proto je třeba aplikovat systém, který nebude pracovníky zbytečně zatěžovat a který zároveň poskytne dostatek relevantních dat pro vývoj zdravotně sociální oblasti.

1.7 Stáří jako životní období v procesu adaptace

V současné době vnímáme stáří nejen jako biologickou skutečnost (která shrnuje biologické a zejména metabolické výsledky stárnutí organismu jako takového), ale zejména socio-ekonomickou skutečnost, která stáří do značné míry determinuje – postproduktivitu. Můžeme říci (a citovat zde mnoho autorů, jako Haškovcová, Nakonečný, Možný, Říčan a další), že mezi nejobtížnější moment lidského života patří přelomový moment, kdy člověk opouští socio-ekonomicky produktivní činnost a stává se (dnes již poněkud pejorativním slovem) „důchodcem“, „penzistou“, čili člověkem, který z titulu dosažení věku pro přiznání starobního důchodu, odchází z produktivního života. Pobírá nadále „důchod“, čili pojistné dávky ze systému sociálního zabezpečení podle zákona 155/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů „O důchodovém pojištění“. Můžeme konstatovat, že role tohoto zabezpečení nezohledňuje aktuální situaci soběstačnosti a ekonomické zdatnosti seniora. Řada seniorů je v době tzv. „odchodu do důchodu“ velice vitálních, mohou naplňovat své plány (cestování, poznávání, čas na koníčky, zájmové spolky, atd.). Na druhé straně popisujeme vzrůstající množinu seniorů, jímž úbytek kognitivních funkcí (starším slovem „demence“) takovouto realizaci

neumožňuje (Haškovcová, 2010). Můžeme říci, že moderní geriatricie považuje právě onen „vstup do stáří“ za poměrně významnou životní výzvu:

„Z biologického hlediska je nejvyšší čas osvojit si základy zdravého životního způsobu, který je významným prostředkem k udržení praktické soběstačnosti. Ten se týká jak racionální výživy, včetně eliminace škodlivých návyků (nikotin a alkohol), tak dostatečného pohybu a přiměřeného odpočinku.“ (Haškovcová, 2010, s. 175)

Je dobře patrné, že vstup do období stáří má být jakýmsi obdobím pozitivní transformace, kdy člověk může reflektovat své potřeby, měnit životní tempo (nyní již bez ekonomického tlaku) a obecně se věnovat otázkám zdravého života a přístupu k němu. Významnou roli v tomto období hraje také spiritualita¹⁴.

Protože významnou determinantou současné společnosti je ekonomická aktivita, dáváme znova a v plnosti za pravdu Haškovcové, která se domnívá, že *„odchod do starobního důchodu je pro nemalou část lidí traumatizující, ať již si to připouštět či nikoliv, respektive ať již o tom hovoří, nebo ne. Odchod do důchodu představuje posun do něčeho, co neznáme, někam, kde je změna dosavadních zvyklostí nezbytná, a přitom nejasná.“* (Haškovcová 2010, s. 81). A můžeme jít ještě mnohem dál – umístění do pobytového zařízení sociálních služeb.

Můžeme říci, že postupné snižování soběstačnosti je stejně nevyhnutelné, jako bolestivé. Senior vnímá, že schopnost sebeobsluhy se snižuje. Velice náročné v oblasti smíření je zejména hygienická péče, která významným způsobem zasahuje

14 [▣] Spiritualitu necháme na tomto místě nutně „nábožensky“. Můžeme ji chápat jaksi šířeji, jako běžnou součást života člověka, který vnímá jakýsi „existenciální rozměr“ své existence. Můžeme říct, že konfrontace s blížící se smrtí – kterou si člověk často uvědomí až v samotném (sic!) odchodu do důchodu! – navozuje a nebo prohlubuje dosavadní spiritualitu. To může mít pozitivní i negativní důsledky; v extrémních polohách jde např. o filantropa, „svatého blázna“, často milujícího a milovaného starce s velkou neformální autoritou (Rohr, 2007). Druhou extrémní variantou je „starý mrzout“, zlý a sebestředný děd, který využívá své okolí pro své zájmy, které věkem nemizí, ale naopak se centralizují ještě víc ke své vlastní osobě (potřeba ovládat, manipulovat,...). I toto je forma jakési spirituality (Říčan, 2007).

do intimity seniora. Právě tento typ péče, jejíž potřeba je např. v terénních službách zastoupena nejvíce (statistika, Most k domovu, z.ú. peč. služba Jesenice - nepublikováno), patří mezi služby, které jsou nejvíce zapotřebí a zároveň nejvýznamněji zasahují do intimního prožívání seniora¹⁵.

Stáří znamená však nejen ony negativní aspekty (potřebu podpory se sebeobslouhou), ale také pozitivní momenty, které můžeme označit souhrnným pojmem od Eriksona „generativita“ (Erikson, 1994) předávání myšlenkových postojů, zkušeností a životních reálií. Pokud je rodina skutečně fungující sociální jednotkou (Možný, 2008), můžeme i v případě umístění seniora do pobytového zařízení hovořit o určité kontinuitě vztahů, které i přes změnu bydliště pokračují, rodina navštěvuje seniora a pomáhá mu zvládat adaptační proces¹⁶. Zde je třeba vnímat limity a důvody umístění seniora – velkou roli zde hraje to, zda je pobytové zařízení voleno z důvodu nemožnosti setrvání seniora v přirozeném prostředí z titulu úbytku fyzických sil (či např. bariérovosti bytu), duševní integrity (úbytek kognitivních funkcí) anebo socio-ekonomických faktorů); ze starobního důchodu nelze zaplatit nájem či návazné terénní služby, které by umožnily další setrvání.

Lze primárně rozeznat dvě roviny stáří – rovinu fyziolo-psychologickou, čili rovinu duševního a fyzického zdraví, a rovinu sociální. Cílem a celým smyslem systému sociálního zabezpečení by mělo být zajištění terénních služeb, které budou saturovat potřeby seniora a jaksí „doplňovat“ ztracenou soběstačnost. Bohužel

15 [®] Už jenom pocit „ukázat někomu defekované přirození“ je pro řadu seniorů nesmírně ponižující. Praxe nám ale jednoznačně ukazuje, že právě o těchto potřebách a prožívání je třeba mluvit. A je třeba také poukázat na ne vždy eticky senzitivní jednání zejména nižšího ošetrovatelského personálu, který se s úkony „přímé péče“ potýká. Tento personál je však významně podhodnocen sociálně i ekonomicky, z čehož zcela logicky vyplývá často nízká profesní i etická integrita, nevalná pracovní motivace a mizivé možnosti HR managementu při výběru pracovníků.

16 [®] Jaksí „nad rámec“ je třeba podotknout, že empiricky podložitelná zkušenost sociálních pracovníků z pobytových služeb nám jednoznačně ukazuje, že popsání případů pokračujících pozitivních vztahů jsou velice vzácné...

znovu a znovu narážíme na nesmyslnou legislativu a nekompetenci v dané oblasti¹⁷. Ale vraťme se k ideálním modelům péče a fungování služeb...

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů (a plně v intencích velké novely, účinné od 1.1.2018) hovoří o pobytových sociálních službách (dosud rozlišených – mimo péče stacionárního typu – na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, avšak tyto pojmy se mají sjednocovat). Novela zákona však podle posledních informací nebude přijata.

Forma pobytového zařízení se TEORETICKY (a úmyslně toto slovo zdůrazňuji) volí v situaci, kdy senior není schopen (tělesně, duševně, či jinak) pobytu v domácím prostředí. Taková situace nastává, když se stává sobě či druhým nebezpečný¹⁸ (např. na základě kortikální a subkortikálních demencí různých typů), nedokáže samostatně saturovat své potřeby či je ohrožen sociálním vyloučením (aka „sociální smrtí“).

Základním principem sociální pomoci, hojně podpořeným zdravým rozumem a duchem zákona o sociálních službách, je využití v první řadě primárních zdrojů jakékoliv pomoci jednotlivce, rodiny nebo komunity (v české provenienci stále

17 [☐] Dobrým příkladem z praxe je kazuistika seniora, který žije osaměle a rodina, která o další péči nejeví zájem, mu zajistí dovoz obědů od pečovatelské služby (vzhledem k úbytku kognitivních funkcí není již senior schopen se samostatně stravovat). Jediný evropsky homologovaný typ jídlonosiče je vyroben z plastické hmoty, senior však vzhledem ke své duševní kompetenci postaví plastový jídlonosič na sporák a způsobí tak požár celého bytového domu...případ z roku 2013, popsany pracovníkem nejmenované pečovatelské služby ve Středočeském kraji.

18 [☐] Příkladem je seniorka, která začala na podkladě snížené soběstačnosti a omezené hybnosti odebírat obědy. Na první pohled chvályhodně zavedení služeb. Avšak pečovatelská služba, která obědy vozí, se musí řídit platnou legislativou a jídlo převážet v certifikovaných jídlonosičích pro převoz teplé stravy, z vnějšku vyrobených z umělé hmoty, polystyrenu a vnitřního kovu s antibakteriální úpravou. Klientka si chtěla jídlo ohřát a podle zvyku položila jídlonosič na plynový sporák a zažehla plamen. Vyhořely dva byty (byt seniorky, kterou se už nepodařilo složkám IZS zachránit, a byt o patro výš, kde nebyl nikdo zraněn – nájemníci byli na dovolené. Tato kauza se odehrála na jaře 2016 v Jesenici).

relativně vzácnost). Teprve potom má být na místě využití příspěvku na péči, následně ale také např. zavedení terénních služeb. Jinými slovy skutečnost, že například senior nezvládá dostatečnou hygienickou sebeobsluhu či manipulaci se sporákem, není (a nemá být!) důvodem pro umístění v pobytovém zařízení. V současné nabídce sociálních služeb je možné zajistit nesoběstačného seniora v domácím prostředí velice dlouhou dobu – od zajištění celodenní stravy (např. prostřednictvím peč. služby dle §40 zákona 108/2006 Sb.), přes kompletní hygienu, podání stravy a dopomoc s držením denního režimu (např. osobní asistence dle §39 téhož zákona) až po kombinaci se zdravotní péčí (home-care agentury). Byt lze uzpůsobit na bezbariérový i s využitím příspěvků ze systému nepojistných dávek, administrovaných Úřadem práce ČR. V případě nevléčitelných onemocnění či progredujících komorbidit lze zajistit službu mobilní, specializované paliativní péče (lékařský a ošetrovatelský proces 7/24, SOS medikace, pohotovost, nepřekročitelný personální standard dle stanovisek České společnosti paliativní medicíny (2016) atd.). Všimněme si dobře jedné věci – stále se bavíme o terénních službách, senior je ve svém domácím prostředí. Pokud je tedy skutečností a realitou, že terénní služby jsou schopné zajistit klienta v jeho přirozeném prostředí, z jakého důvodu je taková pozornost věnována právě pobytovým zařízením?

Například Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro hl. m. Prahu pro období 2016-2018 (MHMP, 2016) s rozvojem podpory terénních služeb de facto nepočítá. Jedinou výjimkou jsou služby osobní asistence, která je zastoupena velmi málo. Jinak jsou veškeré priority věnovány pobytovým zařízením. Podle tohoto dokumentu správce úhradové sítě (tedy Magistrát hlavního města Prahy) deklaruje, že terénní služby jsou klientům dostatečně dostupné a kvalita pokrytí službami nemá v republice obdoby. Neodpovídá (jak bývá v úředních písmech smutnou praxí) na otázku, zda je toho bezprecedentní pokrytí dostatečné. Nehovoří o poptávce po službách, pouze o skutečnosti, že se na území tyto služby vyskytují ve větší míře, než v jiných regionech (což vzhledem k počtu obyvatel na km² není nic překvapujícího ani nového). Je řada regionů, kde služby nejsou zastoupeny vůbec. Jednoduše řečeno, v regionu je nikdo neprovozuje, chybí poskytovatelé. S povědomím o

zastropených úhradách za sociální služby ve smyslu vyhlášky 505/2006 Sb. a s bazální znalostí provozní ekonomiky si umíme odpovědět i bez výzkumu, proč je poskytování služeb zcela odkázáno na dotační programy a kde nejsou dotace, jednoduše nejsou ani služby.

Vidíme, že ve stáří jsou lidé stejně jako celý život maximálně ovlivněni ekonomickými determinanty. Empiricky ověřená (a opakovaně ověřitelná!) praxe nám ukazuje, že příspěvek na péči v rozumné výši je spíše vzácností, než samozřejmostí a že správné řízení, trvající klidně 10 i 12 měsíců – čili dávno v prekuzi dle zákona 500/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů – není nic vyjímečného. Řada seniorů příspěvek na péči vůbec nepobírá, ačkoliv by splňovali všechny body k jeho přiznání.

Ukončení ekonomické aktivity a odkázání na státní důchod vede (jak je mimo jiné podloženo dále) velmi často ke zhroucení denního rytmu a snížení kvality a standardu života. Senior často nemá možnost na podkladě onemocnění zvýšit svou aktivitou svůj příjem na příležitostných činnostech či např. různou formou dohod, konzultačních činností, zprostředkovatelství atd. Velice často propadá do jakéhosi „pre-důchodového syndromu“ na základě sociální události ztráty zaměstnání v období před přiznáním byť předčasného důchodu. Po nějakou dobu pobírá dávky podpory v nezaměstnanosti, ale de facto nemá možnost (nebo velmi omezenou) uplatnění na trhu práce.

Stáří sice můžeme vnímat jako období zralosti, moudrosti a určité pokory ze zažitých životních bouří. Avšak je třeba vnímat jeho socio-ekonomické dopady, zdravotní omezení a zkracující se perspektivu pobytu v domácím prostředí. Řada lidí, se kterými se profesně setkávám, byli ovlivněni silnou romantizací tohoto období, danou snad křesťanskou tradicí, možná určitou úctou ke stáří, známou ze všech kultur, nebo literárním obrazem „babičky“ Boženy Němcové. Dnešní skutečností však je v první řadě potřeba zajištění socio-ekonomického a psychosociálního komfortu. Teprve poté lze pomýšlet na klidné, ale aktivní stáří, které je ideálem, ke kterému máme směřovat. Neexistuje v současné době jiná cesta, než se

na toto období připravovat a přijmout jej „aktivně“. Jinak bude celý systém sociálních služeb v podstatě k ničemu...

1.8 Demografie jako predikce využití služeb

Širokou kategorií příjemců sociálních služeb jsou jednoznačně senioři. Poskytování služeb v této oblasti je jedním ze základních cílů sociálních služeb. Abychom mohli hovořit o adaptaci, je třeba v krátkosti shrnout možnosti služeb pro seniory a situace, v nichž dochází k využití pobytových služeb.

Jarošová (2006) definuje stárnutí demograficky takto: *„Jde o proces, v jehož průběhu se postupně mění věková struktura obyvatelstva určité geografické jednotky tak, že se zvyšuje podíl osob starších šedesáti nebo šedesáti pěti let a snižuje se podíl osob mladších patnácti let“* (Jarošová, 2006, s. 15). A právě v takovém trendu se my v současné době nacházíme.

Demografický výhled a věkové směřování současné společnosti má jednoznačný charakter. Statistiky ČSÚ hovoří v tomto směru také jednoznačně. Velice zajímavý dokument *„Populační prognóza ČR do roku 2050“*, publikovaný pod kódem e-4025-04 dne 30.6.2004, nám přináší alarmující data.

Statistická data nám ukazují, že např. průměrná plodnost byla v roce 2002 v ČR druhá nejnižší (1,17 dítěte na matku), zároveň průměrný věk prvorodiček dosahuje 27,8 let. Úhrnná plodnost má mírně zvyšující se tendenci (výhled pro rok 2050 je 1,42), podobně se však prodlužuje věk na 30,1 let. Podíl dětí do 15 v celkovém množství naší populace má regresivní tendence, do roku 20150 má dosáhnout snížení na 11% (ČSÚ, 2004). Ještě dramatictější je ale situace mezi osobami staršími 65 let, kde na rozdíl od velmi mírně se zvyšující plodnosti dochází k dramatickému nárůstu; v tuto chvíli tvoří tyto osoby cca sedminu našeho obyvatelstva. Výhled do roku 2050 má být až 1/3 veškerého obyvatelstva, v absolutních číslech (sic!) 3,3 milionu obyvatel, průměrný věk se má pohybovat mezi 48 a 50 lety. Jinými slovy průměrně bude populace „předdůchodového charakteru“.

Tento proces úzce souvisí s ekonomickou zátěží obyvatelstva produktivní – v systému sociálního zabezpečení budou akutně chybět prostředky, neboť budou 2 ekonomicky aktivní osoby na 1 osobu starší 65 let a tudíž s vysokou pravděpodobností ekonomicky neaktivní. Index ekonomické zátěže obyvatelstva ze se současných 40 zvedne na 78, což je téměř dvojnásobek.

Počet osob nad 85 let se zdvojnásobí. Neexistuje jakýkoliv centrálně - ekonomický model, který by v tomto poměru mohl obstát – jakýkoliv druh státního zabezpečení a přerozdělování prostředků naráží na zásadní nedostatky. O tomto fenoménu však samostatně hovoříme v jiné kapitole.

Tyto statistiky uvádím z jednoduchého důvodu – využíváním sociálních služeb a procesem adaptace na pobytové zařízení bude procházet víc a víc lidí a tyto služby budou čím dál zásadnější a potřebnější (bude jen minimum lidí, kteří budou o seniory pečovat v rámci rodiny – ekonomicky aktivní budou tak zatíženi „vyděláváním“ na důchodový systém, že nebudou mít takřka žádný prostor pro poskytování péče). Zbavme se na tomto místě zromantizovaných (a romantických) představ o široké rodině, která ve volných chvílích pečuje o své seniory. Představy, možná s mírnou ironií formované „Babičkou“ Boženy Němcové, jsou vystřídávány realitou sociálních lůžek a léčeben pro dlouhodobě nemocné. Je velmi důležité v tomto směru nejen sledovat statistická data, ale také kazuistiky jednotlivých seniorů, kteří adaptačním procesem procházejí. Ti nám totiž mnohem víc než čísla odhalují skutečnou „kvalitativní“ stránku věci, adaptace na zařízení soc. služeb. V první řadě je ale třeba tato zařízení alespoň základním způsobem kategorizovat.

Domov pro seniory

Základním a nejznámějším druhem pobytové služby jsou právě domovy pro seniory. Definici najdeme v §49 v Zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů: „*V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*“ (MPSV, 2017). Svým způsobem tedy nahrazují domácí prostředí, klienti zde mohou mít často svůj vlastní nábytek, své

věci a jednolůžkové pokoje. Zdůrazníme, že domácí prostředí nahrazují, ale nesuplují (jak bude doloženo později).

Čevela a kol. (2012) popisuje domovy pro seniory jako „zařízení, která jsou určena osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména kvůli vysokému věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (Čevela a kol., 2012, s. 158). Králová a Rážová (2008) uvádí, že cíl těchto zařízení nemá být jen nahradit seniorům domácí prostředí, ale poskytnout jim komplexní a celoroční péči (Králová, Rážová, 2008) – to znamená péči zdravotní a sociální. Pro řadu osamělých, nesoběstačných seniorů je tento typ péče prakticky jedinou možností důstojného dožití. Je ale počet míst v těchto zařízeních dostatečný a skutečně systém těchto služeb tak dostupný, jak tvrdí například dokument „Střednědobý plán pro rozvoje sociálních služeb pro hlavní město Prahu 2016-2018“¹⁹ (magistrát hl.m.Prahy, 2016)?

Do domova pro seniory má být člověk primárně umístěn dobrovolně. Slovo „dobrovolně“ v tomto směru nabývá zvláštního významu. Praxe aplikace tohoto termínu, kterou nikdo nepopíše do statistik a kterou nikdo nepopíše v metodikách, je velice často „barvitá“ (více v kazuistikách). A právě zde dochází k časté kontradikci „nucené dobrovolnosti“. Tento fenomén popisují jako sociální pracovník z praxe – fenoménem totiž nebude nikdy dostatečně akademicky a teoreticky popsán, protože jeho praxe je natolik „barvitá“ a natolik „teoreticky nepřijatelná“ a

19 Tento dokument, vydaný hl.m. Prahou v roce 2016, je skutečně úsměvným úřednickým pokusem o sumarizaci situace sociálních služeb „od stolu“. Na základě statistik jsou vyhodnoceny potřeby obyvatelstva a definována tzv. „sít“ sociálních služeb a její správa, rozšiřování atd. Dokument Např. se zde tvrdí, že síť poskytovatelů terénních služeb je dostatečná a kdokoliv tuto službu potřebuje, má ji zabezpečenou. Realita, na základě zkušeností soc. pracovníků, kazuistik a výpovědí klientů, je samozřejmě zcela odlišná. Z toho důvodu považuji dokument za úsměvný, nebo lépe řečeno smutný; odrážející nekompetenci a „odtržení od reality“ správních orgánů a následně celé sociální politiky...

nekorektní, že raději utečeme k teoretickým východiskům, než ke zkušenostem z praxe²⁰, jak to ostatně v současné době činí i MPSV a další správní orgány.

Zároveň však je dlužno podotknout, že kvalita sociálních služeb se v řadě zařízení zlepšuje. Obtížně lze tento trend zlepšování měřit, protože oficiálně žádný poskytovatel nepřizná, že klienti bývali např. dehydrováni, protože výrazně finančně i společensky podhodnocený personál nejevil o péči zájem a každý úkon navíc byl zatěžující. Na řadě míst ale tento trend pokračuje.

Jak ale bylo řečeno výše, tato skutečnost, kterou pracovníci z praxe považují za v podstatě běžnou, oficiálně ani teoreticky (tedy na základ „tvrdých dat“ a jejich vyhodnocení) neexistuje; klienti jsou zabezpečeni péčí, mají relevantní individuální plány, o jejich potřeby je dobře postaráno a sociální pracovník hraje roli case-managera. Teorie je v tomto směru velmi příjemná a budí dojem perfektně realizovaných sociálních služeb... Sociální pracovník ze současné praxe se však zhusta neubrání poněkud ironickému úsměvu či alespoň „nadzdvihnutému obočí“, ačkoliv existují samozřejmě výjimky.

Domov se zvláštním režimem

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů definuje že *„[Domov] je upraven dle specifických potřeb osob se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou či jinou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“*(§50).

20 Realitou sociálního pracovníka v pobytovém zařízení je denní komunikace s klienty, kteří „tady nechtějí být“ a chtějí „být doma“, ale bohužel to nejde. Řada klientů nemá fatální zdravotní problémy, které by nemohly být řešeny např. pomocí terénních služeb, ale rodiny vyvíjely nátlak tak dlouho, dokud senior své „zcela dobrovolné“ umístění v pobytové službě zkrátka nepodepíše. Statistika těchto kauz neexistuje a domnívám se, že oficiálně existovat nikdy nebude...

Domovy se zvláštním režimem jsou mnohdy součástí Domovů pro seniory a jsou odděleny jako samostatná oddělení.

Služby v tomto typu zařízení sociálních služeb zahrnují především bezpečné ubytování a důstojné prostředí, umožňující dojít k důstojnému a pokojnému konci života. Nejde zde pouze o potřeby ubytování a důstojnosti, ale také často specifické potřeby – nutriční (často ve spolupráci s praktickým lékařem či specialistou), dále možnosti ošetrovatelského procesu (využití endoskopické výživy či parenterální výživy) (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Dále je jako samozřejmost v těchto zařízeních poskytována přímá obslužná péče – pečovatelé a sanitáři. Lze využít celá řada kompenzačních pomůcek – nafukovací koupací lůžka, hydraulické vany, toaletní křesla, polohovací postele, antidekubitní matrace atd. V tomto směru lze sledovat velmi chvalitebný vývoj co do dokonalosti a dostupnosti těchto pomůcek. Lze říci, že zejména ve větších aglomeracích lze zajistit téměř jakoukoliv pomůcku.

Unikátní vesnička pro seniory Formóza

Vzhledem ke trendům stárnutí populace roste poptávka nejen po klasické pobytové péči či lůžkách v rámci poskytovatelů sociální a zdravotní péče, ale také po možnosti jakéhosi „komunitního bydlení“ pro seniory – tzv. „vesniček“. Podobným způsobem fungují v české provenienci SOS-Dětské vesničky. V ČR dosud unikátní projekt tohoto typu se nachází v Brodě nad Dyjí a je to skutečně pozoruhodný projekt. Nejde zde jen o možnost ubytování a zjištění sociálních a zdravotních služeb, ale je zde velmi významně zastoupena aktivizace, společenský život, sociální interakce. Domy jsou zpravidla pasivní, náklady na energie nízké, kompletně bezbariérové. Domek lze pronajmout či koupit, je také zajištěna služby hospodyně, provozního, donáška jídla a možnost dalších služeb (soc. a zdrav). (Haškovcová, 2010). Samozřejmostí je možnost zajištění pečovatelské služby, kompenzačních pomůcek a dalších služeb. Velkým benefitem je rovněž přítomnost praktického lékaře, ke kterému je možné se přeregistrovat a získat tak dostupnou zdravotní péči (a dostupnou preskripci a např. indikaci k home-care).

2 METODY ŠETŘENÍ

Pojetí této práce z hlediska metod bylo zprvu velmi náročné a bylo předmětem rozvažování. Metody kvantitativního výzkumu, které by jinak přinesly statisticky významná data, by mohly znehodnotit výsledky a my bychom pak při evaluaci zjistili, že sice máme relevantní kategorie a např. příslušné počty respondentů, kteří se úspěšně či neúspěšně adaptovali na prostředí pobytového zařízení, avšak nevíme nic o obsazích jejich emocí, nedokážeme kategorizovat jejich prožívání a neznáme vlastně ani měřítko „úspěšnosti“ adaptace.

Primární metodou byly proto strukturované, polootevřené rozhovory s redigovanou transkripcí. Tato forma výzkumu se ukázala jako nejlépe aplikovatelná, neboť téměř beze zbytku odpovídá potřebám našeho šetření. Odpovědi byly zaznamenány pomocí standardizovaných záznamových archů (viz příloha).

Všichni účastníci šetření udělili souhlas se zpracováním odpovědí. Byli poučeni o všech aspektech účasti ve šetření, anonymitě a striktnímu užití odpovědí pro účely této graduační práce, jakož i užití pro studijní účely. Základní poučení bylo uvedeno rovněž na záznamové archy, na které se odpovědi zaznamenávaly.

Doplňkovou metodou bylo studium relevantních pramenů a jejich analýza. V knize *Kvalitativní výzkum* Hendl uvádí že kvalitativní výzkum (v tomto případě šetření) se provádí nejčastěji jako intenzivní kontakt s terénem nebo životní situací. (Hendl, 2005). Právě touto cestou se naše šetření ubírá, neboť šetřící jaksí „doprovází“ respondenty danou situací, zaznamenává jejich prožívání, snaží se pojmenovat faktory, které ovlivňují schopnost adaptace na pobytové zařízení a v neposlední řadě hledá způsoby, jak tuto adaptaci usnadnit či posílit kompetence klientů.

Jak bylo uvedeno výše, výsledky nemohou být kvantifikovány a tudíž považovány za statisticky významné, neboť soubor nemá velký rozsah. Přesně však

zachycuje mechanismy adaptace, roli sociálního pracovníka a možnosti, kterými lze v nesnadné sociální situaci pomoci.

2.1 Harmonogram šetření

Doba provádění rozhovorů je vymezena obdobím leden 2017 – červen 2017. Před šetřením byla prováděna příprava samotných rozhovorů, hodnocení a optimalizace záznamových archů. Nebyla provedena pilotní studie ani předvýzkum, neboť pro tento typ práce a pro zjišťovaná data není relevantní.

2.2 Výzkumný soubor

Šetření bylo realizováno s celkem 20 respondenty ve třech pobytových zařízeních (registrovaných poskytovatelích sociálních služeb) na území hl. m. Prahy. Prostředí je mi jednak dobře známé (celou profesní kariéru se pohybuji v pobytových zařízeních pro seniory na území hl. m. Prahy), jednak má řadu řekněme „velkoměstských“ specifik (např. extrémní nápor na lůžka, společensky patologický fenomén korupce, poměrně časté známky syndromu EAN a další).

Považuji za důležité uvést, že adaptace na velkoměstské prostředí, jakož i extrémní rozdíly v (sic!) kvalitě poskytované péče, činí ze seniorské komunity poměrně zajímavou skupinu, jejíž potřeby nesmíme v tomto směru přehlížet.

Na výzkumném souboru je dobře patrné, jak významnou roli hraje kvalitní prostředí a služby poskytovatele na dobrou adaptaci na pobytové zařízení. V zařízení, kde je zajištěn aktivizační program, dobré zázemí/služby a příjemné prostředí probíhá adaptace jinak, než v prostředí nepodnětném, bez zajištění relevantní úrovně služeb.

2.3 Vyhodnocení šetření

Vzhledem k tomu, že se jednalo o strukturovaný, polootevřený rozhovor, bylo třeba nějakým způsobem uchopit zjištěná data. Důležitou součástí šetření je zhodnocení a výstupy pro jednotlivé výzkumné otázky.

V rámci emocionálních obsahů rovněž narážíme na velice významná etická dilemata – lze po seniorovi, který prožil celý svůj život ve jménu zabezpečení svých dětí a rodiny, aby odešel po pobytového zařízení s často minimální reálnou péčí? A z druhé strany vzato, lze v současné době, podrobené významnému socio-ekonomickému determinantu, žádat po mladých rodinách, aby pečovaly celodenně o nesoběstačného seniora? Hovoříme zde o určitém „standardu péče“ anebo si musíme (s trochou ironie) vypůjčit od Marxe pojem „socio-ekonomická nadhodnota“ a transformovat jej do podoby „rodinná nadhodnota“? Můžeme vůbec najít v současné situaci průsečíky potřeb a tužeb mladých rodin a seniorů? Můžeme hovořit o pozitivně prožitým adaptačním procesu seniora na pobytové zařízení? Můžeme v takovém případě vůbec hovořit o „šťastném podzimu života“? Lze považovat ústavní (či lépe řečeno „pobytovou“) péči za skutečně důstojnou, dostatečnou a eticky senzitivní?

2.4 Výzkumné otázky

Pro kvalitativní šetření se zpravidla nepoužívá metoda stanovení hypotéz a jejich následné ověření výzkumem, předvýzkumem či dalšími relevantními metodami. Byť se pohybujeme pouze v oblasti šetření, využijeme možnost výzkumných otázek, na které se následným výzkumem pokusíme odpovědět.

Výzkumné otázky pro účely tohoto šetření byly kladeny klientům přímo v této formě (jak je mj. uvedeno v příloze č.1, v dotazníku:

1. Co pro Vás bylo nejtěžší z hlediska zvyknutí si na nové prostředí, když jste do pobytového zařízení přišel/přišla?
2. Jaký byl důvod Vašeho umístění do pobytového zařízení?
3. Jak daleko bylo pobytové zařízení od Vašeho bydliště?
4. Jak jste vnímal přechod z domácího prostředí do pobytového zařízení?

5. Co vám pomohlo zvyknout si na nové prostředí?
6. Jaká byla role Vaší rodiny při adaptaci na pobytové zařízení?
7. Co pro Vás bylo nejdůležitější, když jste přecházel z domácího prostředí do pobytového zařízení?

3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Vyhodnocení šetření přineslo zajímavé výsledky, které reflektují pocity a prožívání seniorů. Nejprve se věnujme jednotlivým otázkám a jejich výsledkům, resp. kategorizaci odpovědí do určitých okruhů na základě podobností, které můžeme vysledovat. Nezařaditelné odpovědi uvádíme zvlášť. Následně můžeme pomocí tohoto vyhodnocení odpovědět na výzkumné otázky, které jsme si položili.

3.1 Pohlaví

Muži	Ženy
8	12

Rozhovorů se účastnilo 8 mužů a 12 žen. Ačkoliv byla snaha, aby byl výzkumný soubor vyrovnaný 50:50, u mužů jsme častěji naráželi na neochotu se na výzkumu podílet.

3.2 Kolik je Vám let?

Muži	Ženy
73,5 (průměr)	79,25 (průměr)
74,5 (medián)	78,5 (medián)

Vidíme, že výzkumný soubor mužů je celkově mírně mladší, průměrně 73,5, kdežto u žen 79,25. Pro přesnější představu byl zároveň vypočítán medián (u mužů 74,5, u žen 78,5), který se však u takto malého vzorku nikoliv překvapivě příliš neliší. Vidíme, že výzkumný soubor je z hlediska věku poměrně konzistentní, ne-li

homogenní. U mužů byl nejmladším účastníkem respondent ve věku 59 let, nejstarší pak 85. U žen měla nejmladší účastnice 64 let, nejstarší pak 96.

Z těchto výsledků je patrné, že většinu vzorku jsou z kategorie pokročilého stáří, „dlouhověcí“ (nad 90 let) se účastnili výzkumu jen 2.

3.3 Pocházíte z města (sídlo nad 3000 obyvatel) nebo z vesnice?

	Vesnice	Město
Muži	2	6
ženy	3	9

Z uvedené tabulky vyplývá, že výzkumný soubor pochází z větší části z města. U mužů jen dva pocházeli z vesnického sídla a zbývajících 6 z města. U žen je situace podobná, z vesnického prostředí přicházely do pobytového zařízení 3, z města 9. Tento výsledek není nijak překvapivý, uvážíme-li, že „zasítování“, resp. dostupnost pobytových sociálních služeb se soustředí převážně ve větších městech. Navíc je (empiricky) velmi častým zvykem, že jsou upřednostněni klienti s trvalým bydlištěm na území města (např. domovy pro seniory jsou často zřizovány přímo městem a/nebo městskou částí). Klientům z vesnických sídel často nejsou služby dobře dostupné a nebo jejich využití nepřipadá v úvahu z dalších důvodů (naplnění kapacity „vlastními“ klienty, finanční náročnost, větší soudržnost rodiny atd...).

3.4 Jak dlouho jste v pobytovém zařízení?

	0-1 rok	2-4	5 a více
Muži	2	4	2

Ženy	3	5	4
-------------	----------	----------	----------

Pro účely tohoto výzkumu byly na základě poznatků z psychologie adaptace (např. Vágnerová, 2005) zvoleny jako hraniční následující kategorie – 0-1 rok, 2-4 roky, 5 a více let. V souboru mužů vidíme, že nejširší kategorie je 2-4 roky v pobytovém zařízení, tedy kategorie, která by měla být v procesu kompletní adaptace, zajištění nových zvyklostí, nelézání svého místa. Kratší dobu byli jen dva respondenti, kteří byli v pobytovém zařízení v řádu několika měsíců.

U žen vidíme podobný poměr, jen rozdíl mezi kategorií „2-4“ a „5 a více“ není významný. Výzkumný soubor žen se vyznačuje menšími rozdíly v počtu respondentů v jednotlivých kategoriích.

Celková charakteristika výzkumného souboru odpovídá potřebám výzkumu, neboť víceméně reflektuje aktuální demografické rozdělení.

3.5 Co pro Vás bylo nejtěžší z hlediska zvyknutí si na nové prostředí, když jste do pobytového zařízení přišel/přišla?

	Muži	Ženy
Změna životního prostředí	2	2
Změna životního rytmu	2	1
Ztráta kontaktů/přátel	1	4
Pocit „přítěže druhým“	3	4
Jiná odpověď	0	1

Poměrně zajímavé rozdělení odpovědí nalézáme v prvním bodě baterie otázek z vlastního těla šetření. Nejprve však řekněme, že jsme odpovědi kategorizovali dle nejčastějších odpovědí. Výsledky jsou v tomto směru poměrně zajímavé. Obecně je vžitě, že největším problémem je změna prostředí (odlišné

pokoje, nábytek, atd), avšak z výzkumu vyplývá, že tomu tak není. U mužů vidíme, že problém změny prostředí je zastoupen stejně jako změna rytmu („mít svůj klid“), přičemž obě kategorie zaujímají 50% výzkumného souboru. Kategorie, která reflektuje sociální vykořenění, poměrně překvapivě není tak často reflektována, zařadil se do ní pouze jeden respondent. Naopak nejsilnější kategorií (37,5%) je kategorie „pocit přítěže druhým“. Vidíme, že nejčastěji tedy muži reflektují pocit, že v pobytovém zařízení jsou přítěží pro druhé. U tohoto momentu je třeba se pozastavit, neboť systém sociálních služeb nemá být nastaven tak, aby sebereflexí potřebných byla „přítěž druhým“. Je alarmující, že právě tato kategorie je nejsilnější a vítězí nad (jak jsme předpokládali) kategorií „změna životního prostředí“. Je tedy evidentní, že proces adaptace mnohem více souvisí s životním nastavením, hodnotami a sebereflexí, než s prostředím jako takovým.

U žen vidíme v prvním dvou kategoriích podobná čísla, což ve světle výše uvedeného není překvapivé. Dokonce je slabší kategorií „změna životního rytmu“, tzn. ženy nerefletovaly tak často problém v zaběhnutí „denního režimu“ v zařízení (např. snídaně od/do, oběd od – do a podobně).

Oproti mužům však vidíme silnou reflexi ztráty kontaktů. Je pravděpodobné (ačkoliv jde spíše o náš empirický úsudek), že jde o ztrátu kontaktů, se kterými žily respondentky např. ve společném činžovním době, v sousedství a podobně. Korespondenční přátelství zůstávají beze změny, nicméně blízké kontakty v místě bydliště, resp. jejich ztráta, představuje v procesu adaptace značný problém.

Druhým důležitým ohledem, který je třeba reflektovat, je kategorie „pocit přítěže“, která byla i u mužů nejsilnější zde je stejně silná jako ztráta kontaktů. Můžeme říci, že zde panuje mezi muži a ženami podvědomá shoda – tím nejtěžším, co museli při přesunu z domácího prostředí do pobytového zařízení zvládnout, byl pocit přítěže druhým (především rodinám, které na umístění seniora v pobytovém zařízení spolupracovaly). U žen je stejně silná ještě kategorie „ztráta kontaktů/přátel“, u kterých předpokládáme fixaci na místo pobytu (např. sousedé). Je tedy zřejmé, že místo života jako takové nehraje tak zásadní roli, ale naopak je zásadní pocit, že doma „nejsem na obtíž“ a mám kolem komunitu, která mi když tak

pomůže. Můžeme tedy tuto otázku uzavřít tak, že problémem není zdaleka tak často místo fyzického pobytu, jako spíš vztahy a jistoty, které se k němu vážou. K tomuto bodu se více vrátíme v závěru práce.

3.6 Jaký byl důvod vašeho umístění do pobytového zařízení?

	Muži	ženy
Zdravotní rizika	3	3
Psychologická rizika	1	2
Sociální faktory	4	6
Jiné	0	1

Z uvedených výsledků je zřejmé, že nejčastějším důvodem využití pobytové služby u mužů jsou především důvody sociální. V rozhovorech senioři uváděli, že by ze zdravotního hlediska mohli být doma, neboť jejich zdravotní stav nevyžaduje žádnou specifickou léčbu. Nicméně z důvodů snížené soběstačnosti (zejména v oblasti hygieny – např. má nevhodnou vanu -, péče o domácnost – nevidí špínu, nemůže se ohnout k vysavači - a zajištění stravy – např. nemůže stát u sporáku) nemohou zůstat v domácím prostředí. Terénní služby přitom buď nemají kapacitu na příjem v požadovaném rozsahu, nebo jsou limitovány víkendy a dny pracovního klidu. Zároveň pokud se rodina rozhoduje, zda využije terénních služeb, které se budou obtížně zajišťovat a koordinovat, anebo za podobnou úhradu zajistí trvalý pobyt v pobytové službě s kompletním zajištěním (někdy pouze deklarovaným), volí druhou variantu. Mimo dotazník dva senioři také zmínili, že děti si chtějí zrekonstruovat byt a že jim přitom nechtějí překážet. Tento ohled opět koresponduje s předcházejícím bodem, s pocitem „přítěže druhým“. Jde o silný motivační a adaptační faktor („*Dělám to pro svojí rodinu, pro své děti!*“), senior si zdůvodní svůj příchod do pobytového zařízení a navenek se rychle adaptuje. Velice

často se ale uzavírá sám so sebe, do samoty a do smutku. Vědomě se izoluje od světa, protože „svůj úkol splnil“ (zabezpečil rodinu) a čeká už jen na smrt²¹.

Druhá kategorie, která dosahuje jen o málo menšího počtu, jsou zdravotní rizika. Zde se jedná o zhoršený fyzický stav, přičemž tato část respondentů spíše prožívala smutek z odkázání na pomoc druhým. Umístění v pobytovém zařízení je tak vnímáno jako důsledek zdravotního stavu, který je předmětem smutku či deprese, postupně smíření. Velice často je u této skupiny přijetí nového prostředí chápáno velmi věcně; „Nemůžu být bez sester/doktorů/služeb, tak musím holt být tady“. Muži byli rádi, když si mohli vzít pár svých věcí, ale obecně fixace na majetek byla malá, spíše šlo o fotky a vzpomínky na mládí, drobnosti ze studií či počátku celoživotního vztahu.

Pouze u jednoho seniora nedovoloval psychický stav setrvání v domácím prostředí na podkladě rozvíjející se Alzheimerovy choroby. V bytě opakovaně pouštěl plyn, chtěl si vařit polévku v plastickém jídlonosiči, bál se odejít na toaletu a velkou stranu prováděl v rohu obývacího pokoje. Po relativně krátkém pobytu v pobytovém zařízení následovala hospitalizace na gerontopsychiatrii v PL Bohnice, kde klient po krátké době zemřel.

U žen vidíme shodu v kategorii zdravotních rizik. Obecně ale z rozhovorů vyplývaly větší sklony k disimulaci, čili ke snaze ukázat stav lepší, než skutečně je. Ženy v této kategorii, která je jinak v absolutních číslech početně stejně zastoupení jako u mužů (takže poměrem respondentů v % méně zastoupená) převládalo chápání situace jako „přechodného“ stavu, dokud se zdraví nezlepší. Vnímáme zde velice těžké přijetí skutečnosti, že někdo musí poskytovat péči jim. Můžeme jaksí pod čarou říci, že pro ženy, které byly zvyklé se starat od druhé, o rodinu, vychovávat děti a pečovat o manžely, je obtížné náhle změnit takto radikálně životní roli. Ženy v této kategorii reflektovaly, že by ještě „chtěli něco trochu udělat“, že „nemají doma hotovo“. Smířování bylo v tomto směru velmi těžké.

21 Takto tvrdá slova jsou ke slyšení při rozhovorech poměrně často. Pocit zbytečnosti je často podtrhován skutečností, že frekvence návštěv je poměrně nízká.

V kategorii psychologických rizik je zastoupení poměrem velmi podobné, jako u mužů, jedná se shodně o klientky s pokročilou demencí, kde je soběstačnost i vhled významně omezena právě na podkladě tohoto onemocnění. V úvahu pak po krátkém pobytu v klasickém domově pro seniory přicházel domov se zvláštním režimem²².

Nicméně věnujme nyní pozornost kategorii „sociální faktory“, která je shodně s muži nejsilněji zastoupená (polovina respondentek). Skutečnost může souviset s tím, že vzorek žen je starší, resp. v demografický rozdíl je patrný i zde. Pro ženy v této kategorii je opět problematické smíření se se skutečností, že ačkoliv nemají objektivní zdravotní obtížně (např. náhlé zhoršení stav), jejich soběstačnost je omezena natolik, že nemohou setrvat v domácím prostředí. Důvodů je mnoho, avšak shodně s muži bylo opět pojmenovááno, že nechtějí být na obtíž mladým. Opět se přibližujeme k pohledu sebeoběti pro mladé, která je však – a to je dlužno zdůraznit – chápána jaksi dvojace; pozitivně a negativně. Pozitivní pohled – obětuji se pro svou rodinu, potřebuji bydlení, nechci jim bránit. Je to moje povinnost vůči nim, abych odešla do pozadí. Druhá, dle rozhovorů stejně početná část žen vnímá rovněž rovinu sebeoběti, ale donucené, nedobrovolné a uražené²³. Zde narážíme na pocity

22 V prvním případě šlo o klientku se silným strachem a úzkostí, která odmítala spát, aby ji v noci někdo neublížil, ráno chtěla insultovat hygienu provádějící ošetřovatelku, ve které vnímala ohrožení. Druhá klientka (v zařízení, ve kterém jsem působila) opakovaně slovně insultovala personál obviněním z krádeže drobného majetku, peněz a šperků. Žádosti do DSZR byla podána poté, co v noci zavolala z mobilního telefonu policii se sdělením, že ji týrá její ošetřovatelka, bije jí a křičí na ní. Došlo k intervenci výjezdové jednotky PČR. Při příchodu 9 příslušníků výjezdové skupiny na oddělení a následně do pokoje za klientkou, kam je zavedla nic netušící a vyděšená, noční službu konající sestra, se klientka vesele na policisty smála a se slovy „Vy jste tak pěkný chlapi!“ si znova lehla do postele a zhasla světlo v pokoji.

23 Podotýkám, že není předmětem této práce a tohoto výzkumu hodnotit oprávněnost takových pocitů. Za více než 20 let praxe jsem se setkala nesčetněkrát se situací, kdy byla podobná pozice pouze jakýmsi nástrojem ke získání pozornosti a pocitu důležitosti. Z druhé strany, potkala jsem celou řadu klientů, kdy po první hospitalizaci rodina nepočítala s návratem, byt rovnou zrekonstruovala a prodala či pronajala. Pak při zlepšení stavu začalo hrozit propuštění a rodina

ublížení, pocit, že rodina seniora „odsunula“. Zde je adaptace dlouhá a náročná, často bez zdárného konce, neboť tento pocit je natolik silný, že vede k hořkosti, depresi a celkovému negativismu a uzavření. Může a nemusí jít o skutečnost, ale zde jde o případy, kde adaptace zpravidla nekončí dobře²⁴. V jednom případě klientky z této kategorie došlo dokonce po dlouhodobém negativismu k dokonanému suicidu oběšením. Klientka naskládala na stůl doklady, peníze, závěť a dopis na rozloučenou a oběsila se ve skříni na oblíbených šlích zemřelého manžela (které měla jako reminiscenci).

Klientky v této kategorii také velmi často pojmenovávaly skutečnost, že změnu s nimi nikdo nekomunikoval, nedostaly příležitost se do zařízení podívat dřív, než do něj nastoupily. Zde opět narážíme na významným problém, se kterým se v praxi setkáváme – časový rámec přesunu. Senior potřebuje čas a prostor k prohlédnutí nových prostor, čas na sbalení věcí, projití si bytu, „rozloučení se“ se známými místy. V praxi narážíme na problém, že tento čas nemáme. Místa v pobytových zařízeních jsou zpravidla velice rychle rozebrána. Někteří senioři mají podanou žádost i několik let, než na ně přijde řada²⁵!

V celé řadě případů jde dále o klienty, kteří jsou propouštěni přímo z nemocničních prostředích, tím pádem domů vlastně už vůbec nejdou (nebo až ex post po umístění) a pokud nenastoupí pobyt okamžitě, jejich místo je postoupeno dalšímu klientovi. Tento případ byl reflektován i v uvedené kategorii žen a je to

narychlo hledala pobytové zařízení, protože nebylo kam paní propustit a rodina žila v jiné části republiky.

24 V praxi se rovněž setkáváme s případy, kdy se klient „rozhodne zemřít“ a toto rozhodnutí je natolik silné, že se v kratším či delším časovém horizontu splní.

25 Tato praxe je bohužel velmi rozšířená, smutným konkrétním příkladem je domov zvláštního určení, spadající pod MČ Praha Zbraslav a financovaný magistrátem hl. m. Prahy. Někteří klienti, se kterými jsem vedla rozhovor, čekali tři a více let. Na základě rozhovoru se zastupitelkou, která si nepřála uvést jméno, ale jejíž totožnost je mi známa, se seznam žadatelů aktualizuje minimálně, někdy dokonce méně než jednou za rok. V rámci městské části nebyl k dispozici řadu let sociální pracovník a MČ nedokázala tuto službu občanům nijak zajistit ani zabezpečit.

skutečnost, která významně zhoršuje možnost adaptace, prodlužuje období smutku, které po umístění často nastává (uvědomění si, že se už nevrátí domů). Dvě klientky v této kategorii v rozhovoru také pojmenovaly skutečnost, že s nimi příbuzní nejednali otevřeně. Jednak operovali s falešnou nadějí, že se vrátí domů, ač klientky věděly, že domů již nepůjdou, jednak byla slíbena jiná úroveň služeb. Tento pocit „podvedení“ opět významným způsobem zhoršuje proces adaptace, protože je spojen s vnitřním odmítnutím celé situace a umístění v pobytovém zařízení. Jsou tak pojmenovávána pouze negativní stránky (velmi často jídlo či spolubydlící), celkově je senior uzavřen ve svém negativismu a je s ním obtížná komunikace. Jde o fenomén jakési „pasivní rezistence“, kde klient aktivně nic zvláštního nedělá, ale svým uzavřením a negativismem výrazně ovlivňuje chod zařízení a ostatní klienty např. na aktivizačních kroužcích, ve společné jídelně atd. Pro vedení a personál zařízení je potom takovýto klient velmi problematický, protože přímo neporušuje chod a řád zařízení (nelze jej tedy umístit jinam a vypovědět smlouvu), ale jemným, nepolevujícím psychickým nátlakem docílí toho, že např. personál ke klientovi nerad chodí, nevydrží s ním dlouhodoběji nikdo na pokoji, klient se stěhuje (čímž se situace zhoršuje, neboť se ve svém pocitu utvrzuje).

Z tabulky vidíme, že v jednom případě šlo o jiný důvod umístění a tím bylo, že klientka nechtěla žít v bytě, kde zemřel její manžel. U této konkrétní klientky nicméně adaptace proběhla velmi úspěšně a dobře, v podstatě od počátku se zapojila do dobrovolných aktivizačních kroužků a umístění v pobytovém zařízení přineslo paradoxně rozvoj i jejích sociálních kontaktů²⁶.

26 Tato konkrétní klientka, stále v pobytovém zařízení, se mj. aktivně zapojila do dobrovolnického projektu pletení obvazů pro malomocné, realizovaného Vojenským a špitálním řádem sv. Lazara Jeruzalémského, který obvazy každoročně posílá do nemocnice v Palestině a Sýrii. Podle svých slov „chce být ještě něco platná“.

3.7 Jak daleko bylo pobytové zařízení od Vašeho bydliště?

vzdálenost	Muži	ženy
0-5km	4	6
6-10	2	3
Více než 10km	2	3

Tabulka k této otázce nám ukazuje nepříliš překvapivou skutečnost, že významná většina mužů i žen bydlí nedaleko svého původního bydliště. První kategorie odpovídá bydlení buď ve stejné nebo sousední městské části, což je zpravidla pozitivní aspekt – klient zná okolí a nepojmenovává pocit „vykořenění“ z města, kde žil. Podotýkám ale, že tento výsledek může být ovlivněn skutečností, že šetření probíhalo v zařízeních na území hlavního města Prahy a většinou se v této kategorii jednalo o klienty s trvalým bydlištěm v Praze (z výše uvedených důvodů dostupnosti a preference). Druhá kategorie 6-10km od bydliště stále v prostředí hlavního města odpovídá sousední nebo jiné městské části. Zde již dva krát zaznělo, že prostředí dobře neznají, že v této části Prahy se necítí dobře, protože neví, co tu je, ve svém životě se zde pohybovali málo.

Jako nejzávažnější a z hlediska výzkumu asi nejdůležitější kategorií je poslední, 10 a více km od původního bydliště. Zde se jedná o klienty mimopražské, kteří byli z důvodu nedostupnosti služeb ve svých obcích či sídelních oblastech umístěni v hlavním městě Praha.

Oba dva muži shodně pojmenovali nepříjemný pocit jakési nepatřičnosti, byli zvyklí na život ve vlastním domě v malé obci. Necítí se zde podle svých slov „doma“, ačkoliv jeden z nich žije v pobytovém zařízení 2. rokem a druhý dokonce 5. rokem. Oba dva se cítí vykořenění a ačkoliv ví, že zařízení je jejich domovem, ani jede nepojmenoval smíření s tím, že bydlí mimo své prostředí. Jeden klient (ten, který žije v pobytovém zařízení 2 roky) však uvedl, že mu pomáhá, že rodina jej občas vezme na víkend do domu na venkově, který postavil a kde žil (a kde nyní žije jeho syn s rodinou). Druhý klient rodinu nemá a jeho původní dům byl exekučně zabaven

(ručil v minulosti svému bratrovi, který nesplácel závazky) a v tuto chvíli už neexistuje (pozemek byl odkoupen pro součást projektu, dům zbořen a na jeho místě postaveno parkoviště pro průmyslový komplex, který vyrostl vedle vesnice). Klient stále i po 5 letech pojmenovává bolestivé vzpomínky na odchod a skutečnost, že jeho dům už neexistuje a že se nemá kam vrátit. Ačkoliv je v pobytovém zařízení relativně dlouhou dobu, je evidentní, že jej stále považuje za jakési přechodné řešení a že doufá, že situace se „nějak vyvine“, ačkoliv sám neví jak. Přijmout domov pro seniory jako trvalý domov stále vědomě odmítá.

U žen vidíme podobný trend, většina z nich je z blízko okolí zařízení. První kategorie je shodně nejvíce zastoupená, druhá pak stejně jako klientky ze vzdálených míst.

U ženské kategorie z rozhovorů vyplynulo více přijetí, že jde o nový domov, avšak zároveň silněji vnímají vykořenění a pojmenovávají beznadějí. U mužů jsme vnímali ono odmítnutí přijetí, že jde o „poslední místo“ k životu a že se domů nevrátí. Ženy toto přijímají, ale je výrazně obtížnější si zvyknout na místo pobytu. Z poslední kategorie, zastoupení 3 respondentkami, byly 2 v pobytovém zařízení jeden rok, třetí byla v pobytové službě 3 roky (a stále pojmenovávala vykořenění a pocit, že není doma, ale v jakémsi exilu, ze kterého není návratu).

3.8 Jak jste vnímal přechod z domácího prostředí do pobytového zařízení?

	Muži	Ženy
Velmi dobře	0	1
Spíše dobře	1	2
Spíše špatně	4	4
Velmi špatně	3	5

Tabulka nám ukazuje, že vnímání pobytových zařízení vesměs není pozitivní. U mužů jej jako spíše dobrou věc vnímal jediný respondent, nejsilnější kategorií byla „spíše špatně“ a druhá nejsilnější „velmi špatně“. Podotýkám, že se nejednalo o nekvalitní zařízení, všechny tři zařízení byly vybrány jako průměrní poskytovatelé služeb. Kde pramení onen negativismus vůči sociálním službám, který vnímáme právě v této otázce velice silně?

Odpovědi, vyplývající z rozhovorů, jsou poměrně nasnadě. Pobytová sociální služba je evidentně vnímána jako příležitost k novému prostředí či žití s pomocí, ale jako „nutné zlo“, protože klienti už nemohou být „doma“. Tento výzkum evidentně nenaplňuje do jisté míry zromantizované představy spokojeného stáří v podzimní aleji vedle domova pro seniory s usměvavou zdravotní sestrou²⁷. Pobytové zařízení (byť udržované a se zajištěnými službami) je vnímáno jako místo, kde člověk musí být ne ze svojí vůle, místo, kde je přinucen koexistovat. Zkrátka, až na jednu výjimku (o které již byla řeč výše – jde o stejnou, pozitivní klientku, která plete obvazy) není pobytové zařízení vnímáno jako domov a to ani po delším období adaptace. Adaptace v tomto směru skutečně znamená „přizpůsobení se“ novým podmínkám a nikoliv „přijetí za domov“.

U mužů a žen vidíme jen lehkou nuanci – u mužů je nejsilnější kategorií „spíše špatně“. To souvisí se skutečností, o které bylo již hovořeno výše – DpS není vnímána jako domov trvalý, ale jako jakási přestupní stanice. Muži se odmítají smířit s tím, že budou do konce života v pobytovém zařízení. Tři dokonce shodně uvedli (svými slovy), že by raději zemřeli bez péče a sami, ale ve svém prostředí než v pobytovém zařízení s veškerou péčí. Přesun do pobytového zařízení byl pro obě pohlaví tedy velmi bolestivý.

U žen vidíme, že onu konečnost si uvědomují ve větší části, a proto vnímají svůj přesun velmi negativně. 4 ženy z 12 explicitně řekly, že jdou do pobytového zařízení „umřít“, aby nepřekážely jinde. Vnímáme zde velkou psychickou náročnost tohoto přesunu a také poměrně evidentní negativismus, se kterým je začátek života v pobytovém zařízení spojen. A teď je třeba ještě poznamenat jednu věc – některá

27 Oblíbený obrázek celé řady služeb, pozn. autor

zařízení využívají služeb psychologů, nebo duchovních, kteří s adaptačním procesem pomáhají. Ale zapomínáme s oblibou na jednu věc – to je „naše řešení“, jakožto řešení poskytovatelů a profesionálů v oblasti sociálních služeb. Toto není „řešení situace podle klienta“! A z tohoto výzkumu jednoznačně vyplývá, jak se ideální řešení z pohledu profesionála a z pohledu klienta liší²⁸. Zde fundamentálně vyvstává najevo také kontradikce zájmů rodiny (která péči zařizuje) a klienta (který chce být jenom doma).

Je poměrně časté, že dochází k bojkotování služby ze strany klienta, který DpS odmítá. Může jít o přechodný jev, který po nějaký době v adaptačním procesu vymizí, ale to nic nemění na faktu, že vyvstává skutečnost, že by senioři mnohem raději využívali služeb terénních než pobytových. Terénní nicméně v potřebném rozsahu nejsou zpravidla k dispozici (jak bylo doloženo výše), proto je nevyhnutelným řešením umístění v pobytovém zařízení.

Počátek adaptačního procesu je tedy evidentně negativní a tento začátek často ovlivňuje celý zbytek pobytu, resp. jeho významnou část. Zde je třeba vnímat zvýšenou potřebu, komunikace, vyslechnutí, aktivního naslouchání atd.²⁹ Skutečným řešením je však postupná práce s adaptací jako takovou a dostatek času. Empirie ukazuje, že ani to však není vždy zárukou úspěšného adaptačního procesu.

28 Pohled profesionála může vypadat takto: „Pan X.Y. nemůže být doma, nezvládá úkony hygieny a stravy. V regionu je dobrý DpS, mají volnou kapacitu, tak jej tam umístíme. Bude tam mít službu psychologa, v sobotu jezdí na výlety, může za ním přijít pedikér a kadeřník. Bude mít klid, jídlo 3x denně a čistou postel, to by doma neměl. Rodina souhlasí.“ Z pohledu profesionála je tedy řešení naprosto ideální. Ale pohled klienta může být odlišný: „Šlo by že by mi někdo pomohl doma s umytím, pečovatelská služba by mi mohla vozit jídlo. Chtěl bych být ale doma, vlastně mi nic jiného závažného není.“

29 Konkrétním příkladem bylo, když při šetření syn klienta vyjmenovával přednosti zařízení: „Mají tady i psychologa, když Ti bude smutno a nebudu za Tebou moc přijet!“. Klient odpověděl bez váhání: „Já nechci psychologa, já chci domů.“ Tento případ o postojí vypovídá, řekla bych, dostatečně.

3.9 Co vám pomohlo zvyknout si na nové prostředí?

	Muži	Ženy
Podpora rodiny	2	2
Kamarádi	3	4
Nové kontakty	2	2
Aktivizační program	2	3
Psycholog/odborník	0	1

Poměrně důležitým momentem, jakožto odrazovým můstkem pro další kroky a směřování výzkumu, je zasazení do kontextu adaptace, resp. co konkrétně pomohlo seniorům, aby svůj adaptační proces zvládli. Rozdělení na pohlaví je zde opět spíše ilustrativní, byť jeden rozdíl vysledujeme.

Možná překvapivým zjištěním je, že respondenti (muži i ženy) relativně málo sdělují, že v adaptačním procesu jim byly nápomocné rodiny. Toto vnímání může být poměrně překvapivé, ačkoliv v kontextu výše uvedených odpovědí to až tak překvapivé není – rodina, resp. „nátlak“ (být z objektivních příčin např. snížené soběstačnosti), je chápána jako jedna z příčin umístění v pobytové službě, nebo absentuje zcela (u osamělých klientů). Empiricky můžeme doplnit jen dokreslení – na počátku je četnost návštěv rodiny častější, později postupně četnost návštěv u klienta klesá... Vidíme tedy, že v dalším rozvoji tohoto druhu sociální služby je třeba směřovat jiným směrem.

Druhou zajímavou věcí je, že spíše než rodiny, pomohli klientům kamarádi a přátelé³⁰. V tomto směru klienti shodně chválili možnost využití výpočetní techniky. Překvapivě kladně jsme se setkali s tím, že klienti se zajímaly o emaily, telefony, SMS

³⁰ S mírnou Ironií lze použít přísloví, že přátele si vybíráme, kdežto rodinu ne. Realita není od tohoto přísloví příliš vzdálená, klienti pojmenovávali skutečnost, že kamarádi za nimi podle možností chodí i častěji než rodina.

a podobně, chtěli zkrátka zůstat v kontaktu. A právě i v tomto „dálkovém“ kontaktu shodně klienti v této kategorii uváděli, že nejvýznamněji jim pomohli právě kamarádi, se kterými mohli sdílet to, co prožívali.

V rámci výzkumu nás zajímalo, jakým způsobem se na adaptačním procesu podílí skutečnost, že klienti přichází do prostředí, kde jsou další klienti, nikoliv např. sousedi. Ta to skutečnost byla hodnocena pozitivně, dokonce několik klientů (mužů i žen) pojmenovalo, že to byli právě noví sousedé/spolubydlící, kdo jim v adaptačním procesu nejvýznamněji pomohli. To je velice pozitivní aspekt, který ukazuje, že v pobytovém zařízení může fungovat komunita a komunitní vztahy, kterou jsou přínosné a pozitivní. Z rozhovorů v tomto směru vyplývá, že klienti druhé často chápou jako lidi s ve stejné situaci, kteří mají stejný úděl (čili pobytovou službu). Možná to je příčinou např. stejného a/nebo podobného vnímání komunity klientů, jako vlastní rodiny.

Podobně vidíme v následující kategorii, že klienti pojmenovávají aktivizační program jako něco, co jim pomáhá v adaptaci. Zde bychom možná čekali, že kategorie bude zastoupena výrazněji, ale domnívám se, že se jedná opět o problematickou komunikaci aktivizace. Setkáváme se v praxi s tím, že aktivizační pracovníci nedostatečně odlišují např. kognitivní schopnosti klientů – program je potom přizpůsoben klientům s rozvinutější formou demence a tudíž pro ostatní nezajímavý, anebo je naopak přizpůsoben těm, kdo onemocněním kognitivních funkcí netrpí – klienti s demencí potom programu nerozumí, pospávají, nezapojují se, nebo se rovnou uzavírají. Velkou bolestí aktivizace je právě její nadhodnocení (řada rodin má sklony posuzovat zařízení podle úrovně aktivizace), a druhé straně velmi často nedostatek času a relevantního prostředí. Bolestí bývá opakování programu, monotónnost a další aspekty, které k zájmu o společné aktivity nepřispívá. Naopak dobré pozornosti se těší výlety a obecně venkovní aktivity. Nicméně z výzkumu vidíme, že program je doplňkovým faktorem v procesu adaptace.

Na jedné straně možná poněkud překvapivým zjištěním je, že klienti minimálně využívají služeb psychologa/duchovního či podobného odborného pracovníka. A

zde je možná třeba zmínit určité předporozumění, které tyto profese předchází. Psycholog je člověk, kterého lidé vnímají v nemocnicích při vážných stavech, ale s jehož profesí je spojena celá řada předsudků a nedorozumění, zejména v generaci, která nebylo dobře adaptovaná na tuto profesi ve společnosti. Podobné předporozumění je spojeno s profesí nemocničního kaplana, kterého některé služby využívají. Vzhledem k současnému nastavení společnosti nechová k církvi velká část populace důvěru a protože duchovní je apriori vyslancem církve, tato nedůvěra může hrát roli i zde. Postupem času a trpělivou prací lze samozřejmě u všech těchto profesí (mezi nimi je i řada dalších, např. tzv. „psychosociální sestry“) předsudky odbourat a s klientem pracovat. Ale výzkum ukazuje, že klienti apriori tyto služby nechtějí využívat (resp. až po delší době). Může se jednat znovu o tentýž problém, který již byl jednou zmíněn – některé profese/programy jsou přítomny proto, protože se jako profesionálové domníváme, že zkrátka mají být zastoupeny, protože z titulu svého vzdělání je považujeme za nezbytné. Klienti nicméně celou situaci mohou vnímat úplně jinak a jsme v jednom ze zásadních dilemat sociální práce – dělat pro klienta to, co sám chce, nebo to, co my jako profesionálové hodnotíme jako správné?

3.10 Jaká byla role Vaší rodiny při adaptaci na pobytové zařízení?

	Muži	Ženy
Rodina mi pomohla s adaptací, je mi oporou	2	2
Rodina mi nepomáhá, jen zařídila můj přesun	4	6
Rodina hrála minimální roli	1	1
Nemám rodinu	1	3

Vnímání rodiny je v každém případě naprosto zásadní při využívání jakéhokoliv typu sociální služby, je třeba pracovat se systémem vztahů, ve kterém klient žije. Proto jsme se ve výzkum zaměřili na to, jakou roli sehrála klientova rodina. Je poněkud alarmujícím a smutným zjištěním, že pozitivní roli sehrála rodina jen v malém množství případů. Vidíme, že první kategorie, kde seniorovi rodina pomáhá, je zastoupena málo (z mužů čtvrtina, u žen dokonce jen šestina respondentek). Zde tedy ověříme smutnou skutečnost, resp. představu, která je všeobecně rozšířena, že rodiny své příbuzné v pobytových sociálních službách navštěvují méně, než by si klienti představovali. Zde je třeba zohlednit i skutečnost, která na první pohled není patrná – hledáme-li komfort klientů, je třeba hledět na celou věc jejich pohledem. A to může být právě jakýmsi kamenem úrazu, neboť potřeby rodiny se mohou od potřeb klienta velmi významně lišit. Nicméně vidíme a z výzkumu vyplývá, že klienti v pobytových sociálních službách obecně vnímají podporu ze strany rodiny jako nedostatečnou³¹. Zároveň z pohledu profesionála je třeba vnímat celou situaci komplexně (např. senior si stěžuje, že za ním potomci chodí jen večer a on by chtěl ráno – jenže to jsou děti v práci). V tomto bodě je skutečně třeba vnímat dvě věci – na jedné straně je to obecná nespokojnost s podporou, které se seniorům umístěným v DPS ze strany rodin dostává, na druhé straně je to snaha rodin o „vyřešení“ situace (např. klient nemůže být v domácím prostředí na podkladě demence, jak bylo popsáno výše – plynový sporák, bariéry v bytě atd.).

Druhá kategorie v tomto směru potvrzuje to, co jsme popsali u kategorie první. Klienti reflektují, že rodina hraje roli při jejich přesunu do DpS, ale už nevnímají další případnou pomoc, podporu a další snahy rodiny. Z druhé strany vzato – a to je velmi obtížné odlišit – neexistuje objektivní míra pomoci seniorovi v DpS, kterou má rodina poskytnout. Je to velice individuální a tedy nelze vytvořit „guideline“. Co ale vnímáme a z rozhovorů vyplývá, smutnou skutečností zůstává, že přesunem seniora do DpS je pro rodinu „vyřešen problém“ a za seniorem dochází jen málo. Jak bylo

31 Jedna klientka našeho zařízení při vstupu do svého nového pokoje se obrátila na rodinu a řekla: „Tak mě přiveďte k mojí cele smrti!“ (cit.)

řečeno, senioři vnímají stále pobytovou sociální službu jako jakýsi „azyl“ a/nebo jako „konečnou stanici“, cizí dům, do kterého se chodí umírat a ze kterého se už „domů“ nevrací. Senior pak nestojí o aktivizaci, ale chce „jít domů“. Stále je naše společnost v tomto směru na začátku, alespoň co se týče tohoto pohledu. Avšak položme si otázku jaksi „z druhé strany“: Pokud senioři generálně do pobytových zařízení nechtějí a pokud je možné je alespoň základním způsobem je zajistit v domácím prostředí, neměla by být v mnohem větší míře akcentována role terénních poskytovatelů sociálních služeb, kteří toho „udržení“ v domácím prostředí mohou udělat?

Třetí kategorie je zastoupená víceméně minimálně a to v případě, že rodina v umístění seniora nesehrála žádnou roli. Jedna klientka si přála odejít do DpS sama (bylo o ní již hovořeno výše), klient si podal žádost sám po hospitalizaci na LDN protože řekl, že odmítá být rodině ve svém stavu přítěží. Po stabilizaci a dimisi šel rovnou do domova pro seniory, kde se adaptoval poměrně úspěšně.

Čtvrtá kategorie je určena klientům, kteří nemají rodiny a kde tedy přesun namnoze domlouvaly sociální pracovníce z nemocnic, kde byli hospitalizováni. Vidíme, že žen je v tomto vzorku více než mužů, což je dáno jednak vyšším absolutním věkem, kterého se ženy dožívají, jednak funkčním stavem. Díky součinnosti nemocnice se podařilo klientky, které se nedokázaly o sebe postarat v domácím prostředí, umístit do DpS. Avšak z rozhovorů také vyplynulo, že problém je nedostupnost terénních sociálních služeb, které zkrátka neměly kapacitu na příjem nového klienta a tedy klient musel jít do pobytového zařízení. Zde narážíme na zvláštní paradox, o kterém bude ještě řeč dále. Klient by mohl a chtěl být v domácím prostředí, ale je závislý na pomoci druhé osoby. A protože terénní sociální služby, které by mu s tímto mohly pomoci, jsou nedostupné, resp. mají naplněnou kapacitu, klient musí využít pobytové služby, ve které být apriori nechce, ale nezbyvá jiná varianta. Přitom péče v pobytovém zařízení je nákladnější, přináší celou řadu negativ, nachází zde místo dlouhý adaptační proces, časté deprese atd.

3.11 Co pro Vás bylo nejdůležitější, když jste přecházel z domácího prostředí do pobytového zařízení?

	Muži	ženy
Kontakt s rodinou	2	4
Vlastní věci / nábytek	2	2
Aktivizace, společenský program	1	3
Blízkost k původnímu bydlišti	3	1
Pomoc profesionálů	1	2

Posledním bodem je klíč ke zjištění, co nejvíce pomáhá seniorům s adaptačním procesem. Ve světle výše uvedených skutečností, domnívám se, výsledek nepřekvapuje.

Kategorie „kontakt s rodinou“ je zajímavá, neboť vidíme výraznou disproporci mezi muži a ženami – muži kontakt s původní rodinou uvádějí méně (otázkou je realibilita, ale může to souviset se skutečností, že nevnímají často domov jako „konečné“ místo pobytu, ale jakýsi přechodný stav). U žen, kde jsme hovořili o tom, že naopak vnímají stav jako konečný, vidíme, že udržení kontaktu s rodinou je naprosto klíčové a jako hlavní jej shodně uvedla třetina respondentek. Z rozhovorů také vyplynulo, že a řadou klientech dochází rodina stejně málo, jako když byly v domácím prostředí, ale tam to lépe zvládaly, protože byly „ve svém prostředí“. V pokojích DpS na ně velmi často proto sedá smutek a deprese, protože osamění se spojuje s vykořeněním. A ačkoliv zde nevidíme

Vidíme, že na vlastní věci jsou poněkud více fixováni muži (v poměru, ne v absolutních číslech), ale rozdíly nejsou významné. Většina seniorů považuje za důležité mít několik „svých“ věcí. Zde záleží na fungování zařízení, jak mnoho

vlastních věcí je umožněno. Je třeba uvést ke cti zařízení, že v dnešní době se stává běžnou praxí, že senior může mít v pokoji i svůj koberec, veškerý nábytek a výbavu a tedy pokoj v DpS se stává jakousi garsonkou, kde má ale svoje vlastní věci a zajištěnou péči³².

V kategorii aktivizace a společenského programu vidíme výrazný přesah žen. Výzkum ukázal, že ženy se více zapojují do aktivizačních programů, muži mají spíše sklony k „samotářství“. Hromadné programy se často netěší velké přízni, avšak je evidentní, že u žen tento program hraje roli. Souvislosti jsou opět dobře zřejmé – jde o rozvoj sociálních kontaktů, zábavu, určité uvolnění. U mužů trvá delší dobu, než se adaptují a než se začnou do programů zapojovat. Ženy zmiňovaly, že když měly možnost na výběr mezi dvěma zařízeními, kde bylo uvolněné místo, volily to, „kde se něco děje“

Naopak pro muže bylo důležité, zda je zařízení blízko jeho bydliště. To možná souvisí právě se zmíněnou skutečností, že pobyť často není chápán „napořád“, muži uváděli, že v hloubi duše věří, že se vrátí domů a „domov“ přijali jen jako místo dočasného pobytu.

Zvláštní je poslední kategorie, kdy důvodem pro pomoc byla „pomoc profesionálů“, čili „postarají se o mě“. Tahle kategorie zastoupena u mužů málo, u žen jen o málo víc. Vidíme tedy, že vnímání byt' profesionálů, kteří mohou pomoci, je spíše neutrální – klienti *nechtějí* pomoc, *nechtějí* profesionály a až na jedinou výjimku *nechtějí být v pobytovém zařízení*. Vidíme, že klienti vnímají při adaptaci jiné věci, pokud chování pracovníků nepůsobí vyloženě negativně³³.

32 Příkladem z praxe je DpS Radotín, který má např. centrální přístup do všech pokojů, dálkové otevírání dveří pro případ zásahu IZS a podobně. Zde jde skutečně o jakýsi „nájemní byt s pečovatelskou a zdravotní službou“.

33 Mimo rámec tohoto výzkumu, avšak v praxi naprosto zásadní, je otázka práce s pracovníky. Řada zařízení, které dosahují velkých kvalit a věhlasu, v rámci úsporných opatření začali nabírat pracovníky s nižší kvalifikací a menšími zkušenosti, zároveň však pracující za mzdu, blížíci se minimální. Praxe ukazuje, že tyto kroky jsou velmi nešťastné, protože pracovníci tohoto typu jednak fluktuují po různých pracovištích, jednak velmi často nedovádějí práci v odpovídající kvalitě a zodpovědnosti.

4. ZÁVĚR A DISKUZE

Tato práce si kladla za cíl zjistit, co je pro seniory kvalitativně nejdůležitější v adaptačním procesu přivykání si na pobytové zařízení. Zároveň jsme chtěli načrtnout současný stav sociálních služeb terénních a pobytových. Zákonná opatření nastavují určitým způsobem mantinely pro poskytování, ale z uvedeného teoretického diskurzu i kvalitativního šetření vyplývá poměrně jednoznačně, že musíme hledět jaksí dál. Nejprve tedy zhodnotíme výzkumné otázky, které jsme v průběhu šetření pokládali, poté výsledky shrneme a spojíme s teoretickým vymezením problému. Výsledky by měly alespoň částečně osvětlit, co je pro seniory v adaptačním procesu klíčové a kam by měly služby v tomto směru směřovat. Ke každé výzkumné otázce nyní tedy uvádíme pouze krátký, shrnující komentář, obsahující doporučení k další činnosti a konkrétní praktické kroky, které by mohly celou situaci významně zlepšit.

4.1 Odpovědi na výzkumné otázky

Co pro Vás bylo nejtěžší z hlediska zvyknutí si na nové prostředí, když jste do pobytového zařízení přišel/přišla?

První otázka směřuje k pocitům seniorů, kteří se v pobytové službě ocitají. Vidíme, že nejvýznamnější podíl ve vzorku, kde probíhalo šetření, se potýká s pocity „příteže“ druhým, čili hovoříme o pocitu méněcennosti. Vidíme, že tedy pobytové sociální služby jsou větší částí seniorů vnímány ne jako „místo klidného odpočinku po náročném dni“, kde je zajištěn veškerý servis, ale jako místo, kde „tolik nepřekáží, když už tu musí být“. S tím souvisí významné a časté pocity deprese, zbytečnosti, vedoucí v extrémních případech až dokonce i k suicidu, jak bylo doloženo příkladem z praxe výše. S tím přímo souvisí ztráta sociálních kontaktů, kde vidíme rovněž významné zastoupení. V dnešní době je situace možná snažší díky internetu a moderním technologiím; řada seniorů, zejména z městské provenience, dnes používá email, dokonce skype a další komunikační software. Nicméně toto nelze generalizovat na celou ČR, regionální rozdíly jsou obrovské (životní rytmus, zátěž, požadavky, atd. např. v Praze se v praxi významně odlišují od lokality v slezko-

polském příhraničí). Je tedy třeba tuto skutečnost pojmenovat a zde zaměřit na možnosti využívání dalších technologií pro zachování sociálních vztahů. Sociální smrt jako pojem je stále bolestivým a zásadním problémem pobytových služeb. Zajímavé však v tomto směru může být rozvíjení komunity právě uvnitř zařízení, kde mohou vznikat plnohodnotné přátelské vazby. Skutečná a plnohodnotná komunitní práce však vyžaduje kvalifikovaný personál s dostatkem času. Neváháme také říct, že komunita v domově pro seniory může mít spíše jakéhosi kouče, který komunitu nepovede, ale bude koučovat tak, aby ji aktivizoval, mobilizoval. Možností je v tomto směru mnoho, jako vhodná se jeví například metoda systemického koučingu, která pracuje s komunitou a vazbami v ní jako celkem, ve kterém žijeme. Je však minimum služeb, které v parxi tuto službu poskytují. Bylo by přínosné tuto metodu v praxi ověřit a vyzkoušet a nadále studovat její využití. Právě tímto způsobem lze zapojit seniory aktivně do života (jako se to děje v koučovaných komunitách jiného určení; byznys, vědci, teamleading ve sportu, atd.) a tím pádem odpadne největší bolest pobytových služeb – latentní, ale hluboký a vkořeněný pocit zbytečnosti a přítěže ostatním.

Jaký byl důvod Vašeho umístění do pobytového zařízení?

Druhá otázka nás vedla do tématu, které je málo diskutované a poměrně tabuizované. Legislativně a v rámci společenského diskurzu je sice řešena otázka, týkající se počtu míst v pobytových zařízeních, ale absolutně se vytrácí zásadní otázka, *proč* by senior vůbec měl být tzv. „umístěn“? Vidíme, že primárním důvodem jsou sociální a zdravotní rizika, ale nyní je třeba si položit otázku – je skutečně potřeba seniora „umístovat“ do pobytového zařízení? Nelze jeho zdravotní stav řešit v domácím prostředí? V době, kdy je možné v přirozeném sociálním prostředí klienta provádět nejen rehabilitaci, převazy a hojení ran (empiricky vzato, často lepší než v nemocnicích!), ale také akutně měnit medikaci, punktovat ascites (s využitím přenosného sona – praxe běžná u MSPP), podávat výživu, využít kompenzačních pomůcek při snížené hybnosti... Opět se dostáváme k zásadní otázce financování. Komplexní zajištění klienta v domácí péči je možné, ale je personálně a finančně nákladné. Ze zkušenosti vyplývá obecná přetíženost terénních sociálních i zdravotních služeb, kterou však v tuto chvíli nelze uspokojivě prokázat kvantitativní statistikou. Zde tedy dáváme impuls právě k dalšímu šetření, výzkumu a vědecké činnosti, jejímž výsledkem by mělo být rozšíření podpory právě pro terénní služby. Pokud ještě specifikují na služby sociální, pak narážíme na specifikovaný problém – LDN je zkratka pro

seniora levnější, protože tzv. nic nestojí. To je samozřejmě nesmysl - Skutečnost, že lůžko LDN stojí v nákladech víc, než sociální a zdravotní péče doma, není všeobecně známa. Druhý fakt, že náklady pobytové péče jsou vyšší než terénní, rovněž nejsou akceptována, protože z logiky věci by musel správce krajské úhradové sítě (čerpající prostředky ze státního rozpočtu) volit jako optimální řešení posilování terénních služeb, k čemuž, jak bylo doloženo výše, nedochází. Vyplyvá tedy nekompetence a jakási krátkozrakost orgánů, které vnímají vlastní rozpočet, ale nevnímají celek problému. Zde je tedy evidentní požadavek na nejvyšší místa správy, aby vnímaly situaci sociálních služeb jako celkem, tzn. komplexně a především koncepčně! Jednotné směřování v tuto chvíli evidentně absentuje. Domnívám se na základě šerení a teoretického diskurzu, že výraznější podpora terénních sociálních služeb by nejen vyřešila problém nedostatku volných lůžek, ale citelně zlepšila možnosti financování (terénní služby jsou levnější, neplatí se nájem budovy, energie, správa atd., klienti bydlí doma).

Jak daleko bylo pobytové zařízení od Vašeho bydliště?

Ve výsledcích této otázky je poměrně dobře vidět, že proces adaptace u zkoumaného vzorku neprobíhal ve velké vzdálenosti od bydliště. Vidíme, že většinou jde o vzdálenost odpovídající sousedící městské čtvrti nebo blízké oblasti. Jsme ale přesvědčeni, že jiná bude situace ve velkoměstském konglomerátu, ve kterém probíhalo šetření a jiná bude situace na venkově. Obecně narůstající vzdálenost a nedostupnost pobytových služeb činí značné problémy, ale je třeba se na tuto problematiku dívat paradigmaticky, o kterém jsme hovořili – při lepším zajištění dostupných terénních služeb by zcela odpadl i problém odchodu do cizího prostředí a tedy náročnější adaptaci. Je to řešení pro pobytová zařízení sociálních služeb i permanentně přetížené LDN.

Je třeba však zmínit druhý pohled – skutečný tlak ze strany rodiny z majetkových důvodů. Jak bylo doloženo šetřením, s těmito případy se setkáváme³⁴. Bytová problematika, absence startovních bytů, nedostatečné sociální byty atd. vedou velmi často k tomu, že senior se pro rodiny skutečně stává „překážkou v bydlení“, např. protože např. žije osaměle

34 V našem zařízení se dokonce rodina pohádala u preterminální 101-leté klientky o vilu na Bílé hoře – přímo u ní na pokoji. Klientka za pomoci sociálního oddělení druhý den zajistila návštěvu notáře (v zařízení) a změnila závěť, kde onu nemovitost odkázala přímo vnoučatům a své dvě děti ze závěti vyřadila.

ve velkém bytě v osobním vlastnictví a jeho (byť odrostlé a samostatné) děti žijí s rodinami v malých podnájmech. Pokud se však chceme pohybovat v prostředí liberálního, tržního kapitalismu, pak nelze jakékoliv paradigma typu: „Je sám ve velkém bytě a my se mačkáme v podnájmu!“ považovat za eticky přípustné, resp. jde o skutečná rezidua minulosti a takzvané sociální spravedlnosti. Ad absurdum bychom touto optikou došli k cenzu obyvatelstva podle majetku a „objektivního“ hodnocení potřeb seniora rodinou či třetí stranou (např. úřadem). Podobné paradigma je samozřejmě v dnešní době zcela nepřijatelné; právo na majetek je v České republice ústavním právem a naše omezená hodnocení, že „někdo by jej potřeboval víc“ jsou v dnešní době neetická, zcestná a absolutně nepřijatelná. Přesto se v praxi se samozvanými „cenzory“ rodinného majetku setkáváme a to zejména v řadách rodin³⁵.

Jak jste vnímal přechod z domácího prostředí do pobytového zařízení?

Odpovědi na tuto otázku dávají jednoznačnou odpověď na systém pobytových sužeb – senioři je namnoze vnímají jako nutnost, „nezbytné zlo“ a přesun je pro ně obtížný a nepříjemný. Adaptační proces je na počátku velmi těžký, protože změna není vnímána pozitivně. Také vidíme, že ani služby a různorodý program, který některé služby nabízí, nezaručuje a neposkytuje klientům dostatečný komfort.

Jsou samozřejmě výjimky, ale v obecném duchu není přechod vnímán pozitivně a příležitosti, či omezení rizik (např. vnější vstupy do pokojů, možnost dálkového otevření např. při pádu, monitoring zdravotního stavu) nehraje pro seniora tak významnou roli, jako možnost setrvání v domácím prostředí.

35 Zcela čerstvou kazuistikou je telefonický hovor 1.12.2017, ve kterém se na naše zařízení obrátila dcera paní, která žije ve vile na Hanspaulce. Dcera se obrátila na naše zařízení s žádostí o pomoc při omezení způsobilosti matky k právním úkonům a následné umístění, protože se obává, že její matka vilu prodá, peníze „rozfofruje“ s přítelem a jí nezůstane nic do dědictví. Obavy o rodinný majetek jsou sice svým způsobem pochopitelné a situace je obtížně řešitelná, ale eticky je nárok nepřijatelný.

Řada zařízení nabízí aktivizační programy, některé mají své psychology, nemocniční kaplany atd.³⁶, avšak stále neodpovídáme na potřeby seniorů – zůstat doma, existovat ve svém přirozeném prostředí, na svém oblíbeném místě. S dnešními možnostmi díky terénním službám lze v domácím prostředí bezpečně zajistit značnou část seniorů z hlediska sociálního i zdravotního. V praxi nejčastěji narážíme na problém kapacity služeb a úhrady. Poptávka tak zůstává neuspokojena, zároveň kvůli nesnesitelně zdoluhavým průtahům řízení o příspěvku na péči

Co vám pomohlo zvyknout si na nové prostředí?

Na tuto otázku můžeme odpovědět poměrně jednoznačně – sociální kontakty. Pokud dojde k zachování kontaktů a například rozvoji komunitního života v rámci např. DpS, potom je celý adaptační proces výrazně jednodušší a rychlejší. Senior si lépe zvyká, když má po ruce kontakt na přátele, když se mohou navštěvovat atd. Podobně při společné aktivizaci, kde jsou kvalitní neformální vztahy, můžeme sledovat výrazné zlepšení a pokroky v adaptačním procesu.

Můžeme říci, že opět narážíme na fenomén sociální smrti a fenomén „odložených seniorů“. Ať již ideatorně (čili v představách) nebo reálně, úpbytová zařízení stále chápé značná část lidí jako místo, kde je senior odložen a/nebo (jak se s oblibou říká v sociálních službách) „umístěn“. Velkou roli hraje neinformovanost. Média rovněž nenabízí pozitivní pohled na velkou část zařízení a právě protože zdroje informací seniorů jsou dle míry soc. či zdrav. postižení často omezené, chybí přehled, informovanost o aktivitách a o zařízeních. Byť v době výpočetních technologií se informovanost zlepšuje, stále hovoříme o vžitém paradigmatu, které se nemění. Ba co hůře, někdy bohužel odpovídá realitě. A právě toto je moment, na kterém je třeba pracovat a který je třeba rozvíjet.

..

36 Zmínme jednoho neregistrovaného poskytovatele sociálních služeb na Praze 8, který poskytuje bohatý společenský program, klienti mohou mít každý den jinou aktivitu, pořádají pravidelné výlety, účastní se veřejného života. Zařízení se nicméně odmítá registrovat, protože měsíční úhrada se pohybuje mezi 25 000 a 30 000 korunam, na což by jako registrovaný poskytovatel těžko dosáhli (kvůli zastropení plateb, o kterých byla řeč).

Jaká byla role Vaší rodiny při adaptaci na pobytové zařízení?

Jak bylo uvedeno výše, role rodiny je zásadní a při využívání služeb klíčová. V rámci šetření jsme prokázali smutnou skutečnost, že rodiny v drtivé většině případů o seniory v pobytových zařízeních nepečují, resp. senioři to tak vnímají. A protože pro nás je klíčové právě toto vnímání a pohled samotných seniorů, musíme konstatovat, že v tomto směru je třeba s rodinami pracovat. Velice často se setkáváme s tím, že rodina seniora spíše finančně podpoří (aby si mohl pobytovou službu „dovolit“), ale zároveň nejeví o další péči zájem.

O příčinách lze diskutovat. Jak vyplývá z našeho průzkumu, skutečně se setkáváme s fenoménem „odloženého seniora“ a není to bohužel zřídka. Můžeme považovat za pozitivní, že existuje řada organizací, které se věnují právě lektorování rodin, jak mají o seniory pečovat. Spolu se zajištěním terénních služeb je to v podstatě optimální řešení pro případ, kdy se rodina chce starat a svým seniorům se věnovat (např. Diakonie CČE) s kurzem „Pečuj doma“). Druhý ohledem je však skutečnost, že řada rodin si péči dovolit zkrátka nemůže (finančně, časově atd.). Zde právě nastává onen problém, neboť pobytové zařízení je potom jedinou variantou, jak při nesoběstačnosti zajistit důstojné stáří. Zároveň ale často z finančního hlediska kvalitní zařízení senior využít nemůže a velice často tak končí na lůžku léčebny dlouhodobě nemocných. Tato nekoncepčnost návaznosti sociálních a zdravotních služeb po vyřešení akutního problému (např. pádu atd) je jednou z příčin zaplněných lůžek na LDN a domovů pro seniory – rodina nedostává na výběr, jaké služby může využít, protože jsou buď příliš drahé anebo nedostupné (kapacita, lokalita atd.). A už vůbec nedostává příležitost senior... Zároveň je třeba zmínit, že neexistuje systémová podpora pečujících. V posledních letech se sice kusé pokusy některých organizací vyskytly, ale prakticky neexistuje jejich systémové zakotvení. Podobně jako když se chce člen rodiny o seniora starat, nemá podporu v systému sociálního pojištění. Jedinou variantou, která je možná, je doložení dokladu o přiznání příspěvku na péči, poté v praxi většinou není vyžadována registrace na ÚP,

jinak je pečující zařazen mezi uchazeče o práci. Znovu podotýkám, že v této pozici pečující nemá systémovou podporu.

Vidím tedy, že role rodiny je důležitá a vnímaná, ale z hlediska seniorů není vnímána většinou pozitivně. Stále se bavíme o pocitech méněcennosti a nízké podpoře rodin, které se o seniory v pobytových zařízeních často nestarají. Senior potom logicky prožívá deprese a pocity „odložení“, o kterých bylo pojednáno výše.

Co pro Vás bylo nejdůležitější, když jste přecházel z domácího prostředí do pobytového zařízení?

Poslední otázka šetření byla přímo zaměřená na konkrétní pozitivní pomoc při adaptačním procesu; co konkrétně seniorům pomáhá. Vidíme, že opět zásadní roli hraje rodina, neboť kontakt s ní pomáhá seniorům v adaptačním procesu právě např. prostřednictvím odbourávání pocitu méněcennosti. Časté návštěvy jsou dobrým příkladem i nástojem, senior tak silně neprožívá osamělost a vykořenění, má blíže k pocitu, že o něj stále někdo stojí.

Zároveň vnímáme roli blízkosti pobytového zařízení k bydlišti, cizí prostředí pobytového zařízení se stává bližší. Otázkou je však to, co bylo řečeno výše – skutečně je dostupnost pobytových služeb a zasíťování touto službou takové, že je dostupné pro všechny, kdo potřebují. Zkušenost ukazuje, že tento ideál je nahony vzdálen skutečnosti.

4.2 Diskuze

Je naprosto zásadní, aby otázka pohledu seniorů a jejich prožívání nebylo marginalizováno a abychom dokázali najít konkrétní cesty pomoci do budoucna.

Prvním bodem, který je třeba uvést, je změna celkové koncepce péče. Ta by neměla být do současné míry hospitalní, ale spíše domácí. Je třeba legislativně ukotvit pozici pečujícího a jeho zabezpečení (svou činností – péčí o seniora v jeho přirozeném prostředí - šetří vysoké náklady na akutní lůžka!). Zde by se mělo počítat s dávkami, nahrazujícími příjem, zřízení statutu pečujícího jako takového,

dále osvobození od povinnosti registrace mezi uchazeče o zaměstnání. Zároveň by měly být zajištěny kurzy, kterými by tito lidé procházeli. Logika pomoci by měla vycházet ne z nesmyslného a drahého modelu, kde veškerou péči a servis zajišťuje přímo stát, ale z logiky subsidiarity – na prvním místě pomáhá rodina, poté komunita či samospráva, až nakonec stát. Pro tento model však v současnosti skutečně nejsou nasataveny legislativní podmínky a ani systém sociálního zabezpečení jako takový. Přínos takových opatření je nasnadě – zapojení rodiny, snížení tlaku na lůžka, menší tlak na kapacitu pobytových zařízení a ve výsledku samozřejmě úspora státních prostředků.

Druhým ohledem je zavedení jednotného systému klasifikace sociální práce a svěru relevantních dat. Na základě zahraničních zkušeností z USA, Nizozemí, Německa a Velké Británie si dovoluujeme považovat za vhodný právě zmiňovaný systém OMAHA doc. Karen Martin. Systém je sice určen pro domácí zdravotní péči, ale má tak významný přesah do sociálních služeb, že jej lze bezesbytku využít. Zároveň umožňuje sbírat jednotná, „tvrdá data“ a kategorizovat je. Na základě toho potom lze nejen optimalizovat sociální služby a jejich fungování, ale také dávat podloženou a relevantní zpětnou vazbu z praxe například do legislativy. Lze díky tomu skutečně zlepšovat zákony a služby vůbec. Podobné plošné opatření v české provenienci však považuji za velmi vzdálené, protože na skutečný celorepublikový projekt je třeba více než 4 let funkčního období, ve kterém osoby, které jsou za legislativu zodpovědné, uvažují. Ze zkušenosti vyplývá, že jakákoliv změna podobného charakteru (bez ohledu na neoddiskutovatelný pozitivní přínos pro klienty) je nesmírně problematická, protože jde v první řadě o „politickou hratelnost“. Do legislativy tudíž neprojde opatření, které by sice mohlo situaci v sociálních službách významně zlepšit, ale je „nehratelné“. Bohužel rovněž ze zkušenosti vyplývá, že klíčové osoby často nemají potřebné kompetence a znalost problematiky³⁷.

37 Dobrým příkladem bylo před nedávnem zcela absurdní rozhodnutí bývalé ministryně práce a sociálních věcí ve věci souhlasu obcí s výplatou doplatků na bydlení pro osoby, které se vyskytují na území obce. Tento nesmysl, na základě kterého obce vyhazovaly lidi bez domova z ubytoven, velice rychle ukázal svoji vlastní absurditu (když např. V Havířově celé panelové domy byly

Třetím a zásadní bodem a opatřením je významná podpora terénních služeb. Je evidentní, že terénní sociální služby mohou přinést významné ulehčení pobytovým zařízením, zároveň přispět ke lepšímu psychosociálnímu komfortu klientů, kteří díky nim nebudou muset pobytové služby využít (anebo jejich pobyt v domácím prostředí mohou významně prodloužit). Jak bylo doloženo šetřením i teoretickým diskurzem, podpora těchto služeb je nedostatečná. V celkovém efektu by takováto podpora umožnila klientům život v domácím prostředí, rodinám ubrala finanční zátěž při platbách pobytových zařízení a posílila jejich kompetence, a v neposlední řadě úsporu státních prostředků, které by mohly být využity k inovacím a zlepšování dalších oblastí sociálního systému.

Prožívání seniorů a jejich adaptace na pobytové zařízení je komplexní téma, avšak je možné z něj vysledovat konkrétní potřeby a tím pádem opatření, které by mohly situace klientů, rodin i služeb jako takových zlepšit. A právě to bylo mělo být cílem a směrem, kterým se sociální služby mají ubírat.

najednou prázdné a obyvatelé, často příslušníci národnostních menšin, byli v ulicích, protože neměli na nájem, které se platily právě z doplatků na bydlení). Brzo je začly bojkotovat samotné obce (nesmyslná administrativní zátěž bez jakéhokoliv pozitivního efektu) a po několika měsících bylo od tohoto opatření ustoupeno. Avšak podobných opatření byla celá řada, toto je jen jeden konkrétní příklad z praxe.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČÁMSKÝ, P., SEMBER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*, Praha; Portál 2011, ISBN 978-80-262-0027-7
2. „Česká republika od roku 1989 v číslech“, studie na webu Českého statistického úřadu [on-line] , poslední aktualizace 17.5. 2017 [čerpáno 5.12. 2017], dostupné z WWW: <<https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-w0i9dxmghn>>
3. ČEVELA, R., KALVACH Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*, vyd. 1., Praha; Grada Publishing 2012, stran 263, ISBN 978-80-24739-01-4
4. ERIKSON, E. *Childhood and society*, vyd. 1., London: W W NORTON and CO. 1994, 446 stran, ISBN 0-393-3106-8-X,
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, vyd. 2., Praha; Havlíček Brain Team, 2010, 365 stran, ISBN 978-80-87109-19-9
6. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*, vyd. 1., Praha: Grada 2013, stran 192, ISBN 978-80-2474-139-0
7. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace*, vyd. 2., Praha: Portál 2005, stran 408, ISBN 978-80-7367-485-4
8. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*, vyd. 1., Ostrava; Ostravská univerzita 2006, ISBN 80-736-8110-2.
9. KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, vyd. 1., Praha; Grada 2008, 336 stran, EAN 24770215

10. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Vyd. 2., Ostrava: Anag 2008, 374, ISBN 978-80-7263-462-0.
11. MARTIN, K. *The Omaha System, A Key to practise, Documentiaton and Information management*, vyd. 2., Omaha; Health Connecticut Press 2009, ISBN 978-0721661261
12. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*, vyd. 1., Praha: SLON 2008, stran 324, ISBN 978-80-8642-987-8
13. PRŮŠA, L., BUREŠ, P, HOLUB. M, ŠLAPÁK. M, *Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování*, vyd. 1., Praha; VÚPSV 2015, 137 stran, ISBN 978-80-7416-234-3
14. *Populační prognóza ČR do roku 2050*, Český statistický úřad [on-line], publikováno 30. 6. 2004 [čerpáno 5.11.2017], dostupné z WWW: <<https://www.czso.cz/csu/czso/populacni-prognoza-cr-do-r2050-n-g9kah2fe2x>>
15. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hl. m. Prahy na období 2016-2016, Magistrát hl. m. Prahy [on-line] , odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence, Příloha č. 1 k usnesení zastupitelstva HMP č 12/7 ze dne 17.12.2015, [čerpáno 10.12.2017], dostupné z WWW: <http://socialni.praha.eu/public/f4/43/a9/2128398_634544_Strednedoby_plan_rozvoje_socialnich_sluzeb_na_uzemi_hl_m_Prahy_na_obdobi_2016__2018.pdf>
16. The Omaha System Listserv [on-line], poslední aktualizace 9.10.2017 [čerpáno 10.12.2017], dostupné z WWW: <<http://www.omahasystem.org/listserv.html>>
17. ROHR, R. *Stát se moudrým mužem*, vyd. 1., Brno: Cesta 2007, stran 170, ISBN 978-80-7295-097-3
18. ROHR, R. *Na prahu proměny*, vyd. 1., Praha; Vyšehrad 2017, stran 400, ISBN 978-80-7429-543-0
19. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, vyd. 1, Praha: Galén 2005, 270 stran, ISBN 80-7262-365-6
20. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.*, vyd. 1., Praha: Karolinum 2007, 461 stran, ISBN 978-80-246-1318-5

21. Zákon 155/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Ministerstvo práce a sociálních věcí [on-line], poslední aktualizace 3.8.2017 [čerpáno 6.12.2017], dostupné z WWW: <https://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z155_1995o>
22. Zákon 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Ministerstvo práce a sociálních věcí [on-line], poslední aktualizace 1.9.2017 [čerpáno 6.12.2017], dostupné z WWW: <https://www.mpsv.cz/cs/7334>
23. Zákon 505/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Ministerstvo práce a sociálních věcí [on-line], poslední aktualizace 24.5. 2004 [čerpáno 6.12.2017], dostupné z WWW <https://www.mpsv.cz/files/clanky/1505/z500_2004.pdf>

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1 - DOTAZNÍK

Dotazník

Veškeré údaje v tomto dotazníku budou shromažďovány a vyhodnocovány anonymně a pouze pro účely tohoto výzkumu, případně dalších navazujících studií.

Baterie dotazů, týkající se respondenta

24. Pohlaví
25. Kolik je Vám let?
26. Pocházíte z města (sídlo nad 3000 obyvatel) nebo z vesnice?
27. Jak dlouho jste v pobytovém zařízení?

Baterie dotazů, týkající se výzkumu

1. Co pro Vás bylo nejtěžší z hlediska zvyknutí si na nové prostředí, když jste do pobytového zařízení přišel/přišla?
2. Jaký byl důvod Vašeho umístění do pobytového zařízení?
3. Jak daleko bylo pobytové zařízení od Vašeho bydliště?

4. Jak jste vnímal přechod z domácího prostředí do pobytového zařízení?

5. Co vám pomohlo zvyknout si na nové prostředí?

Jaká byla role Vaší rodiny při adaptaci na pobytové zařízení?

Co pro Vás bylo nejdůležitější, když jste přecházel z domácího prostředí do pobytového zařízení?

Děkuji za spolupráci!

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá adaptačním procesem seniorů, využívajících pobytové sociální služby. Teoretické uvedení do tématu mapuje současný stav pobytových sociálních služeb, demografický posun i aktuální dokumenty a studie, týkající se systému obecně. Následné šetření prokázalo, že pobytové sociální služby nejsou preferovány ani vyhledávány samotnými seniory, jejich využívání je stále podvědomně vnímáno negativně, zejména z počátku adaptačního procesu. Klíčová je v tomto směru podpora rodiny a sociální vazby, které významně pomáhají seniorům zvyknout si na nové prostředí. Mezi konkrétní doporučení do budoucna patří změna koncepce péče v logické posloupnosti, zavedení jednotého sběru relevantních dat, a podpora terénních sociálních služeb.

ABSTRACT

The Master's work deals with the adaptation process of elders, taking social work services with accommodation. The theoreticaly introduces the topic of social services, demography and actual documents. Following investigation shows that the residential services are not preferred by seniors; it's using is connected with negative feelings, at least at the beginning. The key role plays a family and social relationships that can widely help to bear the situation. In particular, we recommend the change of conception of social services, introduce unified system of data processing and support of social service.