

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Eva Novotná

*Srovnání spokojenosti seniorů v domácí péči a v
domovech pro seniory*

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

2016

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 22. 6. 2016

.....
Eva Novotná

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, za její trpělivost, vstřícnost a podnětné rady a připomínky. Poděkování patří též domovu pro seniory, který mi umožnil provedení výzkumu, a jeho klientům za ochotu poskytnout rozhovory. V neposlední řadě děkuji také všem svým blízkým za velkou trpělivost a podporu při psaní této práce i v průběhu celého mého studia.

Obsah

Úvod	6
1. Stáří v kontextu závislosti na péči druhých	8
1.1. Vymezení pojmu stáří	8
1.2. Stáří a závislost na péči druhých.....	8
1.3. Stáří a ztráta autonomie	9
1.3.1. Omezení autonomie seniora z pohledu psychologie.....	10
1.3.2. Omezení autonomie seniora z pohledu sociologie.....	12
2. Péče o seniora	15
2.1. Domácí péče.....	18
2.1.1. Aktéři domácí péče.....	19
2.1.2. Problematické body a rizika domácí péče.....	20
2.2. Péče v domově pro seniory	23
2.2.1. Charakteristika	23
2.2.2. Vstup do domova pro seniory	24
2.2.3. Pojem kvality v domovech pro seniory.....	25
2.2.4. Problematické body a rizika péče v domovech pro seniory.....	27
2.3. Komparace obou typů péče.....	29
3. Koncept kvality života	31
3.1. Definice pojmů.....	31
3.2. Kvalita života seniorů	34
3.3. Spokojenost.....	35
4. Cíle a metodologie výzkumného šetření.....	37
4.1. Cíl výzkumu.....	37
4.2. Metody a techniky sběru dat	38
5. Realizace výzkumu	39
5.1. Výběr výzkumného souboru	39
5.2. Etické souvislosti výzkumu	40
5.3. Průběh výzkumu	40
5.4. Analýza a interpretace dat.....	40
5.5. Profily komunikačních partnerů	41
6. Analýza výzkumných zjištění	43

6.1.	Významné oblasti spokojenosti	43
6.2.	Vnímání spokojenosti v domácí péči	44
6.3.	Vnímání spokojenosti v domově pro seniory	46
6.4.	Porovnání obou způsobů péče	48
	Diskuse.....	52
	Závěr	56
	Seznam použité literatury a pramenů.....	58

Úvod

V dřívějších dobách staří lidé žili a umírali doma, ve svém přirozeném prostředí. Postarat se o své rodiče a dočlovat je, bylo stejnou samozřejmostí, jako postarat se o své děti. S odkazem na tuto historickou skutečnost bývá život v domově pro seniory odsuzován jako ne tak plnohodnotný a jako výraz selhání rodiny. Je to ale skutečně tak? Je domov pro seniory vždy tím nejhorším řešením a lidé zde nemohou být nikdy spokojeni tolik jako v domácím prostředí? Doba se vyvíjí jiným směrem, rodina nemá takové možnosti (finanční ani časové) a hledají se jiné způsoby, které však dle mého názoru nemusí nutně narušit kvalitu rodinných vztahů a dokonce mohou být oboustranně prospěšné. Jelikož tedy současný vývoj stále více směřuje k péči o seniory mimo rodinu, považuji za nutné věnovat se zkoumání této problematiky.

Práci v domovech pro seniory jsem se věnovala prakticky po celou dobu studia. Při volbě tématu pro svoji diplomovou práci jsem si tedy byla jistá, že bych se ráda věnovala této oblasti. Na svých studijních praxích jsem si všimla zásadního rozporu v tom, co jsem o domovech pro seniory slyšela a co jsem tam pak skutečně viděla. Ve svém okolí jsem se setkávala s pohledem na seniory, využívající služeb těchto zařízení, jako na „chudáky“, které je třeba politovat, a kterým nezbylo nic jiného, než jít do domova pro seniory. A to proto, že se o ně rodina nechce nebo neumí postarat, a tak dožívají život naprosto nešťastným způsobem. V domovech pro seniory jsem se ale většinou setkávala s lidmi, kteří vypadali spokojeně a ani po navázání bližšího vztahu s nimi jsem většinou neměla pocit, že by jim něco zásadně chybělo. O toto téma jsem se tedy začala zajímat a v dostupné literatuře a výzkumech jsem našla důkazy toho, že česká společnost má na tuto problematiku skutečně takový pohled, s jakým jsem se setkávala ve svém okolí, a že i odborníci se většinou shodují na tom, že pobyt v domově pro seniory je pro člověka jasně horší než pobyt v domácím prostředí. Začala jsem se tedy ptát, zda je to skutečně tak, zda jsou senioři v domovech pro seniory skutečně nespokojeni nebo to může být i jinak. Společenský vývoj totiž jasně ukazuje na zvyšující se počet seniorů, kteří využívají těchto zařízení.

Cílem této práce tedy je zjistit, jak senioři vnímají spokojenost a jak se proměňuje jejich vnímání spokojenosti v závislosti na pobytu v domácí péči či v domově pro seniory.

K dosažení tohoto cíle jsem se rozhodla použít metodu kvalitativního výzkumu, v rámci kterého jsem provedla polostrukturované rozhovory se třemi komunikačními

partnery, kteří měli zkušenost s domácí péčí a v současné době byli klienty jednoho domova pro seniory.

Oblasti odborné literatury, ze kterých jsem pro svou práci čerpala, jsou zejména vývojová psychologie (např. Říčan, Vágnerová), sociologie rodiny (Jeřábek), sociální gerontologie (Sýkorová, Čevela), sociální práce (Malíková), kvalita života (Dvořáčková, Gurková) aj. Hojně jsem také čerpala z časopisu *Sociální práce / Sociálna práca* a jiných vhodných zdrojů (zákonné normy a nařízení, články WHO, výzkumné práce, atd.)

Přínos této práce spatřuji v reálném srovnání péče v domovech pro seniory a v domácí péči samotnými seniory, což může v konečném důsledku přispět k destigmatizaci domovů pro seniory a také představit reálný pohled na život v těchto zařízeních.

V jednotlivých kapitolách této práce se věnuji níže uvedeným tématům, které by v souhrnném pohledu měly přispět k dosažení výše uvedeného cíle. V první, teoreticko-konceptuální části, rozebírám z pohledu psychologie i sociologie stáří v kontextu závislosti na péči druhých, srovnání péče v domácím prostředí vs. péče v domově pro seniory a téma kvality života včetně porovnání se subjektivněji vnímaným pojmem „spokojenost“. V empirické části pak představuji provedený kvalitativní výzkum a jeho výsledky.

Pro tvorbu teoreticko-konceptuální části jsem využila analýzu literatury a dostupných zdrojů. Některé z použitých zdrojů jsou staršího data a z pohledu sociálního vývoje společnosti již pravděpodobně došlo k mírnému posunu. Nelze však očekávat, že k výraznému. Ve výzkumné části jsem se pak zaměřila na zodpovězení otázek samotnými seniory, týkajících se jejich spokojenosti, kteří mají zkušenost s domácí péčí i s využitím služeb domova pro seniory.

1. Stáří v kontextu závislosti na péči druhých

Jednotlivými aspekty stáří se zabývá velké množství autorů a toto téma je mnohokrát zpracované. Pro účel této práce je však kapitola zaměřena úžeji. Nepojímá celou širokou skupinu seniorů, ale věnuje se pouze seniorům závislým na nějaké formě pomoci. Bude se tedy věnovat konkrétnímu vymezení stáří pro tuto práci, tomu, jak senioři vnímají svoji postupnou ztrátu autonomie a závislost na péči druhých. Tyto oblasti probere jak z oblasti psychologie, tak z oblasti sociologie, tedy jak se v této situaci cítí sám senior a jak tuto problematiku vnímá společnost.

1.1. Vymezení pojmu stáří

Jak uvádí Stuart-Hamilton (1999, s. 18 – 21), nejčastěji se setkáváme s rozdělením stáří do několika období dle kalendářního věku. Ten stanovuje období, ve kterém se začínají objevovat typické příznaky stárnutí. Tento věk ale mnoho nevyovídá o stavu člověka a je využitelný spíše v demografii a statistice. S rostoucím věkem sice stoupá pravděpodobnost zhoršení stavu seniora, ale zvláště ve stáří jsou změny velice individuální a tak není možné vycházet pouze z údaje o kalendářním věku. Můžeme se také setkat s rozdělením stáří dle věku sociálního, který je definicí určitých společenských očekávání od člověka a jeho sociální role, v konkrétním kalendářním věku. Pro účel této práce je však vhodnější jiný typ dělení, a to rozdělení stáří na kategorii třetího věku a čtvrtého věku. Třetí věk představuje samostatné, aktivní stáří a čtvrtý věk pak období, kdy je člověk odkázán na pomoc druhých.

Jelikož se tato práce věnuje právě starým lidem, kteří jsou nějakým způsobem odkázáni na druhé, ať už rodinu či sociální služby, bude jejím tématem právě kategorie čtvrtého věku.

1.2. Stáří a závislost na péči druhých

Ve stáří se objevuje mnoho komplikací spojených zejména s nesoběstačností a závislostí na pomoci druhých. Ondrušková (2011, s. 39) řadí právě tyto problémy k nejzávažnějším problémům stáří.

Zejména z důvodu častějších onemocnění a jejich následků, ale i z důvodu postupného zhoršování funkcí vnitřních orgánů, se fyzický stav seniora ve stáří nezadržitelně zhoršuje, a to rychleji, než v přechozích životních etapách. V návaznosti na tento fakt se asi od poloviny minulého století s rozvojem přírodních věd začíná objevovat přístup ke stáří, jako ke zdravotnímu problému. Stáří je vnímáno jako nemoc, kterou lze a je nutné vyléčit. Farmaceutický průmysl rozvíjí své zaměření právě na seniorskou populaci a seniorům je tak vnucována myšlenka, že se stářím není třeba se smířit, ale je třeba ho léčit. Tento přístup také způsobil problematické postoje seniorů ke svému vlastnímu stáří a závislosti na pomoci druhých, kterou už není možné nijak vyléčit. (Estes and Binney in Phillipson 1998, s. 33)

Jak uvádí Říčan (2004, s. 333 – 335), na trhu se objevují knihy určené seniorům, kde se můžeme dočíst rady týkající se aktivního stáří, sportu, zdravé výživy a mnoho dalších způsobů, jak oddálit, či zpomalit proces stárnutí a udržet se v dobré kondici. Tomu, jakou má jeho život hodnotu v případě, že se stane závislým na pomoci druhých, už se ale tyto knihy nevěnují.

Jako následek tohoto přístupu společnosti dochází k úzkostné touze vyléčit se z vlastního stáří, nesmíření se s vlastní situací a upínání se k myšlence, že se situace ještě dá zvrátit. Můžeme se však setkat i s protikladem k tomuto nepřijetí svého stavu jako trvalého. Tím je adaptace na pomoc druhých, podlehnutí a úplné odevzdání se své situaci. Senior si zvykne žít jako závislý a pomoc považuje za samozřejmou (Vágnerová, 2000, s. 484 – 485).

Stáří je tedy více než ostatní životní etapy charakteristické nezadržitelným zhoršováním fyzického stavu. I přes to je ale seniorům stále předkládána falešná myšlenka, že tento nezvratný vývoj lze přece jen zvrátit a ze stáří se nějakým způsobem „vyléčit“. S tím se však senioři často vyrovnávají dvěma extrémními způsoby, a to buď úzkostným upnutím se k této myšlence, nebo naopak úplnou adaptací a závislostí na pomoci druhých.

1.3. Stáří a ztráta autonomie

Existuje velké množství definic pojmu autonomie. Pro potřeby této práce je použita definice dle Sýkorové (2007, s. 75), která nejlépe reaguje na téma této práce, tedy že autonomie je *„relativní samostatnost jedinců vzhledem k sociálnímu okolí, jejich schopnost, vůle a možnost vést v daném prostředí život podle vlastních pravidel, rozhodovat o něm a kontrolovat jej.“* V této práci je používán také pojem nezávislost jako

synonymum pojmu autonomie. Někteří autoři totiž tyto pojmy zaměňují, byť nejsou významově zcela shodné (např. Matýsková, 2004).

Matýsková (2004, s. 46 – 48) ji rozděluje na oblast ekonomickou, oblast zdravotního stavu a pohyblivosti, soběstačnosti a sebeobsluhy a psychickou oblast. Ta se jeví jako nejvýznamnější, jelikož do ní spadá schopnost rozhodovat se, organizace vlastního času, sociální kontakty, orientovanost a reálný náhled na sebe a své možnosti.

Co se týče omezení autonomie, tu pak můžeme podle Matýskové (2004, s. 47 – 49) rozdělit na dobrovolnou a nedobrovolnou.

Dobrovolné omezení autonomie se týká těch jedinců, kteří jsou schopni samostatně zvážit svoji situaci a rozhodnout se pro řešení, které nějakým způsobem omezí jejich autonomii. Například si sjednají pomoc s pravidelným úklidem domácnosti, jelikož na něj už nestačí. Tyto situace však mohou nadále ovlivňovat, byť v dané oblasti částečně ztrácejí samostatnost.

Nedobrovolné omezení autonomie se na rozdíl od toho myslí situace, kdy senior ztratí autonomii v důsledku závažných psychických či somatických změn nebo je této autonomie zbaven okolím a nemůže tak tyto změny ovlivňovat.

1.3.1. Omezení autonomie seniora z pohledu psychologie

V literatuře najdeme velké množství teorií pojednávajících o adaptaci ve stáří. Jednou z nepropracovanějších a nejlivnějších je teorie selektivní optimalizace s kompenzací, Baltes a Baltes (1990, podle Sýkorová, 2013, s. 63-65). Ta představuje tři strategie „úspěšného stárnutí“, které slouží k udržení osobní autonomie. Jsou to **selekce**, **optimalizace** a **kompenzace**. Selektce představuje výběr cílů či aktivit. Na to reaguje kompenzace, tedy nahrazení alternativními zdroji, které pak optimalizují. Tímto způsobem může nastat i tzv. zvolená závislost, tedy dobrovolná závislost v některé oblasti, která pomůže starému člověku šetřit energii pro jiné činnosti.

Senioři mají, stejně jako ostatní, potřebu být užitečnými. Hledají způsob, jak být prospěšní a často vidí svůj smysl v poskytování pomoci své rodině. Tato možnost ale se vznikem závislosti postupně mizí a naopak sám senior začíná potřebovat pomoc rodiny. V takovém případě je hledání svého smyslu pro seniora velice obtížné. Začíná cítit, že už nemá co nabídnout, a tyto pocity mohou způsobit vnímání sebe sama jako přítěž, jako někoho méněcenného a zbytečného. Senior často pociťuje *“konflikt mezi potřebou citové*

jistoty v rámci rodiny a potřeby nezatížit tuto rodinu vlastní nemohoucností a raději akceptovat profesionální pomoc“. (Vágnerová, 2000, s. 485)

Vznik závislosti na pomoci druhého a udržení autonomie však vůbec nemusí být v rozporu. Senior může být fyzicky závislý a zároveň plně autonomní. Pokud je senior aktivně zapojen do činností a je mu nabídnuta možnost volby, autonomii si zachovává. (Bužgová, 2007, s. 35 - 36)

Sýkorová (2007, s. 90 – 91) uvádí, že senioři sami nevnímají jako největší hrozbu ztrátu finanční soběstačnosti, ale jako nejvýznamnější vidí soběstačnost fyzickou, schopnost zvládat samostatně každodenní činnosti, naplňovat své potřeby a starat se o domácnost. Jako hodnotu, která toto dovoluje či omezuje, vnímají své zdraví. Další významnou hodnotou je pro ně samostatné rozhodování. Toto rozhodování si mohou senioři udržet samozřejmě i v případě ztráty fyzické soběstačnosti. I přesto je ale právě zhoršení zdravotního stavu a následná ztráta fyzické soběstačnosti nejčastějším důvodem ztráty pocitu, že o sobě mohou sami rozhodovat. Zejména proto, že realizace jejich vlastních rozhodnutí, závisí často na jiné osobě.

Díky ztrátě autonomie se tak starému člověku často zásadně proměňují hodnoty. Zdraví už nevnímá jako samozřejmost, ale zařazuje ho na vrchol svého hodnotového žebříčku. Zároveň se zvyšuje jeho strach z nemoci. Ta už není vnímána jako náhlá nepřízeň osudu, jako je tomu u mladých lidí, ale spíše jako něco co přichází s určitou samozřejmostí a pokud dojde ke zlepšení, nastanou brzy obtíže jiné. Nemoc se tak stává pro starého člověka hrozbou, protože z ní nebývá cesty zpět (Haškovcová, 2010, 248 – 250).

Spolu se snižováním fyzické soběstačnosti se u seniorů mění význam hodnoty autonomie. Nespátřují ji už tolik ve schopnosti postarat se sami o sebe, ale na významu nabývá jiná hodnota – důstojnost. Tu pak vnímají zejména v rámci bezpečných sociálních vazeb, tedy v rámci své rodiny (Sýkorová, 2007, s. 193).

Podstatně se mění i strategie přijímání změn spojených se ztrátou autonomie. Senior se již nesnaží tyto změny přijímat nějakým aktivním způsobem a vyrovnávat se s nimi, ale dochází k pasivní rezignaci. Všichni mladší lidé v jeho okolí jsou najednou silnější a začínají jednat „v jeho prospěch“. Nemoc a s ní spojenou ztrátu autonomie pak senior akceptuje jako součást sebe a tím oslabuje vlastní sebedůvěru. Potřeba být užitečný druhým se vytrácí, jelikož chybí zdroje k podpoře sebe sama, natož k podpoře druhých. (Erikson, 2015, s. 110)

„S postupným zhoršováním zdraví, narůstající disabilitou a klesající funkční kapacitou ve vyšším věku tak narůstá také pocit osamělosti“ (R. Čevela a kol., 2014, s. 129)

Významnou problematickou oblastí stárnutí je „osamělost“. Ne však jako objektivní pojem týkající se nedostatku sociálních vazeb a sociální izolace, ale jako pocit, který mohou prožívat i lidé s objektivně dostatečnou sociální sítí. Osamělost pro seniora subjektivně vyjadřuje spíše rozdíl mezi tím, jakou kvantitu a kvalitu sociálních vztahů má a jakou by ji chtěl mít a jaká by mu přinesla pocit jistoty a životní spokojenosti (R. Čevela a kol., 2014, s. 129). V tomto smyslu může tedy osamělost též v jistém smyslu být příznakem omezené autonomie.

Samota není jen pocitem seniora, ale ovlivňuje ho v mnoha aspektech jeho života. Má negativní vliv na zdraví a souvisí s množstvím onemocnění, se způsobem zvládání stresu i s rozvojem demence či Alzheimerovy choroby. Senioři trpící pocitem osamělosti častěji vyhledávají pomoc zdravotníků, což vliv osamělosti seniorů rozšiřuje až k vyššímu finančnímu zatížení zdravotnických a sociálních systémů. (R. Čevela a kol., s. 132)

1.3.2. Omezení autonomie seniora z pohledu sociologie

Jak vyplývá z textu výše, v kontextu stárnutí je bohužel doposud nejčastěji diskutovaným tématem nárůst nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči. Když už se o stáří veřejně mluví, tak většinou v negativním kontextu. Mluví se o seniorech jako o zátěži pro společnost. To, že problematika stáří je medializovaná spíše negativně, potvrzuje fakt, že z výzkumu Vidovičové a Rabušice (2003, s. 5) vyplynulo, že česká společnost netuší, jaký je u nás podíl seniorské populace a silně ho nadhodnocuje, čímž vzniká demografická panika.

Výzkum se dále věnuje faktorům, podle kterých respondenti vnímají člověka jako „starého“. Mezi nimi je ztráta autonomie na čtvrtém místě, hned za fyzickým stavem, věkem a ztrátou duševní svěžesti. Z toho vyplývá, že ztráta autonomie je v dnešní společnosti důležitou součástí definice stáří. (Vidovičová, Rabušic, 2003, s. 11)

Z jiného výzkumu (Sak, Kolesárová, 2012, s. 163) vyplývá, že nejenom u mladé a střední generace (64%), ale zejména u samotných seniorů (77%), se setkáváme s názorem, že *„člověk se má na stáří připravit tak, aby byl co nejméně závislý na pomoci svých dětí“*.

Na druhé straně ale většina seniorů věří, že se může spolehnout na pomoc svých dětí v případě potřeby a ti by jim uměli tuto pomoc poskytnout. Nemají však zcela jasnou představu o tom, co taková péče vyžaduje, jelikož si většina seniorů myslí, že by na ně děti měly čas i přes pracovní povinnosti, a že by kvůli péči o ně nemuseli ukončit zaměstnání. Dnešní společnost s větší mírou závislosti svých rodičů, seniorů, příliš nepočítá. Jak střední generace, tak ale i samotní senioři, preferují samostatné bydlení, dokud je to jen možné. Jako nejlepší vidí většina jejich dětí bydlet odděleně, ale poblíž, aby bylo možné poskytnout potřebnou pomoc. Vznik závislosti seniora a potřebu pomoci a stálé přítomnosti dvacet čtyři hodin denně si nepřipouští nebo nejsou ochotni se do této péče příliš zapojit, protože pouze 12% dotazovaných považuje za žádoucí žít se svým rodičem ve společné domácnosti v případě potřeby péče. V těchto názorech se shodují jak reprezentanti střední generace, tedy pečujících, tak představitelé starší generace, tedy ti, o které je pečováno. (Kuchařová, 2003, s. 48 – 50) To ale neznamená, že by čeští senioři byli odsunuti na okraj společnosti. Z výzkumu Vidovičové a Rabušice (2003, s. 23) naopak vyplývá, že jsou součástí mezigeneračních sociálních sítí a kvalita i četnost jejich vazeb je vysoká.

„...navzdory všem problémům by mělo zůstat mravní normou, aby dospělé dítě vrátilo svým starým rodičům to, co je jim dlužno: lásku a osobní péči.“ (Haškovcová, 2010, s. 290)

Výzkum Sýkorové (2007, s. 209) svým způsobem potvrzuje, že postarat se o vlastní rodiče opravdu zůstává mravní normou, nejedná se však o zcela bezpodmínečnou pomoc, nýbrž je vázána na situační kontext. Děti zvažují, co jim jejich možnosti (v rámci jejich osobního i profesního života) dovolí, a vyjednávají s ostatními členy rodiny o zajištění pomoci. Hlídkají si férovost rozdělení podílu na péči vzhledem k časovým možnostem, zdrojům, ale i pohlaví či podílu na dědictví.

I z výzkumu Vidovičové a Rabušice (2003, s. 14) se dovídáme, že česká společnost seniory vnímá sice jako značnou ekonomickou zátěž, ale i přesto zůstává nejvýraznějším názorem tradiční pohled na moudré stáří, kterého je třeba si vážit, a které je zárukou tradičních hodnot.

Ve výše uvedených kapitolách jsem se zaměřila na autonomii seniorů. Autonomií rozumím zejména schopnost člověka vést v daném prostředí život podle vlastních pravidel a zejména u seniorů obvykle hrozí, že o tuto schopnost v různých oblastech postupně přicházejí. Z tohoto důvodu jsem popsala, jakým způsobem se jednotlivé vědní obory tímto

tématem zabývají a jaké případně nabízejí techniky pro zvládnutí postupného ztrácení vlastní soběstačnosti.

Ze zkoumaných materiálů vyplývá, že ideálem, kterého bychom pravděpodobně chtěli všichni dosáhnout, je stav tzn. „úspěšného stárnutí“. Úspěšným stárnutím je myšlen psychický stav, kdy se pomocí techniky selektivní optimalizace s kompenzací vědomě a dobrovolně vzdáváme autonomie v určitých oblastech, což nám umožní šetřit síly na činnosti, které nám zajistí psychickou vyrovnanost a v ideálním případě i spokojenost a radost.

Bohužel v české společnosti je omezení autonomie vnímáno spíše negativně a převládá názor, že člověk by se měl na stáří připravit sám a obejít se pokud možno bez cizí pomoci. Z toho důvodu je případná ztráta autonomie u nás většinou vynucená, ať již ze zdravotních nebo jiných důvodů, a nese s sebou často negativní průvodní jevy, jako jsou pasivní rezignace, ztráta sebedůvěry, ztráta důstojnosti, osamělost.

Na druhou stranu, v české společnosti je stále patrné, že postarat se o svoje rodiče je jakousi přetrvávající mravní normou a stále si svých rodičů vážíme pro jejich moudrost a nadhled. To jsou velmi dobré základy k tomu, abychom sebe a zejména naše rodiče připravili na to, že dobrovolná ztráta autonomie není tzv. „konec světa“, a umožnili jim prožít důstojné a spokojené stáří.

2. Péče o seniora

Tato kapitola se zabývá přímou péčí, která je poskytována člověku již nesoběstačnému, závislému na pomoci druhých. Bude se věnovat dvěma vybraným typům péče, se kterými je následně pracováno ve výzkumné části, a to „domácí péče“ a péče v „domovech pro seniory“. U obou těchto typů budou uvedeny jejich charakteristické rysy a problematické body a v závěru kapitoly budou srovnány jejich výhody a nevýhody.

Definici péče o staré lidi, autora K. Waernesse, uvádí v článku „Péče o staré rodiče“ Christine Millward. Péče o staré lidi je *„opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonávaná pro duševní pohodu starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo hendikepu nemohou tyto činnosti samy vykonávat“* (Millward, 1999, s. 27)

Ztráta soběstačnosti a závislost jako důsledek zhoršení funkčního stavu, úbytku tělesných a psychických schopností souvisí také se změnou životního stylu seniora a to proto, že najednou potřebuje pomoc a stává se závislým v situacích, které před tím běžně zvládal. V takovém případě má senior několik možností řešení své situace. Může využít široké spektrum sociálních služeb, pomoc rodiny či kombinaci obojího. Zákon o sociálních službách definuje velké množství různých typů péče o seniory. Senior podle něj může využít služeb terénních, ambulantních i pobytových. Jsou to zejména pečovatelské služby, denní a týdenní stacionáře, odlehčovací služby, chráněné bydlení, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. (Vágnerová, 2000, s. 495)

Jak ale píše Pacovský (99, s. 11), péče v rodině je celosvětově vnímána jako ta nejlepší a nejvhodnější. Všechny ostatní způsoby péče jsou vnímány pouze jako náhradní řešení, které je ale nedostačující a nikdy nemůže dosáhnout kvalit domácí péče.

Podle výzkumu Veselé (2002, s. 9) *„zcela jednoznačně převažuje mínění, že i nesoběstačnému seniorovi je lépe v domácím prostředí než v ústavním zařízení.“*

Pokud se tak stane a rodina se přece jen uchýlí k takovému řešení, tedy využití ústavního zařízení, bývá okolím odsuzována. Jedná se však o složitější situaci, než se může zdát těm, kteří se v ní dosud neocitli. V domácí péči může nastat moment, kdy už pečující není schopen v této službě dále pokračovat a je nucen ji předat do rukou odborníků. Tento krok není možné vnímat negativně, jako projev selhání či neschopnosti se postarat o svého blízkého. Není možné chtít po takovém člověku, aby se ve prospěch svého blízkého vzdal veškerých svých ostatních závazků, nároku na vlastní spokojenost či vztahy nebo vlastního

zdraví. I přesto se takovou situací, která je nad jeho možnosti, často snaží pečující zvládnout vlastními silami. Pokud se tak stane, dochází v hojné míře k jeho frustraci, což má následně výrazný negativní vliv na poskytovanou péči. V danou chvíli se pak kvalitní institucionální péče poskytnutá odborníky může stát vhodnější možností (Levine, 1999, s. 341-359).

Existují různé názory na to, do jaké míry má odpovědnost za situaci seniora zůstat na rodině a do jaké míry by ji měl převzít stát.

Podle Šelnera (2004, s. 17) nelze jednoznačně spoléhat na stát a přenášet na něj veškerou odpovědnost. Stejně tak se ale stát nemůže odpovědnosti zbavit úplně a delegovat péči pouze na rodinu. Je třeba, aby poskytl vhodné podmínky, a to zejména finanční. Kromě těch je v současné době diskutovaným tématem také např. volno na péči o seniora, které by si rodinný příslušník mohl vybrat v případě potřeby střednědobého zajištění péče o svého blízkého. Toto volno je zamýšleno podobně jako např. rodičovská dovolená, tzn., placené volno s garantovaným návratem do zaměstnání (MPSV, 2015, s. 1-5)

Haškovcová (1990, s. 236) píše, že *„rodina se o starého, zvláště pak nemocného člověka, může postarat jen do určité míry, za jistých možností a v jistém čase. Společnost se zcela musí postarat o ty, kteří nikoho nemají, a v dalších tzv. důvodných případech.“*

V české společnosti přikládají senioři největší roli při zajišťování péče o ně ve stáří právě státu. Téměř polovina dotazových udává, že stát je nejvíc zodpovědný za zajištění důstojného stáří, zatím co sama sebe, jako nositele zodpovědnosti za své důstojné stáří, označilo jen 28% seniorů. (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 69 – 70)

Česká společnost dále požaduje garanci sociálních jistot. Velké množství respondentů souhlasilo s tím, že stát by měl zajistit instituce věnující se péči o seniory. Na druhou stranu ale vnímali domovy pro seniory jen jako krajní nouzové řešení a většina respondentů souhlasila s tím, že by se o své rodiče měli sami postarat. Za nejvhodnější pečovatele pak respondenti jasně označili nejbližší rodinu, tedy manžela/manželku a děti. (Vidovičová, Rabušic, 2003, s. 25)

Setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí a tedy zajištění péče rodinou nebo terénními sociálními službami, které fungují právě v přirozeném prostředí svého klienta, je doporučováno jako nejvhodnější. Jako přednosti této péče jsou vyzdvihovány zejména zajištění pocitu bezpečí seniora v jemu blízkém a známém prostředí, správné reflektování identity jedince a podpora jeho sebevědomí a podpora jeho nezávislosti pomocí nabídky smysluplných činností. Vytržení seniora z jeho přirozeného prostředí je často považováno

za příčinu vzniku konstruované závislosti. Bezpečí známého životního prostoru je vnímáno jako zásadní pro uchování vlastní identity. (Kubalčíková a kol., 2015, s. 32 - 33)

V naší společnosti stále převládá tradiční pojetí rodiny, které vychází z toho, že o seniora se primárně stará vlastní rodina a využití formálních institucí přichází na řadu až v případě, že rodina nějakým způsobem selhává a péči z různých důvodů nezvládá nebo nechce zvládat. Přejít do domova pro seniory je tak vnímán jako důsledek selhání vlastní rodiny (Svobodová, 2006).

Jak uvádí i Matoušek (2007, s. 90), tato situace je spojena s mnoha předsudky. Nejčastějším z nich je, že umístění do domova pro seniory značí, že rodina o starého člověka nemá zájem, případně ho využívá jen jako zdroje peněz.

Z výzkumu Příhodové a Sýkorové (2004, s. 89 - 90) vyplynulo, že senioři považují služby domovů pro seniory za vhodné zejména pro ty, kteří zůstali ve stáří sami, a jejichž děti se o ně nechtějí postarat. Je to tedy něco, co by si sami ne zvolili, pokud by je k tomu tyto okolnosti nedohly. Spoléhají se právě na pomoc dětí a s případnou pomocí formálních institucí počítá jen pětina respondentů. Jednoznačnou preferenci péče rodinných příslušníků potvrzují také výzkumy Vidovičové a Rabušice (2003, s. 24) a Veselé (2002, s. 13). Z výše uvedené pětiny respondentů, která případně počítá s využitím formálních institucí, pak většina volí pomoc pečovatelské služby, která jim nabídne služby podle jejich potřeb, ale přitom si zachovají dostatek soukromí. Naopak domovy pro seniory berou tito lidé do úvahy pouze v případě, že si představí vzdálenou budoucnost. Jako jejich výhodu vidí zdravotnickou péči a to, že nebudou zatěžovat svoji rodinu; snaží se však tuto možnost odkládat, jak to jen jde.

Přáním dnešních seniorů je nezůstat na konci života sami a nemuset do domova pro seniory. Touží, tak jak to bylo běžné u předešlých generací, dožít u své rodiny. „*Stáří i dnes potřebují mladé a mladí potřebují staré*“ (Říčan, 2004, s. 359). Je však čím dál běžnější umístit svoje rodiče do domova pro seniory, o čemž vypovídá zvyšující se počet žádostí o přijetí (Říčan, 2004, s. 358 – 362).

Když shrneme předchozí text, dojdeme k závěru, že česká společnost sice spoléhá na to, že kdyby bylo potřeba, postará se o seniory závislé na péči stát a zajistí jim potřebné služby, ale doufá, že k tomu nikdy nedojde. Je zjevná jasná preference dožití v rodinném prostředí tak, jak tomu bylo u předešlých generací. Pokud se někdo přece jenom rozhodne využít služeb domova pro seniory, vnímá to naše společnost s předsudky o selhání nebo nedostatečnosti rodiny.

2.1. Domácí péče

Pojem „domácí péče“ bývá zaměňován s pojmem „domácí ošetrovatelská péče“, tedy terénní pečovatelskou službou, poskytovanou v přirozeném prostředí seniora. Tato terénní služba je však pouze volitelnou částí domácí péče v plném slova smyslu. Domácí péče nebo též „rodinná péče“ je tedy taková, která je poskytována v domácím prostředí a zajištěna rodinnými příslušníky seniora s možným využitím terénních služeb. V následujícím textu budou definována specifika domácí péče, její podmínky a stupně podle její intenzity. V podkapitolách pak bude pojednáno o profilu typického pečujícího a jeho motivaci pro péči a dále o rizicích a problematických bodech, které jsou s rodinnou péčí spojeny.

Podle Jeřábka (2005, s. 9 - 10) dnes v České republice potřebuje každodenní pomoc 2% lidí nad 65 let a 8% osob starších 80 let. Celkem se tedy jedná asi o 75 tisíc starých lidí, vyžadujících výraznou pomoc v každodenních situacích. Největší část této pomoci probíhá neinstytucionálně a ve velké míře ji zajišťují rodiny těchto seniorů.

Nespornou výhodou domácí péče o starého člověka je přítomnost emocionální složky. Jakkoliv kvalitní institucionální péče, i když se o to snaží, není schopna zajistit emocionální podporu tak, jako vlastní rodina. (Jeřábek, 2013, s. 45 – 46)

V literatuře bývá domácí péče nazývána jako „práce z lásky“, právě proto, že je založena na lásce a hlubším vztahu. Vytváří pevné pouto a závislost mezi pečující osobou a nesoběstačným seniorem, které končí až v případě úmrtí seniora. Pečující se přitom nevěnuje pouze seniorovi, ale je to činnost navíc, kromě běžné péče o vlastní nukleární rodinu. Péče o blízké však zasahuje do všech složek jako života a stává se životním stylem a pečujícího nějakým způsobem izoluje od okolního světa. (Jeřábek, 2005, s. 10)

Haškovcová (2010, str. 286 - 292) uvádí tři základní podmínky péče v rodině. Pokud se má o seniora starat jeho vlastní rodina, musí tato rodina „*chtít, umět a moci potřebnou péči poskytnout.*“

Naplnění podmínky „**umět**“ je dnes relativně snadné díky množství dostupných informací a praktických rad. Komplikace však přichází s podmínkou „**chtít**“. Důvodem je dnešní veliký důraz na nezávislost, kterou by jak senioři, tak jejich děti, ztratili. Podíl na ochotě dětí starat se o svoje rodiče, má také ztráta úcty a lásky vlivem rozvodovosti a střídání partnerů rodičů. Jejich děti pak nemají pocit, že by měly něco vracet svým rodičům, kteří je v dětství opustili a založili si jinou rodinu.

Co se týče poslední podmínky „**moci**“, největším problémem je nedostatečné zázemí pro sestěhování, tedy malý nebo nevyhovující byt. Druhým významným problémem je řešení zaměstnání pečující osoby. Volba, zda se zaměstnání vzdát je náročnou pro každého. Zejména ale pro starší pečující ženy, pro které obtížný návrat zpět do práce představuje nejistou budoucnost. Nelze předpovědět, zda bude péče o seniora trvat tak dlouho, až budou samy v důchodu nebo se jedná o rok a budou pak muset hledat nové zaměstnání, což je pro ně již velmi obtížné. V neposlední řadě je také značnou komplikací vyživovací povinnost střední generace ke svým dospělým dětem.

Péči lze rozdělit do tří stupňů, podle intenzity a naléhavosti potřeb. **Podpůrná péče**, jako doprava k lékaři či jednání s úřady. Jedná se o péči nejméně časově, fyzicky a psychicky náročnou. **Neosobní péče**, která je spojena s péčí o domácnost seniora (vaření, úklid, praní, atd). Tento způsob péče je již časově náročnější, ale stále ještě je možné zajistit ji i při běžné péči o vlastní rodinu. **Osobní péče** je pak nejnáročnějším stupněm, vyžadujícím nepřetržitou přítomnost pečující osoby. Pro tu je tato celodenní a každodenní péče značně fyzicky, psychicky i časově náročná a vytváří v ní pocit trvalé odpovědnosti. Možnou alternativou této péče je pouze péče institucionální (Jeřábek, 2013, s. 46 – 47).

2.1.1. Aktéři domácí péče

Nejčastěji se péči o starého člověka věnuje jeho manželka. Ta ho také většinou nejvíce brání před umístěním do institucionální péče. Obdobně se objevuje i opačný stav, kdy manžel pečuje o svoji nemohoucí manželku. V takovém případě se ale velmi často o péči dělí s jejich dcerou či snachou. (Jeřábek, 2013, s. 47 - 48)

Pokud je vyloučena péče manžela/manželky, liší se způsob rozdělení péče mezi ostatní rodinné příslušníky podle toho, zda se jedná o péči osobní, neosobní nebo podpůrnou. Co se týče péče osobní, je nejčastěji osobou, která seniorovi poskytuje přímou péči dcera seniora, která zároveň bydlí v dostatečné blízkosti a je středního věku. Snaží se rozdělit svůj čas kromě zaměstnání také mezi děti, manžela a závislého seniora (Haškovcová, 2010, str. 291).

V případě péče podpůrné či neosobní se rozložení péče o závislého seniora nejčastěji odvíjí od místa bydliště členů rodiny. Dítěti, které bydlí nejbližší, je většinou automaticky přisouzen největší podíl péče o rodiče. Zvláště pokud se jedná o potřebu náhlé pomoci, jakou je například péče v nemoci, nebo drobnější úkony, počítá se automaticky s pomocí té části rodiny, která bydlí nejbližší. Rozhodující tedy není vždy faktor genderu.

Nezáleží, zda se jedná o rodinu syna nebo dcery závislého seniora, ale na místě jejich bydliště.

Co se týče ostatní péče o seniora, jako je doprava, kontakt s úřady či trávení volného času, jsou jednotlivé úkoly vyjednávány a rozdělovány mezi členy rodiny v závislosti na jejich časových možnostech, kompetencích a zdrojích.

Konkrétní úkony jsou pak genderově odlišeny. Fyzicky náročnější a praktické úkoly, jako práce kolem domu, připadají mužům a osobní péče a emocionální podpora ženám. U žen pak záleží na typu vztahu. Pokud jde o dceru, je výraznější složkou emocionální podpora rodiče, pokud pomoc poskytuje snacha, klade důraz spíše na praktickou složku péče. (Sýkorová, 2007, s. 194 – 197)

Co se týče **motivace** aktérů péče, jedná se v podmínkách české společnosti o individuální subjektivní rozhodnutí. Zodpovědnost za celkové zajištění péče není jasně definovaná zákonem ani nemusí vycházet z tradice pečování o své rodiče, jelikož ta byla přerušena dobou komunismu, která naučila rodiny spoléhat na pomoc státu. Z výzkumu Jeřábka a Moravcové (2013, s. 90 – 125) vyplývá, že se pečující rozhodli na základě empatie a internalizace morálních norem, což dokazuje důležité postavení emocí v rámci domácí péče. Pečující se obětují potřebám opečovávaného i za cenu velkého vyčerpání. Hodnoty a zájmy rodiny klade před svoje vlastní zájmy a potřeby. Rozhodnutí pečovat vychází z pocitu zodpovědnosti a osobní povinnosti dané rodinným poutem. Většina pečujících vnímá péči o seniora v rodině jako samozřejmost.

2.1.2. Problematické body a rizika domácí péče

Body a situace, ve kterých dochází při péči k nějakým problémům nebo komplikacím, jsou různorodé a objevují se v celém průběhu péče. Začínají už u volby, zda vůbec bude rodina o svého nesoběstačného seniora pečovat, jestli má pro to prostorové, časové i finanční prostředky, a končí u hodnocení, zda péče je, či není nad jejich možnosti, a rozhodování o možnostech využití jiného způsobu péče.

Pokud dojde k nastěhování seniora ke svým dětem, objevuje se hned několik oblastí, které je třeba řešit. Nejprve jsou to záležitosti technického rázu. I to však může rodina vnímat jako problém a může ji to narušit. Jednak proto, že musí změnit svoje zvyklosti, jako zaběhnutý denní režim, a také z toho důvodu, že se může jednat o větší finanční náročnost pro rodinu. Jde například o hledání vhodného prostoru a jeho

přizpůsobení potřebám seniora, bezbariérovost nebo doplácení léků a pomůcek. (Haškovcová, 2010, str. 290 – 291)

Blízcí seniora vidí často péči v domácím prostředí jako nereálnou právě z důvodu nevyhovujících prostor bytu a bariér, jejichž případné úpravy by byly příliš finančně náročné. V případě odděleného bydlení si proto nedovedou představit, že by kvůli svému blízkému měnili bydliště nebo ho stěhovali do své domácnosti. Jako překážku v péči vidí i špatné vztahy v rodině a v neposlední řadě nejistotu v délce trvání péče. Nelze předem odhadnout, zda půjde o několik měsíců, které by zvládli za pomoci nějakých přechodných opatření nebo o několik let, které by už vyžadovaly zásadnější způsob řešení, jako odchod ze zaměstnání pečovatele, přizpůsobení bytových podmínek apod. (Knápková, 2004, s. 106 – 119)

Jak již bylo řečeno výše, je nejčastěji pečující osobou žena středního věku. Tedy žena pracující, která si pak v závislosti na situaci často musí zvolit, zda práce zanechá nebo nikoliv. Ztrátou zaměstnání by však výrazně snížila příjem domácnosti, takže pokud to situace nutně nevyžaduje, snaží se rozdělit svůj čas kromě zaměstnání také mezi děti, manžela a závislého seniora. Tento způsob života je ale velice vyčerpávající a ohroženo je její zdraví i citové vazby. Může si způsobit i značné zdravotní problémy, jelikož péče mimo jiné vyžaduje i velkou fyzickou námahu, díky častému zvedání, obracení seniora a podobně. (Jeřábek, 2013, s. 47 - 48).

Častým důvodem vyčerpání je také chronický spánkový deficit nebo nemožnost zastoupení pečujícího v případě, že onemocní, potřebuje podstoupit operaci apod. V důsledku stárnutí populace je také stále častějším jevem, že sami pečující jsou již v seniorském věku a tak již i oni bojují s nedostatkem sil a postupnou ztrátou soběstačnosti. Často už sami potřebují péči a přitom se ještě snaží postarat o svoje rodiče. (Kubalčíková a kol., 2015, s. 53 - 54) Podle Köttnerové (2004, s. 4) si pečující už po jednom či dvou letech péče o blízkého tzv. „sáhne na dno“.

Jako důsledek této velice náročné péče může docházet k tomu, že se pečující uzavírá před společností a zapomíná na své potřeby. Zejména z důvodu časové náročnosti péče může docházet k jeho izolaci a pocitům osamělosti. Pokud si pečující nevyhrazuje pravidelný čas sám pro sebe a pro své zájmy, dochází k vyhoření či jiným psychickým problémům. (Matýsková, 2004, s. 50 – 51)

Rizikem domácí péče je také možnost nízké kvality péče, jelikož senior není pod stálým dohledem zdravotnického personálu a pečující nemusí vždy spolupracovat

s odborníky a zajímat se o zdravotní a psychický stav seniora a o rady odborníků, týkající se vhodného způsobu péče. (Matýsková, 2004, s. 50 – 51) Jak uvádí také Veselá (2002, s. 9), pečující se nezdědka stávají těmi, kteří týrají ty, o které pečují. Děje se tak často nevědomě, jako důsledek syndromu vyhoření pečujícího.

Jak uvádí Sýkorová (2007, s. 153 – 154), střední generace vnímá ztrátu fyzické soběstačnosti u svých rodičů jako hlavní znak vzniku závislosti na pomoci druhé osoby. V souvislosti s tímto zjištěním získávají pocit, že jejich rodiče ztrácejí kromě schopnosti fyzické soběstačnosti také soběstačnost v rozhodování. Většinou sice uznávají právo svých rodičů na vlastní názor a možnost rozhodovat o sobě samých, ale mají tendenci přebírat za ně tuto odpovědnost a brát jim možnost vlastního rozhodnutí.

V neposlední řadě je významným problematickým bodem i moment rozhodování rodiny o tom, zda umístit svého blízkého do některého ze zařízení institucionální péče, jako je domov pro seniory, léčebna dlouhodobě nemocných či hospic. Jedná se o situaci, kdy již rodina sama z různých důvodů nezvládá péči a je nucena zvažovat předání péče do některé z nabízených institucí. Rodina se v takovém případě často potýká s pocity viny a výčitkami. Může dojít až k pocitům osobního selhání, obviňování z nezvládnuté péče a zklamání sebe sama. (Jeřábek, 2013, s. 50)

Ve výše uvedených kapitolách jsme se zaměřili na výhody a nevýhody domácí péče o seniory a nyní je ještě krátce shrneme. Domácí péčí je myšlen stav, kdy se o seniora stará zejména jeho vlastní rodina, přičemž vybrané činnosti může zároveň obstarávat pracovník terénní pečovatelské služby.

Základní a největší výhodou domácí péče je samozřejmě vztahová a emocionální složka. Jakákoliv kvalitní institucionální péče není schopna zajistit emocionální podporu tak, jako vlastní rodina. Druhou nespornou výhodou je známé domácí prostředí, kdy se senior nemusí sžívat s novým prostředím v rámci institucionální péče.

Na druhou stranu, nevýhody domácí péče jsou zejména nižší profesionalita a nižší kvalita poskytovaných služeb (různé bariéry, souběžná péče o rodinu, bez zdravotnického dohledu, atd.) a zejména pokud se jedná o osobní péči vyžadující tzv. „full service“ často dochází i k fyzickému a psychickému vyčerpání pečovatele, což typicky vede ke ztrátě soběstačnosti samotného pečovatele a tím i k dalšímu snižování kvality a profesionality péče. A nezdědka kdy takové situace končí až týráním nesoběstačného seniora, i když většinou nezáměrným a nevědomovaným.

Dalšími nevýhodami domácí péče mohou být i nenaplnění důležitých podmínek pro domácí péči v rámci širší rodiny: *chtít, moci a umět*. Zejména *chtít* a *moci* je často překonáváno silou za cenu mnoha těžkých kompromisů. Ať už např. z důvodu vědomí „selhání“ při umístění seniora do institucionální péče či např. objektivních bariér v rámci společného bydlení.

2.2. Péče v domově pro seniory

V této kapitole bude nejprve uvedena charakteristika péče v domovech pro seniory tak, jak vyplývá ze Zákona o sociálních službách. Dále bude rozebrána situace spojená se vstupem do domova pro seniory, která představuje velkou změnu v životě seniora, a je tak pro něj značně náročná, dozvíme se, jaký je typický profil žadatele o tuto službu a s jakými problematickými oblastmi se senior při vstupu do domova pro seniory potýká. Další podkapitola je věnována kvalitě (služeb) v domovech pro seniory, která je dnes hodně zdůrazňována. Bude objasněno, čeho se zde kvalita týká a z jakého důvodu je na ni kladen takový důraz. V poslední podkapitole se pak dočteme, v čem se dají nalézt problematické body péče v domovech pro seniory.

2.2.1. Charakteristika

Domov pro seniory je pobytová sociální služba, která je zřizována kraji, obcemi či neziskovými organizacemi. Za úhradu zde má klient zajištěno ubytování, stravu, celodenní péči, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc s kontaktem se společenským prostředím a s uplatňováním práv, oprávněných zájmů a obstaráváním osobních záležitostí. Financování domovů pro seniory je vícezdrojové. Od klientů náleží těmto pobytovým sociálním službám kromě plateb za pobyt a stravu také příspěvek na péči, přiznaný seniorovi, v plné výši. (zákon 108, část III, §49)

Podmínky poskytování této služby, včetně kontroly její kvality, jsou vymezeny zákonnými normami. Zejména pak zákonem č. 108/2006Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob

a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. (108, §2(2))

Významnou součástí domovů pro seniory je „aktivizace“, která seniorům pomáhá se začleněním se do nového prostředí, navázáním kontaktů a celkovou adaptací. Jedná se o aktivity probíhající v těchto zařízeních, ať už skupinově nebo individuálně, jejichž náplň může být různorodá, ale většinou se soustředí na rozvíjení některých klientových schopností nebo jeho soběstačnosti. Přínosy aktivizace jsou mnohé. Zejména je to určitá struktura dne, kontakt s druhými lidmi, seberealizace a pomoc s udržením psychických i fyzických schopností. Senior má tak možnost věnovat se činnostem, které by už bez pomoci druhé osoby dělat nemohl. Jedná se například o pohybové aktivity, trénování paměti, hraní her, vzpomínkové aktivity, výtvarné činnosti apod. (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, s. 13 – 17)

2.2.2. Vstup do domova pro seniory

Vstup do domova představuje v životě seniora velikou změnu a způsob života zde je většinou odlišný, než byl dosud. Personál sice má vycházet z klientových individuálních potřeb a poskytovanou službu mu přizpůsobovat, ale současně je pobyt v domově podřízen dalším faktorům, jako je domácí řád zařízení, harmonogram prací pracovníků a dalším pravidlům, týkajících se chodu zařízení. Určitému podřízení se režimu a změně současného způsobu života se tedy nedá vyhnout a to přináší do života seniora často značné omezení, na které dosud nebyl zvyklý (Malíková, 2011, s. 79).

Haškovcová (1989, s. 195) uvádí, že adaptační fáze, tedy doba, po kterou si senior v zařízení zvyká a sžívá se s místním způsobem života, trvá obvykle šest měsíců.

Typickým žadatelem o umístění do domova pro seniory je ovdovělá žena, starší 75 let. Co se týče nejčastějších důvodů pro toto podání žádost, jsou to špatný zdravotní stav a fakt, že zajištění péče o ni je už nad rámec možností rodiny. Druhým nejčastějším důvodem je strach z budoucnosti. Takoví senioři si podávají žádost do Domova „pro jistotu“, aby v případě, že by se jejich zdravotní stav zhoršil, měli zajištěnou péči. Třetím nejčastějším důvodem je pak osamělost.

Podle výzkumu si pouze jedna pětina žadatelů přeje být umístěna co nejdříve. Ostatní se nástup do domova pro seniory snaží co nejvíce odsunout nebo doufají, že k tomu vůbec nedojde. (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 73)

Vágnerová (2007, s. 419) definuje tři hlavní problémové oblasti, se kterými se starý člověk při vstupu do domova seniorů potýká:

První je **ztráta osobního zázemí**. Toto zázemí tvořilo jeho identitu, vymezovalo teritorium, tedy celé jeho materiální i sociální okolí, a naplňovalo potřebu někam patřit. S příchodem do domova si senior musí zvyknout na nové prostředí, nový prostor pro život a přijmout, že do místa, kde většinou prožil skoro celý svůj život, už se s největší pravděpodobností nevrátí. Starý člověk tím ztrácí jistotu a bezpečí a přichází pocit ohrožení. Vše je nové a cizí.

Za druhé představuje vstup do domova pro seniory jisté **potvrzení ztráty autonomie**. Nová situace dává člověku najevo, že už není v dostatečné míře soběstačný. Příchodem do domova potvrzuje fakt, že potřebuje péči a již dál není schopen se o sebe postarat zcela sám. Na péči druhých je odkázán.

Odchod do domova pro seniory může být též vnímán jako **signál blížícího se konce života**. Z tohoto důvodů bývá přechod do domova zvláště stresující. Starý člověk vidí, že nastává poslední etapa jeho života, a pobyt v domově vlastně ohraničuje jeho zbývající čas. Vnímá, že se nejedná o žádnou přechodnou záležitost, ale jeho pobyt v domově skončí až okamžikem jeho smrti. Má pocit, že život je u konce a už ho nic kromě smrti nečeká. Často pak přichází rezignace, apatie, depresivní ladění nebo úplná ztráta smyslu života.

2.2.3. Pojem kvality v domovech pro seniory

Kvalitu služby je možné garantovat tím, že bude prověřena podle předem definovaných – nejlépe měřitelných – parametrů. (Matoušek, 2007, s. 125)

Garanci kvality v domovech pro seniory zajišťuje ze zákona o sociálních službách registrace sociální služby a s ní spojené definování standardů kvality a jejich následné kontrolování inspekcí poskytování sociálních služeb. Standardy kvality jsou v současné době nejběžnějším nástrojem zaměřeným na kvalitu poskytovaných služeb. K hodnocení naplňování standardů má průběžně možnost se vyjadřovat personál, samotní senioři (klienti) či jejich příbuzní, a je tak otevřen prostor pro diskusi o kvalitě služby. (Matoušek, 2007, s. 125)

Standardy kvality jsou výsledkem souhrnu tří oblastí – obecných modelů hodnocení kvality, dobré praxe a politického a společenského zadání. Jsou souhrnem měřitelných a ověřitelných kritérií, která si z většiny definují sami poskytovatelé. Mají být „směrovkou“ k tomu, jak má vypadat dobrá služba. (Bednář, 2012, s. 55)

Na kvalitu v sociální práci se klade čím dál větší důraz zejména ve spojení se stále se zvyšujícím zájmem o téma ochrany práv klientů, kterou mají právě standardy kvality sociálních služeb zaručovat. Kromě toho se věnují také zajištění spokojenosti klientů. Mají být zárukou většího zájmu o přání, představy a požadavky klienta a stálého přizpůsobování služby jeho potřebám. (Malík Holasová, 2014, s. 130)

Kvalitu má podle standardů kvality mimo jiné zajišťovat individuální přístup v péči o klienty. Proto se o zkoumání potřeb a přání klienta v Domově stará tzv. klíčový pracovník, který s klientem průběžně plánuje a hodnotí průběh služby. Je to člověk, který má s konkrétním klientem bližší vztah, má empatický a citlivý přístup a aktivně se o něj a o jeho potřeby zajímá. Snaží se tak zajišťovat co nejkvalitnější péči, odpovídající individuálním potřebám klienta. Výstupem je pak písemný záznam, „individuální plán“, kterým se řídí personál a od kterého se odvíjí celkový průběh služby. (Dvořáčková, 2012, s. 93)

Dále se standardy kvality věnují ochraně práv osob, ošetřují jednání se zájemcem o službu a uzavírání smlouvy, vedou poskytovatele k tomu, aby se zajímali o názory klientů na kvalitu služby, aby se věnovali profesnímu rozvoji a vzdělávání svých zaměstnanců a aby stále pracovali na zvyšování kvality sociální služby. (Bednář, 2012, s. 56)

Klient už dnes tedy není pouze pasivním, závislým příjemcem péče, jehož názor a potřeby pečující nezajímají, jak tomu bylo v pobytových zařízeních před rokem 1989, ale stává se partnerem, aktivním spolutvůrcem poskytované služby a je podporován v soběstačnosti a nezávislosti. Jeho potřeby jsou respektovány a zachování důstojnosti a naplnění potřeb je prioritou. (E. Malíková, 2011, s. 29 – 34)

Podle I. Schlosserové (2004, s. 7), je podmínkou kvalitní péče o seniora také spolupráce s rodinou a blízkými klienta. Domov pro seniory by se měl snažit podporovat přirozené vazby klienta, být s jeho blízkými v kontaktu a při plánování služeb vycházet právě i z informací, které od nich získá. Z toho vychází také přizpůsobení prostoru k životu tomu, na který byl doma zvyklý. Je důležité, aby blízcí klientovi pomohli zařídit tento prostor tak, aby neztratil veškeré vazby na minulost, k čemuž mohou sloužit např. pro něj významné předměty. Právě tyto předměty hrají v životě seniora významnou roli, a to hned z několika důvodů. Jsou významné z pohledu zvládnání každodennosti a vyrovnávání se s omezením své autonomie, z pohledu sociálních vztahů (fotografie, vzpomínkové

předměty, dárky) a také v oblasti sebeurčení (např. knihy týkající se zájmů nebo dokládající vzdělání) (Sýkorová, 2008, s. 401 – 421).

Kvalita v domovech pro seniory byla z počátku vnímána zejména ve spojení se zvyšováním profesionalizace péče a kvalifikačních požadavků na personál. V současné době se však ohnisko zájmu přesunuje od personálu na klienty a jejich kvalitu života. Pojem kvality života je v kontextu péče v domovech pro seniory vnímán zejména ve spojení s životní spokojeností (APSSCR, 2010, s. 13).

Přístup ke klientovi v sociálních službách je shrnut v sedmi principech Bílé knihy (MPSV, 2003, s. 9 - 14):

- Nezávislost a autonomie
- Začlenění a integrace
- Respektování potřeb
- Partnerství
- Kvalita
- Rovnost
- Národní standardy, rozhodování v místě

Z výše uvedeného vyplývá, že kvalita v sociálních službách je velice hlídanou a významnou hodnotou. Každý registrovaný poskytovatel sociální služby je stimulován k neustálému hodnocení a zvyšování kvality v jeho zařízení. Zvyšování kvality poskytované služby pak napomáhá ke zvyšování kvality života jejích klientů. Zaměstnanci sociálních služeb jsou stimulováni k tomu, aby se pomocí individuální práce s jednotlivými klienty snažili zajišťovat jejich maximální spokojenost.

2.2.4. Problematické body a rizika péče v domovech pro seniory

V souvislosti se vstupem do domova pro seniory se u seniorů objevuje množství obav z toho, co je čeká. Nejčastějšími obavou je, jak uvádí Kaufmanová (2004, s. 101), obava z řádu, který by v tomto zařízení museli dodržovat a který by je nějakým způsobem omezoval. Mimo to jde také o obavy z neznámého, cizího prostředí a v neposlední řadě ze změny a nutnosti opuštění svých zaběhlých stereotypů. V souvislosti s tím se objevuje často oprávněný strach z příliš direktivního přístupu zaměstnanců. V případě domova pro seniory se nedá vyhnout dodržování určitých pravidel a řádu, na který zaměstnanci dohlížejí.

Dalším problémem je tzv. „nespolupracující klient“. Klient odmítá spolupracovat, právě proto, že se mu nelíbí způsob poskytování služby, má pocit, že jsou mu nucena nějaká pravidla, se kterými nesouhlasí, nebo v domově z nějakého důvodu vůbec být nechce. Pracovník se pak často dostává do dilematu, zda vyhovět klientovi, ale porušit pravidla daná domovem, nebo dál lpět na daných pravidlech. Nespolupracující klient takto koná většinou proto, že tuto péči potřebuje a nemá aktuálně jinou možnost, jak svoji situaci vyřešit, ale přitom mu tento způsob řešení nevyhovuje. (Hauke, 2014, s. 35 – 38)

Dalším problémem je kontakt klienta s rodinou. Problém nastává v případě, že po jeho nástupu do domova pro seniory je tento kontakt omezen nebo ukončen. Nežádka se objevují případy, kdy rodinní příslušníci přicházejí za svým blízkým pouze v den výplaty důchodu, případně ještě méně často. Pro seniora se pak pobyt v domově stává nepříjemným, protože je odloučen od svých blízkých a jsou přetřhány vazby, které pro něho byly v životě důležité.

Problematickým bodem je také společné soužití seniorů v domově pro seniory. Obyvatelé jednoho zařízení se navzájem ne zvolili, přicházejí z různých míst (sociálních i geografických) a z různých důvodů a jejich společné soužití nemusí být vždy jednoduché (Haškovcová, 1989, s. 195).

Nyní ještě krátce shrňme výhody a nevýhody péče o seniory v domovech pro seniory. Na rozdíl od domácí péče je zde zřejmý příklon k profesionalitě a důrazu na kvalitu poskytovaných služeb. Přitom ideálním stavem je, kdy každý z klientů daného domova má možnost tuto kvalitu poskytovaných služeb ovlivňovat.

Dalšími nespornými výhodami jsou příklon k individualitě každého klienta a důraz na maximální možnou autonomii klientů v rámci poskytované péče a pravidel dané instituce.

Největší nevýhodou péče v domově pro seniory jsou pak zejména předsudky před vstupem do domova. Strach z neznámého, cizího prostředí, ztráta osobního zázemí, potvrzení ztráty autonomie, pocit selhání rodiny, signál blížícího se konce života, atd., často způsobují, že rodiny umístění seniorů do domovů odkládají, jak nejdéle to jde. A to i přes objektivní výhody, které by často v dané situaci umístění seniora do domova přineslo.

Dalšími, neméně důležitými nevýhodami péče v domovech pro seniory jsou časté ztráty rodinných vazeb po umístění seniora do domova. A samozřejmě také společné

soužití všech seniorů, kdy např. jeden nespolupracující klient dokáže znechutit pobyt všem ostatním seniorům.

2.3. Komparace obou typů péče

Na základě předchozích textů následuje srovnání domácí péče a péče v domovech pro seniory.

Z hlediska dnešního kladení důrazu na kvalitu péče v sociálních službách i důrazu na individualitu a autonomii seniorů v domovech pro seniory je udržován určitý standard. Naproti tomu způsob a kvalita péče v domácím prostředí není žádným způsobem hlídána a může se velmi lišit a nemusí vždy dosahovat očekávané kvality.

I přes to má ale péče v rodině, oproti sebekvalitnější péči v domovech pro seniory, něco navíc, a tím je citová složka péče. Péče v domově pro seniory takové emoční kvality dosáhnout nemůže, protože vztahy zde jsou udržovány pouze v profesní rovině a nejdou do takové hloubky jako v rodině. K dispozici je zde velké množství personálu, oproti několika členům rodiny, takže péče zpravidla nemůže dosahovat takové osobní roviny.

Hlubší vztahy v rodině dávají také pečujícím pocit, že svého blízkého seniora dobře znají, vědí, co je pro něj nejlepší a někdy to ví i lépe, než on sám. V domovech pro seniory je naopak kladen důraz na autonomii, samostatné rozhodování a přání klientů, které je potřeba zaznamenávat v individuálních plánech. Hlubší vztahy v rodině na druhou stranu mohou vést k přílišné péči, a tím vyvolávat spíše závislost seniora na péči než rozvoj či alespoň udržování jeho samostatnosti.

Kromě rodinných vztahů je pro seniora při domácí péči také velkou výhodou známý životní prostor, ve kterém setrvává, avšak který je často plný bariér, které znemožňují nebo komplikují domácí péči. Prostor domovů pro seniory je naopak řešen s důrazem na bezbariérovost, nicméně pro seniora je často chladný a cizí. I přes častou možnost přinést si při vstupu do domova pro seniory část svého vybavení s sebou, nemůže pobyt v domově plnohodnotně nahradit domácí prostředí.

Co se týče pohledu pečujícího, je pro něj péče velice náročná ať už po stránce psychické, fyzické, ekonomické či sociální. Vstup do domova pro seniory přináší úlevu pečující osobě a současně možnost zachování čteného kontaktu se svým blízkým (za předpokladu, že zvolený domov pro seniory je v dostupné vzdálenosti).

Celkově je tedy péče v domovech pro seniory profesionálnější, s důrazem na kvalitu. Tam mají nástroje, které je neustále nutí kvalitu kontrolovat a posouvat se v jejím řešení dál. Domácí péče i přes svou nižší profesionalitu má nesporně velkou hodnotu navíc, a tou je vztahová a emocionální složka této péče.

Výsledek této kapitoly bychom mohli schematicky shrnout do krátkého přehledu:

Domov pro seniory

- + Profesionalita
- + Důraz na kvalitu, individualitu, autonomii
- Neosobní, cizí prostředí
- Častá ztráta rodinných vazeb
- Předsudky (prostor pro dožití, pocit selhání rodiny, atd.)

Domácí péče

- + Vztahová a emocionální složka
- + Známé prostředí
- Nižší profesionalita
- Nižší kvalita
- Vysoké zatížení pečovatele

3. Koncept kvality života

V předchozím textu byly srovnány dva možné způsoby péče, kterými se práce zabývá. Jak ale uvádí Kalvach (2004, s. 10), „*kvalitní péče však není cílem sama o sobě. Je pouze jedním z důležitých příspěvků ke kvalitě života*“. Dále bude tedy text zaměřen na koncept kvality života a spokojenost jakožto součást tohoto konceptu. Kvalita péče v něm samozřejmě hraje svoji roli a koncept kvality péče s konceptem kvality života jsou propojeny, ale zároveň odděleny.

Koncept kvality života stále není jednoznačně teoreticky vymezen. Různí autoři se snaží jej definovat, ale jsou nejednotní, a tak v literatuře najdeme velké množství různých pohledů na tuto problematiku. Existuje velká řada definic, indikátorů kvality života, faktorů, které ji ovlivňují, i metod, kterými je můžeme zkoumat. Níže budou i přes to zmíněny některé definice kvality života a s ní propojených pojmů osobní pohody a individuální pohody člověka. Tyto pojmy jsou v literatuře různě propojovány, hranice mezi nimi se smývá a není jasně stanovena.

Dále budou představeny roviny kvality života i různé koncepty, v rámci kterých je kvalita života různě pojímána. Následně kapitola specifikuje kvalitu života seniorů a faktory, které ji ovlivňují. Poslední podkapitola pak bude věnována spokojenosti jako pojmu propojeného s kvalitou života.

3.1. Definice pojmů

Pojem kvality života se často objevuje ve spojení se zdravím. V definici zdraví podle Seedhouse, kterou ve své publikaci uvádí Křivohlavý (2001, s. 40) se tento pojem přímo objevuje: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“

WHO (Světová zdravotnická organizace) tento pojem dále rozvíjí a definuje kvalitu života jako to, jak člověk vnímá své postavení v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (WHO, 1997, s. 1).

Kvalita života je tedy v úzkém vztahu se zdravím a někteří autoři se věnují pojetí kvality života právě ve spojení se zdravím člověka.

Křivohlavý (2002, s. 163-164) dále uvádí tři roviny Bergsmy a Engela (1998), na kterých se snaží definovat kvalitu života. Jsou to makro, mezo a personální rovina:

- **Makro** rovina pojímá kvalitu života z pohledu velkých společenských celků a zasahuje zejména do politické oblasti, jelikož představuje základní otázku pro obyvatele určitého území i jejich politické představitele. Kvalita života je tu vnímána jako morální hodnota.
- **Mezo** rovina se zabývá kvalitou života malých sociálních skupin jako je škola, nemocnice či domácnost. Věnuje se vzájemným vztahům, uspokojování potřeb členů, sdíleným hodnotám či celkovému sociálnímu klimatu.
- **Personální** rovina nahlíží na kvalitu života z individuálního hlediska. Zdůrazňuje subjektivitu vnímání kvality života a vliv osobních hodnot. Kvalita života je z tohoto pohledu subjektivním hodnocením jednotlivých složek života.

V rámci personální roviny vznikly tři různé koncepty zkoumání kvality života (Gurková, 2011, s. 30). Jsou to:

- **Kvalita upravených let života** (Quality – Adjusted Life Years, QALY), tu tvoří ekonomický a medicínský pohled na kvalitu života
- **Subjektivní pohoda** (Subjective Well-Being, SWB), jako pohled sociálních věd
- **Kvalita života související se zdravím** (Health Related Quality of Life, HRLoQ) jako pohled medicínských věd

Kromě pojmu kvality života se setkáváme také s pojmem „**individuální pohoda člověka**“. V literatuře nalezneme dva různé přístupy jejího hodnocení, a to subjektivní a objektivní. Subjektivní přístup se zabývá především radostí, štěstím či spokojeností člověka. Objektivní přístup naopak hodnotí otázky zdravotního stavu, výživy, bydlení, finančního zajištění či vzdělání. Kvalita života pak v sobě snoubí oba tyto přístupy. Často pak nicméně dochází k nejasnosti v odlišnosti pojmů kvality života a individuální pohody. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 22 – 23)

To potvrzují i Levin a Chatters (1998, 504 – 531), kteří chápou kvalitu života jako spojení subjektivní osobní pohody „**well-being**“ a objektivní osobní pohody. Objektivní složkou chápou funkční kapacitu organismu, zdravotní stav či socioekonomický status.

Subjektivní složka pak podle nich obsahuje psychickou osobní pohodu, sebeúctu, sebeuplatnění a osobní zvládnání. Jako jednu z dimenzí psychické osobní pohody pak uvádějí životní spokojenost.

Podle Šolcové a Kebzy (Hnilicová, 2004, s. 21) je osobní pohoda hodnocením kvality života jako celku. Jde o „*dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem*“. Osobní pohodu chápeme tedy jako spojení kognitivní složky (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a složky emoční, tedy pozitivní a negativní emoce. Obsahuje duševní, tělesnou i sociální dimenzi.

Jak uvádí mnoho autorů, koncept osobní pohody není v současné době chápán jako jednoduchý konstrukt, ale jako množství různých psychologických proměnných, které ovlivňují prožitek osobní pohody a celkovou spokojenost (Džuka, Dalbert, 1997, Kebza, Šolcová, 2003, Keyes, Waterman, 2003).

Jednou z těchto proměnných je tělesná zdatnost, jejímiž přínosy pro životní spokojenost a osobní pohodu jsou samostatnost, sebeobslužnost a nezávislost a ovlivnění celkového psychického a fyzického zdraví (Hunt, 2003, 96 – 105). Do osobní pohody je dnes v literatuře zahrnována také životní spokojenost, pozitivně laděné emoce či pojem „štěstí“, ke kterému byl v minulosti zaujímán spíše negativní postoj (Diener, 2000, s. 34 – 43). Jako důležitý faktor, ovlivňující osobní pohodu je také uváděla religiozita (Stríženec, 2001; Křivohlavý, 2002). Z výzkumu Šolcové a Kebzy (Blatný a kol., 2005, s. 77 – 80) vyplývá, že významný vliv na prožitek osobní pohody má také subjektivní pocit dobrého zdraví, sebeuplatnění, interní lokalizace kontroly a vyšší úroveň vzdělání. Dalšími faktory, které pozitivně ovlivňují životní spokojenost, jsou nižší věk, manželské soužití, spokojenost s rodinným životem a spokojenost v pracovním životě (Hamplová, 2004, s. 20 – 36).

K indikátorům kvality života se vyjadřuje také WHO, která je definuje takto (WHO, 1997, s. 1):

- Fyzické zdraví
- Psychické zdraví
- Úroveň nezávislosti
- Sociální vztahy
- Prostředí
- Spiritualita

Z výše uvedeného vyplývá, že kvalita života je konstrukt velice obsáhlý a multidimenzionální a neexistuje jeho jednoznačná definice. Zasahuje různé oblasti lidského života a je možné ho vnímat jak z hlediska objektivního, tak subjektivního, z hlediska jednotlivce i velkých skupin. Různý pohled na kvalitu života vnímáme z hlediska politického, zdravotnického či psychologického. Převažuje však názor, že kvalitu života nemůžeme zkoumat pouze z pohledu objektivního, ale musíme věnovat pozornost i složce subjektivní. Jak uvádí Cummins (2000, s. 55-67), objektivní a subjektivní indikátory totiž nemusí být vždy v souladu. To znamená, že lidé, jejichž kvalita života je objektivně vyšší, ji mohou subjektivně hodnotit jako nižší, a naopak.

3.2. Kvalita života seniorů

Podle Dragomirecké a kol. (Hnilicová, 2004, s. 92) je kvalita života seniorů vnímána jako *„synonymum schopnosti vést nezávislý život a metody hodnocení se soustředí na schopnost provádět běžné každodenní činnosti. Funkční schopnosti mají nepochybně velký vliv na kvalitu života, přesto existuje mnoho dalších psychologických a sociálních faktorů přispívajících ke kvalitnímu životu, jejichž poznání může životní situaci seniorů příznivě ovlivnit“*.

Podle Šimové (Džuka, 2004, s. 128) závisí kvalita života seniorů na fyzickém zdraví, míře závislosti, psychickém fungování v poznávání a adaptaci, na emocionálním prožívání, na přijímané i poskytované psychické opoře a na spiritualitě, do které zařazuje i způsob přijetí vlastního stárnutí.

Dragomirecká uvádí, že faktory, ovlivňující kvalitu života ve stáří jsou zejména aktivita - společenský život práce, zájmy, apod.; svoboda výběru a rozhodování - volný čas, informace, cestování, apod.; zájem a podpora rodiny - být užitečný, těšit se na něco; zachované duševní schopnosti, soběstačnost a schopnost vyrovnání se s nepříznivými životními skutečnostmi (Hnilicová, 2004, s. 95). Podle Kuchařové (2003, s. 63) závisí kvalita života ve stáří také na tom, jak se člověk v průběhu života na toto stáří připravoval.

V publikaci Čeští senioři včera, dnes a zítra (2004, s. 32) uvádí Vohralíková a Rabušic, že ztráta soběstačnosti ve stáří a potřeba výraznější pomoci od druhé osoby nebo dlouhodobější pobyt v nějaké instituci výrazně snižují kvalitu života starého člověka.

Všechny tyto faktory kvality života seniorů se dají shrnout do čtyř hlavních oblastí, a to oblast fyzických problémů, psychického stavu, výkonnosti v oblastech každodenního života a oblasti sociálních vztahů. (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 45)

Co se týče vnímání kvality života samotnými seniory, za důležitou považují dostatečnou míru samostatnosti a soběstačnosti. Preferují tedy oddělené bydlení, aby si tyto hodnoty zachovali, ale zároveň dostatečnou blízkost bydliště svých dětí, aby je mohli navštěvovat a udržovat spolu úzký kontakt a důležitý je pro ně i známý životní prostor. Touží tedy po kontaktu s rodinou, ale nevyžadují jejich stálou přítomnost. (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 57) S tématy kvality života a životní spokojenosti je tak úzce spojen i koncept osamělosti. (Čevela a kol, 2014, s. 129)

Podle výzkumu prezentovaného v publikaci Čeští senioři včera, dnes a zítra (2004, s. 55 - 56), hodnotí senioři kvalitu svého života podobně jako celá populace. 54% mužů a 44% žen ve věku nad 75 let ji hodnotí jako „dobrou“ nebo „velmi dobrou“. Oproti celkovému hodnocení kvality života se snižuje jejich spokojenost s materiální stránkou života a většina seniorů není spokojena se svojí životní úrovní. Hlavním problémem seniorů pak je pocit osamělosti.

Z výše uvedeného vyplývá, že kvalitu života seniorů ovlivňuje velké množství různých faktorů, které se dají shrnout do čtyř základních složek, a to fyzické a psychické složky, složky sociálních vztahů a složky výkonnosti v každodenním životě. Senioři vnímají jako důležité zejména samostatnost a soběstačnost, známý životní prostor a kontakt s rodinou a jako největší problém vnímají osamělost.

3.3. Spokojenost

Posledním tématem konceptuální části práce je „spokojenost“. Spokojenost jako součást konceptu kvality života, ale i jako samostatná hodnota odlišující se od těchto výzkumných konceptů.

Přístupy zaměřené na hodnocení úrovně „životní spokojenosti“ (satisfaction with life) tvoří jednu ze skupin přístupů k diagnostice osobní pohody. Tyto pojmy jsou tedy spolu vzájemně provázány. Pokud se v rámci těchto přístupů hodnotí spokojenost člověka, jde většinou o pohled na spokojenost s životem jako celkem. S pojmem „životní spokojenost“ je spojena ještě další složka osobní pohody - „spokojenost v subjektivně významných oblastech života“. Tyto pojmy souvisí se sebehodnocením a spokojeností se sebou samým. Je mezi nimi vztah a vzájemně se ovlivňují, avšak ne vždy to nutně znamená, že člověk je buď spokojený s obojím – se sebou i svým životem, nebo není spokojen ani s jednou možností. Do vnímání spokojenosti totiž vstupují ještě další proměnné, a to jsou vnější podmínky a zásahy do života. (Blatný, 2005, s. 27 - 90)

Ve spojení se spokojeností ve stáří je zdůrazňováno přirozené prostředí člověka, tedy prostor, který je mu důvěrně známý a je na něj zvyklý, a také jeho sociální vztahy. Subjektivní pocit dostatečné kvality i kvantity těchto vztahů zajišťuje pocit jistoty, ale také dostatek podnětů pro aktivitu nebo rozvíjení kognitivních funkcí. Co se týče rozdílů ve spokojenosti v domácí péči a v péči v domovech pro seniory, jsou podle Kubalčíkové (2015, s. 36 - 38) tyto přirozené sociální kontakty pro seniora nenahraditelné a vztahy s profesionálními aktivizačními a pomáhajícími pracovníky je nemohou zcela zastoupit.

Ve výzkumu Kaufmanové (2004, s. 95 – 105) u seniorů využívajících pečovatelskou službu uváděli senioři jako nejvýznamnější **hodnoty** pro jejich spokojenost „zdraví“ a „rodinu“. Dále pak „víru“, „vlastní domácnost“, „soběstačnost“ a nejméně z nich uvedlo „klid“, „mezilidské vztahy“ a „sociální kontakt“. Tyto hodnoty zároveň považují za nějakým způsobem ohrožené. Co se týče **potřeb** seniorů, uvedli jako nejdůležitější „potřeby fyziologické“ – hygiena, výživa, pohyb, vylučování a potřeba být bez bolesti. „Potřeby bezpečí“ – zejména fyzického, ale i psychického, což znamená, že mají strach, že budou sami, něco se jim stane a nikdo jim nepomůže, protože zrovna nikdo nebude nablízku. Jako významné vnímali také potřeby sociální, které cítili jako ohrožené z důvodu zdravotního stavu.

Jak vyplývá z výše uvedeného, spokojenost je vnímána buď z pohledu celkové spokojenosti se životem, nebo spokojenosti v nějaké konkrétní životní situaci. Následující výzkum bude věnován právě subjektivnímu hodnocení spokojenosti v rámci konkrétní situace. Bude ale zkoumána jako samostatná hodnota, ne jako součást konceptu kvality života. Tento koncept ji totiž zohledňuje pouze částečně a pro seniora je dle mého v daný okamžik důležitější, jakou míru aktuální spokojenosti pociťuje, než to, zda jeho život objektivně dosahuje určité míry kvality. Pro to, aby se senior cítil co nejlépe, je nejdůležitější jeho zcela subjektivní míra spokojenosti.

4. Cíle a metodologie výzkumného šetření

V této části práce se pokusím na základě výše uvedených teoretických informací získat pohled na to, jak lidé, kteří jsou odkázáni na péči druhé osoby z důvodu ztráty zejména fyzické autonomie, subjektivně hodnotí svoji spokojenost. Jako subjekty péče jsou zde srovnávány blízcí seniora a sociální služba „domov pro seniory“.

4.1. Cíl výzkumu

Nabízí se otázka, jestli tam, kde rodina funguje, ale péči už z nějakého důvodu nezvládá, může žít senior minimálně stejně spokojeně za pomoci služeb domova pro seniory. Zajímají mne zejména situace, kdy rodina nadále funguje, ale zajištění faktické péče za ni přebírá domov. Z literatury vyplynulo, že senior má ze situace, kdy přechází do domova, strach a rodina také, přičemž často je to doprovázeno oboustrannými výčitkami. Je oprávněná teze, že spokojenost seniora po tomto přechodu je snižena, nebo je možné být i nadále alespoň stejně spokojený? Uvedené otázky (směřující k potvrzení/zamítnutí hypotézy o závislosti proměnné spokojenost na proměnné změny prostředí péče) jsou otázkami spíše pro kvantitativní výzkum, jakého provedení na reprezentativním vzorku populace by bylo nad možnosti této práce. Oblast kovariace těchto proměnných (bez ambice jasného potvrzení či zamítnutí hypotézy o jejich závislosti) je však zkoumatelná i kvalitativně (což umožňuje i lepší zajištění validity). Právě cestou kvalitativního výzkumu jsem se rozhodla jít.

Ve svém výzkumu jsem zjišťovala, co pro seniory znamená pojem spokojenost, které oblasti jsou pro jejich spokojenost důležité v jejich situaci, tedy potřeby péče druhé osoby, a jak se jejich spokojenost proměňuje v závislosti na tom, zda jsou v domácím prostředí a pečuje o ně blízká osoba nebo jsou klienty domova pro seniory.

Cílem výzkumu tedy bylo zjistit, jak senioři vnímají spokojenost a jak se proměňuje jejich vnímání spokojenosti v závislosti na pobytu v domácí péči či v domově pro seniory.

Ve vztahu k výzkumnému cíli jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

Jaké oblasti vnímají senioři jako významné pro svoji spokojenost?

Jak byli spokojeni v situaci, kdy byli v domácí péči, tedy v péči svých dětí?

Jak jsou spokojeni nyní při svém pobytu v domově pro seniory?

Jak subjektivně hodnotí porovnání své spokojenosti v těchto dvou způsobech péče?

4.2. Metody a techniky sběru dat

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila, jak uvádím výše, metodu kvalitativního šetření. V kvalitativním výzkumu si výzkumník nejdříve zvolí výzkumné otázky, které ale může v průběhu na základě získávaných dat měnit a upravovat. Jedná se tedy o pružný typ výzkumu. Výzkumník sbírá a analyzuje vše, co se nějakým způsobem dotýká zvolených otázek a na základě toho tvoří závěry. Kvalitativní výzkum se zabývá méně početným výzkumným souborem, avšak jde více do hloubky. Výsledky tak nejsou zobecnitelné na celou populaci, ale vypovídají o konkrétní zkoumané skupině. (Hendl, 2005, str. 50 - 53) Cílem takového výzkumu je vytvoření teorie na základě porozumění situaci ze získaných dat (Olecká, Ivanová, 2010, s. 62). Avšak pro vytvoření funkční teorie je nutné dosáhnout alespoň teoretického nasycení, což v mém případě při třech komunikačních partnerech nebylo možné. Mé ambice tedy nebyly vytvořit přímo novou teorii, ale hlouběji nahlédnout do konkrétní zkušenosti několika českých seniorů majících zkušenost s oběma typy péče, bez přímého nároku na jakékoliv zobecnění (ať už k populaci, či k teorii).

Data jsem získávala formou rozhovoru, který, jak říká Disman (2007, s. 289–290), umožňuje poznat respondentovy subjektivní postoje, pocity, znalosti a zkušenosti a mluví o tom, co sám vnímá jako důležité. Výzkumník pak nalézá významné struktury v tom, co respondent považuje za relevantní. Pro získání informací o něčem tak subjektivním, jako je spokojenost, se mi jevil rozhovor jako nejvhodnější. Konkrétně jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru, tedy předem připravený soubor okruhů, na které se chci dotázat. Formulovat otázku je v takovém případě možné pokaždé jinak, jen je třeba zachovat jednotlivé oblasti (Reichel, 2009, str. 117). Samozřejmostí pak byly různé další doplňující otázky, které téma rozvíjí a doptávání se na to, jak respondent danou odpověď myslí, abychom skutečně do hloubky pochopili jeho subjektivní pohled (Miovský, 2006, str. 160).

Kromě polostrukturovaného rozhovoru jsem dále využila metodu analýzy dokumentů. Podle Dismana (2011, s. 166) je dokumentem jakýkoliv hmotný záznam, který nevznikl za účelem daného výzkumu. V mém výzkumu šlo o veškerou dokumentaci, která je o jednotlivých klientech vedená v jejich složkách v kanceláři sociální pracovnice.

5. Realizace výzkumu

Pro výzkum jsem si zvolila osoby, které jsou klienty domova pro seniory a z minulosti mají i zkušenost se situací, kdy o ně pečovaly jejich děti, a mohou tedy oba způsoby péče srovnat a subjektivně zhodnotit svoji spokojenost v obou případech (byť je zřejmé, že za dobu pobytu v domově pro seniory se mohla nezávisle na prostředí v souvislosti se stárnutím změnit míra soběstačnosti a další aspekty života, což srovnání může značně ovlivnit).

Výzkum probíhal v domově pro seniory, ve které jsem absolvovala dlouhodobou studijní praxi. Pro svůj výzkum jsem to viděla jako výhodné, protože jsem měla dostatek času na to, abych se s klienty zařízení lépe poznala a přirozeně navázala kontakt. Podařilo se mi tak získat důvěru respondentů, kteří se díky tomu nebáli se mnou hovořit o těchto citlivých tématech. To, že jsou respondenti všichni z jednoho domova pro seniory, jsem vnímala jako důležité, abych předešla případným zkreslením, která by mohla vzniknout právě odlišností různých domovů pro seniory. Takto vycházejí všichni respondenti ze stejných podmínek.

5.1. Výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor v tomto konkrétním domově pro seniory jsem volila záměrně, podle určitých kritérií, která jsem si předem stanovila. Volila jsem tedy „prostý záměrný výběr“ (Mioviský, 2006, str. 135). Kritéria byla:

- 1) senioři, kteří mají děti a mají zkušenost s jejich péčí o svou osobu,
- 2) ukončená fáze adaptace - klient je v Domově alespoň rok, avšak ne více než tři roky, aby byl ještě schopen objektivního posouzení,
- 3) nezatížení psychickým onemocněním, které by mohlo zásadním způsobem ovlivnit schopnost respondenta posoudit svoji situaci.

Sociální pracovnice zařízení mi tak pomohla zvolit klienty, kteří odpovídali prvnímu a druhému kritériu, a staniční sestra pak z tohoto výběru ještě vyřadila osoby, neodpovídající třetímu kritériu. Z celkového počtu čtyřiceti klientů tak tedy byli zvoleni čtyři a z toho jedna klientka odmítla účast na tomto výzkumu.

5.2. Etické souvislosti výzkumu

Rozhovory s komunikačními partnery probíhaly v jejich přirozeném prostředí, tedy v jejich pokojích bez přítomnosti dalších osob, aby byla zachována maximální míra soukromí a aby se klient mohl cítit přirozeně. Vybraným klientům jsem vždy vysvětlila, k čemu bude rozhovor použit, kde budou výsledky zveřejněny, a že je vše naprosto anonymní a budu k získaným datům přistupovat tak, aby byly chráněny veškeré citlivé údaje, jak to vyžaduje zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. V rámci zachování anonymity jsem tak nezveřejnila jejich jména, ani jsem nespecifikovala konkrétní domov pro seniory, aby nedošlo k identifikaci komunikačních partnerů.

Další zásadou etického jednání je získání poučeného (informovaného) souhlasu. Ten je buď aktivní, v podobě podepsaného souhlasu, nebo pasivní, tedy pouze ústně předaný. Ten jsem ve svém výzkumu použila (Hendl, 2005, s. 155).

5.3. Průběh výzkumu

Po seznámení respondenta se všemi výše uvedenými informacemi a dotazu, zda mohu rozhovor nahrávat na diktafon, jsem získala souhlas k rozhovoru. Tyto rozhovory trvaly přibližně 30 minut.

Kromě rozhovorů se třemi respondenty jsem výzkum podpořila ještě kratšími rozhovory se sociální pracovnící o sociální situaci klienta a staniční sestrou o fyzickém a psychickém stavu klienta a prostudovala jsem veškerou sociální dokumentaci zvolených respondentů. (zajímalo mě, jaké má vztahy s rodinou, z jakého prostředí přišel, v jakých oblastech potřebuje péči, jak vztahy fungují teď, jak celkově funguje v domově). Tyto postupy pro obohacení a doplnění výsledků výzkumu se nazývají triangulací a zajišťují pohled na zkoumaný problém z více stran a zvyšují pak validitu výzkumu, protože předchází riziku zkreslení dat. (Hendl, 2005, s. 149).

5.4. Analýza a interpretace dat

Nahrávky rozhovorů jsem nejprve přepsala technikou „doslovné transkripce“, tedy převod mluveného slova do písemné formy. To umožňovalo další práci s textem (Hendl, 2005, s. 208). Tento text jsem pak zřehlednila pomocí „redukce prvního řádu“, tzn. Vynechání částí textu, které nejsou přínosné nebo narušují plynulost rozhovoru (Miovský, 2006, s. 209).

Tyto rozhovory jsem pak dále zpracovávala pomocí „kódování dat“, tedy přiřazení nějakých kódů, symbolů ke konkrétním úsekům textu, které pomohou určité kategorizaci (Hendl, 2005, s. 228). Data jsem tedy postupně barevně rozlišovala dle vztahu k výzkumnému cíli a výzkumným otázkám. Využila jsem tedy metodu vytváření trsů, kterou popisuje Miovský (2006, s. 221) jako prostředek k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin.

5.5. Profily komunikačních partnerů

Komunikační partneři, se kterými jsem prováděla výzkum, byli dvě ženy a jeden muž. V rámci zachování jejich anonymity budu k jejich pojmenování používat fiktivní jména dle prvních písmen abecedy. V následujícím textu je krátce představím na základě analýzy jejich osobní dokumentace a rozhovorů se sociální pracovnící a zdravotní sestrou.

Paní Anna (88 let) je klientkou domova pro seniory jeden rok. Před nástupem do zařízení bydlela ve svém domku a pečoval o ni syn, který chodí do zaměstnání. Z toho důvodu nemohl paní poskytovat celodenní péči, kterou potřebovala, a péči psychicky nezvládal. V domě ji omezovalo mnoho bariér, a zejména pak nemožnost dostat se díky svému zhoršenému zdravotnímu stavu do vany. Ze stejného důvodu neměla možnost chodit do kostela, který byla zvyklá navštěvovat, a také ztratila kontakt se svými vrstevníky, mezi kterými se dříve ráda pohybovala. Chyběla jí jakákoli pomůcka pro pomoc při pohybu, takže byla v této oblasti naprosto odkázána na pomoc syna. V současnosti je její zdravotní stav stále stejný. Na krátké vzdálenosti využívá paní chodítko a na delší vzdálenosti je převážena na invalidním vozíku. Pravidelně se účastní aktivizací v domově, mší a navštěvuje se s ostatními klientkami. Syn za ní pravidelně, několikrát týdně, chodí na návštěvy.

Paní Barbora (78 let) je klientkou domova pro seniory dva roky. Než do tohoto zařízení přišla, starali se o ni její čtyři synové, kteří se v péči o ni střídali. Jelikož každý bydlí v jiné části republiky, střídala paní pravidelně každý měsíc místo bydliště. V té době byl stupeň její závislosti (posuzovaný pro nárok na příspěvek na péči) č. II. Měla problémy se stabilitou a pro chůzi tedy používala chodítko. Krátce po nástupu do domova pro seniory jí zemřel jeden ze synů a u paní došlo k výraznému zhoršení psychického stavu. Byla velice úzkostná a nakonec byla nutná hospitalizace na psychiatrii. V současnosti je její fyzický stav stejný jako při nástupu do zařízení a její psychický stav je stabilizován. Při podání žádosti uváděla důvody bezbariérovost prostředí a možnost konečně někde

zakotvit, protože synové nemohou ani jeden poskytovat péči nepřetržitě. V domově pro seniory se účastní veškerých nabízených aktivit. Synové ji pravidelně navštěvují, dle vzdálenosti jejich bydliště (ten, který bydlí nejbliže, ji navštěvuje několikrát týdně a s narůstající vzdáleností bydliště synů se četnost návštěv snižuje).

Pan Cyril (86 let) je klientem domova pro seniory dva roky. Po smrti jeho ženy se u něj začala projevovat demence a z toho důvodu byl nutný neustálý dohled. Zejména na braní léků, dodržování léčebného režimu, ale i v běžných denních činnostech, protože často zapomínal (např. zapnutý sporák). Bydlel ve svém domě a péči zajišťovaly jeho děti (dcera a syn). Přítomnost terénních služeb ve svém domě odmítal, protože nechtěl dovnitř pouštět cizí osoby. Pro jeho děti byla péče časově i psychicky náročná, bylo pro ně těžké svého tatínka upozorňovat na to, že něco zapomněl, a na chyby, které udělal, protože v něm stále viděli otcovskou autoritu. Nyní se jeho zdravotní stav mírně zhoršil, má problémy se stabilitou, ale nadále se pohybuje bez jakýchkoli pomůcek. V ostatních oblastech péče o svou osobu je nadále relativně samostatný, potřebuje jen dohled. Jeho demence mírně pokročila a je třeba mu některé věci připomínat častěji a kontrolovat ho ve všech oblastech péče (oblékání, koupání, pohyb po zařízení, výměna inkontinenčních pomůcek, atd.). Pan Cyril rád vtipkuje a věci zlehčuje. Je tedy třeba se na některé výroky v rozhovoru s ním dívat s opatrností.

6. Analýza výzkumných zjištění

V této kapitole představím výsledky svého kvalitativního výzkumu. Budou rozděleny do čtyř podkapitol podle jednotlivých oblastí, které jsem zkoumala. Nejprve tedy oblasti, které senioři vnímali jako významné pro svůj pocit spokojenosti, následně jejich subjektivní hodnocení spokojenosti v domácí péči a v péči v domově pro seniory a nakonec jejich zhodnocení toho, v kterém způsobu péče cítí větší míru spokojenosti.

6.1. Významné oblasti spokojenosti

V první podkapitole se budu věnovat oblastem spokojenosti, které jsem v rozhovorech s komunikačními partnery vyzozorovala.

Úplně nejvíce se v rozhovorech objevovaly témata týkající se faktické péče. Například pan Cyril mluvil takto: „*Solidní pobyt. Ten tady je. Obsluha je dobrá, nikdo mě nehoní*“. Komunikační partneři zmiňovali témata koupání, doprovodu, pořádku, zajištění stravy apod. Celkově se tedy jednalo o zajištění oblastí, ve kterých už sami cítí jisté omezení své autonomie a potřebují pomoc druhé osoby. Vnímají tedy jako důležité pro svoji spokojenost zajištění těchto základních potřeb.

Paní Barbora také mluví o zajištění péče a v souvislosti s ní zmiňuje i pocity jistoty a bezpečí: „*Tak asi hlavně zajištěná ta péče, no. Já su ráda, že je vo mě postaraný, že se pořád nemusím bát, že by se mně mohlo něco stát, no. Je to taková jistota tady.*“. Pan Cyril doplňuje: „*tady vím, co můžu očekávat, co dostanu*“. Komunikační partneři se i v mnoha dalších případech zmiňovali o spokojenosti díky ztrátě strachu a nejistoty a pocitu klidu. Zde můžeme tedy najít druhou významnou oblast pro spokojenost těchto seniorů, a to zajištění potřeby jistoty a bezpečí.

Další významnou oblastí, o které komunikační partneři mluvili, jsou vztahy, ať již s rodinou nebo s druhými lidmi. Zejména mít si s kým popovídat spatřovali jako důležité pro svoji spokojenost. Paní Anna např. říká: „*to mám radost, s tou já si vždycky povykládám, to je moc fajn*“. Případně: „*to oni jsou moc hodní ti moji kluci, všechno by pro mě udělali*“ (Paní Barbora).

Poslední často zmiňovanou oblastí spokojenosti, a oblastí, která značně souvisí s tou předchozí, byla oblastí sociálních aktivit. Možnost dostat se mimo prostor, kde tráví většinu času, dostat se mezi lidi. Paní Anna to zdůvodňuje: „*člověk jenom nesedí na*

posteli“. Shodně se k tomuto tématu staví i paní Barbora „*Abych se taky dostala mezi lidi a nesešla pořád jenom tady zavřená*“

V rozhovorech s komunikačními partnery jsem tedy mohla sledovat témata, která jsem seskupila do jednotlivých oblastí spokojenosti. Jsou to „zajištění potřeby faktické péče“, „zajištění potřeby jistoty a bezpečí“, oblast „vztahů s druhými lidmi“ a oblast „sociálních aktivit“.

6.2. Vnímání spokojenosti v domácí péči

V této podkapitole se pokusím rozebrat oblast spokojenosti spojenou se situací, kdy péči zajišťovaly rodiny komunikačních partnerů.

Všichni tři shodně uvedli, že se o ně staral někdo z jejich dětí. Obě paní byly už dlouhou dobu vdovami a žily samy ve svém domě či bytě, než se dostaly do situace, kdy potřebovaly pomoc. Té se jim pak oběma dostalo od jejich synů. „*No akorát syn se o mě staral.*“ (Paní Anna)

Paní Barbora bydlela přímo v rodinách svých synů, kteří se o ni střídavě starali. S tímto způsobem péče ale nebyla spokojená, jelikož se kvůli tomu sama musela průběžně stěhovat, navíc prakticky přes celou republiku: „*...byla jsem u synů. Ale bylo to hrozný, pořád pendlovat mezi nima... Já mám čtyři syny, víte a oni si mě střídali. Furt jsem měla sbalený tašky a jezdila mezi nima. Jak měli zrovna čas. No bylo to hrozný. Neměla jsem žádný svoje doma, žádný soukromí. Chvilu jsem byla v Brně, chvilu v Mostě*“. Jak je vidět z citace, nešlo jen o komplikace s přesuny, ale fakticky i o absenci pocitu vlastního domova („*Neměla jsem žádný svoje doma*“) a současně i soukromí. Výraz „*sbalené tašky*“ nepřímou poukazuje na to, že situace paní Barbory odpovídala spíše návštěvě, byť u vlastních synů. Ze slov „*a oni si mě střídali*“ je patrné, že sebe navíc vnímala spíše jako tu, s níž je nakládáno, nikoliv jako tu, která sama jedná.

Pan Cyril žil naopak dlouho se svou ženou, o kterou však náhle přišel. „*No, manželka zemřela. To byla autonehoda. No, taková krutá věc.*“ Péči, kterou mu poskytovala, si pochvaloval a cítil se spokojen. „*Protože tam manželka věděla, co všechno potřebuju, a tak jsem byl spokojenej.*“ Po její smrti se však dostal do situace, kdy se o něj začaly starat jeho děti.

Když si připomeneme výše v textu uvedení podmínky péče doma podle Haškovcové (2010) „umět“, „chtít“ a „moci“ a podíváme se na péči o komunikační partnery skrze ně, zjistíme, že podmínka „umět“ byla vždy naplněna. Co se týče podmínky

„chtít“, ta byla porušována u syna paní Anny. Když popisuje, s čím jí syn pomáhal, říká: „...no vlasy jsem si umyla, to von mně musel pomáhat, tak dycky zuřil, že mně to musí umévat, že si ani tu hlavu nemůžu vzadu umyt.“

Co se týče pana C, z dokumentace vedené o klientovi a rozhovoru se sociální pracovníci jsem zjistila, že jeho syn měl problém s poskytováním péče svému tatínkovi z toho důvodu, že ho stále vnímal jako autoritu a nechtěl ho upozorňovat na to, že dělá něco špatně apod. Podmínka „chtít“ zde tedy také nebyla zcela naplněna.

Poslední podmínka, tedy „moci“, byla nějakým způsobem narušena ve všech třech případech a to vždy ze stejného důvodu – časového. Děti komunikačních partnerů se snažily skloubit péči o svého blízkého a vlastní rodinu a zároveň se nevzdat svého zaměstnání. „Protože von měl hodně práce, von měl svůj domek, kterej spravoval.“ (Paní Anna) Paní Barbora říká: „...moc tam se mnou nebyli, protože museli chodit do práce, takže jsem stejně byla prakticky pořád sama. Akorát když přišla dom vnučka ze školy, tak jsme si spolu ohřály oběd, jinak jsem tam byla furt sama. (...) neměli na mě pořádně čas, měli svoje starosti. Třeba chtěli někam odjet a já jsem tam furt byla... museli to furt řešit... Oni jsou jako hrozně hodní, ale taky mají svoje starosti, že jo...“ Pan Cyril shodně vnímá časové omezení svých dětí: „Doma by mně ju (péči) nemohli dat, poněvadž dcera je zaměstnaná, kluk podnikatel. No, takže na to neměli dost času.“

Tato časová omezení pak způsobovala různé náročné situace. Paní Barbora například uvádí: „Tam jsem třeba spadla, chodila jsem taky s chodítkem, ale stejně jsem spadla. Byla jsem v koupelně a spadla jsem a ležela jsem tam celou noc, než se vrátili. Musela jsem vždycky počkat, až se vrátí a najdou mě. Nebo si zavolat pomoc. Aji sanitku jsem si musela zavolat, když mně bylo špatně. Kluci museli chodit do práce, no.“

V případě paní Anny a paní Barbory, které jsou pohybově omezenější než pan Cyril, šlo u této podmínky nejen o zvládnání péče z pohledu času, ale i o problémy spojené s prostorovým řešením bytu a bariérami, které péči o ně omezovaly. „... nemohla jsem se umyt. Já jsem měla vanu jenom a už do té vany nemůžu vlezet. (...)Já jsem se pomalu rok nekoupala. Jenom dycky mně dal takovej lavor a to jsem se dycky večer umyla celá. (...)My máme dole schodek, tak už jsem se bála (dojít si na záchod).“ (Paní Anna)

Paní B zase vnímala, že se sama nemohla nijak dostat ven z bytu: „Já jsem se aji už bála, já bych vůbec nemohla, bez toho chodítka já už nemůžu nikam jít a i tak se bojím. To sama, to bych nikdy nešla.“

Senioři sami pak cítili, že kvůli nim vzniká nějaký problém: „...jsem viděl, že to dělá doma potíže. No časové. Naši dyš měli dělat tam v té své rodině a eště v mé rodině, já sám jako rodina, tak to bylo pro ně složité, no, kvůli tomu zaměstnání. Pač, zanedbávali by potom, určitě něco museli by vynechat, no.“ (Pan CPan Cyril)

Tyto problémy se zvládáním péče se ve dvou případech projevovaly i podrážděností, která narušovala vztahy mezi pečujícími a seniorem. Jak jsem zmiňovala už výše, paní Anna vzpomínala na to, jak syn zuřil, když ji musel umývat. Zmínila i další situaci: „Potom von koupil takovej ten jako na doma záchod, tak jsem musela chodit do toho. Tak byl vzteklej, že to musel taky čistit (...) Von byl vzteklej! Já jsem ale dvakrát na něho vyjela.“ Pan Cyril zase říká: „Tak dcera mně vždycky vynadala, když bylo něco špatně...“

Celkově však komunikační partneři o svých dětech mluvili jako o hodných:

„No, já mám hodné děti, na ně nenařikám. Někdy se zlobím, ale nenařikám.“ (Pan Cyril)

„...to oni jsou moc hodní ti moji kluci, všecko by pro mě udělali.“ (Paní Barbora)

Rozhovory s komunikačními partnery potvrdily také výše uvedená slova Čevely o narůstajícím pocitu osamělosti. Senioři mluvili o ztrátě přátel a známých: „No a teď to pomřelo, co tam byly jako dřív ty ženský.“ (Paní Anna), o samotě „...A ani jsem tam neměla kde jít, jako za kým, že bych šla za nějakou kamarádkou. Já jsem tam nikoho neznala, když jsem byla třeba u syna na druhé straně republiky...“ (Paní Barbora), a ženy často zmiňovaly i strach „No doma sem se bála, třeba když byly bouřky, že sem byla sama...“ (Paní Anna)

Celkově komunikační partneři mluvili s láskou o svých dětech, ale v péči, kterou jim poskytovaly, viděli hodně problematických bodů. Zejména pak týkajících se jejich časového omezení, bariérového prostředí a samoty, kterou prožívali. Uvědomovali si, že je situace pro jejich blízké náročná a často byla náročná i pro ně samotné.

6.3. Vnímání spokojenosti v domově pro seniory

Nyní se zaměřím na oblast spokojenosti komunikačních partnerů v domově pro seniory. Tady všichni na prvním místě zmiňují zajištěnou péči. Jsou rádi, že na ně někdo dohlíží a pocitují v tom jistotu. Vytrácí se strach ze situací, kterých se před tím báli a ve kterých cítili nejistotu. Uvědomují si, že se v těchto oblastech mohou spolehnout na personál. Paní Barbora říká: „Já su ráda, že je vo mě postaraný, že se pořád nemusím bát,

že by se mně mohlo něco stát, no. Je to taková jistota tady. Sestřičky jsou tady moc hodný a moc dobře se starají.“

„Starají se sestřičky a dobře. Ne, nemůžu si naříkat. (...) tady vím, co můžu očekávat, co dostanu.“ (Pan Cyril)

„No tak tady mě vykoupu, že a takže jako nemusím se bát, že spadnu, dovezou mě tam na tem vozéčku, to já z toho slezu už...“ (Paní Anna)

Ztrátu vazeb na své blízké, kteří o ně dříve pečovali, komunikační partneři nepocitují a mluví o tom, jak je rodiny často navštěvují.

„Jo, hodně, on (syn) za mnou chodí. (...) Von přijde sem a vidí, že mám pořádek a že su spokojená, tak je rád, že su tady, no“ (Paní Anna)

„Jo, to voni jezdí, jak můžou. Hlavně ten nejstarší, ten je tady pořád.“ (Paní Barbora)

„Tak jednou za měsíc se tady ukážou. Nebo mně volají skoro každé den.“ (Pan Cyril)

Komunikační partneři kladně hodnotili také možnost kontaktu s ostatními klienty domova pro seniory a aktivity, při kterých se setkávají.

„...furt něco děláme, člověk jenom nesedí na posteli, kamarádku jsem si tady našla, ona je vod nás taky, tak my si tak vykládáme (...) tady jsme seděly s paní a už chodijou aji ty nový za mnou a z vrchu paní začala chodit. A teďka tady mám tu novou kamarádku, ona byla od nás a to mám radost, s tou já si vždycky povykládám, to je moc fajn“ (Paní Anna)

„No já se snažím chodit tady na ty aktivity všechny, když to jde. Abych se taky dostala mezi lidi a nesešla pořád jenom tady zavřená. (...) No jako úplně kamarádku tady nemám, ale tak povykládám si tady s paníma na chodbě nebo když jdu třeba na to tvoření nebo tak, tak tam si povykládáme, jak se potkáme. Ale kamarádku jako nemám. Já to ani nějak nepotřebuju. Mně to vyhovuje, že tady mám ten klid na tom pokoji, a když chci, tak jdu do té jídelny na nějakou tu akci.“ (Paní Barbora)

„...mám příznivé spolubydlící. Hodné teda, zatím mě žádné nenakopl.(...) Lidi jsou příjemní“ (Pan Cyril)

Jak je uvedeno i v teoretické části textu (Vágnerová, 2007, s. 419), jako problémovou oblast pobytu v domově pro seniory spatřují komunikační partneři zejména ztrátu domova, tedy ztrátu osobního zázemí a s tím spojené oblasti, které jim domov pro seniory nenahradil.

„*No tak doma jsem měla doma. Jsem měla pěknou zahradu, tolik kvítí jsem měla, to neměl žádné.*“ (Paní Anna) Byť v současné chvíli lze předpokládat, že z důvodu omezení soběstačnosti by se nemohla o zahradu starat ani v případě domácí péče.

„*Jo jinak ta domácnost, ta bude chybět pořád. To už nikdo nenahradí. (...) Zvířátka jsem měl, třeba psa. A ještě aji králíčky.*“ (Pan Cyril)

Pan Cyril vnímá určitou míru nespokojenosti také v oblasti emocionální složky: „*Občas mně chybí nějaká ta laskavost. No ale s tím se musím srovnat. (...) Nikdo mě večer nepohladí. Ale jinak je to tady dobré.*“ Zmínka chybějící laskavosti nastoluje otázku, zda panu Cyrilovi chybí častější přítomnost rodinných příslušníků, kteří by jej pohladili, protože je jejich, nebo zda jde o nedostatek jisté lidské přítomnosti obecně, který by mohl nějakým způsobem nahradit personál, pokud by si toho byl vědom.

Celkově komunikační partneři uváděli, že se v domově pro seniory cítí spokojeně.

„*...já su tady teďka moc spokojená.*“ (Paní Anna) „*jsem tady spokojenej. Nemužu naříkat.*“ (Pan Cyril)

Z této části textu tedy vyplývá, že komunikační partneři se cítí v domově pro seniory spokojeně díky zajištěné péči, která jim poskytuje jistotu. Oceňují veškerý servis, který je jim zde poskytován. Jsou spokojeni se svými vztahy se spolubydlicími i s rodinou a jsou rádi, že jim domov pro seniory zajišťuje možnost většího kontaktu s jejich vrstevníky. Tím, co zde některým chybí a co v nich vyvolává pocity nespokojenosti, je absence původního osobního zázemí a pocitu domova, které byly vázány i na konkrétní fyzický prostor (zahrada v případě paní Anny), ale i na činnosti, které v tomto prostoru mohli realizovat, a které byly jistým zdrojem jejich identity (práce na zahradě, péče o domácí zvířata). Vyjádření „*doma je doma*“ či „*to už nikdo nenahradí*“ ukazují, že citovaní senioři fakticky neočekávají, že by domov pro seniory mohl domov v tomto smyslu nahradit. Celkově se zde však cítí spokojeni.

6.4. Porovnání obou způsobů péče

Nyní se budu věnovat tomu, jak komunikační partneři srovnávali svoji spokojenost v obou způsobech péče.

Z počátku se často dívali hlouběji do minulosti na dobu, ve které byli nejvíce spokojeni. Jednalo se o dobu, kdy byli ještě zcela soběstační nebo byli ještě naživu jejich partneři. Pan Cyril mluví o tom, kde se cítil spokojenější: „*No doma. No bylo to doma, no.*“

Doma jsem byl zvyklej na všechno možné pohodlí a nepohodlí. Protože tam manželka věděla, co všechno potřebuju, a tak jsem byl spokojnej. “

Paní Anna mluví také o tom, jak to bylo doma a o svém manželovi: *„No tak doma jsem měla doma. Jsem měla pěknou zahradu (...) i manžel, on nekouřil, nepil, tak my jsme spolu tak tu zahradu. “*

Při upozornění na to, aby srovnali svoji spokojenost v době, kdy už o ně pečovaly jejich děti, se spokojeností, kterou pociťují teď, však mluvili komunikační partneři o jasně větší míře spokojenosti nyní, v domově pro seniory.

„No jako byla jsem spokojenější, ale teď už ne, teď už bych tam spokojená nebyla. Já su teďka tady moc spokojená. “ (Paní Anna)

Celkově pan Cyril nostalgicky vzpomínal spíše na dobu minulou, kdy byl ještě se svou manželkou. Vyrovnat se s její ztrátou je pro něj náročné. I dle dokumentace a rozhovorů se sociální pracovníci na ni často vzpomíná a moc mu chybí. Tato ztráta se projevuje i na míře jeho spokojenosti. Uvědomuje si, že doma by to bylo horší, oceňuje vše, čeho se mu zde dostává. Celkově působí spíše více odevzdaně, neprojevuje takovou míru spokojenosti jako další dvě komunikační partnerky. Pokud má však srovnat péči, které se mu dostávalo od dcery, s nynější péčí, projevuje vyšší míru spokojenosti s péčí v domově pro seniory. Na dotaz, zda byla lepší doba, kdy se o něj starala dcera, odpovídá: *„No nebyla, to určitě ne. Pač tady vím, co můžu očekávat, co dostanu. Kdežto doma měli svoje starosti, že? “*

Paní Barbora se na rozdíl od dalších dvou komunikačních partnerů neobracela do dávné minulosti a hned uvedla, že spokojenější je rozhodně nyní, v domově pro seniory. *„No tady samozřejmě! Tam jsem furt pendlovala, to bylo na nic. (Paní Barbora)*

Paní Anna si uvědomuje, že sníženou míru spokojenosti v domácím prostředí ovlivňovaly zejména praktické záležitosti týkající se bariér, které ji omezovaly a připravovaly ji o autonomii v mnoha oblastech. Např.: *„No tak doma by to bylo lepší, kdyby totok, ale teď rozhodně doma být nemůžu, protože nemám se kde vykoupat, v té vaně bych se nemohla koupat a sprchu jsme neměli. (...) Před tím já jsem doma měla všechno, ale teďka už to nešlo “.*

Paní Barbora shrnuje srovnání míry spokojenosti v obou případech péče: *„Tady mám ten servis, no... Už jsem si tady zvykla. Ze začátku to bylo těžký, bylo tady hrozný ticho... ale zvykla jsem si. Moc se mně to tady líbí, je tady o mě postaraný. Hlavně to jídlo,*

všecko mně přinesou, pomůžou mně. Doma jsem byla furt sama, tady je to lepší, no. (...) To je tady lepší, že je vo mě postaraný.“

Paní Anna mluví takto: *„Postarajó se o mě, furt něco děláme, člověk jenom nesedí na posteli, kamarádku jsem si tady našla, ona je vod nás taky, tak my si tak vykládáme, tady ta moja sósedka. Takže já su tady ted'ka moc spokojená. Doma já jsem byla sama. (...) No nic mně neschází, jak vidíte, tak su spokojená.“*

Postoj pana Cyrila se dá shrnout touto jeho výpovědí: *„Tak dcera mně vždycky vynadala, když bylo něco špatně, a tady jako je klid, tady mně nikdo nic zatím nevytkl. Tak nějak. A jsem spokojenej, nemůžu naříkat. To víte, domov byl domov, to se nedá jako nějak vyměnit, to nejde, nebo aspoň mně to nejde. Ale jinak strava je dobrá, ubytování dobré (...) Nikdo mě večer nepohladí. Ale jinak je to tady dobré. Lidi jsou příjemní.“*

Z výše uvedeného tedy vyplynulo, že senioři se subjektivně cítí spokojenější při pobytu v domově pro seniory. Zejména pan Cyril narážel na vzpomínky na minulost, které se, jak můžeme předpokládat, objevují i u ostatních. Dobu, než došlo k výraznějšímu omezení jejich autonomie, tak logicky vnímají jako dobu, kdy byli nejspokojenější. Tento výzkum však sledoval spokojenost až v období, kdy k těmto omezením autonomie došlo, a senioři začali potřebovat určitou pomoc druhé osoby. Tady se už všichni shodují na tom, že se nyní v domově pro seniory cítí spokojenější, kdežto v domácí péči si všímali mnohých problémů a omezení. Stojí za povšimnutí, že v případě paní Barbory, kde se už domácí péče odehrávala mimo její původní bydliště (navíc za podmínek stěhování), je vyjádření vyšší míry spokojenosti v domově pro seniory zvláště rozhodné: *„No tady samozřejmě!“*.

Jak už bylo uvedeno výše, v domově pro seniory cítí jistotu a bezpečí. Jsou spokojeni s tím, že na ně neustále někdo dohlíží, a oceňují zajištění veškerých poskytovaných služeb. Spokojeni jsou také s větší možností společenských aktivit a kontaktem s druhými lidmi, zejména pak se svými vrstevníky, ve kterém se v domácí péči cítili omezení.

Můžeme zde tedy názorně sledovat potvrzení teorie selektivní optimalizace s kompenzací autorů Baltes a Baltes, která byla popsána výše (Sýkorová, 2013). Tito komunikační partneři dobrovolně omezili svoji autonomii tím, že se rozhodli využít služeb domova pro seniory, které jim v určitých oblastech pomohou šetřit energii pro jiné oblasti. Tedy např. tím, že si senior nechá pomoci s koupáním, úklidem apod. a má následně více

síly a chuti např. pro společné aktivity a setkávání se se svými vrstevníky, čímž si kompenzují zejména ztrátu domácího zázemí.

Diskuse

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak senioři vnímají spokojenost a jak se proměňuje jejich vnímání spokojenosti v závislosti na pobytu v domácí péči či v domově pro seniory. Pro naplnění cíle jsem si stanovila čtyři oblasti zkoumání.

První výzkumnou otázkou bylo, *jaké oblasti vnímají senioři jako významné pro svoji spokojenost*. Komunikační partneři zmiňovali několik témat, která jsem seřadila do oblastí „zajištění potřeby faktické péče“, „zajištění potřeby jistoty a bezpečí“, oblast „vztahů s druhými lidmi“ a oblast „sociálních aktivit“. Odpovědi komunikačních partnerů korespondovaly s výzkumem Kaufmanové (2004, s. 95 – 105), podle kterého jsou nejvýznamnějšími potřebami pro spokojenost seniorů „fyziologické potřeby“ a „potřeba bezpečí“. Hodnoty „klidu“, „mezilidských vztahů“ a „sociálních kontaktů“ jsou však dle jejího výzkumu nejméně významné, kdežto v mém výzkumu je senioři vnímali pro svoji spokojenost jako významné.

Další výzkumnou otázkou bylo, *jak byli spokojeni v situaci, kdy byli v domácí péči, tedy v péči svých dětí*. Komunikační partneři mluvili s láskou o svých dětech, avšak v jejich péči spatřovali mnoho problematických bodů. V této oblasti jsem poukázala na srovnání s podmínkami péče dle Haškovcové (2010, str. 286 - 292), která říká, že pro to, aby rodina mohla svému blízkému poskytovat péči, musí naplnit tři podmínky a to „chtít“, „moci“ a „umět“. Problematické body, které komunikační partneři spatřovali v domácí péči, se týkali nejvíce podmínky „moci“, která byla ve všech třech případech narušena zejména z časových důvodů pečujících. Ti se snažili skloubit péči o svoji rodinu a svého rodiče se zaměstnáním a jejich časové omezení pak zapříčiňovalo různé problematické situace, které působily nespokojenost seniorů. Mimo to působily jejich nespokojenost také bariérové prostředí podrážděnost pečujících, která tedy v některých případech narušovala i podmínku péče „chtít“. Další oblastí, se kterou se komunikační partneři při domácí péči potýkali, byly častější pocity samoty. Nárůst tohoto pocitu je sice podle Čevely (2014, s. 129) běžný s postupně se zhoršujícím stavem seniora, avšak z tohoto výzkumu vyplynula jasná souvislost mezi samotou a časovým omezením pečujících. Celkově však komunikační partneři kladně hodnotili pocit, že jsou „doma“, a o dětech, které o ně pečovaly, mluvili s láskou. Zároveň si ale uvědomovali náročnost situace jak pro tyto děti, tak pro ně samotné.

Třetí výzkumnou otázkou bylo, *jak jsou spokojeni nyní při svém pobytu v domově pro seniory*. V této oblasti vyjadřovali komunikační partneři spokojenost zejména v oblasti zajištění péče a s tím spojený pocit jistoty a bezpečí, který jim, dle jejich výpovědí, domov pro seniory zajišťuje. Díky zajištěné neustálé péči se vytrácí strach a nejistota ze situací, kterých se dříve obávali. Spokojenost vyjadřovali také v souvislosti s kontaktem s ostatními klienty domova a s aktivitami, které jim domov nabízí a při nichž se mohou setkávat. Jsou spokojeni se svými vztahy s rodinou a oceňují, že mají možnost „dostat se mezi lidi“, kterou dříve moc neměli. Co se týče pocitů nespokojenosti, ty se zde objevily zejména v souvislosti se ztrátou osobního zázemí, které jim domov pro seniory nedokázal nahradit, což odpovídá zjištěním Kubalčíkové o nenahraditelnosti domácího prostředí (2015, s. 32 - 33). Tuto oblast definuje jako problematickou při vstupu do domova pro seniory i Vágnerová (2007, s. 419). Co se však týče dalších dvou oblastí, o kterých píše, tedy potvrzení ztráty autonomie a signál blížícího se konce života, ty můj výzkum neodhalil. Jeden komunikační partner také hovořil o nespokojenosti v oblasti emocionální, oproti době, kdy mu péči poskytovala manželka. O této emocionální složce píše Jeřábek (2013, s. 45 – 46) jako o složce, kterou domov pro seniory není nikdy schopen nahradit. Komunikační partneři, o které se staraly jejich děti, o této složce nemluvily a ani pan Cyril ji nezmínil v souvislosti s péčí, kterou mu po smrti ženy poskytovaly jeho děti.

Poslední výzkumnou otázkou bylo, *jak subjektivně hodnotí porovnání své spokojenosti v těchto dvou způsobech péče*. Komunikační partneři mluvili jasně o vyšší spokojenosti v péči domova pro seniory. Jako nejspokojenější období označovali někteří dobu před tím, než došlo k výraznějšímu omezení jejich autonomie a nepotřebovali ještě péči druhé osoby. Výzkum však sledoval spokojenost seniorů až v době, kdy k tomuto omezení došlo. Zde už jsou komunikační partneři spokojenější při pobytu v domově pro seniory. V domácí péči oproti tomu nacházejí mnoho omezení, která zde mizí. Spokojeněji se cítí díky jistotě a bezpečí, které v souvislosti s poskytovanou péčí vnímají, bezbariérovosti prostředí, veškeré péči, která je zde zajištěna a také díky větší možnosti sociálního kontaktu.

Jak jsem již uváděla výše, tyto výsledky odpovídají teorii selektivní optimalizace s kompenzací autorů Baltes a Baltes (Sýkorová, 2013, s. 63-65). Tito komunikační partneři dobrovolně omezili svoji autonomii tím, že se rozhodli využít služeb domova pro seniory, které jim v určitých oblastech pomohou šetřit energii pro jiné oblasti.

Tento výzkum tedy ukázal, že je možné, aby senior pociťoval větší míru spokojenosti v domově pro seniory než v domácí péči. Důvodem, proč komunikační partneři hodnotili svoji spokojenost v domácí péči jako nižší, byla zejména časová náročnost pro rodinné příslušníky. Po příchodu do domova pro seniory tato časová náročnost vymizela, a protože komunikační partneři i nadále udržovali se svými dětmi častý kontakt, ubylo v jejich vztahu to nepříjemné (závislost na jejich péči) a zůstalo to příjemné (samotný kontakt v době, kdy je to pro děti možné). Zde by byl zajímavý pohled seniora, jemuž jeho blízký poskytuje celodenní péči a z důvodu této péče opustil zaměstnání. Dá se však předpokládat, že seniorů, kteří mají zkušenost s takovou péčí, je v domovech pro seniory minimum. Navíc se u takového pečujícího mohou brzy začít projevovat důsledky náročné péče a může dojít k jeho vyčerpání, takže je otázkou, zda i tuto péči vnímají senioři jako tu, kde jsou spokojenější.

Slabinou tohoto výzkumu může být fakt, že byl prováděn s komunikačními partnery, kteří zažili oba způsoby péče. To, že se nakonec rozhodli jít do domova pro seniory, může vyznívat jako potvrzení, že domácí péče zřejmě nebyla z nějakého důvodu dobrá a necítili se spokojeni. I přes to však mohou být výsledky výzkumu přínosné právě pro seniory, kteří tento odchod z domácí péče zvažují. Jak potvrzují výše uvedené výzkumy (Vohralíková, Rabušic, 2004; Veselá 2002), senioři mají z příchodu do domova pro seniory obavy. Dá se předpokládat, že existuje určité procento seniorů, kteří se aktuálně v domácí péči necítí zcela spokojeni, spatřují v ní jisté mezery a problematické body, avšak do domova pro seniory se bojí odejít. Tento výzkum však ukazuje, že tyto obavy nemusejí být opodstatněné a že senior může v domově pro seniory pociťovat stejnou nebo dokonce vyšší míru spokojenosti než v domácí péči.

Jistou slabinu lze vidět i v odlišnosti péče v různých domovech pro seniory, která by mohla zapříčinit jiné výsledky zkoumání v odlišném zařízení. Důraz na kvalitu v sociálních službách je však v současné době enormní a kvalita je často kontrolována, takže se dá předpokládat, že všechny registrované domovy pro seniory poskytují přibližně stejně kvalitní péči. Nějakou roli zde však samozřejmě může hrát lidský faktor.

Výsledky tohoto výzkumu mohou být jistým přínosem i pro sociální pracovníky věnující se oblasti práce se seniory, pro které zde vyplývají oblasti, které jsou pro spokojenost seniora významné. Sociální pracovník v domově pro seniory by se měl snažit tyto oblasti rozvíjet a zajišťovat spokojenost klientů, protože dle mého názoru by spokojenost klienta měla být tím, o co v pobytové službě jde především.

Další zkoumání se může ubírat různými směry. Z mého pohledu by bylo zajímavé zjišťovat spokojenost seniorů s pobytem v sociálním zařízení v souvislosti se spokojeností s personálem tohoto zařízení. Tedy zda a do jaké míry může osobnost pracovníka ovlivnit spokojenost seniora s v tomto zařízení.

Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit, jak senioři vnímají spokojenost a jak se proměňuje jejich vnímání spokojenosti v závislosti na pobytu v domácí péči či v domově pro seniory. V teoreticko-konceptuální části práce jsem se nejprve věnovala stáří v kontextu závislosti na péči druhých a to zejména z pohledu psychologie a sociologie. Dále jsem představila péči v domácím prostředí, v domovech pro seniory a tyto dva způsoby péče jsem srovnala na základě analýzy literatury a dostupných zdrojů.

V empirické části práce jsem nejprve popsala metodologii svého výzkumu a následně jsem odpověděla na čtyři výzkumné otázky, které jsem si stanovila, a které se zároveň staly osou otázek pro výzkumný rozhovor. Otázky zněly takto: Jaké oblasti vnímají senioři jako významné pro svoji spokojenost? Jak byli spokojeni v situaci, kdy byli v domácí péči, tedy v péči svých dětí? Jak jsou spokojeni nyní při svém pobytu v domově pro seniory? Jak subjektivně hodnotí porovnání své spokojenosti v těchto dvou způsobech péče? Pro získání odpovědí na tyto otázky jsem si zvolila kvalitativní výzkum z důvodu hlubšího proniknutí do této problematiky a tedy i větší validity výzkumu. Provedla jsem polostrukturované rozhovory se třemi komunikačními partnery, kteří měli zkušenost s domácí péčí a v současné době byli klienty jednoho domova pro seniory, abych předešla možnému zkreslení způsobeného různou úrovní péče v různých domovech pro seniory. Tyto rozhovory jsem následně zpracovala pomocí doslovné transkripce, redukce prvního řádu a kódování.

Z výzkumu vyplynulo, že je možné, aby se senior cítil stejně nebo i více spokojený v domově pro seniory ve srovnání s domácí péčí. Důvody, které senioři uváděli, se nejčastěji vztahovaly k problematickým situacím v domácí péči, způsobených zejména časovým vytížením pečujících, a tedy nemožnosti poskytování celkové celodenní péče. V domově pro seniory pocítovali větší míru spokojenosti proto, že jejich vztahy s rodinou zůstaly zachovány a oni zároveň získali větší pocit jistoty a bezpečí díky zajištění nepřetržité péče. Díky tomu, ale také díky bezbariérovému prostředí, se mohou více věnovat i sociálním aktivitám, ve kterých se v domácí péči cítili značně omezeni.

Výsledky tohoto výzkumu tedy dle mého názoru přispívají k destigmatizaci domovů pro seniory jakožto zařízení, kam se chodí dožít a kde lidé zcela přichází o vlastní autonomii, a jsou prospěšné zejména těm seniorům, kteří se vstupu do domova pro seniory obávají. Jelikož se jedná o výzkum pouze se třemi komunikačními partnery, nelze ho

samozřejmě zcela zobecňovat, ovšem i tak má určitou vypovídající hodnotu a dokládá, že skutečně lze být v domově pro seniory spokojený. Ráda bych tak přispěla k odstranění strachu seniorů z takového řešení své složité sociální situace a odstranění předsudků spojených se vstupem do domovů pro seniory.

Jak jsem již uváděla výše, spatřuji v tomto výzkumu i další přínos. Ten se týká sociálních pracovníků, kteří se věnují oblasti péče o seniory. Výzkum přináší podněty pro zkvalitňování péče o seniory právě s důrazem na spokojenost klienta využívajícího služeb sociálního zařízení. Sociální pracovník by se dle mého názoru neměl věnovat pouze objektivně měřitelnému zkvalitňování služby, ale měl by klást důraz také na zajištění subjektivní spokojenosti klientů a zabývat se oblastmi, které tuto jejich spokojenost podporují. Protože jak jsem již napsala výše, spokojenost klienta je to, o co by nám v pobytových sociálních službách mělo jít především. Spokojený klient je důkazem toho, že svoji práci děláme dobře.

Seznam použité literatury a pramenů

APSSCR. (2010). *Měření kvality: Indikátory pro domovy pro seniory*. [online]. Dostupné 16. 3. 2016 z http://www.apsscr.cz/files/files/PROGRESS_CZ.pdf

Bednář, M. (2012). *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Blatný, M. a kol. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita & Nakladatelství MSD.

Bužgová, R. (2007). Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*, 2007, s. 65-69.

Cummins, R., A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*. Č. 52, s. 55-67.

Čevela, R. a kol. (2014). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. Č. 55, s. 34 - 43.

Disman, M. (2007). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada.

Džuka, J., Dalbert, C. (1997). Model aktuálnej a habituálnej subjektívnej pohody. *Československá psychologie*, č. 41, s. 385 - 398.

Erikson, E. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Portál

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing.

Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Haškovcová, H. (2010, 1990, 1989). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Hauke, M. (2014). *Zvládání problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing a.s.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

Hnilicová H. (ed.). (2004). *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut pro zdravotní politiku a ekonomiku.

Hrozenská, M., Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.

Hudáková, A. Majerníková, L. (2013). *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.

Hunt, A. (2003). Musculoskeletal fitness: the keystone in overall well-being and injury prevention. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. Č. 409, s. 96 - 105.

Jeřábek, H a kol. (2005): *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK.

Jeřábek, H. a kol. (2013). *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

KALVACH, Z. a kol. (2004). *Umírání a paliativní péče v ČR: Situace, reflexe, vyhlídky*. Praha: Cesta domů.

Kaufmanová, P. (2004). Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce / Sociální práce*. Č. 2, s. 95 - 105.)

Kebza, V., Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, č. 47, s. 333 – 345.

Keyes, C. L. M., Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, K. A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development throughout the life course*. (s. 481 - 501). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Knápková, M. (2004). Domácí hospicová péče z pohledu rodinných příslušníků pacientů. *Sociální práce / Sociálna práca*. Č. 2, s. 106 – 120.

Köttnerová, R. (2004). K domovu důchodců neexistuje alternativa. *Sociální práce / Sociálna práca*. Č. 2, s. 2 – 6.

Křivohlavý, J. (2001 a). Kvalita života - téma 112. klinicko-psychologického dne. *ČS Psychologie*. Č. 6, s. 553-555.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2002). *Víra a zdraví. Současný stav psychologických poznatků*. [online]. Dostupné 7.2.2016 z http://mujweb.cz/j.krivohlavy/clanky/c_vira_a_zdravi.html

Kubalčíková, K. a kol. (2015). *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita.

Kuchařová, V. (2003). *Život ve stáří (Zpráva o výsledcích empirického šetření)*. Praha: VUPSV.

Levin, J. S., Chatters, L. M. (1998). Religion, health, and psychological well-being in older adults. *Journal of Aging and Health*. Č. 10, s. 504 - 531.

Levine, C. (1999). Home Sweet Hospital. *Journal of Aging and Health*. č. 11 (3), s. 341-359.

Malík Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. Praha: Grada Publishing a.s.

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing a.s.

Matoušek, O. a kol. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.

Matýsková, D. (2004). Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů. In Sýkorová D., Chytil, O. (eds.), *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování* (s. 46-52). Boskovice: Albert.

Millward, C. (1999). Caring for Elderly Parents. *Family Matters*. č. 52, s. 26 – 30.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

MPSV (2015): *Zápis z jednání PS 2 Odborné komise pro rodinnou politiku konaného dne 17. 6. 2015* [online]. Dostupné 10. 6. 2016 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/21426/zapis_170615.pdf

MPSV. (2003) *Bílá kniha v sociálních službách – konzultační dokument*. [online]. Dostupné 18. 3. 2016 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf.

Olecká, I, Ivanová, K. (2010). Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku. *EMI*. Ročník 2010, číslo 3, s. 62 – 65.

Ondrušková, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.

Pacovský, V. (1999). Babičky a dědečkové. *Zdravá rodina*. č. 7-8, s. 11.

Phillipson, CH. (1998). *Reconstructing Old Age: New agenda in Social Theory and Practice*. London:Sage.

Příhodová, A., Sýkorová, D. (2004). Pomoc seniorům – její potřeba a zdroje. *Sociální práce / Sociálna práca*. Č. 2, s. 85 – 94.

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing.

Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.

Sak, P., Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing.

Schlosserová, I. (2004). Seniorov začleňuje do každodenného života aktivizačná činnosť. *Sociální práce / Sociálna práca*. Č. 2, s. 7 - 11.

Stríženec, M. (2001). *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava, Iris.

Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.

Suchá, J., Jindrová, I., Hátlová, B. (2013). *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál.

Svobodová K. (2006). Genderové aspekty stárnutí: rodina péče o seniory. *Demografie*. Č. 4, s. 256-261.

Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

Sýkorová, D. (2008). Prostor a věci v kontextu stáří. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*. Č. 44 (2), s. 401–421.

Sýkorová, D. (2013). Teorie adaptace ve stáří. In Matoušek, O. (ed.). *Encyklopedie sociální práce* (63 –66). Praha: Portál.

Šelner, I. (2004). Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy. *Sociální práce / Sociálna práca*. č. 2, s. 12-20.

Šimová, E. (2004). Kvalita života seniorov. In Džuka, J. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešově.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

Veselá, J. (2002). *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Praha: VÚPSV.

Vidovičová, L. Rabušic, L. (2003). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu*. Praha: VÚPSV - výzkumné centrum Brno.

Vohralíková, L., Rabušic L. (2004). *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV.

WHO. (1997). *WHOQOL - Measuring quality of life*. Dostupné 24. 4. 2016 z http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006Sb. v účinném znění ke dni 20. 1. 2016.