

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Sociální a humanitární práce

Klára Hamplová

*Potřeby seniorů a jejich naplňování během domácí pečovatelské
služby*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Ing. Jan Říkovský

2013

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem přitom jen uvedené prameny a literaturu.

V Uherském Hradišti dne 26. 3. 2013

Klára Hamplová

Obsah

ÚVOD.....	1
A) TEORETICKÁ ČÁST	3
1. Vymezení pojmu stáří	3
2. Demografický vývoj.....	5
3. Změny ve stáří.....	7
3.1. Tělesné změny	7
3.2. Psychické změny	8
3.3. Sociální změny	10
4. Historický vývoj vztahů mezi starými lidmi a jejich rodinou	12
4.1. Definice rodiny.....	12
4.2. Péče o seniory v rodinách	13
5. Holistický přístup v péči o seniory.....	16
6. Domácí pečovatelská služba.....	17
7. Potřeby.....	20
7.1. Teorie potřeb	20
7.2. Specifika potřeb u seniorů	23
B) Empirická část	28
8. Výzkum potřeb seniorů užívající domácí pečovatelskou službu	28
8.1. Cíl výzkumu a výzkumná otázka	28
8.2. Metody získání dat	28
8.3. Výzkumný soubor	28
8.4. Zpracování a analýza dat	29
8.5. Etická pravidla a limity výzkumu	29
8.6. Údaje respondentů.....	30
9. Interpretace výsledků	31

9.1. Zkušenost s pečovatelskou službou	31
9.2. Naplňování potřeby autonomie	32
9.3. Naplňování potřeby soběstačnosti	34
9.4. Naplňování potřeby sociální inkluze	35
ZÁVĚR	37
Literatura.....	39
Příloha	41

ÚVOD

Dnešní svět je fascinován kultem mládí. Každý by chtěl být co nejdéle mladý, krásný a úspěšný. Bojíme se stáří a situací s ním spojených, vidíme snahu lidí zamaskovat projevy stárnutí v touze být pořád mladý. Lidé by nejraději tohle stádium života vynechali. Lidé stáří odsunují a konfrontace s jejich vlastními příbuznými, kterým ubývá sil, je velmi frustrující a člověku nedá jinou možnost než nad svou smrtelností uvažovat. Jsou lidé, kteří své nejbližší odevzdají do profesionální péče. Důvody můžou být různé. Nedostatek času na péči, nedostatek zkušeností, touha ulehčit sobě i blízkým... Pokud vnímáme náladu ve společnosti a obraz jakým média prezentují stáří, můžeme lehce dojít k dojmu, že stáří je něco nevhodného.

Když jsem přemýšlela nad tématem své bakalářské práce, uvědomila jsme si, že ačkoliv subjektivně můžu vnímat společenské postoje k seniorům jako negativní, existuje velká skupina lidí, kteří se rozhodli o své rodinné členy v terminálním stádiu života postarat s veškerou péčí. Jde o ty lidi, kteří si ve svém životě udělali místo pro péči o osobu blízkou. Je náročné být 24 hodin denně, 7 dní v týdnu nápomocen člověku, kterému již většina určeného času na zemi zmizela v dávno i nedávno prožitých událostech a osudech. Proto považuji za velmi přínosnou domácí pečovatelskou službu, která pomůže rodinným příslušníkům v péči o své příbuzné. Má osobní zkušenost s domácí pečovatelskou službou, a to jak ze strany profesionální pečovatelky, tak ze strany pečující rodinného příslušníka, mě inspirovala k tomu, abych se ve své závěrečné práci věnovala právě domácí pečovatelské službě. Jako cíl jsme si stanovila, zjistit, které potřeby pomáhá domácí pečovatelská služba seniorům naplňovat a jakým způsobem. Se zaměřením na potřeby autonomie, soběstačnosti a sociální inkluze.

V teoretické části se zabývám hlavně definicí pojmů, které souvisí s hlavní výzkumnou otázkou: „Jak se daří domácí pečovatelské službě naplňovat seniorům potřebu autonomie, soběstačnosti a sociální inkluze?“ a pokouším se vystihnout odlišnost života ve stáří. Pochopení jinakosti života seniorů je nezbytné k zodpovězení hlavní výzkumné otázky. Nejprve srovnávám různé definice stáří, abych pochopila, kdo je hlavní výzkumnou jednotkou mé práce. V druhé kapitole popisují demografický vývoj v České republice, který zásadně ovlivňuje a mění naši společnost a souvisí s nárůstem užívání domácí pečovatelské služby. Ve třetí kapitole se zabývám změnami

ve stáří. Změny, které nastávají s narůstajícím věkem, je potřebné znát, abychom pochopili důvody využívání domácí pečovatelské služby a dokázali se lépe vcítit do starého člověka. Kapitola čtvrtá pojednává o historickém vývoji vztahů mezi starými lidmi a jejich rodinami. Rodina a rodinní příslušníci mají zásadní roli v životě seniora, který využívá domácí pečovatelskou službu. Málokdy je senior odkázán jen na pomoc pečovatelky, většinou rodina seniorovi pomáhá a pečovatelská služba je spíše doplňkovou péčí. Proto jsem považovala za nutné, zařadit tuto kapitolu do mé práce. Pátá kapitola definuje, co znamená pojem domácí pečovatelská služba, a v šesté kapitole se zabývám holistickým přístupem, jehož význam v pečovatelské službě je neodiskutovatelný pro svůj celistvý přístup ke klientovi. V sedmé kapitole zkoumám lidské potřeby a změny, které se v oblasti potřeb ve stáří objevují. Tahle kapitola je zásadně důležitá pro následující empirickou část.

Ráda bych zde také poděkovala vedoucímu své práce, Ing. Janu Říkovskému, který mi svou trpělivostí, ochotou a potřebnými komentáři pomohl k dokončení a odevzdání práce. A nemohu opomenout mou tetu, Ludmilu Ďurišovou, která mi byla inspirací k napsání bakalářské práce na téma týkající se pečovatelské služby, a které tímto děkuji.

A) TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení pojmu stáří

Hlavním tématem mé práce jsou senioři a naplňování jejich potřeb během pečovatelské služby. K tomu, abych mohla zkoumat dané téma, je nutné nejprve definovat stáří a následně jej kategorizovat, abych měla jasno v tom, kdo je cílová skupina mého zkoumání a čím se vyznačuje.

V každé historické etapě vývoje lidské společnosti žili starší a staří lidé. (Haškovcová, 1989, s. 23) Přesto je pojem stáří poměrně složité definovat. Podle Bromleyho je stárnutí závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. V průběhu řady let lze sledovat proměnu lidských fyzických a psychologických znaků charakterizujících obvykle střední věk ve znaky charakterizující stáří, přičemž je velice nesnadné určit dobu, kdy se člověk definitivně „stane“ starým. (Hamilton, 1999, s. 22) Toto vývojové stádium má podobně jako ostatní vývojová stadia své specifické znaky, jimiž se od předchozích životních etap odlišuje. (Holmerová, 2007, s. 59)

Podle definice Světové zdravotnické organizace je „stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“. (Haškovcová, 1989 s. 20)

Podle psychoanalytického psychologa E. Eriksona je obecným vývojovým úkolem stáří zachování osobní integrity proti beznaději, zoufalství a strachu ze smrti. V zásadě jde o přiměřenou adaptaci, zachování celoživotní identity, hodnotového systému, životního smyslu, osobnostního růstu i životní perspektivy. (Čevela a spol., 2012, s. 31)

Z mého pohledu nejuvěstižněji popsal stáří Čevela a spol. (2012, s. 20), kdy stárnutí popsal jako souhrn zánikových (involučních, regresivních, negativních) změn morfologických a funkčních nastupujících postupně, se značnou interindividuální variabilitou a heterochronně (v různých orgánech a systémech téhož organismu v různém věku) po dosažení sexuální dospělosti a adaptačních reakcí na ně. Jde o proces disociovaný, dezintegrováný a asynchronní, který je zčásti geneticky kódován a zčásti rozvíjen náhodnými jevy, chybami a poruchami. Morfologicky jde o fyziologickou, věkově obvyklou atrofii, funkčně o zhoršování vlastností, pokles rezerv, úbytek funkcí, zhoršování reakcí i pružnost regulací, změnu biorytmů, hromadění chyba a deficitů.

Jakmile víme, co to stáří je, okamžitě se objevuje otázka, jak stáří kategorizovat. Haškovcová (1989, s. 25) uvádí, že Světová zdravotnická organizace podle uznávaných kritérií považuje věkové rozpětí 45 až 59 let za střední nebo také zralý věk. Až období 60 až 74 let se definuje jako vyšší věk nebo také rané stáří. Teprve věk nad 75 let považujeme za počátek vlastního stáří. Ti, kteří žijí déle než 90 let, jsou považováni za dlouhověké.

Burnside (1979, podle Hamiltona 1999, s. 20) má jinou kategorizaci stáří a to „mladé stáří“ (60 – 69), „zralé stáří“ (70 – 79), „pokročilé stáří“ (80 – 89) a „velmi pokročilé stáří“ (90 – 99).

V moderní společnosti je za seniora nejčastěji považován člověk, který má nárok na starobní důchod. (Kaufmanová, 2004, s. 96)

Další variantou podle Staurta - Hamiltona ((1999, s. 20) je rozdělení lidí starších 65 let na kategorie třetího věku (ti, kteří vedou aktivní a nezávislý život ve stáří) a čtvrtého věku (období, kdy je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé). Tahle kategorizace je mi nejbližší, protože nejlépe vystihuje situaci seniorů, kteří jsou klienty domácí pečovatelské služby.

2. Demografický vývoj

Demografický vývoj české společnosti již delší dobu zaznamenává postupné stárnutí populace, kdy výrazně roste počet osob starších 65 let ve společnosti. To s sebou přináší různá úskalí, ať už se jedná o potíže spojené s vyplácením důchodového pojištění až po zvýšené náklady ve zdravotnictví. Demografické stárnutí populace ale také znamená, že ve společnosti roste procento obyvatel, kteří nejsou schopni samostatné péče o svou vlastní osobu a stávají se klienty různých sociálních služeb, mezi něž patří také domácí pečovatelská služba.

Demografické stárnutí postihuje od poloviny 20. století ve vyšší či nižší míře všechny vyspělé země a stává se tak v současnosti jednou z nejzávažnějších otázek. Jedná se o proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl seniorů a snižuje podíl dětí mladších 15 let, tzn. věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek. (Nešporová a kol., 2008, s. 9)

Hlavní příčinou demografického stárnutí populace je pokles porodnosti spojený s trvalým poklesem specifických měr úmrtnosti vedoucí k prodloužení naděje dožití a tím také k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. Demografické stárnutí populace úzce souvisí s prodlužující se střední délkou života neboli pravděpodobnou, očekávanou délkou života. Střední délka života je pravděpodobnost, kolika let se dožije člověk narozený v daném roce. (Čevela a kol., 2009, s. 86)

Projekce obyvatelstva ČR do roku 2065, která byla vypracována Českým statistickým úřadem v roce 2009, předpokládá, že se i nadále bude zvyšovat střední délka života a populace bude stárnout. Projekce byla provedena ve třech verzích: v nízké, střední a vysoké variantě. Já zde uvádím tabulku střední varianty projekce, která je nejpravděpodobnější.

rok	muži	ženy
2008	74,0	80,1
2009	74,2	80,3
2010	74,5	80,6
2020	77,0	82,8
2030	79,5	85,1
2040	81,5	86,8
2050	83,5	88,4
2065	86,5	91,0

Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz

Jak si můžeme všimnout, střední délka života se poměrně výrazně liší mezi pohlavími. Rozdíl ve střední délce života mezi ženami a muži je od 6 do 4 let ve prospěch žen. Proto je i v domácí pečovatelské službě častější péče o ženu, nežli o muže. Situaci vystihuje termín *feminizace života ve stáří*. Poměrně rovnoměrná mírná převaha mužů nad ženami přetrvává zhruba do 45 roku života, ve vyšším středním a zvláště seniorském věku jednoznačně převažují ženy nad muži. (Nešporová a kol., 2008, s. 14) V roce 2011 bylo v České republice procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let 15,5 %, což je 1 209 020 občanů České republiky. (ČZSO, *Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v roce 2011*, poslední revize 30. 5. 2012, dostupné na <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/seniori>).

3. Změny ve stáří

Člověk je ve stáří vystaven mnoha změnám, které zásadně ovlivňují a mění jeho dosavadní život. Zmírnit působení těchto změn je úkolem pečovatelské služby, proto považuji za důležité zařadit do mé práce kapitolu změny ve stáří. Domnívám se, že vyjmenování a popsání jednotlivých změn pomáhá také zkonkretizovat představu, jaké to je zestárnout a nemít nad svým životem takovou kontrolu jako dříve.

Stárnutí je velmi individuální záležitost, ovlivňují jej aspekty biologické, genetické, výchovné i sebevýchovné a vzájemné lidské vztahy v konkrétním sociálním prostředí. (Klevetová, 2008, s. 24)

Změny, které ve stáří nastávají, můžeme rozdělit na psychické, tělesné a sociální přičemž všechny oblasti spolu souvisejí a propojují se.

3.1. Tělesné změny

Tělesné změny jsou v období stáří výrazně patrnější než změny psychické, které snáze zachytí zejména životní partner, členové rodiny nebo přátelé. (Holmerová a kol., 2007, s. 60)

Tělesné projevy, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, označujeme jako fenotyp stáří. (Dvořáčková, 2012, s. 12) Typickými obecnými projevy stárnutí jsou celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie (úbytek původní funkční tkáně a nahrazení jinou) a změny reakcí organismu na určitou zátěž. (Malíková, 2011, s. 19) Změny postihují tělesné tkáně a orgány, avšak neprobíhají u každého jedince stejně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem. (Klevetová, 2008, s. 20) Ve stáří také dochází snižování funkčnosti smyslových orgánů. Zhoršuje se nejen zrak a sluch, ale také schopnosti hmatové, čichové a chuťové. Zhoršení funkce těchto orgánů má často na následek vznik úrazů. (Klevetová, 2008, s. 22)

Jarošová (2006, podle Malíkové, 2011, s 21) uvádí přehled typických biologických změn:

- Objevuje se celková atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně, dále dochází k atrofii kůže, svalů, jater atd.
- Snižuje se elasticita orgánů a tkání - projevuje se to především v cévním systému a plicích.
- Snižuje se funkce endokrinních žláz – vniká hormonální nerovnováha v důsledku nerovnoměrného snížení jednotlivých funkcí,

- Mění se distribuce tělesných tekutin - celkové množství vody v těle se nemění, ale snižuje se obsah tekutin v buňkách a mění se složení vody v organismu.
- Zvyšuje se obsah tělesného tuku a mění se ukládání vápníku v těle – vápník proniká do buněk a membrán.
- Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla z důvodu svalové ochablosti.
- Změna v minerálovém hospodářství vede k nižšímu množství vápníku v kostech, vzniká osteoporóza a vyšší riziko lomivosti kostí, snižuje se kvalita zubů.
- Snižuje se elasticita a výkonnost kosterního svalstva.
- Objevují se změny na kůži – kůže je v důsledku nižšího obsahu vody suchá, tenká a svráštělá, je snížený kožní turgor a vznikají stařecké skvrny na kůži.
- Z důvodů snížené činnosti vlasové pokožky a vlasových kořínků padají a šediví vlasy.
- Snižuje se činnost nervového systému.
- Objevují se poruchy spánku (insomnie, obtížné usínání, časté noční buzení, mělký spánek)
- Vznikají změny v oběhovém, kdy klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány, klesá výkonnost levé srdeční komory a jiné.
- Změny v respiračním systému, klesá vitální kapacita plic a funkce řasinkového epitelu, což vede k infekcím dýchacího ústrojí.
- Ve vylučovacím systému se snižuje očišťovací schopnost ledvin, snižuje se kapacita močového měchýře, často se vyskytuje močová inkontinence.
- V trávicím systému klesá tvorba slin, vyprazdňování žaludku se zpomaluje, klesá schopnost vstřebávání vitamínů a minerálů, snížená peristaltika často vede k zácpě.
- Zhoršuje se funkce smyslových orgánů.

3.2. Psychické změny

Probíhající změny na začátku etapy stáří i v jeho průběhu přinášejí změny nejen v oblasti biologické, ale vždy souvisejí i s prožíváním a chováním seniora a jeho postavením ve společnosti. (Klevetová, 2008, s. 22) Malíková (2011, s. 20) poukázala na souvislost mezi změnami tělesnými (biologickými) a psychickými, kdy graduující

tělesné změny jsou seniorem negativně prožívány a následně se projevují změnami psychickými.

Podle Křivohlavého (2002, s. 143) je potřeba chápat psychologické změny, které doprovázejí proces stárnutí, spíše v kontextu osobnosti než jako obecné jevy stárnutí. Při posuzování psychologických změn je třeba brát v úvahu intelektový, emocionální i konativní stav jedince a hlavně jeho schopnost kompenzovat snižující se výkon a způsob zvládnání těžkostí.

Změny psychiky se projevují zejména v poznávacích schopnostech (vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení). Často dochází ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Smysly, které jsou oslabené, způsobují u seniorů strach a úzkost a přináší do jejich života nejistotu. Ta často vede k tomu, že senior nechce chodit ven nebo se setkávat s jinými lidmi, je ostražitý a nedůvěřivý. (Klevetová, 2008, s. 23)

Změny nastávají také v emocionální oblasti, kde oproti mládí nebo dospělému věku, dochází ke zklidnění a emoce ztrácí na intenzitě. Starší člověk prožívá mnohé životní děje poměrně méně bezprostředněji, jako by se ho to tak moc netýkalo. (Křivohlavý, 2002) Klevetová (2008, s. 23) vidí změny v oblasti citového života odlišně. Podle ní jsou změny velmi individuální, ale společný jmenovatel je zvýšená citlivost, emotivnější prožívání situace a snadné podlehnutí dojetí. Také zmiňuje, že některé vlastnosti se mohou měnit a ve stáří být viditelnější. Pro představu: šetrný člověk se stává lakomým, hašteřivý člověk ještě více vyhledává šarvátky apod.

Vyšší věk přináší změnu psychomotorického tempa, které se projevuje zpomalením pohybů především při chůzi. To přináší opatrnost, objevuje se nerozhodnost, váhavost, snižuje se koncentrace pozornosti. Senior potřebuje ke zvládnání běžných činností více času. (Klevetová, 2008, s. 24)

Pro psychiku člověka je důležité, jak ho hodnotí jeho blízké okolí, i to, jak se hodnotí on sám. Osobnost starého člověka je jednota duševních vlastností, která je založena na jednotě tělesné i duševní konstituce a utváří se v jeho společenských vztazích. (Holmerová a kol., 2007, s. 60)

Jarošová (2006, podle Malíkové, 2011, s 21) uvádí tyto typické psychické změny ve stáří:

- Snížení kognitivních a gnostických funkcí – zvýšené zapomínání, snížené schopnosti paměti, koncentrace, výbavnosti, zapamatování nových informací, schopnosti rozpoznat viděné předměty, rozumět slyšeným zvukům,
- Snížení fatických funkcí – tj. snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat, porozumět řeči.
- Snížení výkonnosti intelektových funkcí.
- Zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků.
- Někdy naopak citová oploštělost ve stáří, ztráta schopnosti citových prožitků.
- Celkové povahové změny - z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních, nebo úplně opačně z negativních vlastností a postojů do neutrálních či pozitivních.
- Zvýraznění povahových vlastností a osobnostních projevů, většinou těch negativních.
- Celkový nebo částečný pokles zájmů seniora – buď ve všech oblastech života, nebo jen v některých (apatie, rezignace, sociální izolace, neochota zapojit se do jakékoliv činnosti a být aktivní apod.)
- Změny v pořadí životních hodnot – orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty.
- Změny potřeb a jejich pořadí – souvisejí se změnou životních hodnot a orientují se více na uspokojování potřeby lásky, sounáležitosti, duchovních potřeba spirituality.
- Změny zájmů a potřeby jejich uspokojení – často klesá, ale někdy se naopak probouzí zájem o nové oblasti a činnosti (souvisí to s více okolnostmi).
- Tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem, z nadhledu.
- Snížená schopnost adaptace na změny, nové a náročné situace.

3.3. Sociální změny

S odchodem do důchodu a vytrácí přátelství z práce a kontakt s lidmi je omezen. S důchodovým věkem také mohou nastat finanční obtíže, jelikož je člověk závislý na

své výměře důchodu. Změny nastávají i v rodinných vztazích a v životním stylu. Sociální život seniorů také ovlivňují ztráty blízkých a osamělost, která je ve stáří relativně častá. (Venglářová, 2007, s. 12)

Nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty podle Malíkové (s. 22)

- Odchod do důchodu – často jej hůře zvládají muži, kteří nemají zájmy, koníčky a jakékoliv jiné než pracovní aktivity.
- Omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech.
- Změna ekonomické situace seniorů – zhoršení finančního zabezpečení, limitace výši peněz atd.
- Generační osamělost – úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby.
- Zhoršená možnost kontaktů s přáteli a jinými osobami, zhoršení participace na dříve vykonávaných oblíbených činnostech.
- Sociální izolace (z mnoha příčin) – omezení rodinných kontaktů, úbytek přátel z důvodu jejich nemoci nebo úmrtí.
- Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.
- Fyzická závislost – z důvodu nemoci, pohybového nebo smyslového omezení apod.
- Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu.
- Strach ze stáří, samoty, nesoběstačnosti.
- Vliv ageismu.
- Stěhování.

Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty podle Jarošové Jarošová (2006, podle Malíkové, 2011, s 22)

- Funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta.
- Plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení ve stáří – zajištění vhodného bydlení, penzijní připojištění atd.
- Plánovaná příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky, dohodnutá forma občasně výpomoci atd.) a efektivní nakládání s volným časem.
- Možnosti uspokojení potřeb seniora.

4. Historický vývoj vztahů mezi starými lidmi a jejich rodinou

Rodina je základní jednotkou společnosti a její funkce v péči o seniory je nenahraditelná. To se potvrzuje také během domácí pečovatelské služby, kdy je často rodina hlavním zdrojem péče a pomoci a profesionální pečovatelé fungují spíše jako pomocná síla. Význam rodiny a její péče pro seniory nelze podcenit a proto také rodině věnuji kapitolu.

4.1. Definice rodiny

Podle Šelnera (2004, s. 13) můžeme rodinu definovat jako společenství různých generací, blízkých na základu určitého biologického vztahu (ale i sociálně nebo právně podloženého). Také dodává, že se rodina ve společnosti vyznačuje tím, že členové zastávají společnou identitu v oblastech kulturně společenských požadavků, představ a hodnot.

Výrost (podle Klevetové, 2008, s. 76) uvádí čtyři základní funkce rodiny:

1. Funkci reprodukční
2. Funkci materiální – Tato funkce měla v minulosti významnější místo než nyní, kdy funguje systém sociálních podpor.
3. Funkce výchovná – Rodina poskytuje dítěti základní orientaci v okolním světě a funguje jako regulátor nežádoucích činností.
4. Funkce emocionální – V této funkci je rodina jedinečná a nezastupitelná. Rodina poskytuje všem svým členům uspokojení řady potřeb – mezi jinými potřeby podpory, pomoci a přijetí, potřeby společných rituálů, plánů apod.

Klasický obraz vícegenerační rodiny byl dlouhá staletí tradičně spojován s obživou – obdělávání půdy nebo rukodělnou prací nebo obchodem. Úkoly, které zabezpečovaly obživu všech členů rodiny, byly striktně rozděleny mezi všechny podle jejich možností a druhu vykonávané práce. Podle klasického modelu pak muži zabezpečovali obživu ve výrobě, ženy jim pomáhaly a navíc se pak staraly o domácnost, někdy tyto práce obstarávaly babičky. O děti se starali většinou starší sourozenci. (Šelnera, 2004, s. 14) Lidé, kteří se narodili v první polovině 20. století, si mohou pamatovat vícegenerační obydlí, která byla převážně na venkově. Bylo zcela normální, že prarodiče se starali o vnoučata a vykonávali různé domácí práce, pokud jim to dovoľoval zdravotní stav. Na druhou stranu se považovalo za samozřejmé, že se o ně

v období nemohoucnosti postarají jejich dospělé děti nebo vnoučata. (Smékal, 2004, s. 57)

V 90. letech se začala česká rodina výrazně měnit. Zakládají se rodiny programově bezdětné, nárok na rodinu uplatňují homosexuálové, sex probíhá s antikoncepcí, těhotenství může být přerušeno. Protipólem bezdětných rodin jsou rodiny neúplné a velmi moderní je také volné partnerské soužití. Studie zaměřené na rodinu, které byly provedeny po roce 1989, ukazují, že došlo ke změně chápání rodinných vztahů. Někteří lidé upřednostňují před založením rodiny možnost cestování, kariéru a studium. Více lidí si zvolí život bez partnera a dětí. Bylo také zjištěno, že převládá odmítavý postoj k soužití dvou generací, na čemž se shodli respondenti mladí i staří. Nejraději by žili odděleně, ale v blízkosti, aby si v případě potřeby mohli pomoci. (Klevetová, 2008, s. 76 – 77)

4.2. Péče o seniory v rodinách

Rodina byla historicky první strukturou zabezpečení starých osob; postarat se o svého starého člena bylo zcela v rozsahu kompetencí a povinností rodiny. Byl to jakýsi vzájemný protektivní závazek: rodiče se starali o své děti, které když dospěly, pečovaly o své rodiče. V tradičních společnostech se zajištění starých osob realizovalo v tomto rámci a jen výjimečně se stávalo předmětem činnosti institucí jiných než rodiny. (Jeřábek, 2005, s. 71) Pomoc starému člověku v rodině je založena na poutu solidarity nebo jinak řečeno, vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje. (Jeřábek, 2005, s. 7) Mezigenerační solidarita v rodinách více méně funguje, avšak s rozvolňováním rodinných vazeb a snižujícím se počtem dětí nejsou v budoucnosti vyloučeny postupné proměny této hierarchie. (Holmerová, 2007, s. 7) Současný trend směřuje k menším rodinám a ke zvýšení výskytu osamělých rodičů, čímž se redukuje okruh schopných osob poskytovat neformální péči. (Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, 2009, s. 21)

Rodinná péče se všude na světě považuje za nejvhodnější, ostatní možnosti jako institucionální péče jsou pouze náhradním řešením. Tento typ péče má pozitivní vliv na psychiku opečovávaného, na kterou u domácí péče bezprostředně a příznivě působí domácí prostředí a přítomnost blízkých osob. Dále zde dochází k eliminaci nosokomiálních nákaz, které často vznikají při pobytu ve zdravotnickém zařízení. Přesto, že o pozitivních účincích domácí péče nelze mít pochyb, je nutno zmínit také nevýhody, kdy rodinný příslušník musí zvládat své zaměstnání, péči o vlastní rodinu a

domácnost a zároveň ještě péči o rodinného příslušníka a jeho domácnost. Vše je pro pečujícího člověka velmi psychicky a fyzicky náročné. Také zde hraje roli morálka pečujícího, během rodinné péče se můžeme setkat také s psychickým a citovým vydíráním operovaného člověka, s urážkami, ponižováním, omezováním rozhodnutí o sobě samém, snižováním sebevědomí a sebeúcty, výhrůzkami o umístění v ústavu nebo finanční a materiální zneužívání. (Jeřábek, 2005, s. 33 -34) Přes všechny těžkosti, které s sebou péče o seniora nese, jednoznačně převažuje mínění, že i nesoběstačnému seniorovi je v domácím prostředí lépe než v ústavním zařízení. (Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice, 2010, s. 35)

Podle Jeřábka (2005, s. 12) můžeme podle intenzity a naléhavosti potřeb rozlišit tři stupně péče o starou osobu. Jde o péči podpůrnou (subsidiary care), péči neosobní (ampersonal care) a osobní péči (personal care). Podpůrná péče je nejméně psychicky, fyzicky a časově náročná. Prakticky každý starý člověk, který není považován za zcela soběstačného, potřebuje občasnou výpomoc, která zahrnuje opravy v domácnosti, dopravu k lékaři, obstarání úřadů apod. Podpůrná péče je občasná, nepravidelná, dle potřeby a nevyžaduje společné bydlení. Druhým, vyšším stupněm rodinné pomoci, je péče neosobní péče. Péče obsahuje činnosti jako starost o domácnost (uvařit, uklidit, vyprat atd.). Tato pomoc je časově náročnější, vyžaduje cykličnost, nejde odložit a je pro opečovávanou osobu obtížněji postradatelná. Pokud je potřeba je možnost pomoc zajistit ve spolupráci s pečovatelskou službou. Třetí, nejnáročnější typ péče, je osobní péče. Ta je časově, fyzicky i psychicky velmi náročná a souvisí s intimní péčí o starého člověka. Je vyžadována neustálá přítomnost pečující osoby a úkoly, které vykonává, se cyklicky opakují den za dnem. Jde o aktivity jako osobní hygiena, včetně toalety, nakrmění, podávání léků, zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převádění nebo převážení starého člověka v bytě.

Ačkoliv péči může poskytovat kterýkoliv rodinný příslušník, nejčastěji převládají ženy. Ať už manželky, snachy nebo dcery. Navíc ženy, které jsou považovány za tradiční poskytovatele neformální péče, převládají i v činnostech formální péče a v ošetrovatelském sektoru. Na druhou stranu, ale muži z procesu péče nejsou vyřazeni, jsou však konfrontováni s jinými typy prací. (Jeřábek, 2005, s. 36) To potvrzuje také Šelner (2004, s. 17), který popisuje, že lidský faktor, jako solidárnost a ochota převzít zodpovědnost, stále zůstává u rodinných příslušníků v popředí, avšak těžiště této pomoci spočívá na ženách.

Převzetí zodpovědnosti a osobní péče dospělého dítěte o rodiče s sebou přináší různé úskalí a problémy, které se promítají do vzájemných vztahů. Pokud totiž pečujeme o starého rodiče, jsme svědky soustavného růstu závislosti, ze které mnohdy není úniku. To se často projevuje určitým stavem bezmoci. Pečovatel v důsledku závislosti a neustálé pohotovosti ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci a často trpí psychickým a fyzickým vypětím, které se může odrazit na zdraví. Pečovatelé z řad rodinných příslušníků nebyli na péči připravováni, často mají nedostatek informací a pomůcek a můžou dojít ke zhoršení finanční situace rodiny. Samozřejmě, že péče o blízkého má také své pozitivní aspekty. Jde o hluboce lidskou zkušenost, která posiluje vzájemné vztahy mezi pečujícím a operovaným, společné sdílení, pocit sounáležitosti a lásku. (Jeřábek, 2005, s. 61)

5. Holistický přístup v péči o seniory

V profesích, které se věnují práci s lidmi, se čím dál více zastánců názoru, že člověk je celistvá bytost a jednotlivé problémy jsou provázané a je třeba je řešit jako celek. Přikláním se k tomuto názoru a považuji to za velmi pozitivní změnu ve vztahu ke klientům nebo pacientům. Domnívám se, že během péče o seniora, který se nachází ve velmi citlivém životním období plném změn a ztrát, je potřebné jej jako člověka vnímat celistvě. Uvědomovat si všechny stránky jeho osobnosti a snažit se jej podpořit.

Termín holismus je odvozen z řeckého slova, které znamená celek. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto více než jen součtem jednotlivých částí. Z toho plyne, že každá porucha jedné části organismu je poruchou celého systému. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. (Trachtová, 2008, s. 9) Pojem holistické zdraví zahrnuje celou osobnost člověka; celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, citlivost na prostředí, sebekoncepci a duchovno. (Poláková, 2010, s. 25) V Holistickém pojetí péče znamená komplexní individualizovanou ošetrovatelskou péči, která je zaměřena na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb (včetně spirituálních). (Poláková, 2010, s. 25)

Holismus a holistické vidění světa se postupně prosazuje ve společenských vědách a pomalu nahrazuje převažující mechanické vidění a chápání světa. Holismus umožňuje vzájemný vztah individua a sociálního celku. Kategorie celku je velmi zajímavá také ze systémového pohledu, kdy nejde jen o hierarchii úrovní reálného bytí člověka, ale i spojení těchto úrovní a podmíněnost vazeb. (Strieženec, 2003, s. 54)

Holistická péče pomáhá lidem převzít odpovědnost za své zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizaci vnitřních sil. Holistický pohled na člověka znamená především jiný způsob myšlení, a to se může zpočátku jevit jako obtížné, nicméně pochopení a akceptování tohoto přístupu je cestou, jak změnit současnou praxi u nás a poskytovat lidem kvalitní péči ve zdraví i v nemoci.

6. Domácí pečovatelská služba

Senioři, kteří jsou stále do jisté míry soběstační, mají možnost využívat domácí pečovatelskou službu, která jim umožňuje zůstat ve svém domácím prostředí. To, že senior zůstane u sebe doma, má pozitivní vliv na jeho psychický stav. Jelikož se má hlavní výzkumná otázka přímo týká domácí pečovatelské služby, je nutné vymezit tento pojem a pojmy další s ním spojené.

Podle zákona 108/2006 o sociálních službách (§ 40) je pečovatelská služba definována jako terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- b) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu
- c) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- d) Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- e) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu klienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuální vnímání kvality života. Proto je každý klient posuzován z bio – psycho - sociálního hlediska a při poskytování domácí péče je vždy aplikován holistický (celostní) přístup. Vědeckými studiemi je prokázáno, že psychická pohoda člověka, která je v domácí péči bezprostředně ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí, přítomností bytostí blízkých, má přímý vliv na stav imunitního (obraného) systému člověka a hraje nezastupitelnou úlohu v procesu uzdravování, nebo zmírnění negativního vlivu doprovodných psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění. Domácí péče je v České republice provozována již od roku 1991, kdy vznikaly první organizace poskytující ošetrovatelskou péči v domácnostech klientů. (Misconiová, *Systém domácí péče – informace pro klienty*, dostupné na <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-> 10. 11. 2012)

Pečovatelská služba kompenzuje klientovu sníženou soběstačnost, prodlužuje období relativně nezávislého života a mnohdy oddaluje nutnost ústavní péče. Pečovatelská služba umožňuje seniorům relativně samostatný život v navyklém

prostředí a v mnohých případech je zdrojem sociálního kontaktu. (Kaufmanová, 2004, s. 95)

Kaufmanová (2004, s. 96) při vymezení pojmu domácí pečovatelská služba napsala:

Pečovatelská služba zabezpečuje péči o osobu občana, který z důvodu zdravotního stavu, věku nebo ztráty soběstačnosti není schopen sám si zajistit nutné práce v domácnosti a uspokojovat životní potřeby. Pečovatelská služba umožňuje člověku setrvat ve vlastním domácím prostředí. Tím si staří lidé zachovávají nejen soukromí, ale i společenské zázemí, na které byli zvyklí, kde prožili většinu svého života a kde žijí blízcí členové rodiny.

Domácí pečovatelská služba je také definována jako forma integrované péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče a jejíž filosofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti. (Sýkorová, 2007, s. 191)

Odhaduje se, že zhruba 80 – 90 procent seniorů je soběstačných s pomocí rodiny a nejbližšího okolí, 13 procent potřebuje pomoc v domácnosti, 7- 8 procent potřebuje soustavnější domácí péči a 2 procenta (někdy je uváděno 5%) potřebují ústavní péči. Je třeba podotknout, že zmíněná čísla jsou uváděna pro veškerou populaci starší 65 let. (Holmerová a kol., 2007, s. 7)

Velmi zajímavý je systém péče A, B, C, D zachovávající důstojnost, ze kterého lze čerpat poznatky, jak se chovat ke klientovi a nepodryvat jeho důstojnost. Tento dokument nazvaný „A, B, C and D of dignity conserving care“, jehož autorem je kanadský psychiatr Harvey Max Chochinov, byl zveřejněn v květnu 2007. Tento dokument je určen pro lékaře, ale obecně se dá použít pro všechny poskytovatele péče. (Holmerová a kol., 2007, s. 46) Význam jednotlivých písmen je: „A“ Attitude jako postoje, „B“ Behavior jako chování, „C“ Compassion jako soucit a „D“ Dialogue jako dialog. (Chochinov, 2012, s. 30) Podle H. M. Chochinova jsou naše postoje ke klientovi vytvářené názorem, který si o nich pečovatelé utvoří. To znamená, že pečovatelé by se měli snažit oprostít od jakýchkoliv soudů, nehodnotit a nesrovnávat. 87 procent klientů v terminální fázi života prohlásilo, že zažívají pocit důstojnosti, pokud se cítí ocenění a je s nimi jednáno s respektem. Chování pečovatelů vychází z jejich postoje ke klientovi.

Chování by vždy mělo vycházet z respektu k pacientovi a ze snahy individualizovat péči a pokusit se lidsky sblížit s klientem. Usmát se, dotknout se, povzbudit nebo nabídnout pomoc povzbudí klienta, který má pocit našeho zájmu o jeho osobu. (Chochinov, 2012, s. 30) Soucit popisuje Chochinov (2012, s. 31) jako pocit, ne intelektuální proces. Pro některé pečovatele je soucit vrozená dispozice, zatím co pro jiné to může být emoce, kterou získali životními situacemi a zkušenostmi. „Soucítění s pacientem vyjadřuje hlubokou úctu před utrpením druhých, vyjadřuje pocity, které jsou vyvolány v kontaktu s pacientem, a vyžaduje velkou míru empatie pečujících. (Holmerová, 2007, s. 46 – 47) O dialogu se Chochinov (2012, s. 31) vyjadřuje jako o základu vztahu mezi klientem a pečovatelem. Výsledkem dialogu by měl být individuální plán klienta, který se na něm sám podílí a pomáhá plánovat průběh péče. Ačkoliv jde o základní kámen péče, je to zároveň i nejvíce kritický bod, kdy může dojít k ignorování skutečných potřeb klienta a jejich nahrazení představou pečovatele o nejvhodnější péči.

V rodinách dochází k situaci, kdy se zdravotní stav stárnoucího jedince a jeho pokročilý věk negativně ovlivní úroveň jeho soběstačnosti natolik, že si nebude schopen samostatně zajišťovat denní životní potřeby a starat se o sebe – může dojít ke ztrátě soběstačnosti. Ideální se jeví, aby senior zůstal ve svém domácím prostředí, ovšem z různých důvodů to nezmožné. Odklon od rodiny, důraz na individualitu každého člena, také výrazná medicinalizace a institucionalizace seniorské péče. (Matoušek, 2003, s. 34-35)

Obecný trend v dlouhodobé péči směřuje od institucionální péče spíše k domácí a komunitní pečovatelské službě. Pro komplexní řešení potřeb seniorů je důležitá integrovaná komunitní péče a spolupráce mezi zdravotnickými službami a službami sociální péče. Cílem služeb je udržet starého člověka co nejdéle v jeho přirozeném domácím rodinném prostředí při co nejvyšší možné úrovni zdraví, soběstačnosti a autonomie. (Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, 2009, s. 19)

7. Potřeby

Téma mé práce je zaměřeno na potřeby seniorů. K porozumění změnám, které se objevují ve stáří v oblasti naplňování potřeb, je nutné nejprve zjistit, jaké potřeby má člověk bez ohledu na věk. V této kapitole se pokouším definovat oblasti, ve kterých dochází ve stáří k razantním změnám, abych mohla více specifikovat oblasti, kterým se věnuji v empirické části.

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které chápeme jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. V průběhu života se potřeby mění z hlediska kvality i kvantity. Je důležité vědět, že všichni lidé mají společné potřeby a je stejně nutné si uvědomit, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby. (Trachtová, 2008, s. 10) Touha po uspokojení určité potřeby, po dosažení životního optima, aktivizuje jedince k činnosti. Aktivizace trvá, dokud není potřeba uspokojena nebo dokud se člověk nesmíří s faktem, že tato potřeba uspokojena být nemůže nebo nelze. (Šamánková, 2011, s. 17)

7.1. Teorie potřeb

V této kapitole popíši dvě teorie potřeb a to teorii Abrahama Maslowa a teorii potřeb Max - Neffa.

7.1.1. Maslowova hierarchická teorie potřeb

Abraham Harold Maslow (1908 – 1970) byl americký psycholog, jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. (Šamánková, 2011, s. 26) V roce 1943 uvedl teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Zdůrazňuje v ní těsné propojení filosofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů stala také filozofie hodnot. Maslowova filozofie člověka je součástí jeho světového názoru, který nazývá „náзором holisticko-dynamickým“. (Trachtová, 2008, s. 13) Motivační teorie potřeb je založena na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují. (Dvořáčková, 2012 s. 40) Maslow říká, že teorie motivace by se měla zaměřit především na cíle a nikoliv na prostředky vedoucí

k dosažení potřeb. Prostředky totiž mohou být kulturně specifické, kdežto cíle jsou spíše univerzální. (Nešporová, 2008, s. 23). Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. (Trachtová, 2008, s. 13) Maslow (podle Trachtové, 2008, s. 14) tvrdí, že

„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.“

Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti, což vede k tomu, že neuspokojené nižší potřeby převládnu a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými vyššími potřebami. Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb, tzn., že seberealizující jedinci musí být tedy všeobecně uspokojeni a duševně zdraví. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jedince. (Trachtová, 2008, s. 14)

Maslowova teorie tvrdí, že lidé jsou motivováni určitými potřebami a že tyto potřeby tvoří hierarchickou strukturu na základě dvou hlavních skupin potřeb:

- Odstranění nějakého nedostatku (tzv. D-potřeby, jako Deficiency Needs)
- Dosažení hodnoty bytí (tzv. B-potřeby, od Being Values)

V rámci D-potřeb nejprve člověk uspokojuje své základní lidské potřeby, které jsou dány evolucí, a když jsou uspokojeny, teprve pak se snaží o naplňování neuspokojených potřeb vyšších. Pokud se objeví nedostatek v nižších vrstvách, člověk se nebude starat o vrstvy vyšší a vrátí se zpět k uspokojování hierarchicky nižších potřeb. (Šamánková, 2011, s. 25 -26)

1. Fyziologické potřeby

Vznikají při porušení rovnováhy organismu a slouží k přežití. Jedinec většinou dělá vše proto, aby uspokojil fyziologické potřeby, dříve než se stanou aktuálními. Jakmile se stanou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantní a ovlivní celkové chování a jednání jedince. (Trachtová, 2008, s. 14) Patří mezi ně potřeba kyslíku,

pohybu, jídla a tekutin, spánku a odpočinku, vyprazdňování, tepelné pohody, nepřítomnosti bolesti a sexuální potřeby. (Malíková, 2011, s. 169)

2. Potřeba jistoty a bezpečí

Znamená potřebu jedince vyvarovat se nebezpečí či ohrožení, vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, ochraně, osvobození od strachu a úzkosti. (Malíková, 2001, s. 169) Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty. (Např. u nemocného člověka můžeme vždy mluvit o ztrátě životní jistoty a nemocný člověk potřebuje vědět, že ho neopustíme, nenecháme samotného). (Trachtová, 2008, s. 14)

3. Potřeba lásky a sounáležitosti

Je to potřeb milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti a potřeba sociální integrace. Často vystupuje do popředí v situacích opuštění nebo osamocení. (Trachtová, 2008, s. 14)

4. Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty

Projevuje se ve dvou rovinách, a to nejprve ve vztahu k sobě samému a pak ve vztahu k okolí. Vždy je první potřeba jedince orientovaná na sama na sebe, tj. sebeúcta, seberepekt sebepřijetí a sebehodnocení, kdy si člověk potřebuje prvé radě vážit sám sebe. Druhá je potřeba respektu, uznání a ocenění okolím. Projevy této potřeby reprezentují touhu po respektu okolí, aby si člověk mohl potvrdit svůj status a své místo ve společnosti. (Malíková, 2011, s. 170)

5. Potřeba seberealizace a sebeaktualizace

Vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. (Trachtová, 2008, s. 14) Patří sem potřeby poznávat, vědět, rozumět, orientovat se v něčem, touha po nových poznacích a informacích. (Malíková, 2011, s. 170)

6. Estetické potřeby

Jde o uspokojení touhy po kráse, vkusu, umění, estetice, úpravnosti. Estetická potřeba se může projevovat v různých oblastech a různým způsobem: touhou po upraveném zevnějšku (oblečení, líčení, úprava vlasů, doplňky aj.), dále požadavky na upravené, příjemné prostředí, kde jedinec pobývá, návštěvami či sledováním kulturních, uměleckých a společenských akcí (koncerty, divadelní představení, výstavy) nebo i vlastní tvorbou uměleckých děl, estetiky, vytvářením krásy. (Malíková, 2001, s. 170)

7.1.2. Teorie potřeb M. Max-Neff

Manfred Max – Neff, který se zabýval především otázkami chudoby, argumentoval, že základní lidské potřeby jsou nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné ve své povaze. Max – Neffova teorie potřeb neboli model rozvoje lidské škály klasifikuje lidské potřeby nemnohé, konečné a určité, navíc konstantní ve všech lidských kulturách a historických časových periodách. Podle Max-Neffa se liší jen způsoby, jakými jsou tyto potřeby naplňovány. Základní potřeby jsou podle něj bytí, ochrana, city/láska, porozumění, participace, rekreace (ve smyslu volného času, odpočinku, času na relaxaci), kreaci/tvoření a svobodu.

Z velkého množství teorií lidských potřeb jsem vybrala dvě. Maslowovu teorii potřeb, která je nejznámější a jako protipól jsme vybrala teorii potřeb Max-Neffa. Na některých potřebách se Maslow a Max-Neff shoduje. Potřeba ochrany, lásky nebo tvoření se vyskytují v obou teoriích. Nejvýraznějším rozdílem je, že podle Max-Neffa potřeby nemají svou hierarchii a různou důležitost a ani se neliší v různých kulturách. Ve svém výzkumu vycházím z Maslowovy teorie potřeb, jelikož předpokládám, že potřeby jsou podřízené určitému hierarchickému pořádku, který určuje okamžitou důležitost potřeby.

7.2. Specifika potřeb u seniorů

Senioři potřebují uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřebná péče však není spojena s věkem, ale je spojena s poklesem funkční schopnosti a soběstačnosti, které omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby. (Dvořáčková, 2012, s. 38)

Jak potvrzuje Janečková (2005, podle Čevely a kol, 2012, s. 33), ve stáří mnozí lidé ztrácejí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byli zvyklí. Tím se nápadně snižuje kvalita jejich života. Podpora těchto lidí vyžaduje pochopení a znalost jejich potřeb a preferencí. Ty jsou jednak individuální, tak obecně lidské.

Kaufmanová ve svém výzkumu dospěla ke zjištění, že k hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda. Co se týče důležitosti potřeb seniorů, uvádí, že pro seniory jsou nejdůležitější potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a

sociální potřeby. Domnívá se, že senioři zdůrazňují ty hodnoty a potřeby, které pocítují jako ohrožené, s tím, že je velmi pravděpodobné, že hodnoty budou záviset na podmínkách bydlení, na zdravotním stavu, na úrovni sociálních kontaktů a na dalších faktorech. (Dvořáčková, 2012, s. 39)

Vágnerová (podle Dvořáčkové, 2012, s. 35) se domnívá, že senioři se cítí více ohroženi onemocněním nebo ovdověním, smiřují se s určitou mírou závislosti na jiných lidech a do popředí vystupuje potřeba podpory a bezpečí.

Pichaud a Thureauová (podle Nešporové, 2008, s. 27) uvádějí konkrétní příklady zobecnitelných změn potřeb ve stáří:

- Zprv dříve dostatečně saturované potřeby mohou být ve stáří pocítovány jako deficitní (např. bezpečí), zatímco u jiných se může projevit nadbytek (př. volný čas)
- Zadruhé dochází k akcentaci jiného rozměru dané potřeby (př. seberealizace je více spojena s koníčky).
- Zatřetí propojení určitých typů potřeb zesiluje (např. bezpečí je více spojováno s fyzickou pohodou), u jiných naopak může oslabovat (ekonomické zajištění není spojeno se seberealizací v zaměstnání) nebo zajištění jedné z potřeb neguje potřebu jinou (přestěhování do domu s pečovatelskou službou může zvýšit pocit bezpečí, ale narušit sociální vazby)

Zájem o fyziologické potřeby se postupně ztrácí. Povinnost poskytovatelů péče spočívá v převzetí role zabezpečení fyziologických potřeb, tak aby člověk netrpěl nedostatkem např. ve výživě nebo vyprazdňování. Seberealizace v podstatě zaniká, těžce a vážně nemocný člověk nechce slyšet, jak by se ještě mohl realizovat, ale chce být ubezpečen, že se mu mnohé povedlo, že něco dokázal. (Šamánková, 2011, s. 36)

Vybranými potřebami, jejichž naplňování prověřuji ve výzkumu, se budu zabývat podrobněji. Jde o soběstačnost, autonomii a sociální inkluzi. Vybrané potřeby považuji v životě seniora za velmi významné a jejich naplnění či nenaplnění výrazně ovlivňuje prožívání života seniorů. Vybrané potřeby jsou mezi sebou úzce provázány a naplnění jedné potřeby částečnému naplnění potřeby další.

7.2.1. Soběstačnost

Soběstačnost je schopnost vykonávat samostatně, pravidelně a bez pomoci druhé osoby běžné denní činnosti a uspokojovat přiměřeně životní potřeby v konkrétních životních podmínkách prostřednictvím tzv. aktivit denního života. (Holmerová, 2007, s. 51) Zavázalová (2001, s. 26) uvádí, že soběstačnost seniora je komplex čtyř základních komponent: fyzické (kde je nejdůležitější mobilita), psychické (schopnost zařizovat si věci samostatně), sociální (integrace s rodinou a společností) a ekonomické, která je definována dostačujícími příjmy.

Se stoupajícím věkem mohou přibývat chronická onemocnění, která vedou ke snížení soběstačnosti. Zhoršená soběstačnost a změna sociální role ovlivňují účast na společenském životě, kdy se senior ocitá v sociální izolaci a je pro něj těžké přijmout fakt závislosti, ztrácí svou identitu a mnozí si nedovolí říci o pomoc. Starý člověk obtížně snáší drobné zátěže, nerad mění svůj zaběhnutý styl života. (Klevetová, 2008, s. 23) Samostatnost a soběstačnost je pro značnou část starých lidí dnes vysokou hodnotou. Podle výzkumu Veselé (podle Jeřábka, 2005, s. 61) by 60% seniorů z výzkumného souboru i v případě omezené soběstačnosti raději žilo ve vlastní domácnosti, s podporou rodiny a sociálních služeb. Ztráta soběstačnosti, nemožnost sebeobsluhy i v těch triviálních, a přesto nejdůležitějších věcech člověka degraduje.

Podle diskusního materiálu k východiskům dlouhodobé péče v České republice, který vznikl ve spolupráci Ministerstva práce a sociálních věcí a Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy (2010, s. 10) existují čtyři druhy soběstačnosti. Soběstačnost obecná je schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném, obvykle náročném prostředí a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí dopomoci. Dále existuje soběstačnost konkrétní, což je schopnost vést důstojný život samostatně v konkrétních podmínkách stávajícího bydliště a sociálního prostředí. Dalším druhem soběstačnosti je soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života (IADL – instrumental activities of daily living), což je schopnost vykonávat běžné úkony každodenního života (doprava, nákup, zacházení s financemi, obstarání domácnosti atd.). Posledním typ soběstačnosti je soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách (ADL – activities of daily living). Jedná se o schopnost obstarat základní sebeobslužné výkony (najíst se, vykonat hygienu, vykonat toaletu, přesunout se, zachovat čistotu atd.) Schopnost obejít se bez pomoci v péči o vlastní osobu.

Pokud potřebujeme zjistit, zda je senior soběstačný, musíme zjistit míru závislosti, což je indikátor určující míru péče.

„Závislá osoba je osoba, která v důsledku ztráty fyzické, psychické nebo intelektuální autonomie potřebuje podstatnou pomoc k uspokojování svých potřeb.“
(Jeřábek, 2005, s. 42)

Soběstačnost seniora můžeme podporovat jak neformální péčí (za pomoci rodinných příslušníků), tak můžeme soběstačnost seniora zvyšovat také různými službami (domácí pečovatelská služba, domácí zdravotnická péče apod.). Míru závislosti, která vzniká se ztrátou soběstačnosti, je možné zjistit pomocí různých typů hodnocení, např. Barthelův test základních všedních činností, Test ošetřovatelské zátěže, Test instrumentálních denních aktivit.

7.2.2. Autonomie

Autonomie je klíčový faktor zahrnující důstojnost, který je spojen v kontextu s lidskými právy a rovností. Podle slovníku autonomie znamená svébytnost, nezávislost. V přeneseném smyslu pak autonomie znamená dělat nezávislá rozhodnutí, rozhodovat sám za sebe. Autonomie člověka je ohrožena všude tam, kde lidé potřebují pomoc a podporu v uspokojování základních a osobních potřeb. (Holmerová, 2007, s. 39)

Podle Holmerové (2007, s. 40) je pro zachování autonomie nezbytné spolupracovat se staršími lidmi jako s rovnocennými partnery, ponechat jim možnost kontroly nad vším, co se jim děje a poskytovat seniorům informace pro ně přijatelným způsobem. Dále je potřeba zajistit, aby uživatelé služby byli plně zahrnuti do rozhodování o jejich každodenní péči (např. co si obléknout, kdy jít spát a jiné) a o jejich běžných denních činnostech.

Šamánková (2011, s. 39) definuje autonomii jako potřebu zachování schopnosti vést život podle vlastních pravidel, kdy být autonomní znamená zůstat pánem svého možného způsobu života. Autorka také zdůrazňuje, že autonomii jedince zajistíme tím, že budeme respektovat jeho vyslovená přání a názory. I člověk, který je částečně nebo plně fyzicky závislý na druhých, může být zároveň psychicky zcela autonomní.

Sýkorová (podle Nešporové, 2008, s. 29) se zabývala obecně konceptem autonomie jako spojujícím tématem pro strategii zvládání stáří. Ve svém kvalitativním výzkumu zjistila, že z pohledu seniorů je autonomie vícesložkovým konceptem, v němž dominuje fyzická soběstačnost, tedy hlavně zdraví, v širším pojetí soběstačnosti však

figurovala již také soběstačnost psychická. „Subjektivní zdraví ovlivňuje i jejich chápání hodnoty vlastní autonomie: čím je horší zdraví, tím je autonomie cennější, až po hranici naprosté závislosti, kdy namísto autonomie vystupuje do popředí hodnota bezpečí a lidské důstojnosti.“ Poté následuje finanční nezávislost, která umožňuje nezávislost na druhých lidech, rozhodování o vlastních záležitostech a svobodu v jednání.

Při ztrátě autonomie dochází k omezení schopnosti být sám sebou, omezení možnosti svobodně volit místo, čas, osoby, činnosti nebo nečinnosti s druhými osobami a dochází ke ztrátě kontroly nad svým životem. Člověku je omezen vliv na vykonávané činnosti a je mu snížena míra zodpovědnosti za svá rozhodnutí. (Kleťová, 2008, s. 69)

7.2.3. Sociální inkluze

Neboli začlenění je hlavně u starších osob nesmírně důležité z hlediska kvality jejich života a jejich nezávislosti. Příležitosti spolupracovat a spolupodílet se na fungování společnosti nebo komunity jim přináší pocit autonomie a důstojnosti. U starších lidí obvykle dochází k ubývání sociálních kontaktů, k úbytku aktivit a ke ztrátě pocitu potřebnosti. (Holmerová, 2007, s. 39)

Holmerová (2007, s. 39) také popsala několik postupů, jak zabránit u seniorů sociální exkluzi. Mělo by docházet k udržování kontaktů s rodinou a přáteli, zachovávat kulturní aktivity (návštěva kina, divadla, koncertu) a občanské aktivity. Pokud je to možné, snažit se zachovat přístup k základním službám (nakupování, zdravotní péče) a zajistit možnosti využívat finanční služby (např. vlastní bankovní účet nebo termínované vklady).

Nedostatkem sociálních kontaktů a změnou dosavadního životního stylu dochází k narušení mezilidských vztahů. Sociální izolace a osamělost prohlubují sníženou soběstačnost. (Kleťová, s. 144)

Test funkční míry nezávislosti (Functional Independent Measure) je mezinárodně uznávaný test, který určuje fyzickou a kognitivní stabilitu. Vychází z Barthelova testu a navíc zohledňuje komunikaci s prostředím a sociální vztahy seniora. (Kleťová, s. 184) Cílem testu je změřit to, co pacient zvládne, bez ohledu na jeho diagnózu.

B) Empirická část

8. Výzkum potřeb seniorů užívající domácí pečovatelskou službu

8.1. Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Cílem kvalitativního výzkumu je zjistit, jak se daří domácí pečovatelské službě naplňovat vybrané potřeby uživatelů této služby, se zaměřením na potřebu autonomie, soběstačnosti a sociální inkluze. K zodpovězení hlavní výzkumné otázky je potřebné zjistit a ověřit:

- Jak dalece mohou senioři samostatně rozhodovat o průběhu služby a o své vlastní osobě
- Jak soběstačný se senior cítí a jak soběstačný ve skutečnosti je
- Jakým způsobem udržuje své sociální kontakty

8.2. Metody získání dat

Pro získání dat jsem zvolila metodu semistrukturovaného interview. Jde o základní metodu sběru dat v kvalitativním výzkumu.

8.3. Výzkumný soubor

Předmětem zkoumání byly názory a zkušenosti seniorů, využívající domácí pečovatelskou službu v několika zařízeních ve Zlínském kraji. Při sestavování výzkumného souboru jsem se snažila, aby byli v souboru respondenti zastoupeni klienti, kteří splňují následující podmínky:

- Využívání domácí pečovatelskou službu minimálně jeden rok
- Jsou starší 65 let
- Užívají službu alespoň jednou týdně
- Jsou částečně soběstační v základních všedních činnostech

Při výběru výzkumného souboru bylo potřeba zajistit, aby respondenti měly s pečovatelskou službou delší zkušenost, a to po dobu minimálně jednoho rok alespoň jednou týdně. Jen z dlouhodobé zkušenosti se službou si lze vytvořit osobní názor na průběh služby. Respondenti museli být starší 65 let, aby byla splněna podmínka, že výzkum soubor budou seniorů. Jako další podmínku jsme stanovila částečnou soběstačnost respondentů využívajících pečovatelskou službu. To znamená, že senior je na pomoci pečovatelek závislý jen částečně. Určitou část základních všedních činností,

dokáže provést samostatně bez pomoci druhého člověka anebo s mírnou pomocí. Základní všední činnosti se posuzují pomocí Barthelova testu a patří mezi ně: najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, přesun lůžko-židle, chůze po rovině a chůze po schodech.

Posledním kritériem při výběru respondentů bylo pohlaví. Jelikož ženy jsou častějším klientem domácí pečovatelské služby, rozhodla jsem se vést rozhovor se třemi ženami a jedním mužem.

8.4. Zpracování a analýza dat

Nejprve jsem získaná data přepsala a vybrala informace, které byly obsahově důležité. Ty jsem následně zařadila do širších kategorií podle obsahu získané informace. Dále jsem k jednotlivým odpovědím přiřadila kód podle typu informace a dále jsem odpovědi dělila do menších celků. Jednotlivé kategorie jsem poté podrobila analýze četnosti výskytu určitého jevu.

8.5. Etická pravidla a limity výzkumu

Před začátkem rozhovoru byl každý respondent seznámen s tématem rozhovoru, za jakým účelem je prováděn a kde a jak bude zveřejněn. Byly mu podány základní informace o bakalářské práci a o významu výzkumu a byl ujištěn, že nahrávky interview budou po přepsání smazány. Také byl upozorněn na fakt, že interview je anonymní a je zaručeno, že žádná citlivá data v práci nebudou použita a organizace nebude informována o průběhu nebo výsledcích jednotlivých rozhovorů. Samotný rozhovor probíhal až po vyjádření souhlasu ze strany respondenta. Respondenti se rozhovoru účastnili dobrovolně.

Výpovědi respondentů mohou být ovlivněny skutečností, že realizátorka rozhovoru se bude ptát na informace velmi osobní a týkající se služby, která pomáhá zvyšovat nezávislost klienta. I přes ujištění respondentů o anonymitě rozhovoru, je možnost znehodnocení údajů z důvodu obav o seniora o prozrazení informací třetí straně. Výzkumný soubor je malý a existuje zde riziko, že výsledky šetření budou zkresleny povahovými vlastnostmi respondentů.

8.6. Údaje respondentů

Respondent č. 1

Pohlaví: Žena

Věk: 80 - 85

Délka využívání služby: 5 let

Zařízení: Charita Veselí nad Moravou

Respondent č. 2

Pohlaví: Žena

Věk: 85 - 90

Délka využívání služby: 1,5 roku

Zařízení: Hvězda o.s. Zlín

Respondent č. 3

Pohlaví: Žena

Věk: 90 - 95

Délka využívání služby: 8 let

Zařízení: Oblastní charita Uherské Hradiště

Respondent č.4

Pohlaví: Muž

Věk: 75 - 80

Délka využívání služby: 3 roku

Zařízení: Oblastní charita Uherské Hradiště

9. Interpretace výsledků

9.1. Zkušenost s pečovatelskou službou

Pokud chceme zjistit, jakým způsobem dokáže pečovatelská služba naplňovat potřeby seniorů, je potřeba znát jejich názor na službu a jakým způsobem ji vnímají, jaký mají názor na osoby, které o ně pečují a jak služba probíhá.

Na otázku, jak se klienti cítí během poskytování pečovatelské služby, odpověděli tři ze čtyř klientů, že si nejprve museli zvyknout, aby se cítili dobře. Respondent č. 1 (dále jen R.1): *„Zprvu mi to nebylo moc příjemné, měla jsem pocit, že už se o sebe nedokážu sama postarat, víte, ale pak jsme si tak nějak zvykla.“* Respondent č. 2 (dále jen R.2) uvedl: *„Dost mi trvalo, než jsem si zvykla na svoji pečovatelku, než jsem jí třeba dovolila, aby mi pomohla v koupelně.“* respondent č. 4 (dále jen R.4): *„Vadilo mi, že mi tu chodí cizí ženské, uklízají a trajdají po bytu. Pak jsem si zvykla. Smířil jsem se s tím.“* Respondent č.3 (dále jen R.3) spíše reagoval na sociální význam návštěv pečovatelek. Přesto uvedl: *„Jsem šťastná, že za mnou chodí.“*

Při popisu chování pečovatelek byly odpovědi většinou kladné. *„Jsou hodné“* (R.1) *„Je příjemná“* (R.2) *„Jsou velmi ochotné a moc mi pomůžou. Nemám připomínky k jejich chování“* (R.3) *„Většinou to jde, jenom jedna je hrozná čarodějnice. Ty další jsou fajn“* (R.4) Zároveň, ale doplnění odpovědí ukázalo, že ačkoliv chování je hodnoceno kladně, jsou zde určité limity. *„Některé jsou šikovnější, hlavně jedna, ta přesně ví, co má dělat a kam co patří, no prostě to dělá, tak jak bych to udělala já.“* (R.2) *„Některé jsou takové pomalé.“* (R.1) Usuzuji tedy, že ačkoli klienti vidí v pečovatelské službě přínos, srovnávají výsledky práce pečovatelek s výsledky svého vlastního snažení a mnohdy mohou najít určité rozpory, které neodpovídají jejich představě.

Na otázku, jakým způsobem ovlivnila pečovatelská služba život klientů, byly všechny odpovědi kladné. *„Mně některé ty věci hrozně dlouho trvají a ony to mají hned. Uklidí, vysajou, všechno je to šup šup. Já už bych ty některé věci ani nezvládla.“* (R.1) *„Je to jednodušší, vím, že přijde a pomůže mi s tím, co potřebuji.“* (R.2) *„Moc mi to ulehčilo.“* (R.3) *„Mám všechno, co potřebuju“* (R.4)

V oblasti rodinných vztahů, kdy měli respondenti odpovědět, zdali se rodinní příslušníci podílejí na péči, byla odpověď vždy kladná. U dvou respondentů byla největší překážkou, která omezuje péči rodinných příslušníků, jejich vzdálenost od bydliště seniora. *„Rodina bydlí daleko, ale bydlí tu moja neteř s rodinou, tak aspoň oni“*

za mnou jezdívají. Každý týden za mnou jezdí, i častěji, když něco potřebuju. (R.1)
„Mám dvě dcery, ale ty tu nebydlí, jsou v Olomouci a mají to daleko, tak za mnou jezdí jenom jednou za dva týdny s velkým nákupem. Ale když mám něco naléhavého, tak mi pomůžou a dojedou.“ (R.2) *„Já toho od nich moc nepotřebuju, spíš mě navštěvují a nebo mi třeba zapojili takovou tu krabičku k televizi a vysvětlili mi, jak to funguje.“ (R.3)* *„O víkendu míváme vždycky společné obědy, buď u syna nebo u dcery. Oni se starají. Přes týden mi zase volají, jestli něco nepotřebuju.“ (R.4)*

U otázky, jaký je názor respondentů na institucionální péči, byly odpovědi půl na půl. Část o institucionální péči neměla v budoucnu zájem. *„To já nechci! Chci být doma, dokud můžu.“ (R.2)* *„Nechtěl bych do žádného domova, bylo by to hrozné.“ (R.4)* Druhá část respondentů uvažovala v budoucnu o využití nějakého zařízení. *„Sháním místo v penzionu pro seniory, ale chtějí nějaký vstupní vklad a prý se tam hlásí moc lidí. Jako když už se člověk o sebe nedokáže postarat, tak to je dobré, být takto někde.“ (R.3)* *„Chtěla bych jít do domova, protože nevím, jak to budu sama dál zvládat.“ (R.1)* Z odpovědí plyne, že hlavní motivace k odchodu do zařízení je obava z budoucnosti, když už se o sebe člověk nedokáže sám postarat.

Souhrnně lze říci, že klienti jsou spokojeni jako uživatelé domácí pečovatelské služby. Dle odpovědí usuzují, že posláním služby, tedy umožnit a ulehčit seniorům život v domácím prostředí, je naplňováno. Je přirozené, že klienti si museli nejprve zvyknout na pečovatelky, jelikož byli konfrontováni s velkou změnou ve svých životech a museli se s novou situací nejprve vyrovnat. Také se ukázalo, že rodinní příslušníci se na péči vždy podílí, rozdílů jsou pouze v jaké míře. To je ovlivněno bydlištěm rodinných příslušníků, jejich povoláním a jinými povinnostmi. Potvrdilo, že u respondentů figuruje jako pečovatelky 100% ženy.

9.2. Naplňování potřeby autonomie

K zachování autonomie je důležité, aby o sobě klienti mohli rozhodovat sami a svobodně. Už na otázce, jak proběhlo rozhodování o využívání pečovatelské služby, se ukázalo, že u poloviny respondentů rodina neakceptuje autonomii klienta, jelikož rozhodnutí o užívání služby provedla za něj. U jednoho respondenta bylo rozhodnutí ovlivněno pracovní vytížeností rodiny. *„Rodina mi to doporučila, mají dost práce a sami by to nezvládli.“ (R.1)* *„Dcera si to vymyslela, tak jsem nakonec souhlasil. Aspoň se mnou mají míň práce.“ (R.4)* Druhá polovina respondentů se rozhodla sama. Rozhodnutí bylo ovlivněno obavou, aby senior svou rodinu neobtěžoval. *„Rozhodla*

jsme se sama! Nechci být nikomu na obtíž, takže když jsem se o tom dočetla, tak mi přišlo, že by se mi to hodilo.“ (R.3) „Rozhodla jsem se sama a dcery mě v tom podpořily. Přece jen jim to ulehčí.“ (R.2) Tazatel se poté zeptal, co by se stalo, kdyby dcery nesouhlasily. „Nevím, možná bych si to rozmyslela.“ (R.2)

Dále jsem se ptala, jakým způsobem se klient podílí na plánování služby. K udržení autonomie klienta je nutné, aby mohl samostatně rozhodovat o tom, jak služba bude probíhat, které činnosti se budou vykonávat a za jakých podmínek. Odpovědi respondentů se shodují v tom, že se s pečovatelkou vždy předem domluví na dnu a hodině, kdy budou navštíveni. *„Domluvíme se vždycky na den a hodinu, kdy má pečovatelka dojít.“ (R.1) „My se na poslední návštěvě domluvíme, kdy má zase přijít, v kolik hodin to asi bude a někdy se i rovnou dohodnem na nějakých věcech, co budeme dělat.“ (R.2) „Domlouváme se dopředu, kdy se zastaví.“ (R.3) „Chodí každý čtvrtek, tak to máme dohodnuto od začátku.“ (R.4) Jeden respondent si postěžoval na nedodržování domluvy. „Většinou stejně chodí jinak, než jsme si řekly. Prý toho mají moc a protáhne se to. Já pak na ně čekám a nic nemůžu, protože se bojím, kdy dojde.“ (R.1) Polovina respondentů se s pečovatelkou dohodne na vykonávané činnosti až při příchodu ke klientovi. *„Domluvíme se pak, co budem dělat.“ (R.1) Většinou se na domluvíme, až když přijde ke mně.“ (R.2) U jednoho respondenta bylo zjištěno, že činnosti, které se mají dělat domlouvá rodinný příslušník. „Vždycky udělají na čem jsou domluvené s mojí dcerou. Já většinou po nich nic nechci.“ (R.4)**

Reakce na otázku jak pečovatelky reagují na přání a názory uživatelů byla vesměs pozitivní. *Když jí řeknu, co bych potřebovala udělat, tak to udělá.“ (R.2) „Plní, co mi na očích vidí“ (R.3) „Někdy, když chci ven, mi to rozmlouvají, že je škaředě nebo tak. Jinak mi vycházejí vstříc.“ (R.1)*

Z výpovědí respondentů můžeme vyčíst, že část klientů pečovatelské služby se ocitla bez možnosti plně rozhodovat o svém osudu, jelikož za ně rozhodnutí dělá rodina. To znamená, že autonomie seniora není naplňována již v rodinném prostředí. Druhá část klientů se rozhodla využívat službu samostatně. Jeden klient své rozhodnutí konzultoval s rodinou a za předpokladu, že by rodina nesouhlasila, klient by službu pravděpodobně nevyužíval. Druhý respondent se rozhodl sám, bez vnějších zásahů. Tyto závěry považují za velmi důležité, protože ukazují, že autonomie klienta je snižovaná již v rodinném prostředí a naopak během pečovatelské služby narůstá, jelikož pečovatelky vycházejí přání svých klientů vstříc a výběr aktivit nechávají na nich.

9.3. Naplňování potřeby soběstačnosti

Oblast pomoci je u všech respondentů relativně úzká. Všichni jsou mobilní a pomoc je specifikována na oblast udržení domácnosti a hygieny klienta. „*Potřebuju hlavně pomoc s úklidem a dovést oběd. Sem tam pomoc při koupání, ale to většinou dělá snacha se mnou.*“ (R.1) „*Pečovatelka mi to vždycky poklidí, umyje nádobí, vysype koš a takové různé věci, co zrovna potřebuju. Pravidelně mi pomáhá, když se koupu.*“ (R.2) „*Vždycky vysaje, poklidí, umyje koupelnu a pak mi pomáhají při velkém úklidu mytí oken a tak.*“ (R.3) „*Vždycky mi tu pouklízí, co tu mám, převlečou postel utřou prach, popraví to. Mám tu aspoň pořádek.*“ (R.4)

Pokud jde o složitější úkony jako nákup, návštěva lékaře, pošty nebo lékárny, jsou mezi respondenty rozdíly. Jeden respondent zvládá všechny úkony sám s minimální asistencí sousedky. „*To všechno zvládám sama! Někdy se za mnou staví sousedka, že jde do obchodu, tak to jí řeknu, ať mi něco nakoupí. Ale jinak chodím sama.*“ (R.3) Jeden respondent je zcela závislý na pomoci rodiny. „*To zařizují moje dcery. Když něco potřebuju, domluvím se s něma a ony to zařídí.*“ (R.2) Další dva respondenti někdy využívají pomoc pečovatelské služby, ale pokud to jde poprosí o pomoc rodinu. „*Mám to domluvené s rodinou, že mě vyzvednou a zavezou do banky nebo na poštu. Nákup mi taky vozí oni. Když jdu ale k doktorovi, tak to se domluvím na charitě, aby mě zavezli.*“ (R.1) „*Většinou mi to zařídí dcera, buď to vyřídí anebo jde se mnou. A když nemůže, domluví mi to s pečovatelkou, a ta mě vezme, kam potřebuju. Ale nakoupit chodím sám, mám to za rohem.*“ Z odpovědí usuzují, že klienti a rodina se snaží využívat dalších aktivit pečovatelské služby, co nejméně. Pokud to je možná, rodinní příslušníci seniorovi sami pomohou s časově náročnějšími úkoly.

Při otázce, kde měli klienti odpovědět, ve kterých činnostech se cítí plně soběstačný, jeden respondent odpověděl: „*Cítím se soběstačná ve všem! Ale tak někdy záleží, jak se vyspím. Ráno se cítím na nic, mám pocit, že nic nezvládnou a odpoledne jsem zas plná energie a cítím se jak mladica. Tak různě se to mění během dne.*“ (R.3) Další respondenti uvedli: „*Dokážu se o sebe postarat, jsme sice nemocný a už to není, co to bývalo, ale pořád se zvládnou okoupat, dojít si na nákup, něco trochu uvařit třeba.*“ (R.4) „*Sama si vařím, ale musím říct, že to není úplně jednoduché a právě uvažuju, že budu využívat donášku obědů.*“ (R.2) „*No v ničem. Nic nezvládnou sama, ani uklidit, obědy mi musí vozit, ven nemůžu. Nic.*“ (R.1)

Mám za to, že potřeba soběstačnosti je potřeba, jejíž míra naplnění souvisí s povahovými rysy člověka a postojem k životu. Také nejjednodušeji podléhá náladám a okolnostem. Všechny tyto skutečnosti ovlivňují výsledek zkoumání a nelze jednoznačně říci, zdali pečovatelská služba pomáhá klientům naplňovat potřebu soběstačnosti. Pokud se zaměříme na rozdíl mezi tím, jak soběstačně se klient cítí a jak soběstačný ve skutečnosti je, zjistíme, že respondent, který využívá jen drobnou pomoc od pečovatelek a rodiny, se cítí absolutně nesoběstačný, zatím co klient, který je na tom podobně se cítí relativně soběstačně. Z toho vyplývá, že úroveň soběstačnosti souvisí s emoční stránkou člověka a jeho momentální náladou. Samozřejmě je nutné dodat, že klienti, kteří jsou i jen částečně závislí na výkonech druhé osoby, mají sníženou soběstačnost a během služby je potřebné tuto okolnost vnímat.

9.4.Naplňování potřeby sociální inkluze

U otázky týkající se toho, s kým se klienti nejčastěji stýkají, byla nejvíce zmiňovaná rodina. *„Nejčastěji s rodinou, vždycky jak dojedou, tak chvíli zůstanou.“* (R.1) *„Dcery mě navštěvují často, i s jejich rodinami.“* (R.2) *„Nejvíce se vídám s rodinou, syn s manželkou, pravnučka za mnou chodí, a i tak různě příbuzní se sem tam zastaví.“* (R.3) *„Rodina tu je často“* (R.4) Nejčastěji po rodině byli zmiňováni sousedé. *„Sem tam dojde soused se zeptat, jak se mám.“* (R.2) *„Soused se občas staví.“* (R.4) A na posledním místě se umístili přátelé, které zmínil pouze jeden respondent. *„Máme s kamoškami každou nedělu posezení. Vždycky povykládáme, co nového, jak rodina, zdraví, každá něco donese.“* (R.3)

Zajímala jsem se také o to, jestli senioři považují pečovatelku za významný zdroj sociálního kontaktu. Jen jeden respondent odpověděl kladně. *„To víte, že jo. My si vždycky dobře povykládáme, známe se.“* (R.3) Další dva respondenti uvedli: *„No, je to sociální kontakt, ale přece jen to není přítel, někdo koho znáte a s kým se přátelíte. Je to jiné.“* (R.2) a *„Nevím, jsem ráda, že někdo dojde. Jsou to hodné děvčata.“* (R.1). Jeden respondent uvedl, že pečovatelky pro něj nejsou výrazným sociálním kontaktem. *„Ani ne.“* (R.4)

Dále jsme se ptala, zda jsou klienti ve styku se svými přáteli. Pouze jeden respondent uvedl, že se s přáteli stýká osobně a jeden respondent si s přáteli píše dopisy. Objevilo se ale jiné téma týkající se přátelství a to ztráta přátel. *„Teď jedna kamarádka umřela. Zapálila jsme za ní svíčku. Je to smutné“* (R.3) *„Mí známí a přátele umírají,*

v lednu sousedka, pak doktorka a teď moje kamarádka. Je to hrozné, znali jsme se od dětství.“ (R.2)

Další významná oblast, která se objevila během rozhovoru, mluvila o důležitosti venkovních aktivit pečovatelek a seniorů. *„Když je pěkně, jdeme se projít kolem baráku, to mám ráda, vždycky někoho potkám.*“ (R.1) Taková procházka kolem domu, může klientovi zprostředkovat postrádaný sociální kontakt.

Další oblast mého zájmu se týkala zájmů respondentů, jak tráví svůj čas. Všichni klienti služby sledují televizi, poslouchají rádio a čtou. Dále se v odpovědích objevilo: *„Pravidelně sleduju zprávy, abych byla v obraze a mladí si neřekli, že nemám žádné informace o světě.*“ (R.2) *„Chodím ven, když mi to zdraví dovolí, aspoň trochu se projít a vyvětrat.*“ (R.3) *„Děcka mi koupili počítač, ta se snažím naučit pracovat s tím internetem. Zatím mi to celkem jde.*“ (R.4) Co se týče návštěv kulturních akcí, pouze jeden respondent uvedl, že navštěvuje kulturní akce. *„Ano, chodím se podívat na folklórní soubory.* (R.3). Jeden respondent uvedl: *„Tak jednou za měsíc si zajdu do hospody na točené.*“ (R.4), což lze považovat za určitý druh kultury.

Poslední oblast mého zájmu se týkala akademie třetího věku, kterou jeden respondent navštěvuje pravidelně *„Chodím každé pondělí na přednášky, to bývají takové různé cestopisné, ještě mě bavily třeba hodiny o architektuře.*“ (R.3) a jeden respondent ji navštívil. *„Párkrát jsem tam byl, ale zrovna mě to téma nezajímalo a pak už jsem tam nešel.*“ (R.4) Zbylí dva klienti o akademii slyšeli a jejich názor na ni je kladný. *„Prý je to fajn, ale já tam nemůžu kvůli té své hlavě.*“ (R.1) *„Četla jsem v novinách rozvrh a znělo to zajímavě, já se tam sama, ale bohužel nedostanu.*“ (R.2)

Z odpovědí klientů plyne, že nejvýznamnějším zdrojem sociálního kontaktu je rodina, která má tedy nezastupitelnou roli nejen v péči, ale také v oblasti sociálních kontaktů. Pečovatelky mají pro klienty svůj význam, ale většinou nejsou brány jako někdo blízký. Sociální kontakty, které klienti udržují, se soustředí na blízké okolí, jen ti, kterým to zdravotní stav dovolí, mají možnost více ovlivňovat trávení svého času. Je evidentní, že klienti mají široké podvědomí o akademii třetího věku a pokud by jim to zdravotní stav dovolil, rádi by se také aktivně účastnili přednášek.

ZÁVĚR

Hlavním posláním domácí pečovatelské služby je snaha podpořit seniory v samostatném životě v jejich domácím prostředí a podpořit naplňování těch potřeb, které nejsou senioři, z důvodu věku nebo zdravotního stavu, schopni naplnit sami. Považují za velmi dobrou zprávu, že samotní klienti, napříč zařízeními, hodnotí pečovatelskou službu kladně a dokážou pojmenovat pozitivní vlivy, které služba má na jejich život. Hodnoceno kladně bylo také chování pečovatelek, což je dobrá zpětná vazba pro poskytovatele služby. Přesto, že chování i služba jsou uživateli hodnoceny kladně, nepovažují klienti pečovatelky za nějaký významný zdroj sociálního kontaktu, což pro mě bylo malým překvapením, vezmeme-li v potaz, že pečovatelky navštěvují seniory až několikrát týdně.

Během výzkumu se objevily některé skutečnosti, které rozhodně stojí za větší pozornost. Překvapivé zjištění se objevilo při zkoumání naplňování potřeby autonomie. Autonomie neboli určitá samostatnost v rozhodování, jednání a konání, je důležitou potřebou pro každého člověka, seniora nevyjímaje. Pozitivně vnímám ujištění, že autonomie klienta, je podporována ze strany pečovatelek, které na seniorech nechávají rozhodnutí o průběhu služby a činnostech, které se budou provádět. Na druhou stranu se během výzkumu ukázalo, že autonomie respondentů je snižována v rámci rodinného prostředí, kdy za seniora dělá rozhodnutí jeho rodina. Tohle zjištění považují za velmi zajímavé a stojící za pozornost.

Celkově má rodina v životě seniora velmi důležitou roli. Nejen, že se rodinní příslušníci podílí na péči, ale jsou také nejvýznamnějším zdrojem sociálního kontaktu. S nikým jiným se senioři neseťkávají častěji než s rodinou. Ačkoliv pečovatelská služba nabízí asistenci také při návštěvě doktora, pošty, obchodu či jiných zařízení, senioři raději volí svou rodinu, která s nimi vyřídí, co zrovna potřebují. Na poskytovatele služby se v těchto případech obrací jen výjimečně. Tímto zjištěním se objevuje pro poskytovatele služby prostor pro zkoumání, z jakého důvodu senioři nevyužívají těchto služeb.

Poskytovatelé pečovatelské služby mohou také ocenit informaci o intenzitě prožitku seniora při úmrtí blízkého člověka. Není nic zvláštního na tom, že senior, tak jako každý člověk, citlivě reaguje na zprávy o úmrtí. Za významné považují to, že pečovatelská služba se ve své péči nezaměřuje na duchovní potřeby klienta, které by v rámci holistického přístupu neměly být opomíjeny.

Když se znovu zeptám na svou hlavní výzkumnou otázku, tedy: „ Jak se daří domácí pečovatelské službě naplňovat seniorům potřebu autonomie, soběstačnosti a sociální inkluze?“ myslím, že co se týče potřeby autonomie a sociální inkluze odpovědi byly nalezeny a popsány výše. Potřeba soběstačnosti ovšem byla oříškem. Mám za to, že ačkoliv se pečovatelky snaží soběstačnost klientů zvyšovat, je vnímání této potřeby natolik subjektivní, ovlivnitelné a proměnlivé, že nalézt jednoznačnou odpověď považuji za nemožné s ohledem na rozsah mé bakalářské práce.

Má bakalářská práce by mohla být využitelná pro poskytovatele domácí pečovatelské služby a také pečujícími laikům by některé závěry mohly být nápomocné v péči o rodinného příslušníka. Velkým přínosem byla práce však především pro mě. Poznatky neustále prakticky uplatňuji ve svém životě. Ať už v zaměstnání jako pečovatelka nebo jako neteř při péči o tetu.

Literatura

- Améry J. (2008). *O stárnutí. Revolta a rezignace*. Prostor
- Čevela R., Čledřová L., Dolanský H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing
- Čevela R., Kalvach Z., Čeledová L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Dvořáčková D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Haškovcová H. (1989). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama
- Holmerová I., Jurášková B., Zikmundová K. a kol., (2007): *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations, spol. s. r. o.
- Chochinov H. M. (2012): *Dignity therapy: Final words for final days*. New York: Oxford University Press., Inc.
- Jeřábek H. a kol. (2005): *Rodinná péče o staré lidi*. UK FSV CEVES Kaufmanová P. (2004): Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 2, s. 95 – 105
- Klevetová D., Dlabalová I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing
- Křivohlavý J. (2002), *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Malíková E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Matoušek, (2003). *Metody a řízení sociální práce*.
- Nešporová O., Svobodová K., Vidovicová L. (2008) *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.
- Poláková J., (2010), *Novinky v ošetrovatelské péči – Skriptum pro inovační kurz Novinky v ošetrovatelské péči. Holistické pojetí ošetrovatelské péče.* (s. 25 – 26)

- Smékal V. (2004): Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině a v zařízeních sociální péče. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 2, s. 50 – 62
- Strieženec Š. (2003): Poznámky k teorii a metodologii SP. *Sociální práce/Sociální práce*. č. 3, s. 51 – 61
- Stuart – Hamilton I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Portál s.r.o. Praha
- Sýkorová D., (2007). *Autonomie ve stáří*. Slon
- Šamánková M. a kolektiv. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Šelner I. (2004): Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 2, s. 12 – 20
- Trachtová E. a kol. (2008). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. NCO NZO
- Venglářová M., (2007): *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Zavázalová H. a kol.(2001): *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Karolinum, Praha..
- (2009). *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.
- (2010). *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
- Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 10. 3. 2013
- ČZSO (2012): *Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v roce 2011* [on-line]. Dostupné 10. 2. 2013 z <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/seniori>
- Misconiová B. (2006): *Systém domácí péče – informace pro klienty*. [on-line]. Dostupné 10. 11. 2012 z <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->

Příloha

TÉMATICKÉ OKRUHY:

1. Zkušenost s pečovatelskou službou
 - a) Jak jste se dozvěděla o možnosti užívat pečovatelskou službu?
 - b) Jak se cítíte během poskytování pečovatelské služby?
 - c) Jak byste popsal(a) chování pečovatelek?
 - d) Jakým způsobem ovlivnilo užívání domácí pečovatelské služby Váš život?
 - e) Jaký je Váš názor na institucionální péči?
 - f) Podílí se rodina na Vaší péči?
2. Naplňování potřeby autonomie
 - a) Jak probíhalo rozhodování o tom, že budete využívat pečovatelskou službu?
 - b) Jak se podílíte na plánování služby?
 - c) Jak pečovatelky reagují na Vaše přání a názory?
3. Naplňování potřeby soběstačnosti
 - a) Se kterými úkony potřebujete v rámci pečovatelské služby pomoci?
 - b) Jak často Vás pečovatelky navštěvují?
 - c) Jak zvládáte náročnější úkony jako nákup, návštěva lékaře, pošty apod.?
 - d) Ve kterých činnostech se cítíte plně soběstačný?
4. Naplňování potřeby sociální inkluze
 - a) S kým se nejčastěji stýkáte?
 - b) Je pro Vás pečovatelka výrazným zdrojem sociálního kontaktu?
 - c) Jak udržujete kontakt se svou rodinou a přáteli?
 - d) Účastníte se kulturních akcí? Jakých?
 - e) Jakým způsobem trávíte čas?
 - f) Jaký je Váš názor na akademii třetího věku?