

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**POTŘEBY UŽIVATELŮ ASISTIVNÍCH TECHNOLOGIÍ
V KONTEXTU AUTONOMNÍHO BYDLENÍ SENIORŮ**

NEEDS OF ASSISTIVE TECHNOLOGY USERS AMONG INDEPENDENTLY LIVING
ELDERLY IN PRAGUE



Magisterská diplomová práce

Autor: Tomáš Vácha

Vedoucí práce: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Olomouc

2015

Rád bych na tomto místě poděkoval všem, kteří svou podporou a pomocí přispěli k sepsání této práce, jmenovitě pak děkuji: Doc. PhDr. Ireně Sobotkové, CSc. za odborné vedení diplomové práce, zástupcům Života 90, Janu Lormanovi a Lence Ryšavé, za intenzivní spolupráci na přípravě výzkumného záměru i během oslovení účastníků a sběru dat, Lucii Váchové za pomoc s přepisem interview a Dagmar Váchové za korekturu. Lucii Reichové děkuji za pomoc s korekturou, formátováním a především za to, že mi byla v průběhu psaní práce oporou.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Potřeby uživatelů asistivních technologií v kontextu autonomního bydlení seniorů“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Obsah

Úvod	5
1 Stárnutí a stáří.....	6
1.1 Vymezení pojmů	6
1.2 Tělesné projevy stárnutí	7
1.3 Psychické projevy stárnutí a stáří.....	9
1.4 Socio-ekonomické aspekty stárnutí a stáří.....	12
2 Well-being a kvalita života seniorů.....	14
3 Autonomie seniorů	17
3.1 Autonomie, sebeobsluha a funkční status seniorů	17
3.2 Autonomie seniorů očima sociálních pracovníků.....	18
4 Bydlení seniorů	22
4.1 Současné možnosti bydlení seniorů	22
4.2 Bydlení, well-being a zdraví	25
4.3 Specifické potřeby seniorů v bydlení a rizikové faktory	27
5 Asistivní technologie a telemedicína v kontextu domácí péče	30
6 Výzkum a inovace v oblasti asistivních technologií	38
EMPIRICKÁ ČÁST	42
7 Výzkumný problém a pozadí výzkumu	43
8 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	47
8.1 Výzkumné cíle	47
8.2 Výzkumné otázky	47
9 Popis metodologického rámce	48
9.1 Metody sběru dat.....	49
9.2 Zpracování dat	50
10 Zkoumaná populace a výběrový soubor.....	51
11 Etické otázky výzkumu	53

12	Výsledky	54
12.1	Jaké faktory se podílejí na rozhodnutí využívat tísňovou péči?.....	54
12.2	Jak hodnotí senioři svou dosavadní zkušenost s využíváním tísňové péče?	59
12.3	Jak hodnotí senioři technická zařízení používaná v rámci tísňové péče?	61
12.4	Jaké potřeby, obavy a přání mají uživatelé asistivních technologií?	62
12.5	Jaké další zdroje pomáhají seniorům zachovat osobní autonomii?.....	66
12.6	Další identifikovaná témata.....	69
12.7	Doporučení	71
13	Diskuze	74
14	Závěry	77
	Souhrn.....	80
	Seznam literatury	83

Abstrakt

Abstrakt ČJ

Abstract EN

Přílohy

Příloha 1: Otázky interview pro klienty péče

Příloha 2: Online dotazník pro pracovníce služby

Příloha 3: Zadání diplomové práce

Úvod

Česká republika, spolu s dalšími vyspělými zeměmi světa čelí výzvám, které s sebou přináší fenomén populačního stárnutí. Stárnutí populace je důsledkem vývoje v oblasti medicíny, stability v regionu a ekonomické prosperity. Populační stárnutí ale také klade nároky na zvyšování efektivity systému péče o seniory při současném zachování, či ideálně zvyšování kvality péče. K řešení této situace může pomoci využívání moderních technologií v rámci systému sociální a zdravotní péče. Efektivní zavedení těchto technologií bude vyžadovat změny v organizačních modelech péče a kvalitní spolupráci zainteresovaných stran. Pro vývoj nových technologií a tvorbu nových modelů péče je potřeba porozumět potřebám a možnostem jednotlivých aktérů systému péče. V této práci se zabýváme mapováním potřeb klientů asistivních technologií s ohledem na samostatné bydlení. Vycházíme přitom ze zkušeností klientů tísňové péče, která již určité technologické řešení využívá. Toto mapování, doplněné o konkrétní doporučení má sloužit všem, kteří mají co dočinění s péčí o seniory či se zabývají vývojem nových technologických řešení.

Téma práce nepatří mezi tradiční témata psychologického výzkumu a vedla k němu souhra několika faktorů. Zdrojem inspirace byly výzkumné aktivity Univerzitního centra energeticky efektivních budov ČVUT, kde autor práce působí a předchází spolupráce s poskytovatelem tísňové péče Životem 90. Někde na začátku úvah nad problematikou bydlení seniorů stála otázka babičky autora, která zněla asi takto: „*Tomáši, když teda děláš tu psychologii, co bys poradil důchodcům, co bydlí sami, žijí jen z důchodu a už se nemůžou pořádně o všechno starat?*“. (babička autora, 83)

1 Stárnutí a stáří

V této kapitole se budeme věnovat problematice stárnutí a stáří. Popíšeme jednotlivé aspekty procesu stárnutí a se stářím spojené změny. Budeme se také zabývat možnými pohledy na kvalitu života ve stáří a přístupem EU k problematice populačního stárnutí. Na úvod vymežíme pro účely této práce pojmy stárnutí, stáří a senior.

1.1 Vymezení pojmů

Stárnutí a stáří jsou si jako pojmy velice blízké, ale neměli bychom je zaměňovat, jak se tomu často děje. Stáří je pojem statický, označující stav či etapu života, kdežto stáří je pojem dynamický, označující proces.

Stárnutí tedy v užším slova smyslu chápeme **jako proces degenerativních fyziologických změn v průběhu života člověka, na které nasedají změny psychologické a sociální**. Rychlost a povaha procesu stárnutí i míra jeho dopadu na zmíněné oblasti je individuální.

Na rozdíl od vývojových procesů v dětství a dospívání není totiž ve stáří možno určit běžný průběh procesů pořadí jednotlivých změn. Není proto ani jednoduché vytvořit vývojovou škálu popisující nástup určitých biologických či psychických změn vzhledem k věku a nastavit normy tak, jako je tomu u například u dětí. Snadné není také jasně oddělit projevy přirozeného stárnutí a projevy patologické, způsobené specifickou nemocí či poruchou (Borkan, 1986). Pokud chceme určit míru projevu procesu stárnutí na jednotlivce, je nutný individuální přístup, jelikož chronologický věk jako ukazatel stavu jedince může být zavádějící.

V poslední době se stále častěji používá pojem stárnutí v širším slova smyslu jako označení pro soubor biologických, psychických, sociálních a duševních změn s důrazem na kvalitu života jednotlivce. V tomto pojetí můžeme mluvit i o pozitivních aspektech stárnutí, či aktivním a zdravém stárnutí v tomto případě se tedy stárnutím myslí spíše průběh období stáří jako celku a jeho dopad na jedince, než samotný proces stárnutí organismu.

Často citovaným pojmem je „**populační stárnutí**“, kterým rozumíme **zvyšování průměrného chronologického věku v populaci**, jenž může být podmíněno řadou faktorů, jako například zvyšování průměrné délky života, změny porodnosti, historické události či migrace.

Pokud hovoříme o stárnutí v rámci této práce, máme na mysli především degenerativní procesy a změny organismu, aniž však pomíjíme rozmanité průvodní jevy stárnutí. Stranou nestavíme ani pozitivní aspekty období stáří a procesu stárnutí.

Pojem **stáří** označuje v užším slova smyslu **vývojovou etapu lidského života**. Věková hranice pro období stáří z pohledu gerontologie a vývojové psychologie se pohybuje v rozmezí 60-65 let (Haškovcová, 2010). Období stáří pak lze dále dělit, například na rané stáří (do 75 let) a na pozdní stáří (nad 75 let). Osoby nacházející se v období stáří pak označujeme jako **seniory** (Vágnerová, 2007). I u pojmu senior se v literatuře, podobně jako u stáří objevují další dělení tohoto pojmu a můžeme se tak setkat například s kategoriemi jako „mladší seniory“ a „starší seniory“ apod.

Popsané hranice období stáří a jeho etap představují vědecký úzus a často se v rámci literatury mění. Stáří v širším slova smyslu pak označuje etapu života kdy je člověk považován za starého (za seniora) či kdy se jako senior sám identifikuje. Kritéria pro dosažení stáří z tohoto pohledu mohou být různá – psychická a tělesná kondice, vzhled, schopnost sebeobsluhy či odchod do důchodu.

V rámci této práce zvolíme pro hranici období stáří a pojmu senior hranici 65 let, která v ČR představuje hranici důchodového věku a která tedy pro většinu obyvatel ČR představuje zásadní milník jejich života.

1.2 Tělesné projevy stárnutí

Stárnutí je proces primárně biologický. Všechny psychické, sociální a v důsledku i ekonomické změny se odvíjí právě od faktu, že lidské tělo stárne, přičemž se snižuje jeho výkonnost a odolnost (Spence 1995). Zatímco období stáří jako takové může být prožíváno pozitivně a může přinášet řadu potěšení, stárnutí je ve svém biologickém základu proces vnímaný a prožívaný veskrze negativně.

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) popisují stárnutí jako: „(...) *souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.*“.

Teorii stárnutí je celá řada a není účelné se jimi pro účely naší práce zabývat, velmi zjednodušeně můžeme říci, že zmíněné změny probíhají jednak na základě **geneticky podmíněných procesů** a jednak **opotřebováním organismu** v čase (Whitbourne, 2002).

Stárnutí se nelze vyhnout, ale nástup jeho negativních projevů lze do jisté míry oddálit, či zmírnit. Zatímco genetické předpoklady jsou dané, opotřebování organismu výrazně závisí na

životosprávě a faktorech vnějšího prostředí. I proto se dnes prosazují preventivní programy pro podporu zdraví seniorů.

Jak jsme již rozvedli výše, jsou biologické projevy stárnutí a doba jejich nástupu značně variabilní. Navíc je velmi tenká hranice mezi patologií a normou. Lidské tělo je ve stáří obecně křehčí a náchylnější k rozvoji chorob a poruch, díky tomu se v souvislosti se stárnutím a stářím často skloňuje pojem **komorbidita** či **polymorbidita** (v angličtině **co-morbidity**), který označuje přítomnost více chorob současně u jedné osoby (Vágnerová 2007; Elixhauser, Steiner, Harris, & Coffey, 1998).

Uvádíme seznam nejčastějších tělesných projevů stárnutí, nehledě na jejich primární příčiny (genetika, životní styl, opotřebenosti organismu, úrazy, psychosomatika) a procesy jejich vzniku – jedná se tedy o čistě funkční popis změn projevujících se primárně v těle:

Snižování výdrže a hybnosti - jedinec se rychleji vyčerpá, úkony a aktivity, které dříve zvládal, mu mohou dělat potíže.

Narušení motoriky a koordinace – snížení síly úchopu, třes v rukou, problémy při chůzi.

Snižování odolnosti organismu – ve stáří se snižuje odolnost vůči zátěži organismu a hrozí také například zvýšené riziko vážného úrazu při pádu. Pády jsou obecně považovány za jedno z největších rizik, zejména u samostatně žijících seniorů. Senioři bývají též obecně citlivější na faktory vnějšího prostředí (teplo, chlad, proudění vzduchu).

Snižování schopnosti regenerace – zpomalení hojení tkání a kostí, které může často vést ke komplikacím během léčby úrazů či pooperační péči.

Zhoršování smyslového vnímání – zhoršení zejména sluchu a zraku, ale v souvislosti s Alzheimerovou chorobou například také čichu a chuti (Suzana & Gove, 2005).

Změny kůže a kožních derivátů – u všech lidí bez výjimky dochází během procesu stárnutí ke snižování kvality kůže a vlasů a tedy i k rapidní proměně vzhledu člověka. (Gruss, 2009). Což se může mít psychické i sociální dopady.

Bolesti – senioři často trpí na nejrůznější nemoci mající různý původ, například: bolesti svalů, zad, kloubů, bolesti spojené s chronickou chorobou apod. (Ordu Gokkaya et al., 2012).

Zvýšené riziko rozvoje **nemoci oběhové soustavy** – nemoci oběhové soustavy jsou nejčastější příčinou úmrtí v ČR, v roce 2013 se staly tyto nemoci za 44,8 procenty všech úmrtí. Nejčastěji postiženými orgány jsou mozek a srdce (ÚZIS, 2013). Pravděpodobnost rozvoje těchto nemocí se zvyšuje úměrně s věkem.

Zvýšené riziko rozvoje **onkologického onemocnění** – s přibývajícím věkem dochází ke zvyšování pravděpodobnosti vzniku tzv. novotvarů, tedy zhoubných i nezhojných nádorů (ÚZIS, 2013).

Zvýšené riziko rozvoje **urologického onemocnění** – zejména u mužů se velmi často objevují poruchy prostaty, v pokročilém věku pak hrozí inkontinence, tedy neschopnost zadržet moč.

Rozvoj dalších chronických chorob – s přibývajícím věkem se zvyšuje pravděpodobnost rozvoje či progresu dalších chronických chorob a potíží a častá je i již zmiňovaná komorbidita.

Zvýšení náchylnosti na infekční choroby – s přibývajícím věkem se může oslabovat imunitní systém, což vede nejen k větší pravděpodobnosti rozvoje infekčních chorob, ale také k jejich dramatičtějšímu průběhu (Whitbourne, 2002).

Změny v oblasti sexuální – obecně dochází k proměnám sexuální reaktivity (vzrušivosti) a apetence (sexuální touhy). Častější jsou také některé sexuální disfunkce, například poruchy erekce.

Normální i patologické změny, které se objevují během procesu stárnutí, mají dopad do mnoha oblastí života člověka. Zhoršení sluchu může vést k frustraci během rozhovorů a narušit sociální komunikaci, strach z pádu může vést k omezení denních aktivit, zhoršení hybnosti spolu s narušením čichu může vést k omezení osobní hygieny, některé chronické choroby či akutní mozkové příhody mají zásadní vliv na psychiku jedince a tak dále. Změny spojené se stárnutím mohou tedy ovlivňovat život jedince přímo i nepřímo a často mohou vést ke **stigmatizaci a změnám v sebepojetí člověka**.

Hlavním znakem stárnutí je celková křehkost či slabost (anglicky frailty), která může vést k rozvoji **handicapu, snižování autonomie a zvyšování závislosti na druhých** (Fried et al., 2001), služby a technologie, o kterých práce z velké části pojednává, se zaměřují na zmírňování dopadu zmíněných změn na kvalitu života člověka a na podporu jeho osobní autonomie.

1.3 Psychické projevy stárnutí a stáří

Jak jsme již uvedli, stárnutí jako biologický proces směřuje k postupnému úpadku těla. Na psychické rovině je potřeba odlišit jednak dopady stárnutí na psychické funkce a jednak stáří jako komplexní etapu psychického vývoje člověka. Zatímco psychické funkce se během stárnutí, podobně jako funkce tělesné různou měrou a tempem zhoršují, může stáří jako etapa představovat příležitost pro osobnostní zrání a může být prožíváno pozitivně. Cílem pomáhajících profesí a biomedicíny by mělo být snížení omezení souvisejících s kognitivními

změnami a zároveň podpora seniorů při plnění vývojových výzev a kvalitní prožívání závěrečné etapy jejich života.

I u psychického stárnutí, které je odrazem stárnutí biologického, dochází jednak ke změnám „normálním“ a jednak ke změnám patologickým. U psychických projevů stárnutí existuje vysoká interindividuální variabilita a nelze určit typický průběh změn, můžeme však uvést nejčastější změny, které jsou pro stárnutí typické.

Asi nejznámější změnou je **zhoršování paměti** a to zejména pro nedávné události a ukládání nových informací, zatímco staré vzpomínky zůstávají uchovány. Zhoršení paměti může vést k narušení organizace času – zapomínání schůzek či braní léků (Langmeier & Krejčířová, 2006). Jedním z nejčastěji pozorovaných znaků stárnutí je **snížení rozsahu pracovní paměti**. Menší kapacita pracovní paměti spolu s omezenou schopností získávat a zpracovávat nové informace má zásadní vliv na **rozhodování**. Senioři se často rozhodují heuristicky, na základě předchozí zkušenosti (Carpenter & Yoon, 2011). To je na jednu stranu ekonomické, ale v době překotného vývoje technologie i společnosti mohou mít senioři problém vyhodnotit některé složitější situace (pořízení nové technologie, nastavení smlouvy apod.).

Dalším znakem stárnutí, který se v různé míře objevuje v podstatě u všech seniorů je celkové **zpomalení myšlení a snížení kapacity pozornosti**. Zpomalení výkonu u některých činnostech může být způsobeno smyslovými či motorickými problémy (hlava může, ale tělo nestíhá). Pokud okolí nerespektuje specifické kognitivní či smyslové nároky seniorů (mluví rychle, potichu, naléhají na rozhodnutí, jsou netrpěliví), může to vést k frustraci a zhoršení vztahů.

Kromě kognitivních změn, které jsou přirozené, může docházet u seniorů k celé řadě **patologických změn**. Tyto změny mohou být například způsobeny rozvojem konkrétní choroby (Alzheimerova demence), úrazem (úraz hlavy) nebo následkem infarktu.

Stáří jako **etapě psychologického vývoje** člověka nebyla v počátcích psychologie věnována velká pozornost. Bylo to dáno především zaměřením na raný vývoj dítěte. Až postupně se začala pozornost psychologů obracet na pozdější období. V dnešní době převládají ve vývojové psychologii teorie, které se zaměřují na celoživotní vývoj člověka a stáří popisují jako plnohodnotné vývojové období. Tyto teorie můžeme označit jako moderní teorie stárnutí. K tomuto pojetí výrazně přispěl například Erik Erikson. Podle Eriksona přináší každé vývojové období včetně stáří, specifický vývojový úkol, respektive konflikt, jehož úspěšné vyřešení vede k získání určité cnosti. Konflikt ve stáří je popisován jako ego-integrita versus zoufalství. Účelem je vyrovnat se s vlastní smrtelností a najít životní

smysl. Nalezení integrity ve stáří pomáhá budovat mladším generacím základní životní důvěru (Erikson, 2002). Erikson tak mluví nejen o subjektivní důležitosti kvalitního prožití vlastního stáří, ale i o důležitosti stáří pro celou společnost.

Ke změně ve vnímání stárnutí přispěla také **pozitivní psychologie**, která se snaží prezentovat kladné stránky stáří. Z pohledu pozitivní psychologie je možno využít stáří jako příležitost a záleží jen na tom, jak k němu přistoupíme. Pozitivní psychologie se také zabývá otázkou přípravy na stáří a pozitivním sebepojetím ve stáří. Senioři mohou mít dostatek času na své záliby, více klidu a příležitostí k sebepoznávání. (Křivohlavý, 2012).

Pozornost je dnes věnována i **proměnám osobnosti** v třetím věku života. Ačkoli osobnost považujeme za víceméně stabilní v čase, může docházet k akcentaci, či naopak potlačení některých jejích rysů, respektive se určité rysy osobnosti mohou projevovat v různém kontextu jinak (Donnellan & Robins, 2009). Nelze přitom říci, že by existoval nějaký jednotný klíč, podle kterého se projevy osobnosti mění. Stáří samo o sobě tedy nijak nestírá individualitu osobnosti.

Kromě čistě psychologických teorií se objevují i teorie kombinující poznatky psychologie, antropologie a sociologie, mezi které patří například **life-span teorie** či **teorie životní dráhy**. Liefespanové teorie se zabývají celoživotním vývojem člověka a zdůrazňují sociální a kulturní kontext, který jej ovlivňuje. Teorie životní dráhy zdůrazňují historický kontext psychického vývoje člověka. Zásadní pro psychický vývoj jsou tak nejen výchova a biologické predispozice, ale také historické události, které ovlivnily jednotlivé kohorty (Milová, 2012). Lidé různého věku přitom prožívají stejnou historicko-společenskou situaci jinak. U některých kohort zlidověla označení jako například „Husákovy děti“ či „Baby-boomers“, těmto skupinám často společnost přiřazuje určité společné vlastnosti.

Stáří a odchod do důchodu jsou situací, na které je třeba se adaptovat. Teorií zabývajících se tím, jaký způsob adaptace ve stáří je ideální, se různí. Kateřina Thorová (2015) uvádí tato pojetí adaptačních teorií stárnutí: A) **Teorie společenského odpoutání**: Člověk a společnost se od sebe odpoutávají. Pasivita seniora je příležitostí pro osobnostní zrání. B) **Teorie aktivity**: Aktivní život je považován za nedílnou součást úspěšného a zdravého stárnutí. U všech seniorů by měla být podporována aktivita a ve stáří by měla být nejvíce ceněna vitalita a energičnost. C) **Teorie kontinuity**: Stárnutí je přirozenou součástí života. Senioři se chovají podobně jako doposud, jen se přizpůsobují aktuálním fyzickým, finančním a zdravotním možnostem. D) **Teorie socioemoční selektivity** je založená na měnící se motivaci. Stárnoucí člověk se více zaměřuje na naplnění aktuálních emočních potřeb a méně se orientuje na budoucnost. Spokojenost pak přináší naplnění emočních potřeb.

V současné době nabízí některé soukromé společnosti svým zaměstnancům kurzy pro odchod do důchodu a následné poradenství. U nás se tomu věnují spíše neziskové organizace a sociální služby. Ukazuje se ale, že lepší adaptaci na stáří vykazují lidé, kteří k němu mají pozitivní vztah, jenž se vyvíjí v průběhu celého života (Levy & Myers, 2004). Dalo by se tedy říct, že naše vlastní postoje ke stáří jednou ovlivní to, jak úspěšné bude to naše vlastní.

1.4 Socio-ekonomické aspekty stárnutí a stáří

Stáří je jednou z nejvýrazněji vnímaných sociálních kategorií vůbec (Weiss, 2009) a přináší s sebou nové role, nové sociální situace, se kterými je třeba se vypořádat, mění se majetkové poměry i očekávání okolí. V dnešní době probíhá bouřlivá diskuse o budoucím pojetí stáří v EU a roli seniorů ve společnosti. Jakou roli má ale stáří dnes?

Historicky mívali stáří lidé v rámci společnosti relativně výjimečnou pozici. Stáří bylo totiž jednak vzácné – opravdu vysokého věku se dožívalo pouze malé procento populace a jednak byly ceněny jejich zkušenosti a vzpomínky. Vzhledem k pomalejšímu technologickému a kulturnímu vývoji společnosti byly praktické zkušenosti seniorů více relevantní, než je tomu dnes. Díky společenským změnám, technologickému pokroku a moderní medicíně se dnes vysokého věku dožívá čím dál více lidí, stáří tak již není tak vzácné jako v minulosti. Rychlý vývoj společnosti také vedl ke vzniku fenoménu „**generation gap**“ (Prasad, 1992), či česky generační propast, který vyjadřuje rozdíl mezi postoji, hodnotami a životním stylem jednotlivých generací, který může vést ke vzájemnému nepochopení a komunikačním bariérám. Novější je potom fenomén „**digital divide**“ – tedy propast způsobená rychlým rozvojem informačních a komunikačních technologií.

Celkový pohled na stárnutí se v čase dynamicky vyvíjí. Podle Heleny Haškovcové (2009) došlo k posunu od respektu a úcty k seniorům až k fenoménu, který dnes označujeme pojmem ageismus. **Ageismus** přitom chápeme jako averzi k seniorům, či rozšířeně jako diskriminaci starých lidí. Haškovcová dodává, že: „(...) *sami seniori jsou pod vlivem ageismu, neboť i oni přebírají stereotypy, které jim nabízejí mladší generace, a nezřídka kdy se s nimi identifikují.*“ (Haškovcová, 2009, s. 34). Zdá se tedy, že postoj společnosti k seniorům má vliv na jejich sebepojetí.

Postoje ke stáří a seniorům mohou být do značné míry ovlivněny **hodnotovou orientací společnosti**. Na přelomu dvacátého a dvacátého prvního století došlo k posílení kultu mládí. Tento kult je do značné míry živen marketingem. Převážná reklam cílí na mladé lidi, kteří představují budoucí tržní sílu, a je tedy ekonomické na ně cílit. Reklamy zaměřené na cílovou

skupinu osob ve středním věku jsou často zaměřené na zachování fyzických rysů mládí, kdy stáří je něco nežádoucího a odpudivého. Pokud vidíme v médiích seniora, má většinou něco s klouby či zády a na živu jej drží jen zázračný přípravek, nebo je obětí podvodu či jiného trestného činu.

V Kanadě byla provedena studie, která zjišťovala, jak mladí a mladší dospělí hodnotí stáří – ve výpovědích převažovala negativní adjektiva jako „křehcí, potřebující pomoc, slabí, závislí na druhých, kdežto pozitivních adjektiv byla pouze jedna třetina (Widrick & Raskin, 2010).

Další hodnotou, na které stojí moderní společnost je pracovní produktivita a výkonnost (Angus & Reeve, 2006). Staří lidé jsou považováni často již před začátkem nástupu do důchodu za méně produktivní a je snaha nahradit je mladšími. V důchodu pak většina seniorů již nepracuje a jsou tak považováni za ekonomickou zátěž. Tento efekt je umocněn populačním stárnutím.

V současnosti je však v Evropě snaha o posun ve vnímání stáří a o redefinování místa seniorů ve společnosti. Evropská unie se snaží prosazovat politiku „**Active and Healthy ageing**“. O stárnutí Evropy se mluví jako o příležitosti a oblast ekonomiky, která se orientuje na skupinu seniorů, se označuje jako „Silver economy“. Politika aktivního a zdravého stárnutí v EU se odráží ve financování nových technologií, sociálních programů a neziskových organizací zabývajících se aktivizací seniorů a také oblasti prevence a podpory zdraví. Čas ukáže, do jaké míry pomůže tato politika změnit pohled na populační stárnutí jako na společenskou hrozbu.

Nad tím, jakým způsobem vrátit stáří zpátky do společnosti a zachovat jeho hodnoty se zamýšlel i Bódi (2009). Dospěl k názoru, že je třeba nejen zajistit kvalitní péči pro seniory a podporovat aktivní způsob života, ale také pomoci je zapojit do společenského života jako aktivní činitele. Senioři by měli být páteří neziskových a dobrovolnických organizací a spolků. Senioři stojící mimo ziskový sektor, pracující na smysluplných projektech mohou pomoci udržovat některé hodnoty společnosti, které se v tržním světě ztrácí, a zároveň s tím si zlepšit sebehodnocení a udržovat sociální vazby.

Všichni, kdo se zabývají otázkou aktivizace seniorů, by si měli uvědomit již mnohokrát zmiňovanou individualitu. Seniory nelze dávat do jednoho pytle a je třeba vždy umožnit seniorům dostatečný výběr aktivit. Také je třeba pamatovat na to, že senioři se dokáží „zabavit“ sami, mají-li k tomu prostředky a prostor. Dokladem toho jsou již zmíněné spolky, jako například Červený kříž, v němž aktivně působí řada seniorů. Pokud pak někdo preferuje „klidné“ stáří a odpočinek, měli bychom respektovat i to. Problém možná není v tom, jak společnost seniory vnímá, ale již v samotném faktu, že je tendence dávat seniorům univerzální nálepky, ať již negativní či pozitivní.

2 Well-being a kvalita života seniorů

Potřeba zjišťovat míru, do jaké jsou lidé celkově spokojeni a jak kvalitní je jejich život, vedla ke snaze vytvořit koncepty, které by umožnily tyto fenomény uchopit, popsat a změřit. Uvedeme si dva z nich – well-being a quality of life (kvalita života). Důvodem proč je důležité se jim věnovat je, že jsou často používány k vyhodnocení programů pro seniory, kvality služeb pro seniory, politických zásahů či asistivních technologií. Pomohou nám také udělat si představu o tom, jaké faktory je třeba brát v potaz, snažíme-li se pomoci určité skupině osob (v našem případě seniorů) žít plnohodnotný a spokojený život.

Koncept quality of life (QOL) - česky kvalita života - je spíše doménou ekonomie, sociologie či sociodemografie. Tento koncept popisuje kvalitu života jednotlivce, či skupiny osob (obyvatelé čtvrti, města, státu apod.), zpravidla na základě kvantifikovatelných indikátorů. Tyto indikátory se zaměřují na to, jaké prostředky jsou jedincům dostupné k tomu, aby byly naplněny jejich potřeby. Mezi tyto indikátory patří například: příjem, zaměstnanost, kvalita prostředí, fyzické a psychické zdraví, sociální aktivita, přístup ke vzdělání, možnost volnočasového vyžití a další. Novější pojetí se již nezaměřují pouze na to, do jaké míry je umožněno plnění základních potřeb, ale zohledňují také to, jak lidé sami naplnění svých potřeb hodnotí a prožívají (Contaza at al, 2008). Tento tzv. integrativní model kvality života v sobě tedy již zahrnuje hodnocení celkové prožívané životní spokojenosti, neboli well-being, respektive subjective well-being. QOL v integrativním pojetí hodnotí, do jaké míry mají příslušníci dané skupiny prostředky k naplňování potřeb a do jaké míry tyto prostředky skutečně ovlivňují jejich subjektivní štěstí. QOL jde tedy od faktorů prostředí k jedinci.

Subjective well-being (SWB) má již blíže k oblasti psychologie a budeme se mu proto věnovat více. SWB se zaměřuje na subjektivní prožívání a mezi faktory ovlivňující spokojenost kromě faktorů prostředí, vztahů a zdraví vstupuje i osobnost.

Existuje celá řada pojetí SWB a pestrá paleta nástrojů jeho hodnocení. Nejjednodušším pojetím je takzvané **hedonistické pojetí**, které chápe subjective well-being jako aktuální emoční stav založený na míře uspokojování potřeb (Angner, 2010). SWB je v tomto pojetí relativně proměnlivé a dynamicky reaguje na změny prostředí.

SWB lze také chápat jako **výslednici poměru negativních a pozitivních emočních prožitků za určitý čas**. Čím více převládají pozitivní prožitky, tím je SWB vyšší (Diener, Suh & Oishi, 1997). V tomto pojetí je SWB stabilnější a obsahuje již určitou kognitivní složku. Odpovídá procesu, který v nás nastartuje otázka: „Jak se ti poslední dobou daří?“.

Subjektivní well-being je dané **interakcí vnějších a vnitřních faktorů** a je tedy vskutku subjektivní. Různí lidé se mohou zásadně lišit v tom, jak prožívají shodnou situaci. Roli přitom hrají jejich očekávání, hodnoty a předchozí zkušenosti. Ukazuje se, že jedním z nejstabilnějších faktorů SWB je osobnost (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Veenhoven (2008) uvádí, že SWB má dvě komponenty – **kognitivní a afektivní**. Kognitivní komponenta je založena na srovnání vlastního života s tím, co považuje jedinec za standard dobrého/kvalitního života (good life) a afektivní na tom, jak se jedinec cítí většinu času (hédonická rovina). Mezi kognitivní a afektivní rovinou přitom může být nesoulad. Jedinec může reflektovat, že jeho život je objektivně kvalitní a přitom se cítit mizerně, či naopak, v situaci, u které vnímá, že má daleko k ideálu se může cítit relativně šťastný.

Zaměřme se tedy na to, jak se může měnit SWB ve **stáří** a co jej ovlivňuje. Podíváme-li se na to, jak se křivka SWB mění v rámci života, dospějeme k tomu, že má tvar písmene U. Tedy postupně se snižuje v průběhu dospělosti, až ve středním věku dosáhne svého minima, a začne se zvyšovat (Blanchflower & Oswald, 2008). Jedná se samozřejmě o trend pozorovatelný na větším vzorku populace a nelze automaticky předpokládat, že každý bude v 70 letech dosahovat vyššího SWB než když mu bylo 40. Zvyšování životní SWB může být spojeno se snižováním stresu a větším množstvím volného času (Křivohlavý, 2012).

Tay & Diener (2011) se ve své mezinárodní studii, do níž bylo zapojeno 60 685 osob z 123 zemí světa, zabývali otázkou **vztahu plnění potřeb a subjective well-being**. Za klíčové ve vztahu k SWB považují zejména tyto potřeby: základní potřeby (potrava a přístřeší), potřeba bezpečí a jistoty, sociální opora a láska, pocit uznání, pocit zvládnutí (mastery), svobodná volba (self-direction) a autonomie.

A právě autonomie je jednou z hlavních proměnných ovlivňující SWB ve stáří, jelikož je ohrožena řadou vlivů (zdravotní stav, chudoba, přístup okolí).

SWB je tedy (nejen) u seniorů závislé na **fyzikém stavu** (Ruuskanen & Ruoppila, 1995), schopnosti pohybovat se a schopnosti sebeobsluhy. Omezení hybnosti vede k narušení možnosti naplňovat potřeby jedince (Solberg et al., 2011). Dalším faktorem, který zásadně snižuje SWB je bolest, zejména bolest chronická (Ordu-Gokkaya et al., 2012).

SWB naopak výrazně posiluje existence kvalitních **sociálních vazeb**. Zásadní vliv přitom mají zejména vztahy mimo nejbližší rodinu, například přátelé a sousedi. Ukazuje se, že samostatně žijící senioři se mohou cítit osaměle, i když mají pravidelný kontakt s mladšími generacemi vlastní rodiny (Lee & Ishii-Kuntz, 1987). Záleží tedy nejen na frekvenci, ale také kvalitě a pestrosti sociálních interakcí.

Jedním z nejsilnějších faktorů ovlivňujících SWB je **majetek a příjem**. Role majetku je přitom pravděpodobně ještě větší, než se často v literatuře připouští (Pinquart & Sörensen, 2000). Majetek přitom může ovlivňovat SWB několika způsoby. Finanční prostředky jednak umožňují plnění základních potřeb a dále lze uvažovat o majetku jako ukazateli společenského statusu podílejícím se na naplnění potřeby uznání a společenské hodnoty (Ak, 2010). Dosažení majetku také může hrát roli na pocit zvládnutí (mastery). Stabilní finanční situace také snižuje závislost na druhých a posiluje pocit bezpečí a jistoty.

Fenomémem, který bychom měli v souvislosti s kvalitou života a spokojeností seniorů zmínit je **geriatrická deprese**. Podle Tavela (2009) má deprese s nástupem ve stáří horší průběh, příznaky a prognózu, než deprese u mladších osob. Problematická je v tomto věku také diagnóza a léčba. Tavel uvádí tyto faktory, které se podílí na rozvoji geriatrické deprese: společenská situace, problémy v kognitivní oblasti, tělesné choroby, obavy ze ztrát a z poklesu soběstačnosti, vzpomínky na krizové situace a další faktory, jako například postoj ke smrti.

Závěrem doplníme, že u subjective well-being ve stáří je zásadní, do jaké míry je jedinec schopný se adaptovat na novou situaci a změny, které nemusí být vždy pozitivní (Von Faber et al., 2001). Nové technologie a služby mohou pomoci redukovat negativní dopady stáří a omezení z nich plynoucí, což se odrazí i v celkové prožívané životní spokojenosti.

3 Autonomie seniorů

Již výše jsme uvedli, že velký vliv na životní spokojenost seniorů může mít míra jejich autonomie a soběstačnosti a také, že právě tyto oblasti jsou ve stáří značně ohroženy. Je tedy třeba zmínit, co se pod autonomií rozumí, co ji ovlivňuje a jak se s ní pracuje v systému sociální a zdravotní péče.

3.1 Autonomie, sebeobsluha a funkční status seniorů

Autonomie je koncept zakotvený v humanistických a demokratických ideálech, který uznává **právo jedince** na spoluurčování svého osudu, rozhodování, možnost vyjádřit svůj názor a aktivně se podílet na veřejném životě. Autonomii je dále možno popsat jako **soubor hodnot a předpokladů**, které se vztahují k právu jedince svobodně volit z více možností a být nezávislou osobností, které je unoženo jednat na základě její vlastní motivace, ambicí a rozhodnutí (Barkay & Tabak, 2002). Autonomie konkrétního jedince představuje stav, který je určován souborem **vnějších i vnitřních předpokladů**. Prostředí, tělesný stav a druzí lidé mohou autonomii umožnit a podporovat, či ji mohou redukovat.

Autonomie má **dvě základní komponenty**: a) obdržené a poskytované informace jako předpoklad a b) možnost činit na jejich základě rozhodnutí. Podpora autonomie by měla být jedním z hlavních cílů služeb pro seniory, ať už residenčních či poskytovaných v domácím prostředí. Možnost rozhodovat o výběru aktivit a různých drobných aspektech života a způsobu poskytování péče vede k většímu pocitu kontroly a spokojenosti. Tato možnost „každodenní volby“ dokonce dokáže zpomalit rozvoj příznaků Alzheimerovy demence (Scott et al., 2003). Vyšší míra autonomie tedy má vliv nejen na **subjective well-being** jak bylo zmíněno výše, ale také na **objektivní zdravotní stav**.

Tím, jak chápou autonomii senioři, se zabývala Moravskoslezská studie vedená Danou Sýkorovou (2007), která se otázce autonomie ve stáří věnuje dlouhodobě. Studie ukázala, že senioři vnímají autonomii především jako zvládnání každodenních činností, tedy jako fyzickou soběstačnost výrazně podmíněnou zdravím. Zdůrazňují absenci pomoci druhých. Někteří senioři pak upřesnili soběstačnost jako stav, kdy jim nehrozí institucionalizace. Dalším aspektem autonomie je finanční soběstačnost, která představuje schopnost vyjít s penězi. Senioři odmítají půjčky a někteří spojují finanční soběstačnost s možností obdarovávat druhé. Třetím významem autonomie je pro seniory volnost, svoboda – svoboda názoru, rozhodování či jednání. Zároveň je tento význam chápán jako osobní odpovědnost. Zejména lidé s nižším vzděláním chápou autonomii jako fyzickou soběstačnost podmíněnou zdravím. Lidé se středním vzděláním pak popisují svobodu rozhodování a jednání. Vysokoškolsky vzdělaní senioři pak vnímají, že absolutní autonomie a svoboda není možná a vždy závisí na dalších okolnostech. Pro velkou část

seniorů je tak hlavní význam pojmu autonomie provázán s **hodnotou zdraví**. Fyzická nezávislost však není ekvivalentem autonomie. Pokud člověk ztratí fyzickou soběstačnost, neztrácí právo na autonomii.

Sociální a zdravotní péče, byť dobře míněná může být nastavena tak, že senioři ztrácí pocit autonomie a možnosti rozhodovat o svém životě. Děje se tak především, je-li péče neosobní, rutinní a paušalizovaná. Senioři mohou na toto vnímané omezení jejich individuality a autonomie reagovat vzdorem a odmítáním péče vůbec, nebo naopak rezignací a pasivním přijímáním rozhodnutí autorit (Mullins & Hartley, 2002). Senioři by měli mít na výběr. Měli by mít možnost sami zvolit, jaké služby potřebují a v jaké míře – jak často. Měli by mít pocit kontroly nad svým časem a možnost měnit svůj denní režim.

Jak jsme uvedli, aby se mohl člověk rozhodovat, musí mít k dispozici dostatečné množství informací, které jsou předány tak, že jim rozumí. Proto je v praxi důležitý informovaný souhlas, který je však často podceňován. Lidé musí mít možnost rozhodovat za sebe, a to na základě pravdivých, srozumitelně podaných informací (Scott et al., 2003). Autonomie je však často redukována na možnost volby z několika daných scénářů bez možnosti se k nim jakkoli vyjádřit.

Zatímco autonomie představuje možnost jedince svobodně rozhodovat o svém životě a svá rozhodnutí realizovat, týká se **funkční status** samostatnosti vyplývající z fyzického a psychického zdraví. Funkční status tedy popisuje míru, do jaké je člověk schopen samostatně zvládat každodenní aktivity. Snížení funkčního statusu může být jedním z faktorů snižujících autonomii seniorů a zvyšujících jejich závislost na druhých. Pokud sami senioři cítí, že ztrácí osobní autonomii ve smyslu schopnosti sebeobsluhy, neměli by je pracovníci služeb či rodinní příslušníci v tomto přesvědčení utvrzovat, ale naopak by měli autonomii seniorů rozvíjet a podporovat (Barkay & Tabak, 2002). Senioři by se své autonomie neměli dožadovat - měla by jim být nabídnuta. Často dochází k tomu, že první náznak snižování funkčního statusu vede k přehnané reakci okolí či samotného seniora. Je třeba nastavit míru pomoci seniorům tak, aby se přizpůsobila jejich aktuálním možnostem a neomezovala je více, než je nezbytně nutné. Za tímto účelem je často s klienty služeb realizováno vstupní šetření, které zahrnuje i mapování funkčního stavu. Pro tento účel existují různé verze dotazníků funkčního stavu.

3.2 Autonomie seniorů očima sociálních pracovníků

Jedním z velkých témat studií zaměřených na evaluaci systému poskytování sociální a zdravotní péče seniorům, je vliv přístupu pracovníků služeb na autonomii seniorů. Pracovníci služeb mohou svým přístupem ke klientům autonomii podporovat či ji naopak omezovat. Důležitou roli přitom hrají postoje pracovníků k autonomii seniorů a to, jak vnímají svojí úlohu v systému péče o seniory. Pohled pracovníků dané služby na potřeby

seniorů a otázku autonomie se může výrazně lišit od pohledu samotných seniorů. Mezinárodní studie provedená ve Skotsku, Finsku, Německu, Španělsku a Řecku (Scott et al., 2003) se zaměřila na **rozdíly mezi seniory a personálem domovů důchodců** ve vnímání několika klíčových oblastí týkajících se autonomie, soukromí a informovaného souhlasu. Například jen 15 % seniorů vypovědělo, že jsou vždy dostatečně informováni o tom, co se s nimi v rámci péče bude dít. Naproti tomu 54% procent členů personálu uvedlo, že residenty byli vždy plně informováni. Příčiny těchto rozdílů mohou být různé. Personál může dávat informace jen o tom, co považuje za podstatné, aniž by zjišťoval, zda by senioři nepotřebovali vědět více. Dalším problémem může být nesrozumitelné podání informací. Samozřejmě se také dá předpokládat, že personál se brání a snaží se ukázat v lepším světle a i senioři mohou mít své důvody, proč odpovídat zkresleně. Čísla nám tak v této oblasti řeknou velmi málo a potvrzuje se nezbytnost kvalitativního přístupu k této problematice, či kombinace přístupu kvalitativního a kvantitativního.

Alice Příhodová (in Sýkorová & Chytil, 2004) se ve svém výzkumu snažila zjistit, co pod pojmem autonomie chápou pracovníci oddělení pro seniory a těžce tělesně postižené, přičemž se opírala o kvalitativní přístup. Položila šedesáti pracovníkům otázku: *“Co se Vám, prosím, vybaví, řekne-li se „nezávislost“ starých lidí?“*

Sociální pracovníci mimo jiné uváděli:

- schopnost se o sebe postarat a zajistit vlastní potřeby
- finanční zajištění a nezávislost

Možnosti rozhodovat o svém životě a budoucnosti je připisován malý význam (2 pracovníci). Největší význam pak přikládají tělesné kondici. Jako vhodnou pomoc seniorům vidí pracovníci:

- rozšíření nabídky služeb seniorům (24 pracovníků)
- uspokojování sociálních potřeb (19 pracovníků)
- stimulace podpory rodiny (17 pracovníků)

Pokud jde o nastavení individuálního plánu péče – 12 pracovníků si myslí, že je nejlepší ptát se na názor samotných seniorů a do ničeho je netlačit, 13 pracovníků je pak toho názoru, že je třeba uspokojovat jen základní potřeby seniorů.

Pracovníci tak podobně jako senioři připisují zásadní význam **fyzické soběstačnosti**. Dobré znamení je, že jako důležité vnímají pracovníci **sociální potřeby seniorů a stimulaci podpory rodiny**. V rámci skupiny pracovníků však panuje rozpor mezi tím, zda systémově uspokojovat základní potřeby seniorů, či přistupovat individuálně a dát seniorům prostor na sebeurčení.

Rozdíly mezi jednotlivými členy personálu se zabývali Mullins & Hartley (2002) a dospěli k závěru, že postoj personálu k autonomii seniorů závisí více na zkušenosti, znalostech a osobnosti jednotlivců než na nastavení systému fungování daného pracoviště. Je tedy třeba pracovat s personálem, dobře jej proškolit věnovat se postojům k seniorům v rámci intervizí. K podobnému závěru došel tým výzkumníků v Řecku (Lemonidou et al., 2003, str. 202) kteří píšou že: „*Je nutné vzdělávat personál pracující se seniory a rozvíjet jejich komunikační dovednosti a etické povědomí, aby byli lidé, kteří se seniory pracují, schopni respektovat a rozvíjet autonomii seniorů.*“ K dovednostem, které je třeba rozvíjet, patří i schopnost dát seniorům prostor pro jejich zpětnou vazbu a s touto zpětnou vazbou dále pracovat.

Ukazuje se také význam kombinace teoretické přípravy se supervidovanou praxí v rámci studia pomáhajících profesí. Bylo prokázáno, že postoje studentů k seniorům se výrazně zlepšili po absolvování programu návštěvy geriatrických oddělení. Kontrolní skupina, které se dostalo pouze teoretické výuky, sice nabylo potřebné vědomosti, ale jejich postoje vůči seniorům se zlepšily jen minimálně (Denton et al., 2009).

Vedle vlivu personálu na autonomii seniorů je důležité zaměřit se na **vztahy**, které mezi seniory a personálem vznikají a na to, jak ovlivňují spokojenost seniorů a jejich sebehodnocení. Sebehodnocení seniorů je hodně závislé na tom, jakou zpětnou vazbu dostávají od okolí a jak jsou přijímáni. Pokud je přístup pracovníků odosobnělý či devalvující, může to mít negativní dopad na sebehodnocení a sebevědomí seniorů a jejich vztahy s personálem. Za neosobním přístupem a opomíjením autonomie seniorů přitom může stát fakt, že členové personálu sami nejsou autonomní v otázkách péče a není jim umožněno postupovat individuálně. Jsou natolik zatíženi pevně danými procesy ve službě, že depersonalizace může působit vzhledem k jejich situaci jako copingová strategie (Lemonidou, et al., 2003).

Personál někdy ve snaze chovat se mile přistupuje k seniorům jako k malým dětem, používá zdvořiliny a věty s použitím množného čísla ve smyslu: „Ták a teď půjdeme spinkat, abychom byli ráno jako sluníčko“. I tento přístup je však do jisté míry degradující a nevhodný. Nejvhodnější je partnerský přístup, kdy je klient přijímán jako součást týmu, jsou s ním probírány různé alternativy a postupy a je respektován jeho pohled a zkušenosti (Moser, Houtepen, Spreuwenberg & Widdershoven, 2010). Tento partnerský přístup je pak možno aplikovat i ve výzkumu (Tollén, Fredriksson & Kamwendo, 2007).

Zvláštním případem služeb jsou služby spadající do kategorie **domácí péče**. Ukazuje se totiž, že přístup pracovníků v těchto službách se liší od přístupu pracovníků rezidenčních

služeb. Zdravotní sestry, které pracují v službách „do domu“ zdůrazňují nutnost vytvořit si s klientem vztah založený na důvěře a akceptaci. Podle jejich výpovědí je důležité akceptovat klientova přání a podporovat jeho samostatnost (Trojan & Yonge, 1993).

Je otázka, čím je tento rozdíl dán. Vliv může mít to, jak je vnímaná úloha sester v těchto službách, totiž primárně zachovat autonomii seniorů a jejich možnost žít doma. Pracovníci navíc vstupují do klientova domu jako hosté. Zásadně pak používají pojem klient a nikoliv pacient. Všechny tyto prvky je možné bez většího úsilí přenést do rezidenčních služeb. I pracovníci ubytovacích zařízení by měli vnímat důležitost podpory autonomie seniorů, jejich soukromí a osobní prostor a vnímat je jako klienty, či jako partnery se kterými spolupracují. Jak bylo řečeno, nestačí se zaměřit na nastavení systému, ale je třeba pamatovat na proškolení pracovníků a zásadní vliv jejich přístupu, postojů a vztahů, které s klienty navazují.

4 Bydlení seniorů

4.1 Současné možnosti bydlení seniorů

Stáří s sebou přináší řadu faktorů, které mohou mít vliv na oblast bydlení. Můžeme jmenovat: ekonomická situace, samota (úmrť partnera), nemoc, snížení mobility a další. Vztahu bydlení, chudoby a stárnutí se u nás věnuje Dana Sýkorová (Sýkorová, 2014). Ohrožení finanční situací jsou zejména senioři žijící ve městech v podnájmu, pro které může být problém dovolit si stejný nájem, jaký platili v produktivním věku, zejména zemře-li jejich partner. Senioři žijící v odlehlých lokalitách pak mohou mít problém se sníženou mobilitou, vzhledem k problematické dostupnosti služeb a péče. U vlastních bytů a nemovitostí sice odpadá problém s nájmem, ale zejména u domů může být s přibývajícím věkem problematická údržba objektu.

V současné době jsou seniorům a jejich rodinám dostupné sociální (a zdravotnické) služby, které lze při jisté míře zjednodušení rozdělit do 3 kategorií: **rezidenční služby**, **denní služby** a **terénní služby**. Další kategorií, která se pomalu rozvíjí, jsou služby založené na poskytování **péče na dálku** a využívání **ICT**. Právě do této kategorie, které se ještě budeme věnovat samostatně, spadá tísňová péče, která je předmětem této práce.

Mezi **denní služby** patří zejména denní stacionáře, kluby seniorů či specializované poradenství a rehabilitace. Denní služby mohou být různého zaměření. Jejich nejčastější funkce jsou:

- zprostředkování sociálního kontaktu
- kognitivní trénink a rehabilitace
- trénink specifických dovedností a sebeobsluhy
- rehabilitace a zlepšení tělesné kondice
- denní péče o seniory, o které pečuje blízká osoba

Terénní služby si kladou za cíl pomoci seniorům zvládat samostatné fungování v domácnosti. Pracovníci v rámci nich navštěvují přímo domácnosti seniorů. Mezi nejčastější terénní služby patří:

- rozvoz jídla
- rozvoz léků
- pomoc s domácími pracemi
- zdravotnické služby do domu (*home care*)

(Bogdon, Katsura, & Mikelsons, 2001)

Rezidenční služby poskytují dlouhodobé ubytování většinou doprovázené další péčí a službami. Liší se v míře autonomie, kterou senior má, i paletou doprovodných služeb. Patří sem:

- Geriatrická oddělení
- Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a ošetrovatelská lůžka
- Hospice
- Domovy pro seniory (Domovy důchodců)
- Domy s pečovatelskou službou
- Penzióny pro seniory

Léčebny dlouhodobě nemocných a ošetrovatelská lůžka jsou zdravotnická zařízení zajišťující tzv. následnou péči. Slouží pro seniory přeložené z akutních lůžek v nemocnicích, která jsou provozně velmi nákladná. Lůžka na tzv. „Eldéenkách“ reprezentují léčebná lůžka, kde je pacient doléčen a rehabilitován a může se vrátit domů. Pobyť na těchto lůžkách je časově omezen na 3 resp. 5 měsíců. Pokud se po uplynutí této doby nemůže pacient vrátit domů, je přeložen na ošetrovatelské lůžko, kde již může zůstat neomezeně dlouho.

Geriatrické oddělení je pak nemocniční oddělení, které se specializuje na akutní léčbu seniorů. Kapacity zdravotnických zařízení jsou však značně omezené (Haškovcová, 2010).

Hospice pečují o dlouhodobě nemocné a umírající a poskytují tzv. paliativní péči, která je zaměřena na tlumení bolesti a zachování důstojnosti v závěrečné fázi života. Hospice se nezaměřují jen na zdravotní péči, ale i na péči psychologickou a duchovní. Hospice sdružuje Hospicové hnutí, které působí mezinárodně. Paliativní péče bývá poskytována i „do domu“, kdy pracovníci dochází do domácnosti k umírajícímu a pracují s celou rodinou (Payne, Seymour & Ingleton, 2007).

Domovy pro seniory (dříve domovy důchodců) jsou pobytovým zařízením pro seniory, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Seniori v těchto zařízeních vyžadují každodenní péči a pomoc při zvládání denních úkonů. Kapacita domů pro seniory je taktéž nedostačující, je plně využita a nepokrývá současnou poptávku (Červenková, Bruthansová & Pechanová, 2006).

Výše zmíněné typy rezidenčních služeb jsou tedy indikovány na základě zdravotního stavu, který vyžaduje odbornou péči. Následující typy péče jsou pak již více otázkou volby a mohou řešit problémy jiného než čistě zdravotního charakteru.

Domy s pečovatelskou službou poskytují seniorům relativně autonomní bydlení, při kterém jsou však zajištěny doprovodné služby, které mohou seniori využívat. Patří sem

pomoc s domácími pracemi, stravování apod. Výhodou je centralizace služeb i jejich klientů do jednoho místa, což zlepšuje dostupnost služeb pro klienty a snižuje náklady na jejich poskytování (Dvořáčková, 2012).

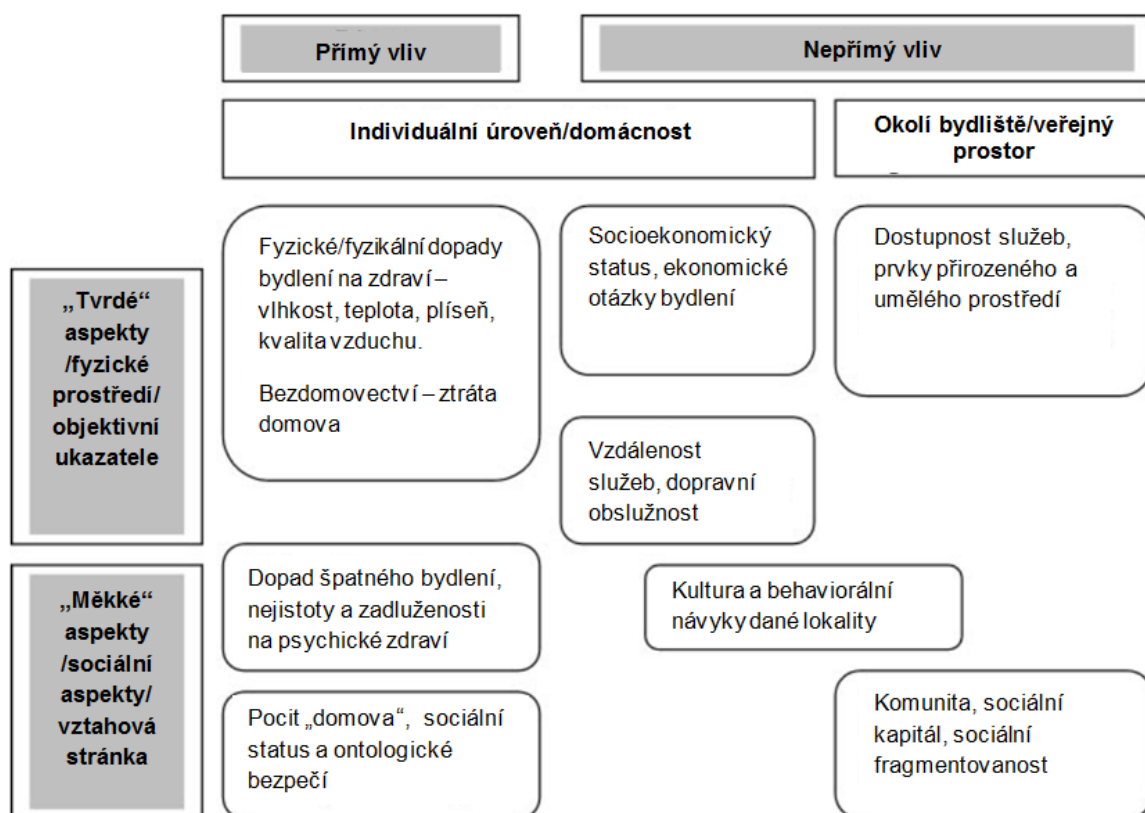
Penziony pro seniory jsou v podstatě typem domů s pečovatelskou službou. Kladou důraz na domácí prostředí a variabilitu poskytovaných služeb. Slouží i naprosto autonomním jedincům. Existují různé cenové kategorie těchto zařízení, některé jsou velmi luxusní, doplněné o služby lázeňského charakteru (Bódi, 2009).

Cohousing je nový typ bydlení navrhovaný pro různé skupiny obyvatel, mimo jiné i pro seniory. Jedná se o sdílení domácnosti větším počtem osob. Existují přitom projekty „nazelené louce“ kdy jsou budovány nové objekty umožňující bydlení v komunitách či projekty vycházející z úpravy stávajících domů a bytů. Každý člen této atypické domácnosti přitom má svůj osobní prostor a část objektu tvoří společné prostory, například kuchyň, obývací pokoj nebo sociální zařízení. Výhodami tohoto bydlení je snížení nákladů na každého jednoho obyvatele při relativním zachování autonomie, vytvoření komunity, kde si mohou lidé mezi sebou poskytovat sociální podporu, a také lepší distribuce služeb vzhledem k lokalizaci několika potenciálních klientů na jednom místě (Kadlecová & Vařejková, 2010).

K největšímu omezení autonomie a soukromí dochází v tzv. **institucionalizovaném bydlení**. Do této kategorie spadají domovy pro seniory, LDN, hospice či geriatrická oddělení. Tato oddělení mají často pevný denní režim a, jak bylo zmíněno, přístup zaměstnanců těchto zařízení je často velmi strohý až degradující. Institucionalizované bydlení je často viděno jako poslední možnost. Jako **rizikové faktory** vedoucí k institucionalizaci můžeme uvést následující: kognitivní poruchy, chronické onemocnění a bolesti, ztráta schopnosti sebeobsluhy, samota. Alternativami k institucionalizovanému bydlení jsou jednak zmiňované terénní služby a také **neformální domácí péče**. Někde na hranici stojí domy s pečovatelskou službou. V současné době je stále více pozornosti věnováno neformálním pečovatelským z řad rodiny a přátel seniorů. Akcentována je především nutnost nabídnout neformálním pečovatelským systém podpory, edukace a společnému plánu péče (Gaugler et al., 2000). Pokud se zdá být institucionalizace nevyhnutelná, například kvůli očekávanému zhoršování příznaků nemoci, je potřeba dobře načasovat přechod seniora do institucionalizovaného bydlení a určit, kde je hranice toho, co lze zvládnout v režimu neformální péče.

4.2 Bydlení, well-being a zdraví

Vliv kvality bydlení na zdraví, kvalitu života a spokojenost je předmětem zájmu mnoha vědních oborů. Pojem bydlení je přitom v tomto kontextu většinou chápán v širším slova smyslu a zahrnuje v sobě jak úroveň individuálního bydlení, tak úroveň veřejného prostoru – tedy všechno co souvisí s tím, kde, jak a s kým bydlíme, jak je bydlení finančně náročné a jaký máme k danému místu vztah. Tento komplexní vztah bydlení a zdraví (public health) dobře zachycuje ve své práci Mary Shaw (2004). Schéma, které navrhla, prezentujeme pro lepší orientaci v dané problematice.



Obr. 1 Přímé a nepřímé vlivy bydlení na zdraví. Upraveno z: Shaw, M. (2004, str.2).

Na úrovni individuálního bydlení může hrát velkou roli **kvalita vnitřního prostředí**, tedy teplota v domácnosti, vlhkost, kvalita vzduchu, hluk, osvětlení a další. Kvalita vnitřního prostředí přitom může být ovlivněna jednak špatným stavem objektu, špatným technickým řešením či ekonomickou situací domácnosti (Turunen et al., 2014). V poslední době se lze setkat s necitlivě provedenými stavebními úpravami (zateplení), jejichž důsledkem dochází ke zhoršení kvality vzduchu. To je způsobené tím, že se plášť budovy uzavře, aniž by byl navržen efektivní systém větrání (Boxem, 2009). Kvalita objektu může ovlivnit i spotřebu

energie. Pokud má objekt vysoké tepelné ztráty, mohou být nemajetní obyvatelé postaveni do situace, kdy šetří energiemi (je jim zima) či platí vysoké účty za energie (prohlubují se jejich finanční problémy).

Roli dále hrají **dispozice a vybavení** domácnosti, které mohou podpořit, či naopak omezovat schopnost sebeobsluhy u osob s určitým omezením (viz dále).

Subjektivní well-being výrazně souvisí se **složením domácnosti** a se **vztahy uvnitř ní**. V tomto ohledu může negativně působit zejména samota a sociální vyloučení/izolace. Jako řešení této situace se nabízí vícegenerační bydlení, ale ukazuje se, že to nemusí být zcela žádoucí řešení jak pro seniory, tak pro jejich rodiny. Postoje k vícegeneračnímu bydlení zkoumala Dvořáčková (2012). Z jejího výzkumu vyplývá, že 80% dotazovaných osob různého věku si myslí, že by měly děti žít odděleně od rodičů, ale v jejich blízkosti, aby jim mohli ve stáří poskytnout pomoc. Jen 11% procent dotazovaných pak považuje soužití obou generací v jedné domácnosti za žádoucí. Přibližně 14% seniorů a 5% celé dospělé populace preferuje oddělené bydlení i za cenu ztráty možnosti mladší generace o seniory pečovat. Ukazuje se tedy, že senioři preferují autonomii, ale zároveň geografickou blízkost rodiny.

Na hranici individuální úrovně a veřejné úrovně jsou **sousedské vztahy**. Jak jsme zmínili výše, sousedské vztahy spolu s přátelskými vazbami mají zásadní vliv na well-being.

Míru sousedských vztahů i možnost vídat se s přáteli je silně ovlivněná typem bydlení (panelový dům, bytový dům, rodinný domek), typem sídla (vesnice, menší město, velkoměsto) i lokalitou bydliště (sídlíště, centrum města, vilová čtvrť).

V souvislosti s veřejným prostorem má na fyzické a zprostředkovaně i psychické zdraví zásadní vliv možnost přirozeného pohybu – tedy **chůze** (Morris & Hardman, 1997). Zejména pro seniory představuje chůze dostupný prostředek k utužování zdraví a kondice. Vlastnosti nejbližšího okolí bydliště přitom mohou ovlivňovat využívání chůze jako prostředku rekreace i jako prostředku přepravy. Míra účelové chůze je ovlivněna například dostupností služeb a bezpečností a přehledností dopravy. Optimální je rozmístění služeb v blízkém okolí bydliště a bezpečné okolí, které umožňuje snadnou prostupnost prostorem. Míra rekreační chůze je pak dána estetickou kvalitou vnějšího prostředí a dispoziční kvalitou veřejného prostoru – místa na odpočinek, pěší zóny, místa k setkávání (Van Cauwenberg et al., 2011). Potřeba měřit do jaké míry podporuje, urbanistická kvalita měst chůzi vedla k vytvoření tzv. walkability index (Frank et al., 2009). Díky tomuto indexu je možnost analyzovat hlavní faktory odrazující občany od chůze a navrhnout adekvátní opatření.

Je důležité plánovat **veřejný prostor** s ohledem na jeho vliv na zdraví obyvatel a potřeby občanů, včetně seniorů a evaluovat dopady dílčích projektů (Northridge, Sclar, & Biswas

2003). Kvalita urbánních celků totiž může ovlivnit nejen míru pohybu a zdraví, ale také celkovou spokojenost a sociální a kulturní život v dané lokalitě (Curl, Ward Thompson & Aspinall, 2015). Nedostatek kvalitního veřejného prostoru, kulturních zařízení a prostoru pro setkávání může vést k úpadku sociálního kapitálu a veřejného života.

Dalším faktorem, který může ovlivnit zdraví, životní pohodu i míru aktivity je **hluk a ruch**. Hluk slyšitelný v domácnosti může vést ke zvýšené hladině stresu a v nočních hodinách k narušení spánkového cyklu (Öhrström, 2004). Vysoká míra hluku a ruchu na ulicích pak může být jedním z faktorů ovlivňujících čas, který lidé tráví venku.

Můžeme tedy shrnout, že bydlení je jedním ze základních faktorů ovlivňující zdraví, spokojenost a dokonce i identitu člověka. Jelikož je vliv bydlení na zdraví a well-being velice komplexní, je třeba přistupovat k němu v rámci interdisciplinární spolupráce (Lee, Parrott, & Ahn, 2014). Do budoucna bude čím dál důležitější přistupovat koncepčně k bydlení seniorů a jejich místu v rámci evropských sídel a vzít výše zmíněné úvahy v plánování konkrétních budov i větších urbanistických celků.

4.3 Specifické potřeby seniorů v bydlení a rizikové faktory

Při návrhu konceptu bydlení pro seniory a podpůrných služeb je třeba vzít v úvahu některé specifické potřeby seniorů a také rizikové faktory. Citlivě navržený systém bydlení využívající podpůrné technologie a služby může prodloužit dobu, po kterou je senior schopen autonomně bydlet a snížit riziko úrazu a jiných krizových situací. Z výše uvedeného textu také vyplývá, že kvalitní bydlení má potenciál podporovat zdraví a well-being seniorů. Jednou z oblastí zájmu architektů v souvislosti s bydlením seniorů je **mobilita a její omezení**. Otázku mobility je přitom třeba řešit jak na úrovni jedné budovy, tak na urbanistické úrovni. Mobilita jedince je podmíněna 5 základními kategoriemi determinant: kognitivní, psychosociální, fyzické, environmentální a finanční (Webber, Porter, & Menec, 2010). Na úrovni jedné budovy je třeba vypořádat se zejména s fyzickým omezením mobility u seniorů – tedy zajistit bezbariérový přístup do budovy a také usnadnit pohyb po budově. V případě, že využívá senior chodítko, hůl, nebo kolečkové křeslo, lze tomu přizpůsobit vybavení a dispozice domácnosti. Pomoci mohou protiskluzové povrchy, zábradlí, opěrka u postole apod.

Dalším omezením může být **narušení smyslového vnímání**. Narušení sluchu může působit, že senior neslyší zvonek u dveří, klepání či zvonění telefonu. Zhoršení zraku pak může znesnadňovat pohyb v prostoru, manipulaci s předměty a elektrospotřebiči. Ve vztahu ke spotřebičům v domácnosti je také třeba počítat i s možným kognitivním omezením. Ovládání

spotřebičů by proto nemělo být příliš náročné. Ve světě již existují spotřebiče určené speciálně seniorům, které se vyznačují právě jednoduchým ovládním a dobře čitelným displejem.

Se specifickými potřebami seniorů v rámci bydlení souvisí i již zmiňovaný **tepelný komfort**. Senioři vzhledem ke snížené schopnosti termoregulace hůře snášejí prudké změny teplot a vyžadují větší teplo v bytě. Nežádoucí je ale samozřejmě i příliš velké teplo v letních měsících.

Důležité je, aby bydlení respektovalo nárok seniorů na **soukromí**, ale zároveň nepodporovalo sociální izolaci.

Specifické potřeby seniorů reflektují některé **architektonické koncepce i realizace**, zaměřené na specializované bydlení pro seniory. Pro přehled zajímavých realizací v oblasti bydlení seniorů můžeme odkázat na publikaci *Nové trendy v bydlení pro seniory* (Váňová, Fukalová, Šestáková & Lupač, 2013), která je relativně aktuální a dostupná online.

Mezi prvky, které se objevují v architektuře specializovaného bydlení pro seniory, můžeme uvést:

- Prolínání bydlení pro seniory s veřejným prostorem: Příkladem může být například kavárna v objektu domova pro seniory, kde dochází k setkávání veřejnosti s obyvateli objektu.
- Rozdělení soukromého a sdíleného prostoru: v současné době je typické řešení apartmánů pro více osob, kde každý obyvatel má vlastní pokoj a sdílí prostor obytné kuchyně. Tento model umožňuje snížit finanční náročnost bydlení při zachování striktně soukromého prostoru (McGarry, 2009). Soukromý prostor by pak měli respektovat i členové personálu zařízení a vstupovat do něj jako hosté.
- Kontrastní řešení interiéru a systém navigace prostorem: vzhledem k možným zrakovým omezením seniorů jsou využívány kontrastní prvky prostředí a informačních systémů (Lupač, 2014). V návaznosti na možná kognitivní omezení jsou také využívány například barevné pruhy k navigaci, či obrázky místo čísel pokojů apod.
- Homealike koncept: Tento koncept je zaměřený na maximální přizpůsobení přirozenému prostředí původního domova. Jedním z jeho principů je možnost přizpůsobit si pokoj (výzdoba, vybavení, rozmístění nábytku) svým potřebám. Klientům je umožněno přestěhovat si z původní domácnosti vlastní nábytek (Lundgren, 2000). To může pomoci lépe zvládnout změnu prostředí.
- Zajištění a koordinace externích služeb: Senioři mají s ohledem na zdravotní problémy a omezenou mobilitu zvýšené nároky na dostupnost zdravotních a sociálních služeb. V současné době je trendem, že byt/pokoj seniora je vnímán jako jeho soukromý prostor,

ve kterém mu jsou na jeho žádost poskytovány zdravotní a sociální služby zajišťované externí organizací, případně ubytovací institucí. Senior tak není v roli pacienta na lůžkovém oddělení, ale má dostatečnou podporu umožňující samostatné bydlení.

- SMART Homes: Tento koncept je zaměřen na vytvoření inteligentní domácnosti využívající asistivní technologie, prvky inteligentního řízení a telemedicíny. Toto prostředí jednak monitoruje zdravotní stav seniora a jednak do jisté míry kompenzuje různé formy handicapu. O těchto technologiích pojednává další kapitola.

Pokud se zaměříme na specifická rizika, která seniorům hrozí v rámci bydlení, jsou na prvním místě pozornosti odborné veřejnosti **rizika pádu**. Více než jedna třetina osob ve věku nad 65 let upadne minimálně jednou ročně, přibližně jedna šestina seniorů pak padá opakovaně. Přibližně jeden z deseti pádů končí vážným zraněním Tinetti, M. E. (2003). Riziko pádu zvyšují jednak faktory na straně seniora a jednak prvky prostředí. Mezi faktory zvyšující riziko pádů na straně jedince patří: artritida, depresivní symptomatika, ortostatická hypotenze („zamotání hlavy“ po změně polohy těla), kognitivní úbytek, zrakové potíže, poruchy rovnováhy, ochabování svalstva a užívání kombinace léků).

Environmentální faktory (nevhodné povrchy, dispoziční řešení, absence opory) jsou přítomny v cca 44% případů (Tinetti, Speechley & Ginter, 1988). S ohledem na pády můžeme uvažovat na tři typy opatření: prevence na úrovni jedince, prevence na úrovni environmentálních faktorů a detekce pádů. Prevence na úrovni jedince spočívá například v posilování svalstva, rehabilitaci zaměřené na podporu rovnováhy či nácviku pohybů v rizikových situacích. Environmentální prevence se pak týká vytvoření prostředí usnadňující pohyb (zábradlí, úchyty v koupelně), snižující riziko uklouznutí a snižující potřebu ohýbat se či dosahovat do výšek. Detekce pádů pak slouží k rychlému přivolání pomoci v případě, že senior již upadl, a leží na zemi.

Další kategorií rizik jsou náhlé **mozkové a srdeční příhody** a **další akutní stavy**, kdy je potřeba rychle přivolat pomoc. Rizikovým faktorem vzhledem k řešení takových situací je pak samota seniora. V současné době velmi aktuálním tématem je zneužívání, podvody a loupeže, jejichž oběťmi se senioři stávají.

Závěrem je třeba dodat, že potřeby seniorů se mohou velmi lišit s ohledem na jejich psychický a tělesný stav a socioekonomickou situaci. Generické řešení pak může být pro seniory v určitém směru omezující (například přehnaná míra kontroly, nepotřebné služby a funkce zařízení) a v jiném naopak nedostačující. V oblasti bydlení seniorů je tedy třeba alespoň částečně vycházet vstříc individuálním potřebám. Zároveň je třeba si uvědomit, že senioři mají stejné základní potřeby jako kdokoli jiný. Proto je třeba respektovat jejich soukromí, estetické preference či denní režim.

5 Asistivní technologie a telemedicína v kontextu domácí péče

Jednou z odpovědí na výzvy, které s sebou přináší populační stárnutí a s ním spojené socioekonomické změny, může být rozvoj a nasazení technologií do oblasti péče. V současném pojetí se však o technologiích neuvažuje jako o nástupci či náhražce lidské péče. Moderní technologie by měly zvyšovat efektivitu systému sociální a zdravotní péče, podporovat autonomii a samostatné bydlení seniorů a sloužit také jako nástroj prevence a prosazování zdravého životního stylu. Tato kapitola slouží pro základní zorientování v oblasti asistivních technologií a medicíny.

V souvislosti s využíváním technologií v oblasti péče se objevuje řada často se navzájem překrývajících pojmů. Pojmosloví v této oblasti je relativně nepřehledné, jednak kvůli zmíněnému překrývání pojmů a také kvůli nejednotnosti v jejich používání. Přehled, který uvádíme, vychází do značné míry z konsenzu pracovní skupiny projektu „Podpora procesů v sociálních službách“ realizovaného Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (MPSV, 2015). Problematice asistivních technologií byla věnována Klíčová aktivita 13 „Podpora asistivních technologií“. Vedlejším cílem, nebo možná spíše předpokladem tohoto projektu, bylo právě sjednocení užívaného názvosloví v oblastech asistivních technologií, telemedicíny a také domácí a integrované péče. Autor práce interpretuje výstupy zmiňovaného projektu z pozice člena expertní skupiny, která se podílela na jejich přípravě v rámci Klíčové aktivity 13. Dalšími zdroji pro formulaci pojmů byl výstup pracovní skupiny OECD „Working party on Indicators for the Information Society“ (OECD, 2007), report WHO *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth* (World Health Organization Global Observatory for eHealth, 2010) a výstup *European Summit on Innovation for Active & Healthy Aging* (European Commission, 2015). Popíšeme nejen technologie samotné, ale také pojmy související s integrovanou, neformální a domácí péčí, které tvoří základ pro úspěšné nasazení technologií do služeb:

Nadřazeným pojmem pro většinu dále zmiňovaných kategorií je **ICT** (information and communication technology/informační a komunikační technologie). Pojem se používá pro ty vymoženky moderní doby, které umožňují přenášet informace a data, zobrazovat je, pracovat s nimi, a uchovávat je. Pojem ICT přitom v sobě zahrnuje nejen přístroje (hardware), ale i jejich operační systémy, programy a aplikace (software) a také sítě, kterými mezi sebou jednotlivá zařízení komunikují.

Za **Asistivní technologií**¹ lze považovat zařízení, software či komplexní systém kombinující různé typy hardware i software (např. senzory, koncová zařízení, akční členy, datová uložení, komunikační/uživatelské rozhraní a další) s cílem udržet nebo posílit funkční schopnosti jedinců se speciálními potřebami, a tím jim usnadnit každodenní život, zlepšit kvalitu jejich života a jejich samostatnost. Pro vymezení asistivních technologií je tedy klíčové to, že jsou určeny osobám se speciálními potřebami a že nějakým způsobem podporují autonomii těchto osob. Vzhledem k tomu, že funkcí asistivních technologií je v tomto pojetí i využívání senzorů k monitorování stavu klienta, dochází k překrývání funkcionalit asistivních technologií a technologií spadající do oblasti telemedicíny.

Pod pojmem **Telemedicína** se rozumí poskytování zdravotnických služeb na dálku prostřednictvím ICT. Na dálku poskytované zdravotnické služby pak mohou zahrnovat diagnostiku, léčbu a prevenci nemocí a zranění a výměnu relevantních informací. Pokud chápeme pojem telemedicína v jeho širším smyslu, můžeme pod něj dále zahrnout výměnu informací mezi poskytovateli péče (business to business), oblast výzkumu a vzdělávání poskytovatelů péče. V tomto širším slova smyslu ho například používá WHO (2010).

Pojem **teleHealth** se používá jako synonymum k telemedicině v jejím užším slova smyslu – tedy veškeré poskytování zdravotnických služeb na dálku. Pojem **mHealth** označuje zejména řešení pro podporu péče a zdraví využívání mobilních zařízení (chytré telefony, tablety, přenosné počítače) v oblasti.

Relativně nejednotné je chápání pojmu **eHealth** (též e-health), je totiž často používán jako nadřazený pojem pro veškerá ICT řešení ve zdravotnictví, tedy v podstatě jako synonymum k telemedicině v pojetí WHO a v tomto pojetí zahrnuje telemedicínu (chápanou ve smyslu teleHealth) jako pojem podřazený. V užším slova smyslu se používá jako označení pro ICT nástroje využívané primárně pro výměnu a management informací v systému zdravotnictví. Tyto nástroje využívají lékaři a další zdravotnický personál ke komunikaci mezi sebou navzájem, ke zpracování diagnostických dat, ke vzdělávání personálu a ke komunikaci s dalšími aktéry systému zdravotnictví (pojišťovny, lékárny, pacienti). Pacienti mohou prostřednictvím aplikací spadajících pod eHealth přistupovat k informacím týkajícím se jejich osoby. Dalo by se tedy říci, že pojmy eHealth a telemedicína se do značné míry překrývají. Zatímco jádro telemedicíny tkví v poskytování služeb na dálku, pojem eHealth se týká především oblasti elektronizace zdravotnictví jako celku. V souvislosti s národními strategiemi pro eHealth či elektronizaci zdravotnictví se pak hovoří zejména (ale ne pouze)

¹ V ČR se skutečně používá pojem asistivní technologie a nikoli asistenční, jak by někdo mohl anlický pojem „assistive“ automaticky přeložit.

o elektronických zdravotních kartách/knižkách a elektronických předpisech. Dále můžeme pro orientaci uvést, že zatímco pojem eHealth se v ČR používá zejména v oblasti zdravotnictví, v kontextu sociálních služeb se více hovoří o asistivních technologiích.

V souvislosti s využíváním ICT v oblasti zdravotnické a sociální péče dochází také ke změnám v pojetí systému péče o zdraví – v EU se to projevuje akcentací integrované péče s důrazem na domácí, neformální a komunitní péči. **Integrovaná péče** je celosvětový trend reagující na současnou fragmentaci oblasti zdravotní a sociální péče. Integrace přitom může být podle World Health Organization (2008) chápána více způsoby:

- Integrace jako soubor preventivních opatření a zdravotnických služeb určených specifické skupině obyvatel například seniorům. Účelem integrace v tomto smyslu tedy je jednotná koordinace všech služeb zaměřených na specifickou populaci s cílem zvýšit jejich efektivitu, usnadnit jejich management a zpřehlednit způsob poskytování těchto služeb.
- Integrace na úrovni jednoho poskytovatele/jednoho místa – slučování sociálních, zdravotnických a dalších služeb pod hlavičkou jedné služby či koordinátora.
- Integrace služeb v čase – tedy zajištění kontinuální péče od narození až po smrt, či v průběhu chronické nemoci. To stojí na dobrém časování péče, systému prevence a efektivním předávání pacienta a jeho informací napříč systémem.
- Vertikální integrace služeb – propojení od praktického lékaře, přes úroveň nemocnic až po úroveň koordinace služeb na úrovni krajů
- Horizontální integrace – propojování různých typů péče – prevence, praktičtí lékaři, akutní péče, následná péče, sociální služby a další.
- Integrace na úrovni tvorby politik a managementu – tedy zapojení všech zainteresovaných skupin do procesu rozhodování.

Pro systém integrované péče stojící na aktivní spolupráci všech zainteresovaných stran, prevenci, aktivní roli pacienta a využívání moderních technologií se někdy používá spojení **Connected Care** – doslova propojená péče.

V souvislosti s využíváním technologií k podpoře autonomie seniorů je nezbytné zmínit oblast domácí, neformální a komunitní péče.

Domácí péče je péče poskytovaná v původním prostředí příjemce péče – tedy v místě jeho bydliště, či eventuálně v domově jeho blízkých. Příjemci domácí péče mohou být například senioři, osoby trpící akutní či chronickou chorobou, osoby zotavující se po úrazu či operaci. Domácí péče redukuje nutnost příjemce péče docházet ambulantně k lékaři, trávit čas na

lůžku v nemocnici či se trvale přesunout z domácího prostředí do prostředí institucionalizovaného bydlení. Poskytována může být laickými pečovateli, dobrovolníky i profesionálními zdravotnickými či sociálními pracovníky. Domácí péče je často dávana do protikladu k péči institucionální (např. nemocniční či péči v léčebnách pro dlouhodobě nemocné).

Neformální péče je poskytována převážně nezištně na základě osobních vazeb, nejčastěji členy rodiny nebo blízkými přáteli či sousedy, není podložena smluvně a není poskytována za úplatu.

Neformální domácí péče je tedy obvykle péče poskytovaná blízkými osobami příjemce péče v domácím prostředí. Touto péčí lze zajistit pomoc v oblastech péče o domácnost, péče o vlastní osobu a také podporu při rehabilitaci či užívání léků. Efektivní podporou neformálních pečovateli může být zajištění spolupráce se systémem formální péče, odlehčovací pobyty a formální domácí péče a vzdělávání neformálních pečovateli.

Formální domácí péče (Home Care) je zdravotnická domácí péče, která je příjemci poskytována v souladu s platnou legislativou zakotvenou v systému zdravotní péče. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení, podporu, navrácení a rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení u nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Zdravotní ošetrovatelská péče je určena pacientům, kterým ji na předepsaném formuláři naordinoval praktický nebo jiný kompetentní lékař. Je poskytována v domácím prostředí formou ošetrovatelských intervencí složených z úkonů zdravotní ošetrovatelské péče, k jejichž aplikaci nebo realizaci je kompetentní pouze kvalifikovaný zdravotnický pracovník.

Pečovatelská služba je formální sociální péče poskytovaná v domácím prostředí. Poskytované služby mohou mít různou podobu s ohledem na funkční status klienta a jeho potřeby. Pečovatelská služba například zajišťuje: úklid domácnosti a zajištění domácích prací, vaření a dovoz jídla, přípravu léků a dohled nad jejich užíváním, pomoc s osobní hygienou a oblékáním, nákupy, doprovod na procházky, k lékaři či na úřady apod. (Život 90, nedat.).

Moderní technologie mohou výrazně přispět k zefektivnění a zkvalitnění formální i neformální domácí péče. Konkrétní systémy, ať už komerčně dostupné či ve fázi pilotních projektů kombinují různé technologie a funkce. Popíšeme teď jednotlivé funkce, které mohou technologie plnit v rámci domácí péče. Nebudeme se přitom nyní ohlížet na jednotlivé kategorie popsané výše. Jako zdroj pro přehled posloužil opět výstup projektu Podpora procesů v sociálních službách (MPSV, 2015), dále zadávací dokumentace výzev projektů Horizon 2020 (European Commission, nedat.) a také výstupy Active and Assisted Living

Forum (AAL, 2014). **Funkce a možnosti** nasazení **moderních technologií** v rámci domácí péče jsou následující:

- **Monitoring a přenos biomedicínských údajů:** Pomocí technologií lze zajistit monitorování některých biomedicínských údajů (například tlak, tepová frekvence, hladina cukru v krvi a další) bez nutnosti opustit dům. Existuje mnoho forem snímání dat od klasických přístrojů (například tlakoměr), které automaticky ukládají a odesílají data, přes senzory v hodinkách, náramcích či jinde na těle klienta až po senzory zabudované v loži klienta či zcela bezkontaktní a automatizovaná řešení. Tyto údaje mohou pomoci monitorovat stav klienta, optimalizovat léčbu a předcházet komplikacím.
- **Vyšetření na dálku:** Kromě přenosu dat lze pomocí moderních technologií realizovat vyšetření v reálném čase, například pomocí kamery – lékař má tedy audiovizuální kontakt s klientem.
- **Vyhodnocení aktivity a stavu ohrožení života:** senzory (například infračervená čidla) dokáží vyhodnocovat pohyb a činnost klienta. Některé senzory (podlahové senzory, senzory na těle klienta apod.) dokáží dále rozpoznat pád. Jedním z využití monitorování aktivity je rozpoznání krizové situace. Dalším využitím může být vyhodnocování denního režimu, jehož změny mohou signalizovat například rozvoj psychického onemocnění, či snižování mobility.
- **Přivolání pomoci:** V dnešní době jsou již dostupná tzv. tísňová tlačítka, která umožňují klientovi přivolat pomoc, například v případě pádu či akutního stavu ohrožení života. Pomoc může být přivolána i na základě automatického vyhodnocení krizové situace.
- **Lokalizace:** S přivoláním pomoci souvisí lokátory, které umožňují zaměřit v případě nouze polohu klienta a usnadnit tak práci záchranářům.
- **Zabezpečení domácnosti:** Technologie mohou pomoci se zabezpečením domácnosti před vnikem cizích osob. Kromě standardních zabezpečovacích zařízení se dnes testují například kamery se schopností rozpoznávání obličejů, umožňující vstup vybraným osobám apod.
- **Monitoring a regulace vnitřního prostředí:** Pomocí moderních technologií lze monitorovat některé parametry vnitřního prostředí domácnosti jako například teplota, vlhkost, koncentrace CO₂ v místnosti apod. Monitoring těchto údajů umožňuje vyhodnotit celkovou kvalitu prostředí a na základě zhodnocení vnitřní

prostředí regulovat. To může seniorům ulehčit, neboť chytře navržený systém zajistí optimální prostředí bez nutnosti vlastního přičinění obyvatel. Specifickou kategorií jsou hlásiče požáru a detektory oxidu uhelnatého, který je životu nebezpečný.

- **Prvky inteligentního bydlení:** Kromě regulace vnitřního prostředí nabízí moderní technologie i další prvky automatizace či dálkového ovládání některých zařízení v domácnosti. Příkladem může být ovládání žaluzií, inteligentní spotřebiče, ovládání oken a dveří apod.
- **Komunikace s poskytovateli služeb:** Technologie mohou sloužit ke komunikaci s poskytovateli sociálních, zdravotních a dalších služeb a objednávání služeb či nákupů online. Usnadnění pro osoby s určitým omezením může představovat také možnost komunikovat elektronicky s úřady.
- **Poradenství:** Pomocí technologií lze poskytovat komplexní poradenství určené seniorům.
- **Zpřístupnění užitečných informací:** Jak píšeme výše, jsou předpokladem autonomie dostatečné informace. Moderní technologie nabízí možnost jak získat jednoduchý a rychlý přístup k informacím o volnočasových aktivitách, dostupných službách, prevenci, zdraví apod. V dnešní době již existují speciální seniorské portály, které nabízí informace tohoto typu na jednom místě. Nevýhodou portálů může být riziko zkreslování jejich obsahu za účelem cílené reklamy či manipulace.
- **Podpora self-managementu:** Technologie mohou například pomáhat s dodržováním denního režimu či připomínáním léků, schůzek a událostí. Mohou tak přispívat ke zdravému životnímu stylu i dodržování léčebných opatření. S tím souvisí i další bod.
- **Vzdělávání a prevence:** Prostřednictvím ICT lze vzdělávat seniory v oblasti prevence a péče o zdraví. Užitečné pak může být vzdělávání zaměřené na porozumění konkrétní nemoci, kterou senior trpí. To může přispět jak jemu, tak neformálním pečovatelům.
- **Tréning a rehabilitace:** V dnešní době existuje řada programů a zařízení podporující kognitivní i fyzický tréning či rehabilitaci. Často jsou řešeny interaktivně formou videoher. Používají se senzory pohybu či balanční plošiny. Účelem je posilovat fyzické a psychické zdraví či navrátit samostatnost po prodělané nemoci či operaci.

- **Zajištění sociálního kontaktu:** Prostřednictvím technologií lze komunikovat s blízkými, navazovat nové vztahy či se prezentovat. Technologie mohou také podporovat zapojení seniorů do volnočasových aktivit (psaní článků a blogů, diskuse, sdílení zkušeností, pozvánky na společenské a kulturní akce) a také do dobrovolnické a dobročinné činnosti. Příkladem může být projekt realizovaný v USA, v rámci kterého pomáhají klienti domova pro seniory dětem z Brazílie procvičování v angličtině prostřednictvím videohovorů (FCB, 2015).
- **Kompenzace handicapu:** Do této kategorie spadají například technologie kompenzující omezení **pohybová** (voztíka, protézy, ovládání zařízení pomocí očních pohybů či pohybem úst, plánování bezbariérových tras), **zraková** (navigace prostorem, převod psaného textu do řeči, ovládání počítače pro nevidomé) a **sluchová** (vizuální signalizace, aplikace pro komunikaci, kochleární implantát).
- **Integrace a koordinace péče:** Důležitým přínosem technologií je, že lze využít k integraci jednotlivých složek systému péče (zdravotnictví, sociální služby, neformální péče), dále k přehledné práci s informacemi klientů a také k jejich automatickému vyhodnocování. Díky nasazení technologií je tak možné zvýšit efektivitu služeb, snížit náklady na jejich provoz a zlepšovat jejich kvalitu.

Výše uvedené funkce technologií lze v rámci bydlení seniorů účelně propojovat v **komplexní systémy** s jednotným uživatelským rozhraním či společným úložištěm dat. V rámci výzkumů se také objevují řešení z oblasti **robotiky** – tedy víceúčelový domácí roboty či jiná samohybná zařízení, která jsou buď autonomní, nebo je lze ovládat na dálku.

Tísňová péče je zvláštní formou sociální péče, využívající prvky asistivních technologií. Tísňová péče se zaměřuje na prevenci krizových stavů a především na jejich rychlé řešení. Účelem péče tedy je zajistit seniorovi stav bezpečí, snížit strach jeho blízkých a předejít situaci, kdy by byl senior dlouho bez pomoci. Tísňová péče využívá senzory v domácnosti seniora a také různé formy tísňových tlačítek či senzorů pohybu na těle seniora. Tísňová péče bývá doplněna o další služby jako například poradenství a často staví na spolupráci s dalšími poskytovateli služeb a s neformálními pečovateli. V praktické části práce popíšeme fungování konkrétního pracoviště tísňové péče.

Pokud chceme dále rozvíjet potenciál ICT technologií ve službách pro seniory, je třeba si uvědomit jejich **současná omezení a bariéry** a snažit se je redukovat. Existují dva základní typy bariér a to sice **bariéry subjektivní** a **bariéry objektivní**. Subjektivní, či také psychologické bariéry jsou založené na postojích seniorů k technologiím a jejich očekávání. Každý má přirozeně právo zaujmout k technologiím libovolný postoj, problém ale je, že

postoj seniorů k ICT často vyplývá z neúplných, zkreslených či těžko uchopitelných informací. Mates (2004) uvádí, že nedostatek informací, které senioři o moderních technologiích mají, způsobuje úzkost z práce s počítačem (*computer anxiety*).

Význam **computer anxiety** zdůrazňuje americká studie, která se zaměřila na skupinu seniorů-přistěhovalců s nízkými příjmy. Těmto seniorům byl nabídnut kurz práce s počítačem a internetem v bezbariérovém internet-café. U oslovených seniorů, kteří účast odmítli, byla naměřena vysoká míra *computer anxiety*, nízké *computer self-efficacy* (vnímané/očekávané zvládnutí práce s počítačem) a úzkost spojená se stárnutím – *ageing anxiety*. U seniorů, kteří na kurzu participovali, byly počáteční hodnoty *anxiety* a *computer self-efficacy* menší a dále se v jeho průběhu zmenšovaly (Jung, Peng, Moran, Jin, McLaughlin, Cody, Jordan-Marsh, et al. 2010).

Pozitivním závěrem je, že úzkost je možno redukovat edukací a poskytnutím pocitu zvládnutí. Na druhou stranu se ukazuje, že lidé s vyšší mírou úzkosti nemají motivaci se do podobných kurzů zapojit, nebo se přímo bojí pocitu neúspěchu a pocitu selhání. Úzkost z práce s technologiemi se tak jeví jako nejhůře prostupná bariéra, neboť byť byly ve zmiňovaném projektu odstraněny téměř všechny ostatní možné bariéry (finanční náročnost, nedostupnost, absence sociální opory apod.) samotná úzkost stačila k tomu, aby seniory od participace odradila.

Kromě subjektivních bariér založených na negativním očekávání existují ale i subjektivní bariéry, které se objeví až při kontaktu s novou technologií či výrobkem. Příkladem mohou být některá zařízení, která senioři nosí na těle (monitorování zdravotního stavu) která mohou odrazovat svým vzhledem, zařízení umístěvaná do domácností pak mohou vyvolávat strach z narušení soukromí.

Kromě bariér subjektivních, existují i již zmíněné **bariéry objektivní**. Objektivní bariérou jsou například **finanční možnosti** seniorů, dále dostupnost služeb v dané lokalitě, či pokrytí internetem. Mezi objektivní bariéry patří také případné smyslové omezení. Ta si výrobci technologií uvědomují velice dobře a reagují na ně různými opatřeními. Například možnosti zobrazení ve vysokém kontrastu či zvětšení písma, hlasové ovládání přístrojů a další. Objektivní bariéry se stále zmenšují, právě díky tomu, že jim je věnovaná velká pozornost.

6 Výzkum a inovace v oblasti asistivních technologií

Bydlení osob se specifickými potřebami ani asistivní technologie nepatří mezi klasické předměty studia psychologie. Jedná se o oblasti, které vyžadují **mezioborovou spolupráci a komplexní přístup**. Z oborů, které se zabývají problematikou bydlení seniorů domácí péče, můžeme uvést například: architekti a stavební inženýři, elektro-inženýři, biomedicínští inženýři, softwaroví inženýři a designeři, lékaři, psychiatři, psychologové, sociologové, urbanisté a sociální geografové, ergonomové, ekonomové a antropologové. Výčet přitom pravděpodobně není kompletní. Úspěšné nasazování technologií do praxe také stojí na **spolupráci akademiků, průmyslu, poskytovatelů péče a veřejných orgánů**. Bydlení seniorů není v rámci projektů vždy řešeno izolovaně. Pro inovace v oblasti technologické či organizační lze využít poznatky základního výzkumu výše uvedených oborů, či se lze problematikou bydlení a asistivity zabývat v rámci větších konceptů například SMART Cities, Active and Healthy aging a podobně. Vývoj v oblasti asistivních technologií v bydlení seniorů lze rozdělit do třech skupin: **A) primární výzkum a mapování, B) vývoj a inovace C) evaluace a optimalizace**.

Primární výzkum a mapování pomáhají jednak identifikovat problémy, které je třeba řešit a faktory, které je třeba vzít v úvahu, a jednak získávat znalosti, které lze využít pro vývoj technologií či opatření. **Oblast vývoje** je zaměřená na návrh nových technologií či organizačních modelů a jejich zasazení do péče. **Evaluace a optimalizace** pak slouží ke zhodnocení použitelnosti technologií a služeb a jejich reálného dopadu. Na základě evaluace lze pak optimalizovat stávající technologie a služby, či navrhnout nová řešení.

Ideální je samozřejmě kombinovat v rámci jednoho projektu všechny fáze a také zajistit spolupráci zainteresovaných stran – tedy skupin osob, které budou mít co dočinění s užíváním, výrobou či regulací vyvíjené technologie (pracovníci služby, klienti služby, rodinní příslušníci, provozovatelé komunikačních sítí apod.). Zapojování zainteresovaných stran do projektů je uplatňováno v rámci **participativního designu a participativního plánování**. Participativní design je metodika zapojování zainteresovaných stran do vývoje a optimalizace technologií. Využíváním participativního designu v oblasti asistivních technologií se věnuje například platforma Oulu Health ve finském městě a regionu Oulu (Oulu Health, nedat.). Participativní plánování je pak metodika aktivního zapojení zainteresovaných stran do projektů (například urbanistické projekty).

V současné době existuje v Evropě celá řada **iniciativ a dotačních programů** podporujících inovace v oblasti bydlení seniorů asistivních technologií a telemedicíny a spolupráci zainteresovaných stran. Jako příklad můžeme uvést následující:

- **Active and Assisted Living Joint Programme (AAL, 2014):** Program financování projektů zaměřených na oblast podpory asistivních technologií v bydlení. V rámci programu jsou pořádány odborné konference a projekty na sdílení dobré praxe. Česká republika do tohoto projektu zatím nevstoupila a není tak možno se v rámci něj ucházet o financování projektů v ČR. Konference jsou ale českým účastníkům přístupné.
- **European Connected Health Alliance (ECHAlliance, nedat.):** Mezinárodní platforma pro spolupráci zainteresovaných stran v oblasti péče o zdraví (výrobci informačních a komunikačních technologií, výrobci zdravotnických a asistivních technologií, poskytovatelé zdravotnických a sociálních služeb, farmaceutické firmy, pojišťovací instituce, výzkumné instituce, státní úřady a ministerstva, regionální úřady, sdružení zastupující pacienty a oborové organizace, výrobci řídicích systémů budov). Podílí se na vytváření ekosystému zainteresovaných stran v Evropských zemích a regionech. Na pravidelných jednáních ekosystému mají členové možnost předkládat ostatním členům výzvy, které by měl ekosystém vyřešit, prezentovat výsledky jednotlivých organizací, navazovat spolupráci a společně utvářet strategie pro rozvoj integrované péče. ECHAlliance podporuje přenos know-how a sdílení osvědčených postupů při zavádění technologií do praxe. V České republice by měla být činnost ekosystému zahájena na přelomu roku 2015-2016.
- **AGE Platform Europe:** AGE Platform Europe (nedat.) je evropská síť více než 150 organizací které sdružují osoby ve věku 50+ či se na tuto populaci zaměřují. Platforma se orientuje na široké spektrum politik a strategií, které mají dopad na život seniorů a starobních důchodců v Evropě. Oblast zájmu platformy zahrnuje: anti-diskriminaci, zaměstnanost stárnoucí populace a aktivní stárnutí, sociálně-právní ochranu, penzijní reformy, sociální vyloučení, zdraví, zneužívání seniorů, mezigenerační solidaritu, výzkum, bezbariérovost a dostupnost dopravy a nové technologie.

- **Open-source Assistive Technology Software** (OATSoft, nedat.): Platforma pro spolupráci developerů a tvůrců otevřeného (tedy volně dostupného) software v oblasti asistivních technologií.
- **Evropské inovační partnerství pro aktivní a zdravé stárnutí** (EIP-AHA, 2015): Je jedním z nástrojů prosazování strategie Evropa 2020, konkrétně strategických cílů v oblasti zdravého a aktivního stárnutí. Představuje mezinárodní platformu pro mobilizaci evropského inovačního potenciálu v této oblasti a podporuje implementaci nových technologií
- **Horizon 2020** (European Commission, nedat.): Je v současné jedním z největších nástrojů financování vědy a výzkumu v EU. Dotace poskytuje konsorciím, která jsou obvykle složena z několika typů zainteresovaných stran z minimálně třech evropských zemí. Mezi výzvami vypisovanými v rámci Horizon 2020 lze nalézt i výzvy zaměřené na vývoj a inovace v oblasti asistivních technologií, telemedicíny a bydlení seniorů.

Nasazení asistivních technologií do praxe a změny v organizaci a koordinaci systému služeb vyžadují tedy spolupráci zainteresovaných stran, finanční podporu na vědu a výzkum, systematický mezioborový přístup a změny na úrovni legislativy. V České republice se v současnosti připravují návrhy změn zákona o sociálních službách i strategie pro elektronizaci zdravotnictví. Zástupci věd „o člověku“ mohou v rámci těchto procesů přispět zohledněním lidského faktoru a podpořit úspěšnou implementaci změn i optimalizaci technologií s ohledem na potřeby uživatelů.

Zaměříme se nyní na oblast **hodnocení efektivity technologií** a intervencí aplikovaných v domácnostech seniorů. Ukazuje se, že intervence na úrovni prostředí klientů (speciální prvky koupelen, upravená kuchyně, speciální nábytek, odstranění překážek v prostoru) spolu s nasazením asistivních technologií snižujících dopady handicapu přispívá k zachování funkčního stavu seniorů. V zájmu plnění přání klienta a účelnému využití financí je třeba intervence cílit na základě kvalitního šetření funkčního stavu a potřeb konkrétního klienta (Scherer, 1996). Kromě podpory funkčního stavu je velká pozornost věnována problematice pádů a krizových situací, ale větší důraz je kladen na jejich prevenci (Tinetti, 2003). S ohledem na detekci krizové situace je pak zdůrazňovaná potřeba rozpoznat ji co nejdříve a automaticky. V tomto ohledu se snáší kritika na využívání tísňových tlačítek jako jediného zařízení, či na řešení, která reagují na situaci příliš pomalu (Versel, 2012). Jako ideální model je prezentován komplexní systém na úrovni budovy kombinující prvky asistivních technologií, telemedicíny i inteligentního řízení budov. Domácnost se stává základní

jednotkou integrované péče, kolem které je budován systém služeb (Chan, Escriba & Campo 2008).

Na úrovni vývoje technologií je důležitým tématem **interoperabilita**, tedy schopnost různých zařízení od různých výrobců komunikovat a vytvářet funkční celky.

Často je zdůrazňovaná potřeba **zapojit potenciální uživatele asistivních technologií do procesu jejich designu a hodnocení** (Scherer, 1996). Je nutné si uvědomit, že mezi uživatele nepatří pouze klienti služeb, ale také formální a neformální pečovatelé. Dále je třeba vzít v úvahu možnosti a omezení osob zapojených do participativního designu (Shah & Robinson, 2007). Při hodnocení technologie klientem a rozhodování o jejím pořízení není důležitá pouze funkcionalita a užitečnost zařízení, ale také **sociální rozměr** jeho používání (Heerink, Kröse, Evers & Wielinga, 2010). Tím se myslí způsob komunikace s provozovatelem služby, která zařízení provozuje/využívá, vnímání služby, důvěryhodnost služby či dopad využívání technologie na vztahy s rodinou a další. Sociálním rozměrem implementace technologií je třeba se zabývat již v průběhu jejich vývoje.

Důležitým faktorem ovlivňujícím úspěšnost nasazení technologie do praxe je **ochota uživatelů používat technologii a schopnost s technologií pracovat**. Kromě optimalizace uživatelského rozhraní, zajištěním ergonomie a zaškolením v práci s technologií se objevují techniky zaměřené na motivaci uživatele k pravidelnému užívání technologie či dodržování určitého režimu (braní léků, rehabilitace či sebevyšetření). V praxi se osvědčuje užívání určitých herních prvků anglicky označované jako **gamification**, česky se někdy používá překlad „gamifikace“. Lze vytvořit hry zahrnující úkoly, činnosti či pohyby zaměřené na trénink kognitivních schopností či rehabilitaci. Pro gamifikaci je také specifické odměňování uživatelů body, jako je tomu v hrách, či možnost srovnání s ostatními uživateli (Cafazzo, Casselman, Hamming, Katzman & Palmert, 2012).

Závěrem tedy můžeme dodat, že využívání asistivních technologií má velký potenciál, který ale třeba ještě rozvíjet. Je třeba se inspirovat problémy ve stávající praxi, navrhnout technická, organizační, politická a finanční řešení, pilotně je ověřovat a zajistit jejich úspěšné nasazení do praxe.

EMPIRICKÁ ČÁST

7 Výzkumný problém a pozadí výzkumu

V současné době probíhá v ČR i EU bouřlivá diskuze o **proměnách systému zdravotní a sociální péče**. Diskuze je podnícena jednak novými **hrozbami** (například populačním stárnutím), a jednak novými **příležitostmi** (nové technologie). Populační stárnutí s sebou přináší výzvy, na které je třeba reagovat – je třeba zvýšit efektivitu systému péče a podpořit oblast prevence – v tom mohou technologie pomoci. Technologie mohou dále pomoci vytvořit systém **integrované péče** a podpořit **domácí a neformální péči**. Pro úspěšné zavádění nových technologií a organizačních modelů je třeba porozumět potřebám jednotlivých aktérů systémů péče, jejich postojům a možnostem. Náš výzkum se snaží částečně přispět k pochopení potřeb uživatelů asistivních technologií v domácím prostředí. Dále se částečně dotýká problematiky vnímání technologií seniory a interakcí člověka s asistivními technologiemi. Zaměřením se tedy jedná o výzkum na průsečíku **inženýrské psychologie, environmentální psychologie a gerontopsychologie**. Interakce člověka s technologiemi a prostředím je velmi aktuální téma, pro které v ČR teprve vzniká znalostní základna.

Výběr tématu, respektive přesun ohniska zájmu k oblasti technologií ovlivnilo působení autora práce na **Univerzitním centru energeticky efektivních budov ČVUT (UCEEB)**. Na UCEEB a ČVUT obecně je v současnosti věnována velká pozornost nejen oblasti asistivních technologií a chytrého bydlení, ale také například problematice SMART Cities. Vzhledem ke komplexitě zmíněných oblastí se v rámci ČVUT prohlubuje mezifakultní spolupráce a týmy se rozšiřují o zástupce dalších oborů, jako je medicína, psychologie, sociologie, ekonomie, sociální geografie apod. Díky spolupráci v rámci tohoto multioborového prostředí máme možnost diskutovat problematiku s inženýry, kteří se zabývají designem nových řešení pro domácí péči a chytré bydlení. Ve výzkumu tedy reflektujeme i praktické otázky, se kterými se setkáváme.

Dalším zdrojem inspirace, který měl vliv na formování výzkumného záměru, byla předchozí spolupráce s **Životem 90**, poskytovatelem sociálních služeb a tísňové péče seniorům. Výzkum reaguje na otázky, které si klade jak vedení organizace, tak pracovníci tísňové péče. Zástupci Života 90 se podíleli na formulaci výzkumných otázek, připomínkovali strukturu interview pro klienty, zapojili se do ohniskové skupiny a pracovnice tísňové péče vyplnily krátký dotazník. Zásadním přínosem byla pomoc při kontaktování participantů výzkumu z řad klientů služby. Participativní přístup, který jsme zvolili pro výzkum dané problematiky, uvádíme v popisu metodologie.

Důvodem výběru klientů Života 90 jako výzkumné populace byla potřeba zaměřit se na seniory, u kterých již nastala potřeba využívat určitou míru podpory v jejich domácím prostředí. Klienti služby už prošli procesem rozhodnutí službu využívat a mají určité zkušenosti s využíváním asistivní technologie. Věříme, že zmapováním faktorů ovlivňujících rozhodnutí využívat péči, zkušeností seniorů s technologiemi a jejich potřeb v rámci bydlení můžeme získat informace vhodné pro optimalizaci služeb a technologií v budoucnosti. Důležitá je také možnost zapojení pracovníků služby do výzkumného projektu a zahrnutí jejich zkušeností, postojů a potřeb.

Život 90 v současné době nabízí například tyto služby: komplexní poradenství určené seniorům (telefonicky i ambulantně), centrum denních služeb (druh denního stacionáře), odlehčovací a rehabilitační pobyty, pečovatelská služba a tísňová péče. Pro pochopení kontextu výzkumu je důležité porozumět především současnému systému poskytování tísňové péče. Tísňová péče Života 90 nabízí své služby převážně seniorům, ale mezi jejími klienty jsou například i invalidní důchodci – osoby na kolečkovém křesle, osoby s onemocněním pohybové soustavy apod. Podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách **služba tísňové péče** obsahuje tyto základní činnosti (Život 90, nedat.):

- Poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci
- Sociálně terapeutické činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Primárním účelem péče je tedy zajištění pomoci v krizových situacích (pád, nevolnost, slabost, přepadení, nepříjemný psychický stav či strach), sekundárním účelem je komplexní poradenství a podpora klienta v domácím prostředí, jako doplněk lze také využívat funkci zabezpečení domu v nepřítomnosti. Zájemci službu kontaktují převážně po telefonu – operátorky vysvětlí klientům (či jejich rodině) princip fungování služby. V případě zájmu se telefonicky realizuje vstupní dotazník, kdy se zjišťují základní údaje – jméno a příjmení, věk, bydliště, důvod využívání služby a přítomnost domácích mazlíčků (kvůli nastavení citlivosti senzorů pohybu). Celý proces je možno realizovat i prostřednictvím online formuláře. Klient dále předběžně volí formu služby. Na výběr je několik variant, včetně zařízení zajišťujícího kontinuální monitorování pohybu a lokalizaci klienta i mimo jeho domácnost. My se budeme dále převážně zabývat v současnosti nejčastější sestavou zařízení: infračervené čidlo pohybu,

zařízení pro hlasovou komunikaci, systémový telefonní přístroj a tísňové tlačítko (na krku či zápěstí).

V případě, že se klient rozhodne službu využívat, je mu zaslán **zdravotní dotazník**, který potvrzuje lékař. Hlavním důvodem potvrzení je vyloučení onemocnění (kognitivní a duševní poruchy), které by znemožňovaly využívání služby. Služba tedy není například poskytována osobám, kterým byla již diagnostikována Alzheimerova choroba.

Pokud lékař potvrdí způsobilost seniora využívat službu, následuje **sociální šetření** prováděné tváří v tvář v domácnosti budoucího klienta. V rámci šetření je zjišťován funkční status seniora a jeho denní režim, senior předá potvrzení od lékaře a obdrží podrobné informace o fungování služby a zařízení. Dále si může senior dohodnout čas **pravidelného preventivního obvolání** (jednou týdně). Senior také může službě předat klíče od domova pro případ, že by bylo třeba dostat se do jeho domácnosti v případě naléhavé události.

Jeden až dva týdny od sociálního šetření následuje montáž stacionárního zařízení prováděná technikem služby. Technik po konzultaci s klientem nainstaluje **centrálu a čidlo pohybu**. Centrála zajišťuje jednak sběr dat z čidla a jejich odesílání na dispečink a také hlasovou komunikaci s klientem v případě pádu. Komunikační část zařízení umožňuje v případě nouze odposlech i hlasitou komunikaci, takže služba může s klientem komunikovat, i když leží na zemi mimo dosah telefonu. U komunikačního zařízení technik nastaví hlasitost podle potřeb klienta a dispozic domácnosti. Infračervené čidlo namontuje technik do místa, kde se senior nejčastěji pohybuje. Na základě denního režimu seniora je vytvořena časová smyčka. Pokud během daného časového úseku nezaznamená čidlo žádný pohyb, spustí na dispečinku poplach. Poplach se taktéž spustí při stisknutí **nouzového tlačítka**.

V případě **tísně** dojde k navázání hlasového spojení s domácností klienta a dispečer vyhodnotí situaci. Pokud se jedná o krizovou situaci (senior potvrdí potíže/neozývá se) je dle možnosti a povahy situace koordinována pomoc. V některých případech má služba kontakt na souseda, který může být v domácnosti první, někdy mají možnost pomoci rodinní příslušníci, nejčastěji vyjíždí vozidla služby Amfion (dopravní a rehabilitační služba) a v případě ohrožení života jsou přivolány na pomoc jednotky integrovaného záchranného systému.

Pokud využívá senior **zabezpečení domácnosti** po dobu nepřítomnosti, změní se po stisknutí speciálního tlačítka nastavení systému tak, že průchod infračerveným polem nyní spouští poplach a zařízení zasílá dispečinku informaci o narušiteli v zabezpečené domácnosti.

Popsaný systém je provozován v takřka nezměněné podobě od roku 1992. Základem zařízení je elektronický zabezpečovací systém. Výhodou systému je jeho relativní jednoduchost a možnost zabezpečení domácnosti, problematická je však jeho efektivita

a přesnost. Pokud by klient upadl do bezvědomí a do konce nastaveného intervalu by zbývaly ještě tři hodiny, je to relativně dlouhá doba. Často také dochází k planým poplachům, například kvůli nechtěnému zmáčknutí tlačítka. Centrála zařízení je také relativně velká. Výhodou mobilního řešení je možnost lokalizace a přivolání péče mimo domov seniora. V současné době dochází také k nasazení zařízení SeniorInspekt, které nosí klient u sebe a které monitoruje jeho pohyb kontinuálně, navíc je technicky připravené na odesílání bio medicínských údajů ze zařízení a senzorů, jež by se zařízením bezdrátově komunikovaly v rámci domácnosti seniora. Jak jsme uvedli, je stále nejrozšířenější variantou stacionární zařízení doplněné o tísňové tlačítko.

Analýzou současné formy tísňové péče chceme vytvořit základ pro další výzkum a projekty v oblasti asistivních technologií a bydlení seniorů. Jedná se tedy o snahu zmapovat klíčová témata a faktory, které bude třeba do budoucna brát v potaz.

8 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

8.1 Výzkumné cíle

Cílem výzkumu je popsat jak vnímají potenciální uživatelé asistivních technologií otázku vlastního bydlení a jaké potřeby mají v souvislosti s bydlením. Prozkoumáme také, jaké faktory a potřeby hrály roli při rozhodnutí využívat tísňovou péči, jaká je zkušenost seniorů s využíváním technologií a služby a do jaké míry plní služba potřeby seniorů.

Tato evaluace bude prvním krokem v mapování problematiky nasazení technologií do domácí péče. Pochopení současného stavu by mělo přispět lepšímu porozumění potřeb klientů a kontextu nasazení technologií. Výstupy výzkumu poslouží poskytovatelům sociálních služeb, politikům a úředníkům, a odborníkům zabývajícím se bydlením seniorů a asistivními technologiemi. Dále na jejich základě připravíme další výzkumné aktivity v rámci Univerzitního centra energeticky efektivních budov ČVUT.

8.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vznikaly ve spolupráci s výzkumníky UCEEB a zaměstnanci Života 90. Vycházeli jsme také z rozhovorů se zástupci výrobců technologií. Ze všech identifikovaných otázek jsme se v našem výzkumu rozhodli soustředit na následující:

- 1) Jaké faktory se podílejí na rozhodnutí využívat tísňovou péči?
- 2) Jak hodnotí senioři svou dosavadní zkušenost s využíváním tísňové péče?
- 3) Jak hodnotí senioři technická zařízení používaná v rámci tísňové péče?
- 4) Jaké potřeby, obavy a přání mají uživatelé asistivních technologií?
- 5) Jaké další zdroje pomáhají seniorům zachovat osobní autonomii?

9 Popis metodologického rámce

V rámci výzkumu jsme se drželi zásady partnerského přístupu, a to jak v rámci spolupráce se zástupci služby, tak s jednotlivými participanty. Využili jsme přitom kombinaci kvalitativních metod sběru a zpracování dat. V této práci je hlavní pozornost věnována interview s klienty služby. Partnerský přístup se službou spočíval ve snaze maximalizovat přínos výzkumu službě – snažili jsme se reflektovat otázky, které si kladou zástupci služby, a respektovat principy služby při práci s klienty. Partnerský přístup se promítl do stylu vedení interview a uchopení role participantů výzkumu. Do výzkumu byli přizváni jako experti na vlastní situaci – snažili jsme se proto interview vést v duchu konzultace založené na vzájemném respektu.

Příprava a realizace výzkumu probíhaly v následujících krocích:

- **Oficiální oslovení poskytovatele služeb:** Vedení organizace byl zaslán email se žádostí o spolupráci a s návrhem jejích základních parametrů. Byla domluvena schůzka se zástupci organizace.
- **Schůzka s vedením organizace:** Na schůzce, které se účastnili zástupci vedení organizace i sekce tísňové péče, byl představen výzkumný záměr. Zástupci vedení připomínkovali záměr a dali souhlas se spoluprací organizace na výzkumném projektu.
- **Interview se zástupkyněmi dispečinku:** Zástupkyním dispečinku jsme na společné schůzce nejprve představili metodologický rámec výzkumu, požadavky na výběrový soubor a připravenou sadu otázek pro klienty. Následovala krátká ohnisková skupina s účelem získání informací o současném chodu tísňové péče a o problémech, se kterými se služba potýká. Pracovnice tísňové péče okomentovaly sadu otázek a přidaly návrhy otázek vlastních. Z ohniskové skupiny byl pořízen audio záznam. Na schůzce jsme také upřesnili detaily spolupráce.
- **Připomínkování otázek:** Na základě předchozích otázek byla sestavena osnova otázek interview. Zástupkyně tísňové péče okomentovaly obsah i formu otázek na základě vlastních zkušeností s komunikací s klienty.
- **Identifikace vhodných klientů a jejich telefonické oslovení:** Pracovnice tísňové péče obvolávaly na základě domluveného klíče klienty s prosbou o zapojení se do výzkumu.

- **Domluvení schůzky s klienty:** Pracovnice služby nám předaly kontaktní údaje klientů, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu. S klienty jsme si domluvili termín setkání v jejich domově.
- **Dotazník pro pracovnice péče:** Pracovnicím byl zaslán dotazník zjišťující jednak jejich vlastní spokojenost s technologiemi a organizačním modelem, a jednak míru shody jejich pohledu na potřeby klientů s realitou.

9.1 Metody sběru dat

Hlavní metodou sběru dat bylo **polostrukturované interview** s klienty tísňové péče. Sběr dat probíhal v domácnostech klientů. Z rozhovorů byl pořízen audiozáznam, který byl posléze doslovně přepsán a dále analyzován. Nahrávanému rozhovoru předcházelo představení projektu a vysvětlení principů partnerského přístupu. Účelem konverzace bylo také vytvořit příjemnou atmosféru a přizpůsobit rozhovor participantům (rychlost, hlasitost, vedení rozhovoru). Participantům jsme představili tematické okruhy hovoru, vysvětlili způsob kladení otázek a požádali je o svolení s nahráváním. Po interview následoval v případě zájmu participantů neformální rozhovor. Pokud se během něj objevilo zajímavé téma, požádali jsme participanty o jeho shrnutí na diktafon. Osnovu otázek pro interview uvádíme v příloze (příloha 1).

Dalším zdrojem informací byla již zmíněná ohnisková skupina se zástupkyněmi tísňové péče, jejíž výstup jsme využili pro optimalizaci výzkumných otázek a struktury interview. V průběhu sběru dat jsme se rozhodli vytvořit dotazník pro pracovnice tísňové péče. Zajímala nás přitom nejenom spokojenost pracovnic s technickým vybavením služby a organizačním modelem, ale také jejich schopnost popsat postoje potřeby klientů služby. Účelem zařazení tohoto dotazníku tak bylo jednak zahrnout do výzkumu pohled pracovnic péče, a jednak zhodnotit, do jaké míry by bylo možné provádět v budoucnosti obdobnou analýzu čistě na základě výpovědi pracovnic. Dotazník byl tvořen sérií kvalitativních otázek doplněných o kvantitativní hodnocení spokojenosti s jednotlivými technologiemi. Dotazník byl distribuován online a jeho celé znění uvádíme v příloze (příloha 2). Výsledků dotazníku se v této práci dotkneme jen velmi okrajově – jejich úplné zpracování proběhne v navazujícím výzkumném projektu, do nějž hodláme dále zahrnout odpovědi pracovnic z mimopražských poboček Života 90.

9.2 Zpracování dat

Záznamy rozhovorů se seniory byly doslovně přepsány a dále byla data zpracovávána v textové podobě. Pro zpracování dat jsme zvolili metodu vytváření trsů a následně metodu zachycení vzorců. Kombinovali jsme postup otevřeného a axiálního kódování. Otevřené kódování umožňuje zachytit kategorie vynořující se z rozhovorů, axiální kódování pak umožňuje zachytit vztahy mezi nimi a prolnout kategorie získané v otevřeném kódování s určitým teoretickým rámcem. Tento teoretický rámec ovlivňuje proces vytváření nadřazených kategorií, respektive způsob seskupování kategorií podřazených, tak aby měly výsledky explanační hodnotu ve vztahu k výzkumným otázkám. Hlavní důraz byl proto kladen na vytvoření kategorií, které by tematicky kopírovaly výzkumné otázky vycházející z praxe poskytování služeb a vývoje asistivních technologií. Cílem analýzy byl popis jednotlivých kategorií (oblastí) nikoli snaha o vytvoření jednotícího explanačního rámce. Důvodem pro tento přístup byla snaha vytvořit výstup jednoduše aplikovatelný do praxe – jakýsi manuál popisující jednotlivé oblasti, kterým by měli pečovatelé i výrobci technologií věnovat pozornost. Výhodou je, že tento přístup umožňuje vyčerpávající popis nadřazených kategorií, prostřednictvím podřazených kategorií a vztahů mezi nimi. Nedochozí ke zjednodušování za účelem vytvoření jednotného explanačního rámce. Každá oblast (nadřazená kategorie) byla přitom popsána samostatně – její popis by měl dávat smysl sám o sobě a zahrnout všechny zachycené faktory (podřazené kategorie). Proto je možné, že stejná kategorie bude jednou v roli nadřazené oblasti a jindy v roli podřazeného faktoru oblasti jiné.

Výsledky **dotazníku pro pracovníce** služby byly pro účely této práce využity pouze částečně. Zpracovali jsme odpovědi na kvalitativní otázky zaměřené na vhléd pracovníků do situace klientů služby, tedy otázky, které tematicky kopírovaly interview pro klienty (viz příloha 2). V navazujícím výzkumu budeme s těmito daty pracovat dále – jednak popíšeme potřeby a spokojenost pracovníků vztahující se k technologiím a organizačním modelům a jednak zanalyzujeme míru shody výpovědí pracovníků a klientů. Pokud by se prokázala vysoká shoda, mohli bychom používat dotazník k orientačnímu zhodnocení služby jako celku.

10 Zkoumaná populace a výběrový soubor

Populaci, na kterou jsme se zaměřili, můžeme rozdělit na širší populaci, na niž by bylo možné vztáhnout výstupy a doporučení našeho výzkumu (aplikační populace) a na samotnou výzkumnou populaci.

Aplikační populaci jsou potenciální uživatelé asistivních technologií mezi seniory, zejména v Praze. Potenciální uživatelé asistivních technologií či telemedicíny jsou zejména ti senioři, kteří jsou schopni bydlet samostatně, leč již se u nich projevuje jisté omezení či ohrožení v podobě zhoršení pohyblivosti, onemocnění, sociálního vyloučení, vzdálenost a špatná dostupnost služeb a podobně.

Výzkumnou populaci pak tvoří senioři, kteří se již rozhodli využívat tísňovou péči. Tito senioři se již dostali do situace, kdy oni sami, či jejich blízcí vnímali potřebu zajistit určitou míru podpory v rámci samostatného bydlení, identifikovali možné řešení, rozhodli se pro využívání služby a mají určitou zkušenost s jejím využíváním.

Popis výzkumného vzorku:

Naším původním záměrem bylo zapojení 20 participantů z řad uživatelů tísňové péče, konečný vzorek byl nakonec menší a čítal 15 uživatelů – důvody zmenšení vzorku oproti plánu uvádíme níže. S výběrem klientů pomohly pracovnice tísňové péče na základě domluveného klíče – účelem bylo zajistit dostatečnou pestrost – osoby různého věku, osoby s rozdílnou mírou mobility, osoby využívající/nevyžívající pečovatelskou službu, zastoupení obou pohlaví a osoby z více částí Prahy. Důležitým kritériem byla doba využívání služby – participanté využívali službu nejméně pět měsíců a nevíce jeden a půl roku – důvodem bylo, aby měli dostatečnou zkušenost s používáním služby, ale byli si ještě schopni vybavit rozhodování předcházející využívání služby. Jednalo se tedy o záměrný výběr.

V první fázi bylo telefonicky osloveno 60 uživatelů, z nichž 21 vyjádřilo písemně zájem spolupracovat. Kontaktní údaje těchto uživatelů nám byly službou předány. S patnácti z nich se podařilo realizovat interview, 4 se nepodařilo přes opětovné pokusy kontaktovat, jeden účastník dodatečně odmítl účast a v jednom případě bylo od interview upuštěno pro zhoršení zdravotního stavu klientky.

Výsledný vzorek čítal 15 osob, věkový průměr byl 82,6 let². Nejstarší participantce bylo 95 let. Vzhledem k drtivé převaze žen mezi klienty se nepodařilo ani vzdáleně přiblížit k vyrovnání zastoupení pohlaví ve vzorku – výsledný poměr byl 13 žen a 2 muži. Přibližně polovina respondentů využívala nějakou formu pečovatelské služby.

² Do průměru nezapočítáváme nejmladšího respondenta (56 let), který je zároveň nejmladším klientem služby. Je to proto, že se jedná o naprostou výjimku – tedy extrém.

Většina klientů (12) využívala stacionární variantu zařízení a tři klienti využívali mobilní zařízení. Úroveň mobility se různila od zcela pohyblivých seniorů, přes osoby využívající francouzské hole a chodítka, po uživatelku kolečkového křesla. Ve vzorku byly osoby z 11 různých částí Prahy a to jak z centra, tak z okrajových částí.

Doplňkový dotazník vyplnilo 6 pracovníků tísňové péče AREÍON z pražské centrály Života 90.

11 Etické otázky výzkumu

Participanty jsme oslovovali prostřednictvím poskytovatele tísňové péče. Operátorky identifikovaly ty klienty, jejichž zdravotní stav umožňoval realizaci interview bez jejich většího vyčerpání. Klientům byl doručen dopis s popisem výzkumného záměru a s informovaným souhlasem. Telefonicky jsme ověřili ochotu klientů participovat a byla jim nabídnuta možnost přizvat k interview blízkou osobu či pečovatelku. Pět klientů využilo tuto možnost – v těchto případech proběhl krátký pohovor s rodinnými příslušníky či s pečovatelkou, aby se ujistili, že je vše v pořádku. Snažili jsme se tedy maximálně redukovat míru strachu a úzkosti klientů a jejich blízkých. Nechali jsme si časové rezervy, abychom se mohli v případě zájmu věnovat seniorům i po jeho skončení. Většina seniorů měla zájem pokračovat v neformálním rozhovoru. Data jsme přepisovali a zpracovávali anonymně pod kódovým označením. Audiozáznam rozhovorů byl uložen na zabezpečeném disku.

12 Výsledky

Nejprve se pokusíme pomocí získaných informací odpovědět na výzkumné otázky, tak jak jsme je definovali na základě komunikace se zainteresovanými stranami. Po rozboru zjištění, která se vztahují k jednotlivým otázkám, dále popíšeme další faktory a témata, která se spontánně objevila během interview a která považujeme za přínosná pro aktéry systému péče a výrobce technologií.

12.1 Jaké faktory se podílejí na rozhodnutí využívat tísňovou péči?

V rámci odpovědi na tuto otázku jsme identifikovali jednotlivé faktory, které se podílejí na rozhodnutí využívat službu. Jednotlivé faktory jsme rozdělili do skupin a popsali jejich vliv na rozhodnutí a následně i vztahy mezi nimi. Zjišťovali jsme také, do jaké míry je rozhodnutí určeno klientem a do jaké míry je podmíněno tlakem okolí. Dále jsme celkově zhodnotili, zda je rozhodnutí využívat službu spíše preventivní, či reaguje na konkrétní podnět v podobě již prožité krizové situace.

Identifikované faktory, které ovlivňují rozhodnutí využívat péči lze rozdělit do těchto skupin:

- Předchozí zkušenost s krizovou situací
- Změna zdravotního stavu
- Samota
- Neformální pečovatelé/rodina
- Potřeba nezávislosti
- Informovanost o službě a technologiích
- Očekávání vztahující se ke službě
- Postoje k poskytovateli služby a důvěryhodnost
- Dostupnost služby a ekonomické faktory

Přechozí zkušenost s krizovou situací je jedním z hlavních faktorů podmiňujícím užívání tísňové péče. Nejčastější krizovou situací je přitom **pád**. Většina klientů popisuje jako jeden z hlavních důvodů péče **obavu z pádu – 9 z 15 klientů** zkušenost s vlastním pádem předtím, než začali využívat tísňovou péči. Téměř všichni klienti popisují obavu z pádu – tato obava bývá kromě vlastního pádu založena na pádu blízké osoby. Povědomí o možnosti pádu zvyšují rodinní příslušníci a blízké osoby i služba samotná ve svých materiálech. Senioři popisují strach z bezmoci v případě krizové situace – obávají se situace, kdy by zůstali ležet

na podlaze v bolestech a bez pomoci. Už z povahy služby se tedy problematika pádu či krizové situace obecně představovala ústřední téma téměř všech interview.

Příklad pádu jako hlavního podnětu k využívání péče:

„Protože jsem tam jednou spadla, já jsem v pokoji sama, máme 4+1 a je to dvougenerační, takže já jsem byla v pokoji sama, tam jsem spadla a musela jsem šoupat přes chodbu k dceři, aby mi někdo pomoh, protože už jsem nevstala. Od té doby jsem nemocná, a takže takhle, aby se už to nestalo, že bych musela takhle se šoupat takovou dálku a v takový bolesti, tak proto jsme se rozhodli pro tuto službu, že je o mě postaráno.“ (žena, 79)

Příklad obavy z pádu:

„Ten důvod byl ten, že jsem měl pocit, že... je zapotřebí, aby v případě nějakého mého pádu nebo nevolnosti nebo nějaký zdravotní indispozice jsem měl možnost se někoho dovolat, aby sem přišel a případně mně poskytl lékařskou pomoc.“ (muž, 83)

Příklad zprostředkované zkušenosti:

„Ano, tak začala jsem to využívat, protože sem měla starou tetu, která měla 83, já jsem se o ní starala, ona nebydlela se mnou, bydlela na jižním městě, já jsem za ní pravidelně chodila, no a jednou jsem tam přišla až po třech dnech a teta byla mrtvá. Nedovolala se, spadla, zlomila si ruku a prostě nedoplazila se vůbec k telefonu a byla mrtvá. A to byl pro mě šílený šok a potom když Praha 3 nabízela tu službu, tak jsem řekla, 'Já si to radši dám zavést, protože člověk může uklouznout třeba v koupelně nebo něco se stane a tak jestli je to možný, tak si jí nechám zavést.'“ (žena, 75)

Prožívaná změna zdravotního stavu je faktor, který se v určité podobě opět objevuje téměř u všech klientů. Do této kategorie spadají konkrétní zdravotní potíže, které mohou vyústit v krizovou situaci, dále zhoršení mobility a také celkový pocit křehkosti a pokles výkonnosti. Zhoršení zdravotního stavu se může na používání tísňové péče podílet i nepřímo – často totiž primárně vedou k využívání domácí péče či pečovatelské služby – pracovníci/pracovnice těchto služeb často klientům tísňovou péčí doporučí. Tísňovou péčí také doporučují lékaři v případě obav o zdravotní stav svých pacientů.

„Předtím jsem chodila a pak jsem najednou přestala chodit.“ (žena, 83)

„(...) kvůli mé celkové diagnóze“ (žena, 67)

„Už jsem stará, víte.“ (žena, 84)

Samota je dalším spoluurčujícím faktorem, který se podílel na rozhodnutí využívat péči u většiny klientů. Samota zvyšuje obavy z krizové situace – samostatně žijící senioři si uvědomují, že v případě pádu nemají poblíž nikoho, kdo by jim pomohl. To platí i u seniorů, kteří mají pravidelný sociální kontakt, ale bydlí sami. Někteří senioři pak popisují samotu samu o sobě jako jeden z hlavních důvodů pro využívání služby.

„(...) a k tomu se pojící osamělost.“ (žena, 67)

„Asi to že jsem sama, víte.“ (žena, 84)

„(...) že budu jako s někým v kontaktu.“ (muž, 56)

Role **neformálních pečovatелů** (tedy především rodiny) na rozhodování o pořízení služby, je jednou z oblastí, na níž směřují otázky pečovatелů i dalších zainteresovaných stran. Rodina může na seniora působit několika způsoby. Samotná potřeba využívat technologii může často vzejít od pečovatелů – mají strach a chtějí se cítit klidněji. Dále mohou být zdrojem informací o možnostech služby, mohou se podílet na rozhodování a zprostředkovat kontakt se službou. Z 15 klientů 6 uvedlo, že pořízení služby přímo iniciovali rodinní příslušníci, samo se rozhodlo a službu vybavilo také 6 klientů a ve třech případech probíhalo rozhodování společně, či není jednoznačné říci, kdo měl v procesu rozhodování hlavní slovo. Rodina přitom nemusí mít vždy přímý vliv – tedy rodina nemusí seniorovi přímo ponouknout využívání služby, či o službě informovat. Roli má také nepřímý vliv – vzdálenost rodiny, míra kontaktu s rodinou či vyjádření obav o zdraví seniora. Nabízí se představa mladých rodin, které nemají pro práci a zábavu na svoje rodiče čas, je důležité podotknout, že i potomci klientů jsou často v důchodovém věku, či na jeho hranici. Do procesu pořízení péče také často zasahují mladší generace, tedy vnuci a vnučky klientů.

„No ten syn na tom trval, aby měl jistotu, že já tady někde nespádnou a nikdo mi nepomůže. Tak ten trval na tom, a že to všechno zařídí.“ (žena, 87)

„Myslím, že jsem se rozhodla sama.“ (žena, 84)

„Oni sami říkali: 'Mami najdi si něco, co by ti pomáhalo, protože my to nebudeme zvládat.'“ (žena, 85)

Potřeba nezávislosti úzce navazuje na téma rodiny. Klienti mají zájem být v kontaktu s rodinou a blízkými, ale nechtějí se cítit jako přílišná zátěž. Proto vítají fakt, že je služba placená a oni jsou v pozici klienta, kde mezi nimi a službou funguje vyrovnaný vztah – „Služba mě poskytuje péči a já platím.“. Tento vztah není ani tak daný faktem, že senioři platí službě, ale že pečovatelé jsou placeni za výkon služby – je to jejich práce. To ostatně platí i pro další služby, které zvyšují nezávislost. Tento fakt je třeba vzít v úvahu při nastavování organizačních modelů péče zahrnujících neformální či komunitní péči. Je třeba najít hranici, kdy má senior dostatečný kontakt s okolím, kdy dochází ke koordinaci všech aktérů péče, a kdy zároveň nejsou neformální pečovatelé neúměrně vytíženi a kde se senior necítí jako přítěž.

„(...) proto jsem si tohle tady zařídila, abych nebyla na nikom závislá, to ne, to je vyloučený, dneska má každý se sebou sám co dělat. (...) já si přidám velmi dobře, když vím, že tedy nemusím obtěžovat nikoho.“ (žena, 75)

„Pečovatelky jsou strašně ochotný taky, já si připadám teďko velmi dobře, když vím, že tady nemusím obtěžovat nikoho, že stačí, když spadnu, tak tady si zmáčknu a oni přijedou jo a kromě toho mi volaj jenom tak na kontrolu, jak se mi daří a tak, takže já jsem v posteli, oni mluvej třeba tady přes tu skříňku, ale jako vždycky aspoň jako jestli je mi dobře, jestli něco nepotřebuju, takže jsem velmi spokojená a šťastná, že nemusím zbytečně nikoho obtěžovat, jim to zaplatím měsíčně, že jo, nějakou částku co je potřeba a když jako přijedou, tak to zapíšu a prostě jsme vypořádaný jako pracovně, no jsem s tím spokojená.“ (žena, 75)

Informovanost o službě a technologiích je podmiňující faktor, jehož vliv na rozhodnutí je prosté – pokud nemají klienti či jejich rodina povědomí o možnostech služby, nemohou o jejím pořízení ani začít uvažovat. Ve většině případů (9) měli klienti povědomí o existenci tísňové péče relativně dlouho před rozhodnutím službu využívat. Další 4 klienti se o službě dozvěděli v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu či úrazem – informace od zdravotníků, pečovatelů. Ve dvou případech si informace vyhledali rodinní příslušníci jako důsledek

potřeby zabezpečit svoje blízké. Povědomí o tísňové péči posiluje také to, že se Život 90, který službu provozuje, věnuje celé řadě dalších aktivit pro seniory, včetně kulturních akcí, vydává také informační materiály pro seniory a nabízí seniorům komplexní služby, včetně denního stacionáře, odlehčovacích pobytů, pečovatelské služby a poradenství. Ukazuje se tedy, že tento integrovaný model služeb, zahrnující vedle péče i volnočasové aktivity, nese svoje ovoce.

„No, já jsem chodila do Života 90 do divadla a takhle jako, brala jsem ty jejich brožurky a tam to všechno bylo psaný a jako jsem se pořád nemohla rozhodnout, říkám, dyť já to nepotřebuju, já když tak si zavolám.“ (žena, 87)

Očekávání vztahující se ke službě mají vliv nejen na rozhodnutí využívat či nevyužívat, ale také na výslednou spokojenost v případě jejího využívání. Očekávání se v průběhu komunikace se službou mění a upřesňuje od původních představ, které jsou důvodem k tomu začít o službě uvažovat, až po představu založenou na informacích které klienti obdrží v rámci komunikace se službou. Zpětně je těžké popsat, jak se očekávání měnila v průběhu procesu rozhodování a komunikace se službou, popsali jsme tedy očekávání klientů tak, jak si je zpětně pamatují dnes. Toto retrospektivní prožívání očekávání je pravděpodobně důležité pro posouzení spokojenosti, neboť slouží jako srovnání se současnou situací a úrovní služeb.

Identifikovaná očekávání se dají s určitou mírou zjednodušení rozdělit na očekávání vztahující se k efektu služby a na očekávání vztahující se ke způsobu zajištění tohoto efektu, včetně celkového přístupu služby. Obecně lze říci, že senioři se rozhodují hlavně na základě efektu, který od služby očekávají. Co se týče dosažení efektu, věří kompetencím profesionálů a informacím, které jim služba dává.

Většina klientů (11) očekávala především pomoc v případě krizové situace a zvýšení pocitu jistoty. Dva klienti očekávali snížení samoty a pocit, že za nimi někdo stojí. Dva klienti pak neměli žádná výrazná očekávání.

„Nic celkem nečekám, jenom, že je o mě postaráno a že prostě mám zajištěno, že tam nezůstanu ležet, a že pro mě někdo přijede.“ (žena, 79)

„No že nebudu sama, že někdo za mnou vlastně ještě stojí.“ (žena, 83)

„No že se spojím s někým, kdo mně pomůže (...)“ (žena, 87)

Postoje k poskytovateli služby a důvěryhodnost služby vnímaná klientem se ukázala jako faktor, který se vztahuje nejen k rozhodnutí využívat službu, ale také usnadňuje některé procesy, například předání klíčů od domácnosti, či instalaci zařízení. Jako zdroje důvěry uváděli klienti dlouhou historii organizace, pozitivní zkušenosti s organizací v minulosti a osobu zakladatele služby. Dále hraje roli fakt, že tísňovou péčí dali záštitu některé městské části, které taky dotují pořízení technologie. Městské části tak do jisté míry fungují jako garant kvality.

„No tak já považuju ten Život 90 za takovou seriózní organizaci, už to je několik let nebo snad i desetiletí tady v Praze a je známo, že je to seriózní služba, jako kdyby to byla nějaká soukromá služba, tak bych teda se rozmýšlela daleko víc.“ (žena, 75)

„Ne, ne, ne, protože já jsem byla, když mají veletrhy, Život 90, tak voni tam maj přednášky a i tady o tom, takže to přiblíží, víte, co to znamená, jak to je a podobně, takže já jsem už věděla, co asi je kolem toho.“ (žena, 87)

Dostupnost služby a ekonomické faktory: Podmínkami určujícími možnost využívat službu jsou její dostupnost v dané lokalitě, existence telefonní linky či pokrytí mobilním signálem a také finanční dostupnost služby. Pořízení základní technologie je v současné době dotováno, senioři tak platí pouze měsíční poplatek, někteří z nich jej v průběhu rozhovoru často zmiňovali s tím, že je pro ně hraniční a obávají se jeho navýšení. Senioři, kteří bydlí ve vlastním bytě či domku a senioři, kteří mají úspory, nepřisuzovali finanční stránce služby takový význam, jako senioři žijící především z důchodu či platící nájem. Pomáhá také, je-li seniorům přiřknut příspěvek na péči, z něhož je možno službu hradit.

12.2 Jak hodnotí senioři svou dosavadní zkušenost s využíváním tísňové péče?

Další okruh otázek pokládaných v rámci interview se zaměřoval na mapování dosavadní zkušenosti klientů se službou, jejich spokojenost či nespokojenost a míru, do jaké služba plní jejich potřeby a očekávání. Seniorů jsme se tedy ptali, zda jsou se službou spokojeni a jak hodnotí její přínos. Výsledky jsou jednodušší, než jsme čekali – hlavní oblasti, které senioři hodnotili, bylo zvýšení jistoty, přátelský přístup operátorek a míru kontaktu se službou a rychlost reakce dispečinku. Jako faktor posilující spokojenost se ukázal prožitý poplach, ať

už planý, nebo skutečný. Celkovou spokojenost se službou vyjádřilo 13 z 15 klientů, dva klienti odpověděli neutrálně, celkovou nespokojenost nevyjádřil nikdo.

Přístup operátorek byl nejčastěji zmiňovaným tématem v souvislosti s hodnocením služby. Lidský rozměr služby je pro seniory důležitý – na otázky týkající se spokojenosti se službou většina seniorů (9) automaticky zmiňuje právě spokojenost s přístupem pracovníků služby. Pozitivně hodnotí jak pravidelné obvolávání, tak přístup v případě krizové situace, pokud s ní klienti již měli zkušenost. Několik seniorů také zmínilo vstřícný přístup při zajišťování služby a instalaci technologií. Někteří klienti by ale uvítali více osobního kontaktu, či pravidelnější obvolávání.

„Výborně jako, mám úžasně dobrý pocit jako, že se mnou i hovoří každý čtvrtek, jak se mi daří, ano a jsou jako moc hodný, já jim jsem vděčná za to, že, že prostě se takhle starají o ty seniory, že to vůbec existuje.“ (žena, 75)

„Ano, přesně tak, takže jsem to velmi ráda přivítala a oni jsou takový bezvadný, kontrolují mě, jestli jsem v pořádku, volají, když maj službu, třeba i v noci, tak zavolaj, jak se mám a tak se jenom pozdravíme a já jim řeknu (...).“ (žena, 92)

Zvýšení jistoty hodnotili senioři jako jeden z hlavních přínosů služby. Senioři mají velkou důvěru v systém tísňové péče a uklidňuje je pocit, že jim v případě nouze někdo zajistí rychlou a koordinovanou pomoc. Tuto bazální důvěru by mohly v budoucnosti nové subjekty zneužít, neboť klienti nejsou příliš schopni posoudit, do jaké míry jsou opatření dostatečná.

„(...) v tu ránu jsme se jako úžasně jako uklidnili.“ (žena, 86)

„No, že se ohlásí a že mám tu jistotu, jo? Přesně ta jistota, oni se jenom ohlásej, ptaj se, jednou v sobotu, ptaj se, jak se mě daří, tak si popovídáme trošku, no a já se necítím tak sama.“ (žena, 83)

Míra kontaktu se se službou byla tématem, ve kterém se klienti rozcházeli – někteří ji totiž nepovažují za dostatečnou a schází jim fyzický kontakt s pracovníky služby. Na druhou stranu je pozitivně vnímán fakt, že je volání pravidelné a čas volání je pevně daný.

Latence reakce dispečinku byla zmíněna ve dvou případech – klienti měli dojem, že v případě zmáčknutí nouzového tlačítka či v případě volání trvala reakce dispečinku příliš dlouho.

Přechozí zkušenost s poplachem podporuje u většiny seniorů, kteří jej zažili spokojenost se službou a pocit bezpečí, protože mají možnost vidět, že služba skutečně funguje a jak na situaci reaguje. Platí to jak v případě reálného ohrožení, tak planých poplachů.

12.3 Jak hodnotí senioři technická zařízení používaná v rámci tísňové péče?

Senioři hodnotili zařízení vzhled, ergonomii a funkcionalitu. Senioři jsou s technickým vybavením relativně spokojeni, centrála stacionárního zařízení jim nepřekáží a nemají dojem, že by zařízení neúměrně narušovalo jejich soukromí. Hlavní stížnosti se týkaly planých poplachů a designu tísňových tlačítek. Shodně s celkovou důvěrou ve službu, věří senioři i v případě technologií, že se za daných finančních podmínek jedná o optimální řešení a nezpochybňují funkčnost systému jako celku. Problém mají senioři s pochopením možností a limitů použité technologie.

Planý poplach na dispečinku služby může být spuštěn dvěma způsoby. Zaprvé je to nechtěné zmáčknutí nouzového tlačítka a za druhé spuštění poplachu infračervenou bránou (čidlo monitorující pohyb). K nechtěnému stisknutí tlačítka dochází při běžných činnostech z důvodu velké citlivosti tlačítka, tedy většinou přes den. Ke spuštění poplachu čidlem pohybu dochází i v nočních hodinách, popřípadě ráno – vzhledem k pevně stanovenému časovému intervalu, kdy klient musí projít oblastí sledovanou čidlem, se může stát, že čidlo spustí, například když senior zaspí, či se v letních měsících pohybuje celý den na zahradě, aniž by přepnul režim čidla na hlídání domu. Pozitivně je hodnocen fakt, že se služba nejdříve pokusí kontaktovat klienta a zjistit, o jaký typ poplachu se jedná.

Design tlačítka se nelíbil pěti klientům – tedy jedné třetině. Problém byl nejenom vzhled, v případě náramku působí problémy pásky náramku, které překáží a u tlačítka na krk je problém, že překáží při pohybu či práci – plete se pod ruce, naráží do hrudi. Klientky řeší problém s tlačítkem na krk tím, že si jej dávají za oblečení. Jen jeden klient uvedl, že jako problém vnímá, že když v případě, že upadne do bezvědomí, nebude moci zmáčknout tlačítko a že pomoc by vyjela až na základě signálu z čidla pohybu, což už by mohlo být pozdě.

„Mně se to vůbec nelíbí, já to nosím, protože by se to mělo nosit (...) ale mě je to jedno, já o tom nepřemejšlím, prostě takhle to je, tak to takhle беру... a to jestli... když to musím mít na sobě a netlačí mě to na ruce, tak si to takhle strčím za blůzu nebo za triko (...).“ (žena, 85)

„(...) jedině, že ten náramek má strašně dlouhý ty, ty dva pásky, který jsou.... Že je to moc dlouhý a já bych potřebovala vědět, jestli to můžu ustříhnout, ale to se bojím, ale to není přeci nějaká chyba.“ (žena, 79)

„(...) protože problém je, že přes to tlačítko, když náhle omdlím, tak stejně nemohu se dovolat pomoci.“ (muž, 83)

V souvislosti s technologiemi narazili na relativně časté **nepochopení možností a limitů technologie** a na s nimi související problémy v užívání. Zásadním problémem bylo odkládání vodotěsných zařízení před použitím vany, či sprchy – senioři na tlačítka aplikují vlastnosti, které přisuzují všem elektrickým zařízením – nesmí se namočit. Přitom úkony osobní hygieny patří k rizikovým situacím pádu. Dalším tématem byl strach z narušení soukromí čidly před instalací zařízení, zdá se, že pracovnice služby zvládají seniorům dostatečně vysvětlit, že se nejedná ani o kameru, ani mikrofon a že čidlo pouze detekuje pohyb v dané oblasti.

„Já jsem si myslela, že třeba jsou tu takový kamerky, který toho člověka a jako viděj, tak to by se mi nelíbilo, to by příliš zasahovalo do mého soukromí, si myslím.“ (žena, 75)

„(...) to je jedině, když se jdu koupat, sprchovat, tak musím to sundat, anebo když bych něco dělala, tak si musím ten náramek samozřejmě sundat, aby nebyl mokrej, ale jinak naprosto vůbec o tom nevím, že to mám na ruce.“ (žena, 79)

12.4 Jaké potřeby, obavy a přání mají uživatelé asistivních technologií?

Tato otázka směřovala k identifikaci neuspokojených potřeb klientů, jejich obav a přání a k zaznamenání jejich návrhů na zlepšení služby. V interview jsme také mluvili se seniory o tom, co jim dělá či co by jim udělalo radost a dále jsme zjišťovali, kde vidí senioři hranice vlastní autonomie. Ústřední témata, která z rozhovorů vyplynula, mohou pomoci nasměrovat budoucí vývoj služeb.

Stručně tedy popíšeme:

- Obavy klientů
- Vnímání hranic autonomie
- Potřeby klientů
- Návrhy na změny v rámci služby
- Zdroje radosti

Hlavní **obavy** klientů jsou spojeny s oblastí zdraví, autonomie a krizovou situací. Jednou z obav je již zmiňovaný pád. Díky tíšňové péči se tato obava snižuje, ale vzhledem k tomu, že většina seniorů nevyužívá mobilní zařízení na ven, bojí se řada seniorů vycházet samostatně ven. Tak se může posilovat izolace seniorů. Senioři se dále obávají zhoršení zdravotního stavu do té míry, že by již nemohli žít samostatně či by byla nutná hospitalizace. Další obavy se týkají nejisté budoucnosti, například přechodu z vlastního domova do instituce, kdy není jisté, že bude možné v případě změny zdravotního stavu seniory okamžitě přijmout.

„Dlouhého pobytu v nemocnici a vnímat všechno, kdybych tam sice musela ležet v nemocnici, tak kdybych už nevnímala, ale jenom prostě dožívala, z toho mám strach tady z toho dlouhého pobytu v nemocnici.“ (žena, 79)

„(...) bojím se ohnout, abych nepadla, takže to mě víc jako trápí, že už jsem, jak říkám k ničemu, protože to už nezvládám, co jsem zvládala.“ (žena, 87)

„Já mám občas strach z té bezmoci jednou, že jo, já mám strach z toho... ne přímo tak zas abych se... já nemám strach z té smrti, ale z toho předtím, z toho že, z té bezmoci, já už tak těžko, já si ráno, než já si obuju ponožky teda vůbec kvůli té páteři, hned jsem zadejchanej, jako já se s bídou obleču, že jo, a obsloužím no a hned je to poledne pryč no, pustím počítač, nasnídám se, uvařím kafe, vezmu prášky a změřím tlak a vezmu hrnce a jdu pro oběd no.“ (muž, 56).

Jako možné příčiny ztráty **schopnosti bydlet samostatně** uvádí klienti zhoršení zdravotního stavu, snížení mobility ztrátu schopnosti sebeobsluhy a v menším měřítku i psychické potíže či onemocnění. Radikální snížení či ztráta mobility byly nejčastěji vnímanou hranicí autonomie v otázce bydlení.

„No, tak to bych... nevím, to bych musela být úplně nepohyblivá, že jo... snad to nenastane taková situace, to bych byla nerada teda.“ (žena, 75)

„To bych asi já nemohla se samostatně pohybovat..., nebo myslet.“ (žena, 85)

„No musel by se ten můj zdravotní stav podstatně zhoršit, to znamená, že bych nebyl schopen se o sebe postarat.“ (muž, 83)

Hlavní **potřebou**, kterou klienti popisují, je potřeba být v kontaktu s lidmi, dále zmiňují potřeby související s mobilitou, sebeobsluhou a trávením volného času. Zhoršená mobilita seniorů podporuje izolaci – nemohou se vídat s přáteli, kteří mají často podobné problémy, nemohou za kulturou, nemohou cestovat a nemohou realizovat většinu koníčků. Pokud si pomůžeme pyramidou potřeb Abrahama Maslowa, můžeme konstatovat, že současný systém péče, umožňuje samostatné bydlení a plní základní potřeby a potřebu bezpečí, ale u velké části klientů nejsou naplněny potřeby vyšší. U čtyř klientů se explicitně objevilo téma „čekání na smrt“, které spojují s pocitem vlastní neužitečnosti a ztrátou smyslu života.

„No schází mě, sestra mi schází, která se mnou teď jenom, mluvím s ní po telefonu, ale tý už je 90, mě je 81, že jo, no a takže si aspoň voláme a teď právě (...) No to mi schází a schází mi ten koník, plno věcí mně schází...“ (žena, 81)

„Kromě toho právě, že venku jako nejsem, že jo, hlídaná, takhle v bytě ano, to je všechno v pořádku, no ale venku... no snad by se někdo našel, kdo by mně pomoh rychle zatím no, než to budu mít zařízený možná, že... no ale pochybuju, ono je to pro mě hrozně drahý, víte?“ (žena, 75)

I když jsme se klientů explicitně ptali na jejich **návrhy na změny v rámci služby** (co by uvítali, co by se mělo změnit), klienti povětšinou odpovídali, buď nevím, nebo jen znovu vyjádřili spokojenost se službou. Nad možnými změnami tedy klienti příliš neuvažují. Hlavním tématem, které jsme v tomto směru zaznamenali, byl návrh na větší integraci a kooperaci jednotlivých aktérů systému péče. Dále by uvítali systematické poradenství a větší aktivitu služby. Tedy něco ve smyslu individuálního plánu. Jak už jsme uvedli dříve, uvítali by senioři větší míru osobního kontaktu.

„Ještě možná, si myslím, že by tam měla být jednou do budoucna nějak ta provázanost, že prostě, aby ti lidi, třeba jako já, když u mě, už je mi 85 mně bude, čili to už je velké věk, čili je předpoklad, že za chvíli nebudu schopna....“ (žena, 85)

„No zatím jsem na nic nepřišla, zatím si připadám, jak vám říkám, úplně rozmazleně.“ (žena, 92)

Pro odlehčení závěru interview jsme se seniorů ptali, co jim dělá **radost** či co by jim radost udělalo. Nejčastější odpovědí byla rodina, s důrazem na nejmladší generaci, tedy vnoučata, či dokonce pravnoučata. Další kategorie odpovědí by se dala nazvat „radosti všedního dne“, kam můžeme zařadit procházky, poslech ptáčího zpěvu, pozorování okolního světa či dívání se na televizi. Seniorům také působí radost pocit zvládnutí a fakt, že dokáží ještě žít samostatně.

„No děti, děti a ty malý holčičky no, ale už taky je sem nemůžeme zvat, už je nemůžu obskakovat, holky přece jenom, ta jedna je malá, taková temperamentní...“ (žena, 86)

„Co by mě udělalo radost? Když přijde rodina na návštěvu. Když přijde vnučka a přinese mi jiné tlakoměr nebo něco takovýho a řekne, 'Babi tohle je lepší, tak jsem ti to koupila.' Tak je vidět, že prostě na mě ještě myslej a to člověk, to je největší radost, kterou můžu mít, když vím, že na mě myslej, i když mě nemaj na očích“ (žena, 85)

„No, já nemám ráda lidi, takže já chodím na procházky ano, a tím jako, protože člověk dlouho nevydrží sám jako, tak přece jenom musí mezi lidi a zase vidím, jak jiný lidi žijou, existujou, mám ráda televizní pořady poučný na tý Praze 2, tam je to bezvadný ta dvojka, no a ty seriály mám ráda a ráda luštím a to je můj takovej život, jo, se vyskládá z takovejch radostí.“ (žena, 75)

„No, tak že mám báječný vnuky, že mám báječný děti, no tak to mi dělá velkou radost, ale ty bolesti jsou na houby.“ (žena, 83)

„No, radost... no teď já... to je těžko říct, co mi dělá radost. Radost mi dělá to, že jsem schopen se s tím počítačem dostat do celého světa, že jsem schopen udržet kontakt, že jsem schopen z toho počítače poslouchat hudbu, kterou mám velmi rád, to mi dělá radost.... a že

jsem schopen se sám o sebe postarat, že jsem schopen dojít naproti do botanické zahrady, že jsem schopen tam projít se, že zatím tak konkrétně každodenně nikoho nepotřebuju.“
(muž, 83)

12.5 Jaké další zdroje pomáhají seniorům zachovat osobní autonomii?

Poslední z okruhů otázek se zaměřoval na mapování dalších faktorů, které přispívají k zachování autonomie a spokojenosti seniorů – tedy faktorů, které by bylo užitečné mapovat a podporovat je. Opět jsme vyčlenili několik tematických skupin, které vyplynuly z rozhovorů a které popíšeme:

- Pečovatelská služba
- Úklidové a asistenční služby
- Domácí zdravotnická péče
- Vstřícní lékaři
- Rodina
- Sousedé
- Bezbariérovost
- Úpravy domácnosti
- Taxislužba

Pečovatelskou službu využívá 8 z 15 klientů tísňové péče a patří tak k nejčastěji využívanému typu profesionální péče, někteří senioři pak dále využívají **soukromé úklidové a asistenční služby** zajišťující úklid domácnosti, nákupy či pomoc s hygienou. Nevýhodou klasické pečovatelské služby oproti některým asistenčním a úklidovým službám může být fakt, že se platí paušálně a služba je pravidelná. To nemusí vyhovovat seniorům, kteří jsou ještě relativně samostatní a pomoc potřebují nárazově – například při zhoršení zdravotního stavu, únavě nebo při náročnějších domácích pracích.

Domácí zdravotnická péče pomáhá těm seniorům, kteří trpí akutní či chronickou chorobou a umožňuje omezit dobu hospitalizace či snížit nutnost návštěv lékaře. Služba je poskytována na předpis lékaře. S tímto typem služby měla řada klientů tísňové péče také zkušenost.

„To, oni tohle měli zajištěný, když jsem se vrátila z nemocnice, tak jsem kromě těch dvou sester, takzvaných sociálních, ještě chodila zdravotní. A ty sociální já si musím platit, kdežto tu zdravotní, ta byla zadarmo a chodila nejdřív dvakrát týdně, pak už jenom jednou a ta mě

vždycky zkontrolovala tlak a dávala zprávu obvodnímu lékaři, tak to jako tam maj provázaný aspoň tady teda no... To jsem vůbec nevěděla, že tahle možnost existuje a ještě navíc teda zadarmo to bylo, což teda bylo to... kdyžto tyhlety samozřejmě musím platit, ten... ty co sem choděj, ty sociální... na ten úklid a na tu hygienu.“ (žena, 85)

Ve čtyřech případech (reálné číslo může být vyšší) senioři zmínili **lékaře**, kteří z vlastní iniciativy sami dochází za seniory, či posílají vlastní zdravotní sestru. Jeden lékař si údajně pro tento účel pořídil motocykl, kvůli snazšímu parkování v Praze.

„Takhle, já když mu zavolám, on přijde. Pan doktor si teď koupil motorku, říká ' Já když jedu autem, nemůžu nikde zaparkovat.' Tak má motorku, tak u nás může zaparkovat, ale jinak když jede, tak říká 'Já potom nemůžu zaparkovat.' Tak si vezme motorku a jezdí a říká, Jak budete potřebovat, řekněte, já přijedu.'“ (žena, 87)

„Ano, ano ale taky má moc pacientů, už ho mám dvacet let, už mi říká Maruško, a když přijde, tak mi dá vždycky pusu, ale to už je taky starší pán.“ (žena, 95)

Rodina patří k důležitému zdroji opory. Rodinní příslušníci mohou seniory podporovat buď přímo, vlastní činností, či nepřímo – zprostředkováním a finančním hrazením technologií a služeb. Jako optimální se ukazuje stav, kdy rodina věnuje seniorovi pozornost a péči, ale senior není příliš závislý na pomoci rodiny a nemá dojem, že by rodinu příliš zatěžoval. Pokud je senior relativně zdravý a nezávislý, může být rodina sama o sobě dostatečným zdrojem podpory, aniž by ji to neúměrně zatěžovalo, pokud se ale samostatnost seniora či nároky na péči zvýší, je vhodné zajistit dodatečnou profesionální službu. Rodina pak může seniora podporovat v oblastech, které profesionální služby pokrývají málo či vůbec (výlety, sociální kontakt, kultura, zahradničení), či se může se službou „střídat“ (občasné nákupy, vaření o víkend, generální úklid domácnosti.) Důležitá je role rodiny v pomoci se zajišťováním složitějších úkonů, jako je nákup technologií a zajištění služeb. Rodina také často pomáhá seniorům v oblasti mobility – návštěva lékaře či nemocnice, návštěvy známých apod. Tísňová péče také zapojuje rodinu do systému reakce na tísňovou událost v případě, že se rodinní příslušníci nachází v blízkosti domova seniora či sdílí domácnost.

„(...) protože já nic nedělám, takže... Děti přijdou, ti mě tady ukliděj, vobědy mě nosej (služba), takže já si nemám na co stěžovat.“ (žena, 84)

„No oni nám pomáhaj, ale nemůžeme na nich chtít, aby tady byli denně, když každej bydlí někde jinde a maj svoje starosti taky no. (...) Vždycky někam odvezou, my si sedneme na lavičku a... a jsme v jiným prostředí, ono je to strašně důležitý.“ (žena, 86)

„(...) můj manžel, když... než umřel, tak vždycky říkal, že to Pán Bůh špatně zařídil, že jsme měli bejt, že jsme měli bejt vypínací, až už se nebudeme cítit dobře a budeme se cítit, jako, jako že pro tu rodinu jsme... prostě vlastně jako... tak že by se vypnul. V podstatě by to byl vlastně... byla jako sebevražda, že jo, by se dalo říct a já jsem říkala, prosím tě, co to povídáš, ale teď vidím, že měl pravdu no, je to fakt.“ (žena, 85)

Velký potenciál spatřujeme v zapojení **sousedů** do systému péče o seniory – zapojení sousedů je jedním z prvků komunitní péče. Dispečink tísňové péče v některých případech má kontakt na nejbližší sousedy seniorů, ti jsou tak často první, kdo dorazí na pomoc. Důležitější jsou ale neformální vztahy sousedů se seniory, komunikace s nimi, občasná výpomoc a projevy zájmu. U několika seniorů jsme zaznamenali velmi vřelé vztahy se sousedy, které se rozvinuly přirozeně. Vztahy seniorů se sousedy výrazně ovlivňuje doba soužití v budově a také věk sousedů. Často popisují, že se sousedy nekomunikují, protože: a) jsou noví (to může často znamenat i několik let), b) jsou mladí, c) sousedé mají svých problémů dost. Senioři tedy nemají tendenci sami navazovat nové vztahy se sousedy. Ti, kteří, mají se sousedy vřelé vztahy, je zpravidla znají již delší dobu. Problém tedy nastává, když se senioři přestěhují do nového prostředí, či když se sousedé vymění.

„A ještě mám taky výborný sousedy, který sem jako vlastně denně choděj za mnou, tak prostě jako nejsem tady bez nějakýho kontaktu, abych tady byla opuštěná, to ne. (...) a ona se mě hned ptala, že jde nakoupit, tak jestli něco chci nebo tak jako vycházím s nima velice, velice dobře... Dobrý jídlo, co maj, mi přinesou a takový, prostě nestěžuju si na sousedy, vůbec ne... někdy je to až příliš, že choděj hodně.“ (žena, 81)

„Tady jsou mladí lidé...“ (žena, 86)

„Vedle máme, ale ono ani se s ní nestýkáme, je tam dcera jejich jako, jako když my jsme měli děti, tak ona tady bydlí teďko dcera, a tak se s ní občas tak se s ní chytíme, když jdeme

my ven, a nebo ona, ale jinak jako se nestýkáme, protože ona má úplně jiný zájmy, ona je mladá, je jí těch 60 nebo 62, takže...“ (žena, 75)

Seniorům pomáhá **bezbariérovost** domů – zábradlí na přístupových cestách (venkovní schody, prudší svahy) a výtahy. Dalším faktorem podporujícím schopnost seniorů bydlet samostatně jsou **úpravy domácnosti**, například úpravy koupelny či odstranění prahů. Dále jsme zjistili, že seniorům pomáhá vhodné rozmístění stabilního nábytku, o který se mohou opřít při zvedání ze sedu do stoje, či pohybu po domácnosti. Díky tomu nemusí používat francouzské hole či chodítka v bytě tak často, či vůbec.

„Protože máme ten nábytek docela nízkej, tak se ho jako držím, takže tu hůl ani jako nenosím, protože se chytám křesla.“ (žena, 86)

„Dokonce ani nebylo zábradlí do zahrady a teprve, když jsem viděla, že sestra špatně chodí, tak jsem tam to zábradlí nechala dělat, no a teď jsem ráda, že ho tam mám já, že jo?“ (žena, 81)

Někteří senioři preferují **taxislužbu** jako způsob dopravy, dávající jim větší míru svobody. Nevýhodou využívání taxislužby je její cena.

12.6 Další identifikovaná témata

V rámci interview se spontánně objevila některá další témata, která jsme nedokázali přiřadit k žádné kategorii otázek, ty tedy uvádíme nyní. Dále se pak budeme zabývat tématem, které jsme zařadili krátce po začátku sběru dat – prožívání možnosti bydlení doma a vnímaný rozdíl mezi samostatným bydlením a institucionalizovaným bydlením.

Informace o možnostech služby

Asi nejdůležitějším dodatečným zjištěním je, že klienti nemají dostatek informací o rozsahu nabídky služeb v rámci tísňové péče. Službu vnímají jenom jako preventivní opatření v případě krizové situace a jako možnost popovídat si. Poskytovatel služby přitom navíc nabízí například poradenství seniorům. Senioři, které jsme oslovili, se však na službu se svými problémy neobracejí. Někteří dokonce sami mluvili o tom, že si nejsou zcela jisti tím, co služba nabízí a s čím mohou volat. Pravidelné rozhovory nevnímají jako možnost

adresovat svoje problémy, či položit dotazy ohledně služby. Bylo by tedy vhodné poradenství aktivně nabízet a odkazovat na ně.

Více klientů v jedné domácnosti

Ukázalo se, že zatím není v rámci služby vyřešená situace, kdy sdílí domácnost více potenciálních klientů, například manželský pár. Seniorům, kteří žijí ve sdílené domácnosti, není například nabídnuto druhé tísňové tlačítko. Možnost více klientů v jedné domácnosti je třeba brát do budoucna v úvahu po technické i organizační stránce.

Spolubydlení

Tři klienti spontánně zmínili, že vzhledem k samotě zvažují nějakou formu spolubydlení. Dokáží si představit, že by si do svého bytu přizvali někoho dalšího. Shodnou se ale na tom, že by to musel být někdo z rodiny, či někdo známý.

Domácí prostředí versus instituce

Účelem technologií a služeb popsanych v této práci je podpořit bydlení seniorů v domácím prostředí po co nejdéle dobu. Abychom lépe rozuměli, jaký přínos mohou tyto technologie a služby mít, zeptali jsme se seniorů, co pro ně znamená „bydlení doma“ a jak vnímají rozdíl mezi bydlením doma a bydlením v domově pro seniory. Uvědomuje si zjednodušení této otázky, která nezohledňuje různou úroveň domovů a také jiné ubytovací instituce. Cílem nebylo objektivní hodnocení těchto institucí, ale popis subjektivního vnímání seniorů, kteří bydlí samostatně.

Hlavní atributy, které senioři přisuzují v odpovědích svým domovům, jsou: svoboda, soukromí, vlastní denní režim, pocit jistoty a známosti, vzpomínky na místo a možnost přizpůsobit si prostředí – být pánem svého domova. Stinnou stránkou bydlení doma může být v některých případech izolace a osamělost.

„(...) Doma je doma, je to pocit jistoty, člověk je tu zvyklej, mám tu vzpomínky, mám tu vzpomínky na maminku, že jo, že jsem s ní dlouho bydlela a.. Já nevím, no tak líbí se mi tu, mám to tu ráda, nevím, je to takovej pocit jistoty.“ (žena, 75)

„No tak rozhodně je to zachování soukromí v domácím prostředí.“ (žena, 67)

„Já mám ten byt hrozně ráda, všechno, na co se podívám, na to mám vzpomínku.“
(žena, 85)

Bydlení v domově pro seniory se dle respondentů vyznačuje ztrátou svobody a soukromí, pevným denním režimem a ztrátou vazeb z původního prostředí. Senioři se také obávají neosobního až devalvujícího přístupu personálu domovů. Na druhou stranu jako možný klad vidí někteří klienti tíšňové péče kolektiv lidí v domově pro seniory a zabezpečení základních potřeb.

„(...) přeci jenom ty sestry a ty zdravotníci nejsou moc vůči starejm lidem přístupný, většinou... Takže jsme dokonce přestali jezdit do lázní kvůli tomu, protože se každý jako na nás kouká jako na méněcenné, bych řekl, a méně schopné.“ (muž, manžel klientky, 89)

„No, to víte, ten klid a ta pohoda... jednak člověk doma už prostě ví, kam sáhne, co, že jo, najde tam... no to, je to samozřejmě lepší, že jo. Ale chápu jedno, že jakmile člověk pak už by opravdu nemohl, tak mu nic jinýho nezbyde, než do toho domova.“ (žena, 75)

„Člověk, když je doma, tak má soukromí, může si dělat, co chce, když se chci koukat na televizi, když nechci... když jsem unavená, tak si lehnu, když ne, tak si jdu uvařit, když... prostě dělám si, co, co potřebuju zrovna v tom momentě.“ (žena, 75)

12.7 Doporučení

Na základě rozhovorů se seniory, komunikace s pečovatelkami a studia literatury navrhneme doporučení či body pro zamyšlení, která jsou určená pro praxi, a to jak poskytovatelům služeb, tak výrobcům technologií či politikům:

Aktivní nabízení poradenství

Ukazuje se, že senioři často řeší problémy, či mají otázky, které by jim mohla služba pomoci řešit. Senioři ale často neví, kam se s problémem obrátit. I když poskytovatel služby nemusí mít vždy kapacitu vyřešit všechny poradenské zakázky klienta, mohl by mu je pomoci identifikovat a doporučit další postup. Mohlo by tedy být přínosné zaměřit se na obsah hovorů s klienty a zvážit občasnou nabídku poradenství, či rekapitulaci možností služeb.

Individuální plánování a mapování změn stavu klienta

V současné době je v rámci služeb sestavován profil klienta a jeho potřeb na základě vstupního interview – ten je aktualizován jednou ročně. Nové technologie by mohly pomoci aktualizovat na základě měření i výpovědí klienta změnu jeho stavu a na základě těchto informací by mohla být péče upravována jeho potřebám, mohlo by být indikováno nasazení nových technologií či by se mohl klient začít připravovat dostatečně dopředu na změnu bydlení. Individuální plánování a monitorování změn se váže i k oblasti prevence.

Důraz na prevenci

V současné době začíná většina klientů využívat službu až na základě prožitku krizové události či rapidního zhoršení zdravotního stavu. Do budoucna by měl být kladen větší důraz na prevenci krizových událostí a progresu chorob. Bylo by tedy vhodné nasadit takové technologie a služby, které by umožňovaly s klientem aktivně pracovat již před nástupem obtíží a pomohly tak prodloužit období zdravého stáří, například podporou zdravého životního stylu a zajištěním preventivního monitorování zdraví.

Integrace péče a služeb

Integrace služeb, které se věnujeme v teoretické části, je obrovsky rozsáhlé téma, které není možné v rámci služby pokrýt docela. Jedním ze závěrů práce však je, že je po ni ze strany klientů poptávka. Současná situace mnoha nekoordinovaných poskytovatelů zdravotnické a sociální péče je pro klienty nepřehledná. Senioři často sami neví, kteří poskytovatelé péče spolu komunikují a kteří ne, což vede ke ztrátě důležitých informací. Integrace služeb by z klienta sejmula břímě odpovědnosti za distribuci informací mezi jednotlivé poskytovatele a poskytovatelům péče by umožňovala nabízet kvalitnější služby.

Důraz na sociální oblast

Klienti se i díky snížené mobilitě často ocitají v sociální izolaci. Z jejich strany je patrný větší osobní kontakt se službou a více telefonátů. Nemělo by se tedy zapomínat na sociální oblast a hledat řešení, která pomohou zajistit seniorům dostatečný sociální kontakt či budou kompenzovat omezenou mobilitu.

Zapojení sousedů do péče o seniory

Ukazuje se, že seniorům může velmi pomoci sousedská výpomoc, byť drobná a především kontakt se sousedy a vědomí, že jim v případě nouze pomohou. Senioři většinou udržují staré

sousedské vztahy, ale těžko navazují vztahy po přestěhování či v případě obměny sousedů. Užitečná by tedy mohla být podpora zapojení sousedů do péče i v případě, že v současnosti nemají senioři silné vztahy se seniory – například pomocí zprostředkování kontaktu a nastavením funkčního systému komunitní péče.

Participativní design

Doporučujeme zapojit do procesu designu technologií a modelů služeb samotné uživatele technologií a aktéry systému péče – tedy klienty péče, poskytovatele sociálních a zdravotnických služeb a neformální pečovatele. Účelem participativního designu je v první fázi zmapovat potřeby a požadavky jednotlivých zainteresovaných stran a posléze je aktivně zapojit do návrhu a evaluace technologií a modelů jejich nasazení. Participativní design pomáhá vytvářet produkty, které vyhovují požadavkům všech zainteresovaných stran a jsou srozumitelné. Dále mohou být v průběhu procesu optimalizovány procesy zavedení modelů a technologií do praxe včetně vzdělávání pracovníků a zaškolení klientů do používání technologií. Technologie a služby založené na participativním designu mohou také využít tento fakt k podpoře přijetí výsledků na trhu.

Zajištění testování a garance kvality nových technologií a služeb

Senioři sami o sobě mají malou schopnost posoudit kvalitu nabízených služeb a technologií. Při jejich hodnocení často hodnotí důvěryhodnost poskytovatele. U nového subjektu snažícího se prorazit na trh by tak mohly nastat dva typy situací: A) Služba či technologie bude kvalitní, ale senior se bude bát zneužití neznámým subjektem. B) Služba či technologie nebude kvalitní, ale senior uvěří argumentům experta a službu či technologii pořídí. Bylo by proto vhodné zajistit proces garance kvality a certifikace služeb a technologií určeným seniorům, a to nad rámec současných tabulek pojišťoven, které řeší pouze zdravotnické prostředky. Nové služby a technologie by mohly mít v případě jejich kvality garanci státu, odborných certifikačních orgánů či municipalit. Dále garanci kvality pomůže ověření kvality technologie prověřenými poskytovateli služeb. K zajištění kvality nových produktů může také přispět již zmíněný participativní design.

13 Diskuze

V diskuzi se zaměříme na slabé stránky výzkumu a možné zdroje chyb či nepřesností, na srovnání výsledků výzkumu s výsledky podobných studií v dané oblasti a dále na zasazení výsledků do širšího kontextu a doporučení pro další výzkum.

Vzhledem ke snaze provést základní mapování situace a potřeb uživatelů asistivních technologií jsme v rámci našeho výzkumu otevřeli řadu témat a otázek – většině z nich jsme se však neměli možnost věnovat do hloubky. Toto plošné mapování může pomoci vnímat jednotlivé faktory ovlivňující úspěšné nasazení asistivních technologií a nových modelů péče v jejich širších souvislostech. Při práci s výsledky výzkumu si je ale třeba uvědomit, že se jedná o relativně povrchní mapování.

Jednou ze slabin výzkumu je nízké zastoupení mužů ve výzkumném vzorku – je třeba podotknout, že muži jsou obecně zastoupeni méně i v řadách klientů tísňové péče. To je z části způsobeno faktem, že je více vdov, než vdovců, neboť ženy se dožívají vyššího věku a mají většinou starší partnery. Typickým klientem služby je tedy žena – vdova. Manželské páry využívají službu zřídka.

Výsledky mohou být zkresleny faktem, že z celkového množství oslovených nakonec souhlasilo se spoluprací asi jen 25%. Můžeme tedy předpokládat, že spolupracovat se rozhodli spíše spokojenější klienti, kteří mají vyšší důvěru ve službu.

K výzkumu jsme si vybrali relativně specifickou populaci, tedy pražské seniory, kteří se již rozhodli využívat tísňovou péči. Abychom si uvědomili limity zobecnitelnosti výsledků výzkumu, je třeba potřeba uvést, čím je tato populace specifická. Jedná se o seniory, u kterých již vznikla potřeba využívat tísňovou péči – zde se jedná o záměr, neboť právě okolnosti rozhodnutí byly jedním z předmětů výzkumu. Jedná se o populaci s vysokým věkovým průměrem, což je dáno tím, že tísňová péče není v současné době zaměřená na primární prevenci a její přínos je největší právě u nejstarších seniorů, či osob trpících specifickým omezením. Na území Prahy je vysoká dostupnost služeb pro seniory, ti jsou tedy v jiné situaci, než senioři žijící v menších městech či na venkově. Také dostupnost zdravotní péče je v Praze vysoká. Život v jiných typech sídla může pro seniory mít oproti hlavnímu městu určité výhody a nevýhody.

Pokud srovnáme dílčí výsledky našeho výzkumu s podobnými výzkumy realizovanými u nás i v zahraničí můžeme najít určité podobnosti. Výsledky našeho výzkumu například potvrzují závěry Dany Sýkorové (2007) o vnímání autonomie samotnými seniory. Shodně s ní jsme došli k závěru, že autonomii vnímají senioři především skrze zdravotní stav a schopnost

sebeobsluhy. Stejně tak se potvrdil závěr Solberga a kolektivu (2011), že omezení hybnosti vede k omezení možnosti naplňovat potřeby jedince a má vliv i na sociální kontakty. V oblasti mobility jsme stejně jako Lee a Ishii-Kuntz (1987) jsme identifikovali důležitý vliv kontaktů mimo rodinu na spokojenost, ale na rozdíl od nich byl vliv samotné rodiny vyšší. Jako v mnoha výzkumech orientovaných na rizikové faktory ve stáří a zdraví seniorů (Tinetti, 2003; Tinetti, Speechley & Ginter, 1988) jsme narazili na pády jako na zásadní faktor ovlivňující život seniorů, a to jak objektivně (úrazy s krátkodobými či dlouhodobými následky), tak subjektivně (strach z pádu, strach z vycházení ven). Souhlasíme také se Schererem (1996) v tom, že je třeba zapojovat potenciální uživatele asistivních technologií do procesu jejich designu a hodnocení. Výzkum také potvrzuje potřebu podpory systému integrované péče.

Náš výzkum přináší nové poznatky o okolnostech rozhodování o využití tísňové péče, o očekávání seniorů, informovanosti seniorů o možnostech technologií a služeb, faktorech ovlivňujících spokojenost s péčí a mapuje míru naplnění vybraných potřeb seniorů využívajících tísňovou péči. Přínosný je také popis vlivu rodiny na rozhodnutí využívat péči a potřeby nezávislosti seniorů na okolí. Tato práce je v rámci psychologického výzkumu inovativní tým, že se zaměřuje i na samotné technologie a na jejich vnímání a hodnocení samotnými seniory.

Výstupy této práce budou využity v rámci Univerzitního centra energeticky efektivních budov ČVUT jako podklad pro další výzkum, inovační projekty a tvorbu (například koncept SMART Cities). Skrze aktivity centra se výsledky dostanou k výrobcům technologií a k odborníkům z oblasti biomedicíny, stavebnictví a elektrotechniky a dále k představitelům municipalit a veřejných institucí. Výsledky budou také prezentovány Životu 90 jako zpětná vazba na služby, které organizace poskytuje. Výsledky dále mohou sloužit všem organizacím zaměřujícím se na služby seniorům i odborníkům a výzkumníkům zaměřeným na seniorskou problematiku.

Vzhledem k tomu, že projekt byl koncipován jako základní mapování oblasti, nabízí se velký prostor pro další výzkum, který by na něj navázal. Plánujeme navázat výzkumem zaměřeným na potřeby poskytovatelů péče (vedení organizací, pečovatelky, operátorky) a na mapování potenciálu využití moderních technologií pro zkvalitnění jejich práce. Zaměřit bychom se přitom chtěli nejen na tísňovou péči, ale také na poskytovatele pečovatelské služby, domácí péče, lékaře a také na oblast residenčních služeb. Nabízí se také prostor pro mapování potřeb neformálních pečovatelů. Vzhledem k tomu, že v současné době jsou klienty tísňové péče pouze psychicky zdraví senioři, bylo by vhodné zmapovat potřeby seniorů

trpících psychickým onemocněním. V současné době je také málo řešena prevence u mladších seniorů – užitečné by tedy byl i výzkum věnující se této skupině a jejím potřebám. Vhodné by také bylo opakovat výzkum v jiných geografických a socioekonomických podmínkách, než jaké jsou v Praze.

Asistivní technologie a telemedicína nejsou v žádném případě omezené na využívání seniory, proto by bylo vhodné mapovat potřeby dalších cílových skupin, které by mohly z jejich používání profitovat. Psychologové mohou pomoci v procesu optimalizace technologií a modelů péče založených na jejich využívání. Psychologický výzkum může pomoci k mapování potřeb jednotlivých aktérů systému péče a jejich možností při práci s technologiemi. Mohou také pomoci v edukaci pečovatелů a pacientů a spolupracovat na tvorbě metodiky implementace nových technologií do praxe.

14 Závěry

Rozhodnutí seniorů využívat tísňovou péči ovlivňuje několik **základních skupin faktorů**: předchozí zkušenost s krizovou situací, změna zdravotního stavu, samota, neformální pečovatelé/rodina, potřeba nezávislosti, informovanost o službě a technologiích, očekávání vztahující se ke službě, postoje k poskytovateli služby a důvěryhodnost a také dostupnost služby a ekonomické faktory. Zejména **předchozí zkušenost s pádem a zhoršení zdravotního stavu s vlivem na mobilitu** se ukazují jako zásadní pro rozhodnutí. Služba je zřídka vyvíjená jako primární prevence před první krizovou situací či zhoršením zdravotního stavu. Senioři, kteří o službě začnou uvažovat, nejsou schopni příliš zhodnotit její přínos a kvalitu a rozhodují se především na základě **intuice a dojmu z prvního kontaktu se službou**, či na základě **předchozí zkušenosti** s jinými aktivitami poskytovatele. Důležitý vliv na rozhodnutí má (v našem případě dobrá) **pověst poskytovatele a reference známých**. Dalším faktorem je **cena** pořízení technologie a platba za provoz služby. V Praze hradí náklady na pořízení technologie městské části, což výrazně přispívá k snížení cenové bariéry. Kromě samotných klientů profitují z využívání služby **neformální pečovatelé**, kteří jsou také často iniciátorem pořízení služby. Někteří senioři si od služby slibují **snížení zátěže jejich rodiny a pocitu závislosti**.

Nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím spokojenost je **přístup zaměstnanců služby**, především operátorek tísňové péče. **Lidský rozměr péče** se obecně ukazuje jako velmi důležitý. Senioři hodnotí pozitivně fakt, že je operátorky jednou do týdne kontaktují a neformálně s nimi hovoří. Většina klientů by ale uvítala možnost častějšího volání a také osobní kontakt s pracovníky služby. Hlavní přínos služby spatřují klienti ve **zvýšení pocitu jistoty a bezpečí**. Míru důvěry ve službu zvyšuje zkušenost s reakcí služby na poplach, ať už planý nebo v případě reálné krizové situace. V několika případech se ale objevila i nespokojenost s **latencí reakce** dispečinku po stisknutí nouzového tlačítka.

Senioři příliš neuvažují nad hodnocením technologií, na nichž je založeno poskytování péče. **Technologie** vnímají jako nedílnou součást tísňové péče a **většina je přijímá takové, jaké jsou**, a považuje je za nejlepší možné řešení, jaké může služba zprostředkovat. Část klientů není spokojená s **designem tísňových tlačítek**, ať už po vzhledové či funkční stránce (přílišná citlivost tlačítek). Objevuje se relativně velké množství **planých poplachů** způsobených buď nechtěným stiskem tlačítka, či stacionárním zařízením. Dalším problémem, který jsme identifikovali je fakt, že velká část seniorů **nerozumí možnostem a omezením technologie**, což ovlivňuje její používání.

Hlavním zdrojem obav klientů je **oblast zdraví, riziko ztráty autonomie a strach z náhlé krizové situace** (například pád.) Obavy, které se váží k prostředí mimo domov (uklouznutí, přepadení, zdravotní komplikace) často vedou k **omezení vycházení** a prohlubují **izolaci** seniorů. Též vnímání vlastní **autonomie** je u seniorů spojené převážně s **fyzickým a psychickým zdravím a schopností sebeobsluhy**. Pro většinu seniorů znamená neschopnost chůze jasný důvod pro ztrátu schopnosti samostatně bydlet. Nejčastěji popisovanou potřebou seniorů je **potřeba být v kontaktu s lidmi**. Omezení mobility přitom vede zejména k narušení kontaktu s vrstevníky. Seniorům také schází **možnost chodit za kulturou**, či **pěstovat koníčky**. V souvislosti se snížením výkonnosti se objevuje **pocit méněcennosti** a téma **čekání na smrt**. Hlavním zdrojem radosti klientů je **kontakt s rodinou a přáteli**. Seniori rádi předávají svoje zkušenosti a vypráví příběhy mladším generacím, ale pouze pokud vidí, že je o to zájem. Seniorům také působí radost **maličkosti všedního dne**, jako například zpěv ptáků či hrající si ději v parku a také **pocit zvládnutí** spojený se schopností sebeobsluhy.

Jako **další zdroje, které** vedle tíšňové péče **podporují schopnost seniorů bydlet samostatně**, jsme zaznamenali následující: pečovatelská služba, úklidové a asistenční služby, domácí zdravotnická péče, vstřícní lékaři, rodina, sousedé, bezbariérovost, úpravy domácnosti a taxislužba. Identifikovali jsme zejména velký potenciál v **zapojení sousedů do péče o seniory**. Sousedé mohou pomoci při řešení krizových situací, nabídnout seniorům drobnou výpomoc a zvyšovat jejich pocit bezpečí. Vztahy se sousedy také mohou pomoci saturovat potřebu sounáležitosti. Ukazuje se, že navazování nových vztahů se sousedy je problematické, zejména potom, co se senior přestěhuje, či poté, co se sousedé obmění. Na vztahy sousedy má také vliv typ bydlení a také osobnost jedince. Důležitým zdrojem opory je samozřejmě **rodina**, byť děti klientů služby jsou také často v důchodovém věku, či na jeho hranici. Do péče o seniory se často zapojují jejich vnuci a vnučky. Seniori nechtějí být na rodině závislí a vítají stav, kdy jsou jejich základní potřeby zajištěny službami a rodina má pak čas věnovat se aktivitám, na které služba nemá kapacitu – například organizace výletů, doprovod seniorů k lékaři či na úřad, návštěvy.

Další témata, která jsme v rámci výzkumu vyhodnotili vzhledem ke službám jako důležitá, byla **nedostatečná informovanost klientů o možnostech služby** a také **problematika bydlení více klientů v jedné domácnosti a problematika spolubydlení**.

Seniori připisují **bydlení ve vlastním domově** následující atributy: svoboda, soukromí, vlastní denní režim, pocit jistoty a známosti, vzpomínky na místo a možnost přizpůsobit si prostředí – být pánem svého domova. Možným negativním aspektem samostatného bydlení je

samota. Naproti tomu **bydlení domově pro seniory** se dle respondentů vyznačuje ztrátou svobody a soukromí, pevným denním režimem a ztrátou vazeb z původního prostředí. Senioři se také obávají neosobního až devalvujícího **přístupu personálu domovů.** Na druhou stranu jako kladnou stránku někteří senioři vidí **kolektiv lidí** v domově a **zabezpečení základních potřeb.**

V rámci práce jsme na základě výsledků výzkumu formulovali následující **doporučení:** aktivní nabízení poradenství, individuální plánování a mapování změn stavu klienta, důraz na prevenci, integrace péče a služeb, důraz na sociální oblast, zapojení sousedů do péče o seniory, využití principů participativního designu, zajištění testování a garance kvality nových technologií a služeb.

Souhrn

Diplomová práce reaguje na rozmach **asistivních technologií a telemedicíny** v Česku i ve světě. V současné době probíhají diskuse o aplikacích nových technických řešení do sociální a zdravotní péče. Jednou z hlavních cílových skupin nově vyvíjených technologií a organizačních modelů péče jsou **senioři**. Jako zdroje inspirace pro zvolení tématu práce posloužily výzkumné aktivity Univerzitního centra energeticky efektivních budov ČVUT, v němž autor působí, dále Klíčová aktivita 13 „Podpora asistivních technologií“ realizovaná Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR v rámci projektu „Podpora procesů v sociálních službách“, a v neposlední řadě předchozí spolupráce s **poskytovatelem tísňové péče – Životem 90**. Stávající model tísňové péče využívá technologie, které bychom mohli označit za asistivní technologie první generace. Rozhodli jsme se zmapovat **zkušenosti klientů tísňové péče** a na základě evaluace současného stavu přinést informace, které poslouží k optimalizaci nových technologií a služeb či k nastavení procesů změn organizačních modelů péče.

V úvodu teoretické práce vymezujeme pojem **stárnutí, stáří** a **senior** s důrazem na jednoznačné používání těchto pojmů. Věnujeme se také jednotlivým **aspektům stárnutí a stáří**, jejichž znalost je pro tvorbu řešení určených seniorům nezbytná. Další kapitola se věnuje problematice **well-being a kvality života** seniorů a tím pádem i faktorům, které ovlivňují spokojenost a zdraví seniorů. Právě zajištění spokojenosti ve stáří je spolu s podporou jejich zdraví a autonomie cílem asistivních technologií. **Autonomii** se věnujeme ve třetí kapitole, kde popisujeme složky autonomie, faktory podporující autonomii seniorů a její vztah k **funkčnímu statusu**. Dále uvádíme přehled výzkumů věnovaných tomu, jak autonomii seniorů vnímají pracovníci v sociálních službách. Čtvrtá kapitola je zaměřena na otázku **bydlení seniorů**. Tato kapitola seznámí čtenáře s tím, jaké možnosti bydlení dnes senioři mají, jak mohou proměnné na úrovni bydlení ovlivnit spokojenost a zdraví a jaké potřeby seniorů a rizikové faktory se k otázce bydlení vztahují. V páté kapitole se snažíme pomoci čtenáři zorientovat se ve velmi složité problematice **asistivních technologií a telemedicíny**. Složitou tuto problematiku činní zejména nejasnost používaných pojmů. Za velmi důležitý považujeme také popis problematiky **neformální, domácí a integrované péče**, které představují kontext pro efektivní využívání asistivních technologií. Závěr teoretické práce seznamuje čtenáře se současnými inovačními projekty a výzkumem věnovaným problematice asistivních technologií, včetně trendů a výzev v této oblasti.

Výzkumná část práce se snaží zodpovědět následující **otázky**: 1) Jaké faktory se podílejí na rozhodnutí využívat tísňovou péči? 2) Jak hodnotí senioři svou dosavadní zkušenost s využíváním tísňové péče? 3) Jak hodnotí senioři technická zařízení používaná v rámci tísňové péče? 4) Jaké potřeby, obavy a přání mají uživatelé asistivních technologií? 5) Jaké další zdroje pomáhají seniorům zachovat osobní autonomii?

Výzkumné otázky byly formulovány ve spolupráci s výrobcí asistivních technologií a se zástupci tísňové péče Života 90. Operátorky Života 90 se pak podílely na tvorbě a připomínkování výzkumného designu včetně otázek pro interview. Cílem bylo získat v rámci výzkumu prakticky využitelné informace. Vycházeli jsme tedy z reálných potřeb těch, kteří by mohli z informací nejvíce těžit.

Ve výzkumu jsme se zaměřili na **populaci** pražských seniorů, kteří již využívají tísňovou péči. **Výběrový vzorek** tvořilo 15 klientů tísňové péče z několika městských částí Prahy. Vybraní klienti využívali péči po dobu 6 až 18 měsíců.

Pro výzkum jsme využili **kvalitativní metody** sběru a zpracování dat. Se seniory bylo v jejich domovech realizováno **polostrukturované interview**. Z interview byl pořízen audiozáznam, který byl následně přepsán k dalšímu zpracování. Ke zpracování přepsaných dat jsme použili kombinaci otevřeného a axiálního kódování. Výzkumný design jsme obohatili o **kvalitativní dotazník** pro pracovnice dispečinku tísňové péče (N=6). Odpovědi na výzkumné otázky byly doplněny reprezentativními příklady výpovědí seniorů. Kromě odpovědí na výzkumné otázky jsme identifikovali další témata nad rámec původních cílů práce. Na základě výsledků byla také vytvořena **doporučení pro praxi**.

Identifikovali jsme následující **faktory ovlivňující rozhodnutí využívat tísňovou péči**: předchozí zkušenost s krizovou situací, změna zdravotního stavu, samota, neformální pečovatelé/rodina, potřeba nezávislosti, informovanost o službě a technologiích, očekávání vztahující se ke službě, postoje k poskytovateli služby a důvěryhodnost a také dostupnost služby a ekonomické faktory.

Pro **spokojenost** s tísňovou péčí se jako určující ukazuje lidský rozměr péče, zejména přístup operátorek. Tísňová péče Života 90 si v tomto ohledu vede velice dobře a obecně můžeme konstatovat vysokou spokojenost klientů služby. Jako největší **přínos péče** hodnotí klienti zvýšení pocitu jistoty a bezpečí. Ukazuje se, že zkušenost s reakcí služby na poplach může podpořit důvěru ve službu, i když v některých případech byla reakce hodnocena jako relativně pomalá.

Technologie používané v rámci péče považují klienti dostačující a věří úsudku profesionálů. Negativně je hodnocen design tísňových tlačítek a častý výskyt planých

poplachů. Výsledky práce také mapují míru naplnění potřeb klientů, jejich obavy, vnímání hranic autonomie a zdroje radosti klientů.

Jako další **zdroje**, které vedle tíšňové péče **podporují schopnost seniorů bydlet samostatně**, jsme zaznamenali následující: pečovatelská služba, úklidové a asistenční služby, domácí zdravotnická péče, vstřícní lékaři, rodina, sousedé, bezbariérovost, úpravy domácnosti a taxislužba.

V rámci výzkumu se spontánně vynořila následující témata: nedostatečná informovanost klientů o možnostech služby, problematika bydlení více klientů v jedné domácnosti a problematika spolubydlení seniorů. Abychom zasadili výsledky výzkumu do kontextu, popisujeme také, co pro seniory znamená možnost bydlet doma a jaké rozdíly vidí mezi bydlením doma a institucionalizovaným bydlením.

Na základě rešerše a výsledků výzkumné části prezentujeme v práci **následující doporučení pro praxi**: aktivní nabízení poradenství, individuální plánování a mapování změn stavu klienta, důraz na prevenci, integrace péče a služeb, důraz na sociální oblast, zapojení sousedů do péče o seniory, využití principů participativního designu a zajištění testování a garance kvality nových technologií a služeb.

Přenositelnost výsledků je do jisté míry omezena genderovou nevyvážeností vzorku a také specifickými podmínkami Prahy. Je také třeba vzít úvahu, že se jedná o základní mapování terénu, které nejde příliš do hloubky.

Výsledky mohou posloužit odborníkům zabývajícím se seniorskou problematikou, výrobcům asistivních technologií a v neposlední řadě pracovníkům sociálních služeb. Na základě výsledků práce jsme formulovali nové výzkumné otázky – některým z nich se budeme věnovat v rámci navazujícího výzkumu.

Seznam literatury

1. AAL. (2014). *AAL Forum 2014. Broader, Bigger, Better - AAL solutions for Europe*. Bucharest. Retrieved from <http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2015/10/Proceedings-AAL-2014-october-1st.pdf>
2. Age Platform Europe. (nedatováno). *Towards an Age Friendly Europe*. Získáno. 7. Říjen 2015, z: <http://www.age-platform.eu>
3. Ak, P. (2010). Toward an Economy of Well-Being. *Science*, 329(5992), 630–631. <http://doi.org/10.1126/science.1191273>
4. Angner, E. (2010). Subjective well-being. *The Journal of Socio-Economics*, 39(3), 361–368. <http://doi.org/10.1016/j.socec.2009.12.001>
5. Barkay, A., & Tabak, N. (2002). Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution. *International Journal of Nursing Practice*, 8(4), 198–209. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100677>
6. Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine* (1982), 66(8), 1733–49. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030>
7. Borkan, G.A. (1986). *Biological Age Assessment in Adulthood*. In Bittles, A.H. & Colins, K.J. *The Biology of Human Ageing*. 82-94. Cambridge: University Press
8. Boxem, G. (2009). Ventilation of Sustainable Schools: Better than Traditional Schools?, *115*(August 2006), 815–824.
9. Cafazzo, J. A., Casselman, M., Hamming, N., Katzman, D. K., & Palmert, M. R. (2012). Design of an mHealth app for the self-management of adolescent type 1 diabetes: a pilot study. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e70. <http://doi.org/10.2196/jmir.2058>
10. Carpenter, S. M., & Yoon, C. (2011). Aging and consumer decision making. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1235, E1–E12. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06390.x>
11. Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., ... Snapp, R. (2008). An Integrative Approach to Quality of Life Measurement, Research, and Policy. *S.A.P.I.E.N.S.*, (1.1). Retrieved from <http://sapiens.revues.org/169>

12. Curl, A., Ward Thompson, C., & Aspinall, P. (2015). The effectiveness of “shared space” residential street interventions on self-reported activity levels and quality of life for older people. *Landscape and Urban Planning*, 139, 117–125. <http://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2015.02.019>
13. Denton, G. D., Rodriguez, R., Hemmer, P. a, Harder, J., Short, P., & Hanson, J. L. (2009). A prospective controlled trial of the influence of a geriatrics home visit program on medical student knowledge, skills, and attitudes towards care of the elderly. *Journal of General Internal Medicine*, 24(5), 599–605. <http://doi.org/10.1007/s11606-009-0945-5>
14. Diener, E, Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25–41.
15. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
16. Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2009). The Development of personality across the lifespan. V P. J. Corr, & M. G., *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (stránky 191-2014). Cambridge: Cambridge University Press.
17. Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: GRADA
18. ECHAlliance. (nedatováno). European Connected Health Alliance. Získáno. 7. Říjen 2015, z: <http://www.echalliance.com/>
19. EIP-AHA. (2015). European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Získáno. 7. Říjen 2015, z: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing
20. Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R., & Coffey, R. M. (1998). *Comorbidity measures for use with administrative data*. *Medical Care*, 36(1), 8–27. <http://doi.org/10.1097/00005650-199801000-00004>
21. Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha:Argo
22. European Commission. (2015). *European Summit on Innovation for Active and Healthy Ageing, Brussels - Final Report*. Retrieved from http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/ageing_summit_report.pdf#view=fit&pagemode=none
23. European Commission. (nedatováno). Horizon 2020. Získáno. 7. Říjen 2015, z The EU Framework Programme for Research and Innovation: <http://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/what-horizon-2020>

24. FCB. (2015). Speaking Exchange. Získáno 10. říjen 2015, z <http://www.fcb.com/our-work/speaking-exchange>
25. Frank, L. D., Sallis, J. F., Saelens, B. E., Leary, L., Cain, K., Conway, T. L., & Hess, P. M. (2009). The development of a walkability index: application to the Neighborhood Quality of Life Study. *British Journal of Sports Medicine*, 44(13), 924–933. <http://doi.org/10.1136/bjism.2009.058701>
26. Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. (2001). *Frailty in older adults: Evidence for a phenotype*. *JOURNALS OF GERONTOLOGY SERIES A-BIOLOGICAL SCIENCES AND MEDICAL SCIENCES*, 56(3), M146–M156.
27. Gruss, P. (2009). *Perspektivy stárnutí*. Praha: Portál
28. Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: HTB
29. Heerink, M., Kröse, B., Evers, V., & Wielinga, B. (2010). Assessing Acceptance of Assistive Social Agent Technology by Older Adults: the Almere Model. *International Journal of Social Robotics*, 2(4), 361–375. <http://doi.org/10.1007/s12369-010-0068-5>
30. Chan, M., Estève, D., Escriba, C., & Campo, E. (2008). A review of smart homes—present state and future challenges. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 91(1), 55–81. <http://doi.org/10.1016/j.cmpb.2008.02.001>
31. Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: GRADA
32. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada publishnig.
33. Lee, G. R., & Ishii-Kuntz, M. (1987). Social Interaction, Loneliness, and Emotional Well-Being among the Elderly. *Research on Aging*, 9(4), 459–482. <http://doi.org/10.1177/0164027587094001>
34. Lee, S.-J., Parrott, K. R., & Ahn, M. (2014). Housing Adequacy: A Well-being Indicator for Elderly Households in Southern U.S. Communities. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 42(3), 235–251. <http://doi.org/10.1111/fcsr.12058>
35. Lemonidou, C., Merkouris, A., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., ... Arndt, M. (2003). Nurses' and elderly patients' perceptions regarding autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions in Greece. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12(03), 191–204. <http://doi.org/10.1017/S0959259802012327>

36. Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39(3), 625–9. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.02.029>
37. Liao, P.-A., Chang, H.-H., & Sun, L.-C. (2012). National Health Insurance program and life satisfaction of the elderly. *Aging & Mental Health*, 16(8), 983–992. <http://doi.org/10.1080/13607863.2012.692765>
38. Lundgren, E. (2000). Homelike Housing for Elderly People? Materialized Ideology. *Housing, Theory and Society*, 17(3), 109–120. <http://doi.org/10.1080/14036090051084405>
39. Lupáč, P. (2014) VNÍMÁNÍ ARCHITEKTONICKÉHO PROSTORU SENIORY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM – MATERIÁLOVÁ ŘEŠENÍ. In Stárnutí 2014 Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. 139-145. ISBN 978-80-87878-11-8.
40. Mann, W. C. (1999). Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Family Medicine*, 8(3), 210–217. <http://doi.org/10.1001/archfami.8.3.210>
41. Milová, K (2012). Psychologie celoživotního vývoje. Brno:Host
42. Morris, J. N., & Hardman, A. E. (1997). Walking to Health. *Sports Medicine*, 23(5), 306–332. <http://doi.org/10.2165/00007256-199723050-00004>
43. Moser, A., Houtepen, R., Spreeuwenberg, C., & Widdershoven, G. (2010). Realizing autonomy in responsive relationships. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 13(3), 215–23. <http://doi.org/10.1007/s11019-010-9241-8>
44. MPSV. (2015). KA13 - Podpora asisitivních technologií. Získáno 5.. Listopad 2015, z Podpora procesů v sociálních službách: <http://podporaprocessu.cz/projekt/dokumenty/#aktivita13>
45. Mullins, L. C., & Hartley, T. M. (2002). Residents' autonomy: Nursing home personnel 's perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(2), 35–44.
46. Northridge, M. E., Sclar, E. D., & Biswas, P. (2003). Sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 556–68. <http://doi.org/10.1093/jurban/jtg064>
47. OATSoft. (2015). Open Source Assistive Technology Software. Získáno. 7. Října 2015, z: <http://www.oatsoft.org>

48. OECD. (2007). Information Economy Sector: Definitions Based on the International Standard Industry Classification (Isic 4). *Oecd, DSTI/ICCP/(2006)*, 1–34. Retrieved from <http://www.oecd.org/dataoecd/43/25/39869939.pdf>
49. Öhrström, E. (2004). Longitudinal surveys on effects of changes in road traffic noise—annoyance, activity disturbances, and psycho-social well-being. *The Journal of the Acoustical Society of America*, *115*(2), 719. <http://doi.org/10.1121/1.1639333>
50. Ordu Gokkaya, N. K., Gokce-Kutsal, Y., Borman, P., Ceceli, E., Dogan, A., Eyigor, S., & Karapolat, H. (2012). Pain and quality of life (QoL) in elderly: the Turkish experience. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *55*(2), 357–62. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2011.10.019>
51. Oulu Health. (nedatováno). The Ecosystem to Boost Your Business. Získáno. 7. Říjen 2015, z: <http://ouluhealth.fi/>
52. Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, *15*(2), 187–224. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
53. Podpora procesů v sociálních službách: <http://podporaprosesu.cz/projekt/dokumenty/#aktivita13>
54. Prasad, R. (1992). *Generation Gap, a Sociological Study of Inter-generational Conflicts*. New Deli: Mittal Publications
55. Renalds, A., Smith, T. H., & Hale, P. J. A Systematic Review of Built Environment and Health. *FAMILY & COMMUNITY HEALTH*, *33*(1), 68–78. Retrieved from http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=CitationReport&qid=53&SID=T1P2sn9muT6VqKXLfP7&page=1&doc=4&cacheurlFromRightClick=no
56. Rosset, Edward (1964). *Aging Process of Population*. London: Pergamon Press Ltd.
57. Ruuskanen, J. M., & Ruoppila, I. (1995). Physical Activity and Psychological Well-being among People Aged 65 to 84 Years. *Age and Ageing*, *24*(4), 292–296. <http://doi.org/10.1093/ageing/24.4.292>
58. Scott, P. A., Välimäki, M., Leino-kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Arndt, M., et al. (2003). Perceptions of Autonomy in the Care of Elderly People in Five European Countries. *Nursing Ethics*, *10*(1), 28–38.
59. Shah, S. G. S., & Robinson, I. (2007). Benefits of and barriers to involving users in medical device technology development and evaluation. *International Journal of*

- Technology Assessment in Health Care*, 23(1), 131–7.
<http://doi.org/10.1017/S0266462307051677>
60. Scherer, M. J. (1996). Outcomes of assistive technology use on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 18(9), 439–48. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8877302>
61. Solberg, P. A., Kvamme, N. H., Raastad, T., Ommundsen, Y., Tomten, S. E., Halvari, H., ... Hallén, J. (2011). Effects of different types of exercise on muscle mass, strength, function and well-being in elderly. *European Journal of Sport Science*, 13(January), 1–14. <http://doi.org/10.1080/17461391.2011.617391>
62. Spence, A.P. (1995) *Biology of Human Aging*. Prentice Hall: New York
63. Suzana, S., & Gove, J. E. (2005). FCS2085. Získáno 11. 08 2015, z University of Florida - IFAS Extension: <https://edis.ifas.ufl.edu/pdf/files/HE/HE01900.pdf>
64. Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří - Kapitoly z gerontologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
65. Tavel, P. (2009). *Psychologické problémy v starobe*. Pusté Úľany : Schola Philosophica
66. Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354–365. <http://doi.org/10.1037/a0023779>
67. Thorová, K. (2015), *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál
68. Tinetti, M. E. (2003). Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 348(1), 42–49. <http://doi.org/10.1056/NEJMcp020719>
69. Tinetti, M. E., Speechley, M., & Ginter, S. F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *The New England Journal of Medicine*, 319(26), 1701–7. <http://doi.org/10.1056/NEJM198812293192604>
70. Tollén, A., Fredriksson, C., & Kamwendo, K. (2007). Elderly persons' expectations of day-care rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(3), 173–82. <http://doi.org/10.1080/11038120601042566>
71. Trojan, L., & Yonge, O. (1993). Developing trusting, caring relationships: home care nurses and elderly clients. *Journal of Advanced Nursing*, 18(12), 1903–1910. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18121903.x>
72. Turunen, M., Toyinbo, O., Putus, T., Nevalainen, A., Shaughnessy, R., & Haverinen-Shaughnessy, U. (2014). Indoor environmental quality in school buildings, and the

- health and wellbeing of students. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 217(7), 733–9. <http://doi.org/10.1016/j.ijheh.2014.03.002>
73. ÚZIS ČR. (2013). *Zdravotnická ročenka České republiky*. Získáno 12. 08 2015, z Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>
74. Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum.
75. Váňová, L., Fukalová, R., Šestáková, I & Lupač, P. (2013). *Nové trendy v bydlení pro seniory*. Praha: České vysoké učení technické v Praze
76. Veenhoven, R. (2008). Sociological Theories of Subjective Well-Being. In Randy, M. E. & Larsen. J. *The Science of Subjective Well-Being*. 62-80. New York: Guilford Press
77. Versel, N. (2012). Panic buttons for seniors must go. Získáno 2. listopad 2015, z Mobi Health News: <http://mobihealthnews.com/19397/panic-buttons-for-seniors-must-go/>
78. Versel, N. (6. Prosinec 2012). Panic buttons for seniors must go. Získáno 2. listopad 2015, z Mobi Health News: <http://mobihealthnews.com/19397/panic-buttons-for-seniors-must-go/>
79. Von Faber, M., Bootsma–van der Wiel, A., van Exel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., van Dongen, E., ... Westendorp, R. G. J. (2001). Successful Aging in the Oldest Old. *Archives of Internal Medicine*, 161(22), 2694. <http://doi.org/10.1001/archinte.161.22.2694>
80. Whitbourne, S. K. (2002). *The Aging Individual: Physical and Psychological Perspectives*. Springer Publishing Company: New York
81. World Health Organization Global Observatory for eHealth. (2010). Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. *Observatory*, 2, 96. <http://doi.org/10.4258/hir.2012.18.2.153>
82. World Health Organization. (2008). Integrated health services – what and why? *Technical Brief*, (1), 1–8.
83. Život 90. (nedatováno). Získáno 20. říjen 2015, z Tisňová péče AREÍON: <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/10-tisnova-pece-areion>

Abstrakt

Abstrakt ČJ

Diplomová práce mapuje potřeby seniorů bydlících v původním domácím prostředí s ohledem na využívání asistivních technologií. Pro výzkumnou část práce jsme vytyčili tyto otázky: 1) Jaké faktory se podílejí na rozhodnutí využívat tísňovou péči? 2) Jak hodnotí senioři svou dosavadní zkušenost s využíváním tísňové péče? 3) Jak hodnotí senioři technická zařízení používaná v rámci tísňové péče? 4) Jaké potřeby, obavy a přání mají uživatelé asistivních technologií? 5) Jaké další zdroje pomáhají seniorům zachovat osobní autonomii?

Výzkum jsme realizovali ve spolupráci s Univerzitním centrem energeticky efektivních budov ČVUT a poskytovatelem péče Životem 90, který již jednoduché technologické řešení používá. Výzkum byl koncipován jako základní mapování využívající kvalitativní metody sběru dat. Realizovali jsme interview s patnácti klienty tísňové péče a šesti pracovním tísňové péče byl administrován online dotazník s otevřenými otázkami.

Identifikovali jsme silné i slabé stránky stávajícího řešení a popsali jsme faktory ovlivňující rozhodnutí využívat péči a spokojenost seniorů. Byl potvrzen přínos využívání technologie v péči o seniory a navržena konkrétní doporučení pro praxi.

Klíčová slova: asistivní technologie, tísňová péče, bydlení seniorů, potřeby seniorů, domácí péče

Abstract EN

The thesis aims to explore needs of potential assistive technology users among independently living elderly in Prague. The research focuses on these questions: 1) What factors influence the decision to start using care based on assistive technology? 2) How the elderly assess their experience with the use of emergency care? 3) How the elderly assess their experience with the use of assistive devices? 4) What are the needs, concerns and aspirations of assistive technology users? 5) What other factors are supporting the autonomous living of the elderly in Prague?

The research was realized in collaboration with the University Centre for energy efficient buildings ČVUT and social services provider “Život 90” (Life 90), which is using simple technological solution already. The research was designed as qualitative mapping of given research area. We conducted interviews with fifteen clients of emergency care and six emergency care workers filled questionnaire with open questions. We identified the strengths and weaknesses of existing solutions and described the factors influencing the decision to use the care and factors influencing well-being of seniors. Our research confirms benefits of using assistive technology in the care for the elderly and brings concrete recommendations for practice.

Key words: assistive technology, emergency care, elderly housing, elderly needs, home care

Přílohy

Příloha 1: Otázky interview pro klienty péče

Otázky interview pro klienty péče

- Q1: Jak jste se o službě dozvěděl/a? (Kde nebo od koho?)
- Q2: Proč jste začal/a využívat tísňovou péči? (Jaký byl důvod, co tomu předcházelo?)
- Q3: Pomáhal Vám někdo s rozhodováním a pořízením služby? Pokud ano, jak? (Kdo službu zařizoval?)
- Q4: Co jste od služby očekával/a?
- Q5: Jak probíhalo rozhodování a podle čeho jste se rozhodl/a? (Jaké jste viděl/a plusy a mínusy služby?)
- Q6: Jak jste s tísňovou péčí spokojený?
- Q7: Je služba v něčem jiná, než jaká jste čekal/a že bude? Překvapilo Vás něco – příjemně či nepříjemně?
- Q8: Co se vám na službě líbí a jak hodnotíte její přínos?
- Q9: Co vám naopak na tísňové péči nevyhovuje?
- Q10: Je něco, co Vám nevyhovuje na technickém zařízení spojeném s tísňovou péčí?
- Q11: A) Napadá Vás něco, co by se dalo vylepšit v rámci tísňové péče vylepšit? B) Jakou další služby byste uvítal/a?
- Q12: Co vám v souvislosti s bydlením působí největší problémy?
- Q13: Co a kdo Vám pomáhá bydlet samostatně a zvládat každodenní aktivity? Jak?
- Doptat se... Jaká je role rodiny? Jaká je role sousedů? Role dalších služeb? Co dalšího?
- Q14: Je něco, z čeho máte strach, čeho se obáváte? (Doma nebo venku?)
- Q15: A) Co pro Vás znamená bydlení doma? B) Jaký je tedy pro vás hlavní rozdíl mezi bydlením doma a v domově pro seniory?
- Q16: Co by se muselo stát, abyste nemohl/a bydlet samostatně? Kde je hranice? (Že byste se musel/a přestěhovat? Už byste to sám/sama nezvládl/a?)
- Q17: Je něco co byste ráda dělala, ale už to nejde?
- Q18: A) Co Vám dělá radost? B) Co by vám udělalo radost?
- Q19: Co byste vzkázal/a lidem, kteří se zabývají vymýšlením nových technologií a služeb pro seniory?

Příloha 2: Online dotazník pro pracovníce služby

Pozn. Výstupy dotazníku byly v rámci práce využity pouze částečně. Jedná se upravenou formu zobrazení dotazníku, která není zcela totožná se zobrazením respondentů.

Úvod

Page description:

Vážené právnické, vážení pracovníci Tísňové služby Života 90,

v současné době probíhá průzkum spokojenosti uživatelů systému tísňové péče v Praze. Zjišťujeme proč se rozhodli senioři službu využívat, co tomu předcházelo, jak se rozhodovali, jak jsou se službou spokojeni, co jim schází a co by uvítali. Výsledky tohoto šetření chceme doplnit i o Váš pohled na službu.

Krátký dotazník se zaměřuje na to jak celkově hodnotíte provoz služby, jak jste spokojeni s technickým vybavením a s procesy ve službě a kde vidíte prostor pro zlepšení. Zajímá nás také váš vzhled do situace klientů služby.

Výsledky šetření budou zpracovány anonymně a využity jednak k optimalizaci péče a jednak jako zpětná vazba odborníkům ČVUT, kteří v současné době pracují na zdokonalování asistivních technologií pro seniory. Vaše zkušenosti tak mohou přispět ke zvyšování kvality péče o seniory.

Za UCEEB ČVUT,

Tomáš Vácha

Potřeby klientů

Page description:

Následující otázky se týkají Vašeho pohledu na situaci klientů tísňové péče a jejich potřeby.

1. Jaké důvody nejčastěji stojí za rozhodnutím začít využívat tísňovou péči?

2. Co služba klientům nabízí? Jaký je její přínos?

3. Co si klienti služby nejčastěji chválí?

4. Na co si klienti nejčastěji stěžují?

Potřeby klientů

Page description:

5. Co seniorům působí největší potíže?

6. Jak by bylo možno dále zlepšit kvalitu života klientů a jejich spokojenost?

7. V čem je podle Vás hlavní rozdíl mezi bydlením "ve vlastním" a institucionalizovaným bydlením - například v domově pro seniory?

8. Co dělá seniorům radost?

Technologie v tísňové péči

Page description:

Následující otázky se týkají Vašeho hodnocení technologií používaných v rámci tísňové péče.

9. Ohodnoťte prosím Vaší spokojenost s následujícími parametry technických zařízení:

a) spolehlivost (Dá se na ně spolehnout? Mají poruchy, technické problémy?) b) funkce zařízení (Jsou funkce zařízení dostatečné, nebo by toho mohla umět více?)

*

Pro každé zařízení přidejte hodnocení všech paramterů pomocí hvězdiček **od 1 (absolutní nespokojenost) do 5 (absolutní spokojenost)**.

	Spolehlivost	Funkce zařízení
Čidlo pohybu	✘ ★ ★ ★ ★ ★	✘ ★ ★ ★ ★ ★
Stacionární zařízení	✘ ★ ★ ★ ★ ★	✘ ★ ★ ★ ★ ★
Tísňové tlačítko - krk	✘ ★ ★ ★ ★ ★	✘ ★ ★ ★ ★ ★
Tísňové tlačítko - ruka	✘ ★ ★ ★ ★ ★	✘ ★ ★ ★ ★ ★
Mobily Aligátor	✘ ★ ★ ★ ★ ★	✘ ★ ★ ★ ★ ★
Senior Inspect	✘ ★ ★ ★ ★ ★	✘ ★ ★ ★ ★ ★

10. Jak hodnotíte kvalitu přenosu hlasového hovoru u těchto zařízení?

Pro každé zařízení přiřaďte hodnocení kvality přenosu hlasového hovoru pomocí hvězdiček od 1 (absolutní nespokojenost) do 5 (absolutní spokojenost).

Hodnocení kvality hovoru

Stacionární zařízení	★★★★★
Aligátor	★★★★★
Přímé telefonní spojení (pravidelné obvolávání)	★★★★★

11. Pokud existují problémy s přenosem hlasového hovoru, jak se projevují?

Vypište prosím odpověď do textových polí.

Domácí "odposlech"

Aligátor

Přímé telefonní spojení

Technologie v tísňové péči

12. Je něco, co se Vám na jednotlivých zařízeních nelíbí?

Do textových polí můžete napsat, s čím nejste spokojeni a proč.

Senzor pohybu

Stacionární zařízení

Tísňové tlačítko krk

Tísňové tlačítko ruka

Mobily Aligátor (TM):

Senior Inspect

13. Co se Vám na jednotlivých zařízeních líbí?

Do textových polí můžete napsat, s čím jste spokojeni a proč.

Senzor pohybu

Stacionární zařízení

Tísňové tlačítko krk

Tísňové tlačítko ruka

Mobily Aligátor (TM):

Senior Inspect

14. Povolte uzdu fantazii a představte si, jaké funkce by do budoucna domácí zařízení pro seniory měla ideálně mít.

15. Je něco, co by se podle Vás mohlo změnit na systému poskytování tísňové péče?

16. Je něco, co by Vám osobně pomohlo, aby se Vám pracovalo lépe?

17. Je ještě něco, co byste chtěl/a k otázce systému poskytování péče a využívání technologií v rámci péče dodat?

Děkujeme!

Page description:

Děkujeme za vyplnění dotazníku a přejeme hezký den.

Příloha 3: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
VÁCHA Tomáš	Studentská 44, Poděbrady - Poděbrady II	F100034

TÉMA ČESKY:

Potřeby uživatelů asistivních technologií v kontextu autonomního bydlení seniorů

TÉMA ANGLICKY:

Needs of assistive technology users among independently living elderly in Prague

VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Témata zpracovaná v teoretické části práce

- Fyziologické aspekty stárnutí
- Psychologické aspekty stárnutí
- Socio-ekonomické aspekty stárnutí
- Well being seniorů
- Autonomie seniorů
- Bydlení seniorů
- Asistivní technologie a telemedicína v domácím prostředí
- Výzkum a vývoj v oblasti asistivních technologií

Výzkumné cíle

Cílem výzkumu je popsat jak vnímají potenciální uživatelé asistivních technologií otázku vlastního bydlení a jaké potřeby mají v souvislosti s bydlením. Prozkoumáme také jaké faktory a potřeby hrály roli při rozhodnutí využívat tíšňovou péči a do jaké míry plní služba potřeby seniorů tedy jaký je potenciál zlepšit situaci seniorů novými technologiemi a službami.

Metodika výzkumu

A) Zkoumaná populace

Potenciálními uživateli asistivních technologií a telemedicíny jsou zejména seniori, kteří jsou schopni bydlet samostatně, leč již se u nich projevuje jisté omezení či ohrožení v podobě zhoršení pohyblivosti, onemocnění, sociální vyloučení, vzdálenost a špatná dostupnost služeb a podobně. Podle odhadů můžeme očekávat rapidní nárůst samostatně žijících seniorů s částečně či zcela zachovanou autonomií avšak zvýšenou mírou rizika úrazu či život ohrožujícího stavu, sociálního vyloučení či ztráty autonomie. Rozhodnutí využívat tíšňovou péči považujeme za znak příslušnosti ke výše zmíněné populaci tento předpoklad ověříme. Zaměříme se na samostatně žijící uživatele tíšňové péče na území Hlavního města Prahy.

B) Výběrový soubor

Zapojíme 20 pražských seniorů, kteří se rozhodli využívat tíšňovou péči v uplynulých 2 letech (ideálně pak v plynulém roce). Kontakt se seniory bude zprostředkovan sružením Život 90 zřizovatelem tíšňové péče.

C) Metody sběru dat

Provedeme polostrukturované rozhovory s každým uživatelem zvlášť v prostředí jejich domovů. Z rozhovoru pořídíme nahrávku, kterou převedeme do podoby psaného textu pro další zpracování. Přípravené otázky budeme konzultovat s pracovnicemi tíšňové linky, které mají s komunikačními možnostmi klientů zkušenosti a mají vhlad do jejich situace. Poté provedeme pilotní testování. Využijeme otevřený partnerský přístup, participantům vysvětlíme účel rozhovoru a cíle výzkumu.

D) Zpracování a analýza dat

Kvalitativní zpracování dat založené na analýze trsů a metodě hledání vzorců.

E) Etické otázky

-Výzkumný plán i otázky předložíme ke schválení provozovatele tísňové péče a vedoucí práce.

-Přijmeme opatření při ukládání a uchování dat zaheslovaná složka

-Vytvoříme informovaný souhlas, participanty informujeme o účelu rozhovoru a cílech výzkumu.

-Data budeme prezentovat anonymně.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Allen, L., & Britt, D. W. (1987). Appraisal of Life Events, Future Expectations, and Self-Reported Activity-Limiting Symptoms. *Journal of Community Psychology*, 15(4), 132-141.

Amesberger, G., Finkenzeller, T., Würth, S., & Müller, E. (2011). Physical self-concept and physical fitness in elderly individuals. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 21, 83-90.

Gruss, P. (2009). *Perspektivy stárnutí*. Praha: Portál

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: HTB

Lundgren, E. (2000). Homelike Housing for Elderly People Materialized Ideology. *Housing, Theory and Society*, 17(3), 109-120.

Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., & Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services.

Journal of Nursing Management, 7, 19-28.

Smith, D. (2004). Factors influencing midlife workers attitude toward aging and retirement antic. *The Gerontologist*, 44(1), 541.

Sýkorová, D., & Chytil, O. (2004). *Autonomie ve stáří - Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.

Widrick, R. M., & Raskin, J. D. (2010). Age-related stigma and the golden section hypothesis. *Aging & mental health*, 14(4), 375-385

Zalezki, Z. (1994). *Psychology of Future Orientation*. Lublin: Towarzystwo Naukowe