

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Michal Ministr, DiS.

**Kvalita života uživatelů služeb v domě
s pečovatelskou službou a uživatelů
v domácí péči**
Bakalářská práce

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

2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedl v závěrečném seznamu.

V Olomouci dne 15. dubna 2009

.....
Michal Ministr, DiS.

Mé poděkování patří především Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D. za odborné vedení, rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce. Děkuji také personálu domu s pečovatelskou službou za spolupráci a ochotu poskytnout mi informace a materiály potřebné pro vypracování práce.

OBSAH

ÚVOD	5
1 KVALITA ŽIVOTA A KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ	9
1.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA	9
1.1.1 Pojem kvalita života v historickém kontextu.....	12
1.1.2 Pojem kvalita života z hlediska filosofie	13
1.2 PŘÍSTUPY KE ZKOUMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA	16
1.3 PŘÍSTUPY K MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	18
1.4 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ	24
2 PÉČE O STARÉHO ČLOVĚKA	31
2.1 SLUŽBY PRO SENIORY	31
2.1.1 Zdravotní služby pro seniory	33
2.1.2 Sociální služby pro seniory	35
2.2 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA	39
2.2.1 Úkony a úhrady za poskytování pečovatelské služby	40
2.2.2 Provozovatelé a pracovníci pečovatelské služby.....	42
2.2.3 Domy s pečovatelskou službou.....	44
2.3 DOMÁCÍ PÉČE	45
2.3.1 Obecná charakteristika současné domácí péče	47
2.3.2 Domácí péče v České republice.....	50
3 ZOHLEDNĚNÍ KVALITY ŽIVOTA UŽIVATELŮ SLUŽEB PEČOVATELSKOU SLUŽBOU V PŘEROVĚ	54
3.1 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA A DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU V PŘEROVĚ	54
3.2 ÚPRAVA KVALITY ŽIVOTA V PŘEDPÍSECH DOMU S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU	58
3.3 PRAKTICKÉ HLEDISKO ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA UŽIVATELŮ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY Z POHLEDU PEČUJÍCÍHO PERSONÁLU	63
ZÁVĚR	66

Seznam použitých zdrojů	69
--------------------------------------	-----------

ÚVOD

Péče o lidi, kteří se z nejrůznějších důvodů, jako je např. stáří, handicap, nebo duševní nemoc, nemohou o sebe postarat sami, patří k morálním povinnostem každé společnosti. Podoba poskytování péče odpovídala a odpovídá kultuře dané společnosti. Pokud jde o organizovanou lidskou obětavost a ušlechtilost, ta se na území Evropy objevuje, v souvislosti se vznikem rytířských řádů, už v dobách středověku. Pomoc tehdy směřovala k ošetřování nemocných a raněných v období válek. Později se tato obětavost začala projevovat i ve vztahu ke starším lidem, kterým byla, vzhledem k jejich stáří a moudrosti, prokazována náležitá úcta. Pro staré a nemohoucí obyvatele se na základě iniciativy bohatých lidí začíná rozvíjet charitativní pomoc a péče. V období raného středověku tak začaly vznikat první církevní instituce, které byly zaměřeny na pomoc starým lidem. Postupně byly tedy zakládány chudobince a starobince, městské a klášterní ošetrovatelské domy, které se v průběhu dějin přeměnily na dnes známé jednotlivé typy zařízení pro seniory.

V minulosti však připadala starost o starého a nemohoucího člověka zejména rodině, která o něj pečovala a podporovala jej tak, aby setrval co nejdéle ve svém přirozeném domácím prostředí. Právě rodinné zázemí je důležitým zdrojem očekávané pomoci ve stáří a je také jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka. Postupem doby však nejrůznější změny životního stylu tyto staré zvyklosti změnily, což má za následek situaci, jaká v naší zemi panuje dnes. Ve většině mladých rodin obvykle pracují oba partneři, kteří se ve zbývajícím čase sotva stačí postarat o své děti. Navíc tyto rodiny obvykle bydlí v malých a nedostačujících bytech, ve kterých, ani při nejlepší vůli, není pro jejich staré rodiče dostatek času a místa. To, že nemohou mít své staré rodiče u sebe, není jejich sobectví, ale součást dnešní reality. V mnoha případech by takovéto soužití nebylo ani zdravé, protože většina seniorů potřebuje celodenní péči a noční dohled, což jim jejich děti, ve většině případů, prostě zajistit nemohou. Mnozí současní senioři navíc sami tíhnou k určité míře samostatnosti ve vztahu ke svým příbuzným. Nabízí se dvě řešení této situace. Tím prvním je zajistit těmto lidem péči domácí, a to ve formě zdravotní a sociální péče poskytované v jejich vlastním sociálním prostředí. Druhou možností je jejich odchod do domovů pro seniory, penzionů

pro důchodce, domů s pečovatelskou službou apod. Zvláštní formou péče o relativně zdravé občany vyššího věku, jednotlivce nebo manželské páry, je právě dům s pečovatelskou službou. Obyvatelům je zde za úhradu poskytováno trvalé ubytování spojené s užíváním pečovatelských služeb sociální péče lišící se podle věku a jejich zdravotního stavu.

Téma své bakalářské práce jsem si zvolil na základě konzultace s vedoucí domu s pečovatelskou službou v Přerově, ve kterém jsem měl v minulém školním roce dvouměsíční odbornou praxi. Vedoucí domu mi vnukla myšlenku, zpracovat práci, která by se zabývala charakteristikou života, z hlediska jeho kvality, u uživatelů služeb domu s pečovatelskou službou a také u těch, kteří jsou v domácí péči. Její návrh se mi jevil jako docela zajímavý, protože už dříve jsem uvažoval o tom, že bych mohl napsat o něčem, co by se týkalo seniorů a pečovatelské služby. Jelikož jsem měl ve výše jmenovaném zařízení opět odbornou praxi, budu při psaní této práce vycházet přímo z informací a zkušeností, které v jejím průběhu získám a které také ve své práci uplatním. Pro toto téma jsem se rozhodl také proto, že stáří a vše co je s ním spojené, se týká opravdu každého a snad každý bude muset jednou řešit nejrůznější problémy s ním spojené. Myslím si, že většina lidí má nějaké skryté obavy a strach z toho, co bude, co je čeká, a proto je podle mého názoru důležité na stáří nejenom myslet, ale hlavně se na ně dobře připravit tak, aby člověk i tuto část svého života prožil a ne přežil.

Problematika stáří, stárnutí a života seniorů je v současné době stále aktuálním a velmi diskutovaným tématem, a to jak z důvodů ekonomických, politických tak i sociálních. Z ekonomického hlediska je nejdůležitější finanční zajištění skupiny osob v důchodovém věku. Zvyšování nákladů na péči o seniory ve zdravotnictví a v oblasti sociálních služeb je spojeno s demografickými změnami. V sociální oblasti je potřeba brát v úvahu kromě navýšení počtu jednotlivých služeb také zlepšení jejich kvality a dostupnosti. Služby pro seniory by měly fungovat tak, aby jim umožnily žít plnohodnotný život v jejich přirozeném sociálním prostředí. Úkolem systému sociálních služeb je vytvářet předpoklady pro udržení fyzických, psychických a sociálních schopností seniorů, a to prostřednictvím sociálního začlenění, vytváření rovných příležitostí, rozšiřování možností, aktivizace a osobního rozvoje.

Početní stav dnešní stárnoucí populace je spojen jak s nízkou porodností, tak s prodlužující se délkou života, což má za následek růst počtu seniorů. Prodlužování věku seniorů je sice optimistickým jevem, ale v souvislosti s ním nelze zapomenout

na důležitost kvality života těchto lidí. Důkazem vzrůstajícího zájmu dnešní společnosti o život seniorů, z hlediska jeho kvality, je pořádání nejrůznějších konferencí a provádění řady výzkumů, které se této problematice věnují. Jevu stárnutí není možné se nijak vyhnout, a většina naší populace tak zůstane odkázána na pomoc okolí, v podobě blízké rodiny, nebo na pomoc státu ve formě poskytování nejrůznějších sociálních služeb. I stáří, jako jedno z období lidského života, by mělo být prožito tak, aby byla zachována důstojná kvalita života každého člověka.

V posledních několika letech je možné v různých odborných publikacích sledovat stále se zvyšující zájem o koncept kvality života, který se tak stává nedílnou součástí všech vědních oborů. Nejčastěji se lze s touto problematikou setkat v medicíně. Kromě toho je ale možné kvalitu života vymezit i z pohledů sociologie, psychologie pedagogiky a dalších vědních disciplín. Také jednotlivé obory pedagogiky, zejména speciální nebo sociální mohou přispět a ovlivnit kvalitu života člověka. Snahou jednotlivce žijícího v současných moderních společnostech je mít se na světě dobře. Tato touha žít krásný a kvalitní život existuje už od pradávna a lidé se stále zabývají otázkami, jak toho dosáhnout. Už celá staletí nacházejí své odpovědi v řešení základních filozofických otázek, jejichž součástí jsou i otázky mravní, estetické a náboženské, které jsou spojené s touhou člověka žít kvalitní život, mít se dobře a být šťastný, a to jak duševně, tak i fyzicky. Je zcela jasné, že k uspokojování lidských potřeb patří hmotné statky, jako jsou peníze, jídlo, atd. To vše ale bez lidských vztahů, lásky, přátelství, svobody a vůbec psychické pohody ztrácí zcela svůj význam, protože bez toho se člověk prostě neobejde.

Práce je určena všem, kteří mají zájem se s tématem kvality života uživatelů služeb v domě s pečovatelskou službou a uživatelů služeb v domácí péči blíže seznámit. Mohou to být především potenciální uživatelé pečovatelské služby, kteří se rozhodují, kterou ze dvou výše zmíněných variant poskytování pečovatelské služby zvolit tak, aby jim podle vlastních potřeb a představ vyhovovala co nejlépe. V neposlední řadě je práce určena také široké veřejnosti, která by se chtěla o tomto tématu dozvědět něco víc, protože podle mého názoru tato problematika je a bude stále více aktuální.

Cílem této práce je kromě charakteristiky pojmu kvalita života v kontextu služeb pro seniory především zjištění, zda a jak je dosahování kvality služeb zakotveno v dokumentu či dokumentech, jež má pečovatelská služba k dispozici, a to jak v domě s pečovatelskou službou, tak pro uživatele v domácí péči. V případě, že poskytovatel pečovatelské služby nějakým způsobem kvalitu života svých uživatelů v dokumentu

zohledněnou a upravenou má, uvést kde a rovněž jakých oblastí života uživatele se týká. Dílčím cílem je také zjištění, jestli je možno, z pohledu personálu domu s pečovatelskou službou, nalézt v praktickém zajištění kvality života nějaké rozdíly, případně výhody mezi uživateli žijící v domě a uživateli, jimž je pečovatelská služba poskytována v domácím prostředí. Z důvodu své odborné praxe se soustředím na příklad pečovatelské služby v Přerově.

Bakalářská práce je zpracována pomocí odborné literatury, zejména psychologické a sociologické, a pramenů týkajících se problematiky, jíž se práce zabývá (zákony, vyhlášky, vnitřní dokumenty, atd.) Dalším pramenem jsou sdělení pracovníků pečovatelské služby, které však nemají povahu výpovědí z výzkumného rozhovoru, jelikož mi šlo čistě o doplnění informací, jež nelze vyčíst z dostupných materiálů.

Práci jsem rozčlenil do tří hlavních kapitol. V kapitole první se zaměřuji na vymezení pojmu kvalita života, jednotlivé přístupy k jejímu zkoumání a měření a na kvalitu života člověka ve stáří. Ve druhé kapitole se zabývám oblastí péče o staršího člověka, spektrem jemu poskytovaných zdravotních a sociálních služeb a ve větším rozsahu zde popisuji pečovatelskou službou a domácí péči. V kapitole třetí se věnuji podrobněji pečovatelské službě v Přerově, jakým způsobem a kde má upravenou kvalitu života uživatelů a praktickému hledisku zajišťování jejich kvality života z pohledu zaměstnanců domu s pečovatelskou službou.

1 KVALITA ŽIVOTA A KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

V úvodu této kapitoly vysvětluji v krátkosti nejen původ termínu kvalita, ale také to, co si lze pod tímto pojmem, ve spojení s lidským životem, představit. Dále uvádím oblasti a vědní disciplíny, s nimiž je kvalita života neodmyslitelně spojena. Poté se zaměřím na vnímání a chápání kvality života z hlediska historie a filosofie. V další části této kapitoly se zabývám nejen přístupy ke zkoumání, ale i metodami měření kvality lidského života. V poslední podkapitole se věnuji kvalitě života ve spojení se stářím a stárnutím a v souvislosti s tímto uvádím v několika bodech, jak je možno pomoci stárnoucím lidem přemoci strach ze stárnutí. V závěru kapitoly se zaměřím na faktory a jednotlivé změny, jež ovlivňují život stárnoucího člověka.

1.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA

Původ slova kvalita pochází z latinského výrazu „qualitas“ (kvalita) či slova „qualis“ (jaký), které je ještě odvozeno od výrazu „qui“ (kdo).¹ Dalo by se říci, že kvalita je údaj o vlastnosti nějaké věci, tedy odpověď na otázku „jaký?“, respektive „jakého charakteru?“ to či ono je. Z hlediska významu se slovem kvalita rozumí také jakost nebo hodnota, tzn. charakteristický rys, kterým se určitý jev odlišuje jako celek od jiného celku, např. život jednoho člověka od života toho druhého.²

Kvalita života je tedy něčím, co patří k životu jako jeho bezprostřední součást. Je celostním fenoménem, který zahrnuje lidská práva, kulturu, ekologii, ekonomii, politiku, estetické i problematiku zdraví a nemoci. V souvislosti se zdravím, je také možno kvalitu života chápat jako určitou míru, do jaké nemoc pacienta ovlivňuje jeho schopnost žít svůj život tak, aby s ním byl relativně spokojený. Kvalita života je také

¹ Srov. HOLUB, J., LYER, S., Kvalita. In *Stručný etymologický slovník jazyka českého se zvláštním zřetelem k slovům kulturním a cizím*, s. 256.

² Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 162.

spojována s více oblastmi našeho života. Jedná se o oblast tělesných potíží, funkční zdatnosti, psychologickou, emociální a sociální a také o oblast existenciální a duchovní.³ Oblast tělesných potíží zahrnuje např. únavu, nevolnost či bolest. Funkční zdatnost souvisí např. s pracovní zátěží nebo schopností zvládat běžné denní činnosti. Psychologická a emocionální oblast zahrnuje např. stavy úzkosti či deprese. Oblast sociální se týká např. sociálního postavení jedince ve společnosti, vztahů s rodinou nebo přáteli, vlivu nemoci na vztahy v rodině, dále rovněž oblasti finančních potíží, atd. Spirituální a existenciální oblast se zabývá např. nadějí, smířením či odpuštěním, ale také otázkami po smyslu života.

Člověk hledal smysl svého života už od pradávna a jeho hledání se neustále rozvíjí a rozrůstá. Podle Frankla je hledání smyslu základní otázkou lidského života, zároveň však dodává, že to není hledání jediné, předem dané a konečné, ale že je to nalézání smyslu v konkrétních situacích, které život klade člověku jako výzvu k odpovědi a činu.⁴ Hledání smyslu života tedy patří k nejhlubším potřebám člověka a jestliže jej není schopen najít, pociťuje prázdnotu, zbytečnost, osamělost a jeho stav vede k životní nervozitě (tzv. noogenní neuróza).⁵ Lidé hledají smysl svého života v konkrétních situacích, přičemž jejich hledání a nalezení není možné bez hledání a poznávání smyslu v běžných každodenních činnostech.⁶ Až objevený smysl života činí život člověka teprve smysluplným a takto přijatý a potvrzený mu dává možnost, aby našel sám sebe. Nalezený smysl života mu dává jakousi vnitřní vyrovnanost bez níž by lidský život nebyl tím, čím skutečně je.⁷ Člověk hledá smysl života v každém jeho okamžiku, a to včetně problematických situací, jako je např. utrpení v nemoci či ve stáří. V těchto nelehkých životních okamžicích je kladen důraz na schopnost člověka dát smysl svému utrpení a přijmout je jako součást života, i když zrovna prochází ne příliš snadným životním obdobím.

Co se týče definice kvality života, v literatuře jich existuje celá řada, ale žádná z nich nebyla v průběhu posledních třiceti let všeobecně přijata.⁸ Podle mého názoru je nejužitečnější ta, kterou ve své publikaci uvádí Payne a která byla vytvořena Centrem pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu. Tato, dalo by se říci oficiální, definice současnosti zní následovně:

³ Srov. SLÁMA, O. In PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 289.

⁴ Srov. FRANKL, V. E., *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 71.

⁵ Srov. BENDA, V., *Hledání – Úvahy věřícího křesťana*, s. 87

⁶ Srov. FRANKL, V. E., *Psychoterapie pro laiky*, s. 17.

⁷ Srov. BENDA, V., *Hledání – Úvahy věřícího křesťana*, s. 87

⁸ Srov. HNILICOVÁ, H. In PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 207.

„Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života. Možnosti přitom vyvěrají z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má, a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím.“⁹

V souvislosti s tímto uvádí Hnilicová tři důležité domény v životě člověka. Tou první je bytí (being). Jedná se o souhrn podstatných charakteristik člověka, který zahrnuje bytí fyzické (fyzické zdraví, osobní hygiena, tělesný pohyb, výživa, způsob oblékání a celkový vzhled), psychologické (psychologické zdraví, poznávání, cítění, sebepojetí, sebeúcta a sebekontrola) a bytí spirituální (osobní hodnoty, přesvědčení a víra).¹⁰

Druhou doménou je přílnutí (beloning). Jde o napojení na vlastní prostředí, které má rovněž tři úrovně, a to přílnutí fyzické (k domovu, škole, pracovišti, sousedství a komunitě), užší sociální (k rodině, přátelům, spolupracovníkům a sousedům) a přílnutí k širšímu prostředí (prostřednictvím pracovních příležitostí, přijatelných finančních příjmů, zdravotní péče, sociální práce, vzdělávacích a rekreačních možností).¹¹

Doménou poslední je realizace (becoming). Jedná se o dosahování osobních cílů, nadějí a tužeb, které se skládá z praktického uskutečňování (domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví a sociální začlenění), relaxačních aktivit (snižování stresu a relaxace) a z uskutečňování růstu (aktivity pomáhající zachování a zlepšování znalostí a dovedností a adaptace na změnu).¹²

Přestože je dnes kvalita života zavedený a frekventovaný pojem, a to nejen v odborné oblasti, ale i v oblasti metodologických otázek, stále není jednoduché najít onu jednotnou názorovou shodu.¹³ To je způsobeno také tím, že o kvalitě života se mluví v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách, jako jsou sociologie, psychologie, ekologie, medicína a další. Co se týče sociologie, ta sleduje kvalitu života u různých sociálních skupin, srovnává ji a hledá faktory, které ji nejvíce vymezují. Zatímco psychologie se zaměřuje především na subjektivní pohodu každého člověka a pokouší se ji pomocí různých metod měřit, ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče nebo jednotlivé zdravotnické programy. Kvalita života je pojem, který je možno uchopit více hledisky a přístupy, a proto se dále

⁹ HNILICOVÁ, H. In PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 208.

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 208.

¹¹ Srov. tamtéž, s. 209.

¹² Srov. tamtéž, s. 209.

¹³ Srov. tamtéž, s. 207.

také zaměřím na to, jak se tento, dalo by se říci, odborný termín vyvíjel historicky, ale i z hlediska filosofie.

1.1.1 Pojem kvalita života v historickém kontextu

Pojem kvalita života začal být užíván ve 20. letech minulého století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev.¹⁴ V této době se hodně diskutovalo o vlivu státních dotací na kvalitu života lidí z chudších vrstev obyvatelstva a také na celkový vývoj státních financí. V poválečné době se termín kvalita života objevil opět v 60. letech ve Spojených státech amerických. Jejich tehdejší prezident Johnson prohlásil v jednom ze svých projevů zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Myslel tím, že ukazatelem blaha ve společnosti není množství zboží, které se spotřebuje (how much), ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije (how good).¹⁵

V 70. letech 20. století se pojem kvalita života objevil také v Německu, kde tehdejší politik Willy Brandt postavil politický program své strany na dosahování lepší kvality života občanů. Tímto okamžikem termín kvalita života, dalo by se říci, zdomácněl a od této doby sloužil zejména v sociologii k rozlišení podmínek života, jakými jsou např. příjem nebo počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Do této doby je také datováno vůbec první použití pojmu kvalita života pro výzkumné účely, a to v souvislosti s tehdejším trendem v sociologii. Ten byl zaměřen na monitorování dopadu společenských změn na život lidí a byl znám pod názvem social indicators.¹⁶ Vzhledem k tomuto trendu byla rovněž zdůrazňována myšlenka toho, že život lidí v určitém prostředí, kterým je např. město nebo vesnice, není možné popsat pouze pomocí objektivních a z větší části ekonomických ukazatelů, ale že je potřeba přihlížet také k celému souboru dalších sociálních ukazatelů.¹⁷ Tyto ukazatele totiž mohou, ve svém komplexu, lépe postihnout kvalitu života lidí v určitém sociálním kontextu.

¹⁴ Srov. HNILICOVÁ, H. In PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 205.

¹⁵ Srov. tamtéž, s. 205.

¹⁶ Srov. tamtéž, s. 206.

¹⁷ Srov. tamtéž, s. 206.

Od 70. let je termín kvalita života užíván v medicíně a v průběhu let osmdesátých se začíná stále častěji používat také v klinických studiích. Kvalita života ve zdravotnictví je tedy poměrně novou problematikou a zejména v posledních několika letech je na ni kladen velký důraz. Je pochopitelné, že dnešní lékaře musí zajímat, jakou kvalitu života mají jejich pacienti a jaký dopad na ni bude mít jejich konkrétně zvolená terapie. Těžiště zkoumání kvality života v medicíně a ve zdravotnictví je tedy posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví, přičemž se zde nejčastěji mluví o kvalitě života ovlivněné zdravím. Jedná se o pocit jakési životní pohody, který je spojován s nemocí, úrazem či léčbou.¹⁸ To tedy znamená že, kromě klinických ukazatelů úspěchu nebo neúspěchu nasazené terapie, kterými jsou např. hladina hemoglobinu, tělesná teplota nebo krevní tlak, se sledují také subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta. Sleduje se např. přítomnost bolesti, intenzita únavy, zvládání chůze do schodů, schopnost sebeobsluhy, ale také převažující typ emocí nebo prožívaná míra úzkosti či napětí.

Studium kvality života zažívá svůj rozmach zejména v posledních deseti letech. Kvalitě života se na různých místech a pracovištích věnují nejrůznější vědecké a výzkumné týmy, které se pokoušejí nějakým způsobem tuto zcela jistě zajímavou a důležitou součást lidského života uchopit. Studium kvality života tedy v současné době znamená hledání a identifikaci takových faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a také k pocitu lidského štěstí. Zájem odborníků je soustředěn rovněž na interakce a vztahy mezi těmito faktory.

„Ideologickým důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou užít.“¹⁹

1.1.2 Pojem kvalita života z hlediska filosofie

Téma kvality života je obsaženo ve většině filosofických systémů v celých dějinách filosofie. Jeho počátky sahají k Sokratově objevu smyslu života jako péči

¹⁸ Srov. HNILICOVÁ, H. In PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 211.

¹⁹ Tamtéž, s. 206.

o duši, následovaném platonskými dialogy, přes Aristotelův kvalitativismus až ke stoickému konceptu etiky.²⁰ Dalo by se říci, že určité náznaky týkající se tohoto tématu je možné zpozorovat již v biblických učeních Starého a Nového zákona.

Přelom středověku a novověku s sebou přináší objev antického člověka, velký rozmach renesance a významné novověké myslitele, jakými jsou např. Descartes, Spinoza, Leibniz a další. Také objevy myslitelů Newtona, Galilea Galilei nebo Koperníka s sebou přinesly tzv. myšlení *more geometrico*.²¹ Podstatou tohoto myšlení bylo zdůraznění přednosti kvantitě před kvalitou a formy před obsahem. Jednalo se o to, že vše, co bylo nějakým způsobem měřitelné se stalo předmětem vědeckého zájmu a naopak vše, co nebylo v souladu s požadavky měřitelnosti bylo ponecháno stranou. Tento fakt dokládá také Newtonův dobový výrok, který zní: „Fyziko, chraň mě před metafyzikou!“²² Úspěchy myšlení *more geometrico* společně se vznikem nových věd sebou přináší důvěru ve smyslově uchopitelný svět. Teprve až na konci 19. a počátkem 20. století se začaly objevovat vůbec první pochybnosti, které jsou spojeny s fyzikálními objevy Einsteina, Maxwella, Prigogina či Mandelbrotha.²³ Dnes se situace změnila a je prokázáno, že Newtonovy zákony již neplatí všude a na sto procent, protože např. v mikrosvětě platí tyto zákony pouze pro kvanta mikročástic, ale nikoliv pro jednotlivé těleso.²⁴ Pochybnosti týkající se fyzikálních objevů jednotlivých badatelů vedly k tomu, že myšlení *more geometrico* se začalo otrásat ve svých základech. Na nastalou situaci upozornili sami přírodovědci, i když určité varovné hlasy se již dávno předtím ozvaly na filosofické půdě. Zpochybnění tohoto myšlení tak postupně vedlo ke vzniku nového, postmoderního myšlení.

Postmoderní myšlení přichází s pochybnostmi o tzv. věčných pravdách.²⁵ Objevuje se určitá nemožnost věřit v konečný cíl dějin, který by mohl osvětlit lidské činnosti konané v každodennosti. Podle postmoderního filosofa Bělohradského bloudí současný člověk po Evropě a nevěří ve smysl dějin, nýbrž pouze tomu, co je tzv. *cash*. Jsou to tedy peníze, které dávají člověku onu jistotu a které jsou zároveň jakýmsi symbolem konzumního způsobu života. S tímto souvisí postupný vznik velkého množství sekt a nejrůznějších náboženských společností, protože zejména mladí lidé

²⁰ Srov. HOGENOVÁ, A., *Kvalita života a tělesnost*, s. 25.

²¹ Srov. tamtéž, s. 25.

²² Srov. tamtéž, s. 25.

²³ Srov. tamtéž, s. 26.

²⁴ Srov. tamtéž, s. 26.

²⁵ Srov. tamtéž, s. 26.

hledají něco, čemu by mohli věřit. Postmoderna tak s sebou přináší roztříštěnost, nejednotu, hodnotový relativismus, útek do workoholismu, orgiasmu, atd. Koncem 20. století nastává krize projevující se zejména v ekologii a přinášející nesnadnou orientaci a nalézání toho, co má vlastně cenu. Především pro mladé lidi nastává velmi těžká situace spojená se vznikajícími problémy existence. Nastává tak prostor pro uplatnění pragmatismu ve všech jeho podobách, a to, ať už v jeho dobré stránce zastoupené vlastními činy, tak i v té špatné, kde všechno, co je užitečné se zároveň stává samotnou pravdou.

„Kvantitativní paradigma poznávaného světa je narušeno, jak teorií relativity ve fyzice, tak teoriemi disipativních struktur v chemii, tak pádem absolutního ideálu matematiky v ekonomii i v ostatních vědách.“²⁶

Toto všechno připravuje půdu pro kritiku kategorie kvantity, a tak nastupuje úloha další z aristotelovských kategorií, kterou je kvalita. Zatímco kvalita poukazuje na to, čím věc je, kvantita směřuje k tomu, nakolik tím věc je. Úloha kvantity, jakožto toho ve fyzice a chemii nejpodstatnějšího, byla narušena, a proto se dnes objevují metody tzv. kvalitativního výzkumu, které se snaží tento stav napravit. Většinou tato náprava probíhá stejným způsobem, jako byla používána kategorie kvantity, jen se přitom zaměnila slova, přičemž je dobré poznamenat, že potřeba vysvětlení nad pouhým popisem se stanovuje čím dál tím víc jako smysl vědecké činnosti, což je pokládáno za velmi nadějně.²⁷

Kvalita života je něčím, co bezprostředně patří k životu jako jeho nedílná součást, je tedy projevem života jako takového. Rozsah kvality života ve třech výše uvedených životních doménách (bytí, přilnutí a realizace) je podmíněn dvěma faktory, a to jejich důležitostí pro jedince a jejich využíváním.²⁸ Skutečná kvalita života je tedy určena osobním významem jednotlivých domén a rozsahem, v jakém u daného jedince dochází k jejich naplňování v reálném životě, tj. jak si je člověk tzv. užívá.

²⁶ HOGENOVÁ, A., *Kvalita života a tělesnost*, s. 26.

²⁷ Srov. tamtéž, s. 27.

²⁸ Srov. HNILICOVÁ, H. In PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 209.

1.2 PŘÍSTUPY KE ZKOUMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA

Hnilicová poukazuje na existenci tří přístupů ke zkoumání kvality života, a to v pojetí psychologickém, sociologickém a medicínském. Rovněž upozorňuje na to, že pojem kvalita života je různě vysvětlován a operacionalizován, pokud se s ním pracuje v psychologii. Dále na to, že jiné aspekty jsou zdůrazňovány zase v sociologických výzkumech a že poněkud odlišně je kvalita života sledována také v medicíně.

Co se týče pojetí psychologického, podle Hnilicové je možné v psychologii vysledovat dvě podoby toho, co se pod pojmem kvalita života skrývá. Tou první je spokojenost se životem, u níž jde o zjišťování životní spokojenosti, při kterém se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaké je složení faktorů přispívajících k jejich spokojenosti, a také jak jednotlivé společenské instituce jejich spokojenost ovlivňují.²⁹

Druhou podobou kvality života v psychologii je prožívaná subjektivní pohoda (subjective well-being) neboli také štěstí (happiness), kde je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového.³⁰ Hnilicová uvádí, že nejvíce se pracovalo a stále ještě se s touto pohodou, která má dimenzi kognitivní a dimenzi emocionální, pracuje i dnes. Kognitivní dimenze zahrnuje, jak člověk celkově hodnotí svůj život a jak je s ním spokojen, případně nespokojen. Emocionální rozměr zjišťuje, jaké je celkové emoční naladění člověka a jestli u něj mají převahu pozitivní či negativní citové reakce.

Mezi metody používající se k měření kognitivních aspektů subjektivní pohody a sloužící k zjišťování emocionálního prožívání života patří metoda SWLS (Satisfaction With Life Scale) neboli škála spokojenosti se životem, dále PGW (Psychological General Well-Being Scale), která je pro své dobré psychometrické vlastnosti často doporučována a metoda PANAS, jež představuje standardizovanou škálu výskytu kladných a záporných emocí.³¹

Na rozdíl od pojetí psychologického jsou v sociologickém pojetí kvality života zdůrazňovány znaky sociální úspěšnosti, kterými jsou např. status, majetek, vybavení

²⁹ Srov. HNILICOVÁ, H. In PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 209.

³⁰ Srov. tamtéž, s. 209.

³¹ Srov. tamtéž, s. 210.

domácnosti, vzdělání, rodinný stav, apod.³² Kromě toho se sociologie zabývá rovněž psychickým prožíváním člověka a sleduje také to, jak člověk subjektivně vnímá vlastní kvalitu života. Předmětem zkoumání je vztah těchto znaků ke kvalitě života, která je rovněž definována jako subjektivní životní pocit. Dopadem sociálních či zdravotních programů na kvalitu života obyvatel se zabývá současná sociologická organizace známá jako Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies). V jejím pojetí je kvalita života chápána jako produkt, který je výsledkem souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek ovlivňujících rozvoj lidí.³³ Na tomto místě je dobré zmínit velmi důležitý pojem, jakým je životní úroveň. Jedná se o úroveň, která je definována jako určité měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, jež jsou lidem k dispozici. Jako rozhodující indikátory životní úrovně jsou užívány takové ukazatele, jako jsou hrubý domácí produkt (na jednoho člověka), střední délka života, kojenecká úmrtnost, počet lékařů na tisíc obyvatel, procento hrubého domácího produktu věnované školství a zdravotnictví nebo také počet televizorů a telefonů na domácnost.³⁴ Indikátory životní úrovně se neustále mění, a to co platilo dříve již nemusí být nutně aktuální, např. co se týče televizorů, tak u nich dnes nejvíce času tráví lidé, které je z jiných hledisek možné zařadit do kategorie těch s nižší kvalitou života a naopak mezi lépe zajištěnými přibývá těch, kdo televizi nemají.

V medicínském pojetí kvality života je zdůrazňována potřeba jejího sledování u pacientů. Lékaři se totiž musí zajímat o to, jakou kvalitu života mají jejich pacienti trpící různými onemocněními nebo jaký je dopad konkrétně zvolené léčby na jejich kvalitu života. V oblasti péče o nemocné existují dva přístupy, přičemž ten první se užívá především při léčení onkologických a psychiatrických pacientů a je založen na sledování jak klinických, tak subjektivních i objektivních ukazatelů o stavu pacienta. Ve druhém přístupu v oblasti péče tentokrát o nevléčitelně tělesně či duševně nemocné se kvalita života stala jakýmsi argumentem pro změnu v přístupu k těmto lidem. V těchto případech většinou není možné dosáhnout úplného uzdravení, a proto se zde, v souvislosti s příslušnou terapií, stále více hovoří o zlepšení kvality života pacientů jako o cíli, ke kterému se v terapii směřuje.³⁵ K měření zdravím ovlivněné kvality života se používá celá řada přístupů, většinou dotazníkového typu. Patří sem např. SF – 36 (36

³² Srov. HNILICOVÁ, H. In PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 211.

³³ Srov. tamtéž, s. 211.

³⁴ Srov. tamtéž, s. 211.

³⁵ Srov. tamtéž, s. 212.

– Item Health Survey) neboli dotazník, jež je obecně zaměřen, a který je doporučován především ke zjišťování dopadu určitých léků na kvalitu života pacientů.³⁶ Dále sem patří také dotazník EORTC QLQ – C30, jež při mezinárodní organizaci European Organization for Research and Treatment for Cancer (EORTC) vypracovala pracovní skupina Study Group on Quality of Life, a který je zaměřen pro měření kvality života onkologických pacientů.³⁷ Dalším dotazníkem, v němž má kvalita života podobu celkového skóre spokojenosti člověka se životem v jeho jednotlivých oblastech, je dotazník SQUALA.³⁸

Všechna tři uvedená pojetí kvality života jsou v souladu s všeobecně známou a obecně přijímanou definicí zdraví podle Světové zdravotnické organizace. Z tohoto vyplývá, že v medicíně a zdravotnictví se sleduje dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které pak ve svém souhrnu určují onu kvalitu života každého člověka. O kvalitě života v každé z těchto tří domén lze uvažovat relativně samostatně, kdy stupeň uspokojení, nebo naopak frustrace může být v každé z oblastí velmi různý a strádání v jedné nemusí vždy nutně znamenat nedostatek v ostatních dvou.³⁹

1.3 PŘÍSTUPY K MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Metod, kterými se kvalita života měří, je velké množství. Křivohlavý je dělí do tří hlavních skupin, a to na metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba, dále metody, kde hodnotitelem je sama daná osoba a metody smíšené, vzniklé kombinací předchozích dvou typů.

Metody měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba je možné v průběhu 20. století vystopovat tam, kde šlo o život lidí starých či chronicky nemocných. Předchůdcem metod měření kvality pacientova života byly tzv. HS (Health State) neboli Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta, případně souboru jeho zdravotních problémů a jejich zdokonalená forma HSP (Health State Profiles) překládané jako

³⁶ Srov. HNILICOVÁ, H. In PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 213.

³⁷ Srov. tamtéž, s. 213.

³⁸ Srov. tamtéž, s. 213.

³⁹ Srov. tamtéž, s. 213.

Profily zdravotního stavu pacienta.⁴⁰ V těchto rejstřících a profilech šlo o pokus nastínit zdravotní stav nemocného tak, jak je viděn ryze z lékařského, tedy obecně fyziologického hlediska.

Příkladem přístupu, kterému jde o vystižení celkového stavu pacienta pouze fyziologickými kritérii, a který tímto způsobem měří vážnost onemocnění, je metoda APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) neboli Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu.⁴¹ Tato metoda, založená na hodnocení pomocí bodů a následně celkového skóre, se užívá dost často ve Velké Británii, a to zvláště na jednotkách intenzivní péče, kde se zjišťuje závažnost pacientova onemocnění ihned při příjmu a do 24 hodin po jeho přijetí na oddělení jednotku intenzivní péče. Do APACHE II jsou nejčastěji zaznamenávány údaje o krevním tlaku, srdečním tepu, atd. Součástí celkového kritéria jsou rovněž údaje o věku či chronickém onemocnění pacienta. APACHE II se pohybuje v rozmezí 0 – 71 bodů a přitom platí, že čím vyšší je číselný údaj, tím je větší pravděpodobnost pacientova exitu.⁴²

Určitým krokem vpřed, který byl učiněn v souvislosti s narůstajícími požadavky každodenní praxe v nemocnicích, bylo zavedení tzv. symbolického vyjádření kvality pacientova života pomocí soustavy křížků.⁴³ V této metodě šlo v první řadě o zjištění samoobslužnosti pacienta, schopnosti komunikace s personálem a jeho celkového psychického stavu. Princip zápisu byl jednoduchý, čím více křížků (v rozmezí od jednoho do čtyř křížků) pacient dostane, tím horší je kvalita jeho života. I přesto, že jde v tomto přístupu o dosti obecné pojetí kvality pacientova života, přece je jen možné sledovat pronikání určitých hledisek do hodnocení kvality života.⁴⁴ Jedním z těchto hledisek je např. samoobslužnost pacienta, která vypovídá o tom, jestli je nemocný schopen pečovat o svou hygienu, o vyprazdňování nebo přijímat stravu, tedy jestli je tento člověk z hlediska kvality života na tom lépe nežli ten, který ke všem těmto úkonům potřebuje pomoc druhé osoby. Další z hledisek pronikající do hodnocení kvality života je např. ohled na sociální komunikaci nemocného. Schopnost pacienta komunikovat se spolupacienty či lékaři, případně s blízkými při návštěvách také vypovídá o tom, že nemocný je na tom lépe, než ten, který s druhými mluvit nemůže.

⁴⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 165.

⁴¹ Srov. tamtéž, s. 165.

⁴² Srov. tamtéž, s. 166.

⁴³ Srov. tamtéž, s. 167.

⁴⁴ Srov. tamtéž, s. 167.

Tento systém nabízel možnost lepšího zachycení procesu nemoci, která se u daného pacienta neustále zhoršovala, protože pokud se např. objevily problémy se samoobslužností jako další charakteristika zhoršujícího se průběhu nemoci, připsal se jednoduše křížek.

Ve snahách o vyjádření kvality pacientova života je možné za skutečně velký krok vpřed považovat zavedení slovně formulovaných kritérií, jako je např. ILF neboli Index kvality života pacienta.⁴⁵ Tato metoda měla předem stanovená kritéria, jako jsou sebeobslužnost, bolest pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, sociální opora pacienta či jeho celkový emocionální stav. Systém měl své klady v tom, že stanovení kritérií kvality života nebylo již pouze na hodnotiteli samém, ale bylo dáno také souhlasem většího počtu zainteresovaných osob, např. jiných pacientů, lékařů, klinických psychologů, zdravotních sester, apod.⁴⁶ Záznam o stavu pacienta bylo možné odstupňovat v jednotlivých dimenzích, např. v pětistupňové škále, a jeho kvalita života byla hodnocena v předem stanovených časových úsecích (v průběhu déle trávajícího léčení), v různých situacích, atd. Systém slovního hodnocení získával mnoho různých podob, přičemž se neustále zvyšoval počet dimenzí, které byly při hodnocení kvality pacientova života brány v úvahu.

Způsob hodnocení kvality života druhými, ať už obecně či podle určitých kritérií, však přinášel dosti značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient. To bylo také podnětem pro hledání jiných cest k hodnocení a zaznamenávání často výrazně se měnící kvality života. Pro měření kvality života se tak objevila cesta, která vychází ze subjektivního hodnocení toho, koho se také osobně týká.

Hodnocení kvality pacientova života z hlediska lidí jemu blízkých (lékařů, zdravotních sester, rodinných příslušníků, atd.) má určité nedostatky, na něž upozornili Patrick a Erickson, kteří rovněž zjistili, že kritéria a dimenze kvality života ve výše uvedených metodách nemusí být v souladu s tím, jak svůj stav hodnotí sám pacient.⁴⁷ Z tohoto důvodu navrhuje zjišťovat u každého pacienta nejprve priority dimenzí kvality jeho života a až teprve poté brát v úvahu ty dimenze, které pacient z osobního hlediska považuje za nejpodstatnější. Tento nový pohled na kvalitu života přináší radikální změnu v jejím měření. Do popředí se tedy dostává fenomenální hledisko, vnitřní

⁴⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 168.

⁴⁶ Srov. tamtéž, s. 168.

⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 169.

referenční rámec (Internal Frame of Reference) pacienta a tzv. analýza subjektivního posuzování (JA – Judgement Analysis).⁴⁸

Krok, který v pochopení kvality pacientova života Patrick a Erickson učinili, nešel však dost daleko, a právě na to poukázala skupina irských psychologů (O'Boyle, McGee a Joyce), kteří si všimli, že jednotlivé dimenze kvality zdraví, jež se podařilo zjistit metodou Patricka a Ericksona, mají pro daného pacienta odlišnou závažnost.⁴⁹ To by také mělo být při zjišťování kvality pacientova života zvažováno a respektováno. Výše jmenovaní psychologové přišli s dalším upozorněním týkající se proměnlivosti v hierarchii dimenzí kvality života v průběhu času a nejrůznějších životních situacích.⁵⁰ Jednalo se o to, že to, co pacient považuje za důležité, např. před svou operací, může být zcela odlišné od toho, co považuje za důležité po této operaci, kdy se nachází v pooperační fázi či v rehabilitaci. Tento problém se objevoval i u relativně nejrozšířenějšího indexu kvality života DDRS neboli Posuzovací škály stresu a neschopnosti (Distress and Disability Rating Scale), jež byla sestavena na základě mimořádného výzkumu hodnot, které jak zdraví, tak různě nemocní lidé považují, v různých částech světa, za podstatné.⁵¹

Při definování kvality života psychology je možné se často setkat s důrazem kladeným na spokojenost, kdy kvalitně žije ten, který je se svým životem zcela spokojen, tedy ten, kterému se daří dosahovat cílů, jež si stanovil. V tomto případě je uspokojení definováno jako určitý důsledek dlouhodobé zkušenosti člověka z dosahování jeho životních cílů, jež probíhá takovou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji, a je-li tomu tak, žije tento člověk v pohodě (wellbeing) a tato životní pohoda (wellness) má již blízko k tomu, co se rozumí psychologickou kvalitou života.⁵² Příkladem tohoto přístupu k otázkám kvality života je metoda SWLS – Stupnice spokojenosti se životem (The Satisfaction with Life Scale) vyvinutá Edem Dienerem, která vychází z předpokladu životní spokojenosti jako jednotlivého celku.⁵³ K diagnostikování lidí se používá dotazník s pěti otázkami, přičemž stupeň souhlasu je vyjádřen v sedmibodové škále, kde 1 znamená minimum souhlasu a 7 představuje jeho maximum.

⁴⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 169.

⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 169.

⁵⁰ Srov. tamtéž, s. 169.

⁵¹ Srov. tamtéž, s. 169.

⁵² Srov. tamtéž, s. 170.

⁵³ Srov. tamtéž, s. 170.

Pravděpodobně dnes nejrozšířenější metodou diagnostikování kvality života je metoda SEIQoL neboli Systém individuálního hodnocení kvality života (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life).⁵⁴ Jedná se o způsob zjišťování kvality života, který neklade předem žádná kritéria, jež by stanovila, co je např. správné, dobré či žádoucí, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co považuje za důležité on sám. Křivohlavý uvádí základní myšlenkové linie této metody, které říkají, že pojetí kvality života je individuální a vychází z toho, jak je definována dotazovanou osobou a jak je jí samou hodnocena (základními daty, s nimiž se pracuje jsou výpovědi člověka) a že pojetí kvality života dané osoby závisejí na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality jejího života plně respektován.⁵⁵ Dále říkají také to, že aspekty života, jež jsou pro člověka v určité situaci a chvíli podstatné, jsou jím určovány, zvažovány a hodnoceny jako závažné (aspekty se mohou v průběhu života měnit), že ty aspekty života dané osoby, které jsou pro ni kriticky závažné, se tato metoda snaží poznat v rozhovoru s ní a že relativní důležitost každého aspektu kvality života člověka v určité situaci se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení.⁵⁶

Dalo by se říci, že měření kvality života metodou SEIQoL má širší záběr než ony klasické metody externího posuzování zdravotního stavu pacienta jiným člověkem, ve kterých se, na rozdíl od subjektivního posouzení, nebere v úvahu jeho celkový stav tak, jak je jím samým viděn a hodnocen. Z tohoto důvodu se tedy mohou subjektivní údaje o kvalitě pacientova života odchylovat od těch objektivních, které popisují pouze pacientův zdravotní stav, bez ohledu na ten psychický. Naopak při subjektivním zjišťování se berou v potaz také údaje o pacientově psychice či míře jeho spokojenosti s tím, jak se mu daří realizovat záměry, které si předsevzal. V tomto měření jde tedy o dimenze kvality pacientova života, jež jsou pro něj mimořádně cenné. Tato zjištění jsou podstatně obsáhlejší než pouhé údaje o zdravotním stavu člověka. Kvalita života zde hraje svou roli při jeho rozhodování, např. při vyjádření souhlasu či nesouhlasu s určitými formami terapie, při jeho osobním hodnocení změny zdravotního, případně celkového stavu a efektivity terapie.⁵⁷

Třetí skupinu metod, kterými se kvalita života měří, tvoří metody smíšené, jež vznikají kombinací přístupu měřící kvalitu života z pohledu druhé osoby a přístupu,

⁵⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 172.

⁵⁵ Srov. tamtéž, s. 172.

⁵⁶ Srov. tamtéž, s. 172.

⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 176.

kde hodnotitelem je sama daná osoba. Příkladem metody, která propojuje oba zmíněné přístupy, je MANSA neboli Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru (Manchester Short Assessment of Quality of Life).⁵⁸ Tato metoda má variaci zvanou LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile), v níž se jedná o měření kvality života tím způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem stanovených dimenzí života.⁵⁹ V rámci metody MANSA jde o zjišťování spokojenosti s vlastním zdravotním stavem, se sebepojetím (self-concept), sociálními vztahy, s rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím (vírou), účastí na aktivitách volného času a se zaměstnáním či školou.⁶⁰ Cílem této metody je vystižení celkového obrazu kvality života člověka tak, jak se mu v dané chvíli jeví, přičemž na základě tohoto obrazu je pak možné zaměřit jemu určenou efektivní pomoc v péči o něj.⁶¹

Charakteristickým rysem metody MANSA, kterým se měří každá z výše uvedených jedenácti dimenzí života člověka, je tzv. LSS – škála či stupnice spokojenosti (Life Satisfaction Scale).⁶² Jedná se o vizuální stupnici, která má sedm stupňů, jež jsou umístěny na vodorovné ose od minima (nemůže to být už horší) až po maximum (nemůže to být už lepší). Na obou stranách od středového bodu, kdy je člověk stejně uspokojen jako neuspokojen, jsou ještě další dva stupně, a to z větší části spokojen či nespokojen a spokojen, případně nespokojen. Variací této metodiky je tzv. Cantrill's Ladder neboli Cantrillův žebřík, který je skutečně obrazem určitého žebříku s dvanácti příčkami a úkolem člověka, hodnotícího svůj celkový stav, je udělat ležatý křížek na tomto obrázku.⁶³

Metodika MANSA a jí obdobné způsoby měření širšího rozsahu kvality života jsou určeny k diagnostice podstatných charakteristik života lidí (nejen pacientů). Těchto metod se využívá např. jako podkladu k řízení zdravotní a sociální politiky v určitém regionu, populaci, atd.⁶⁴

Kvalitu života lze tedy posuzovat ze dvou základních hledisek, z hlediska objektivního, kde ji hodnotí druhá osoba a hlediska subjektivního, kde hodnotitelem je

⁵⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 176.

⁵⁹ Srov. tamtéž, s. 176.

⁶⁰ Srov. tamtéž, s. 176.

⁶¹ Srov. tamtéž, s. 176.

⁶² Srov. tamtéž, s. 176.

⁶³ Srov. tamtéž, s. 177.

⁶⁴ Srov. tamtéž, s. 177.

osoba sama. Objektivní hledisko obvykle zahrnuje ekonomické, zdravotní a environmentální aspekty, dále také sociální status a sociální podmínky života. Význam posuzování z objektivního hlediska, např. pro poskytovatele sociální služby, spočívá ve shromažďování podkladů potřebných pro zajištění úrovně poskytované pomoci, stanovení sociální a psychické podpory či potřebné péče. Dále také v hodnocení úrovně a kvality vztahů, sledování průběhu nemoci, apod.

Naopak posuzování ze subjektivního hlediska spočívá v zajištění zdrojů krytí individuálních potřeb, bilanci vlastního života nebo v sebereflexi jedince. Kromě toho zahrnuje subjektivní hledisko také hodnocení vzhledem k osobním cílům, zájmům a očekáváním člověka. Na základě těchto dvou hledisek je tedy možné, pro zkoumání kvality života, rozlišit metody subjektivní, kdy jedinec vyhodnocuje sám vlastní kvalitu života a metody objektivní, kdy hodnotitelem je jiná osoba, např. poskytovatel sociální služby. Pro hodnocení kvality života jsou, jak jsem psal výše, obě tyto metody také kombinovány. Velký význam je také připisován kvalitě života člověka v období stáří, a proto se budu této oblasti věnovat dále v následující podkapitole.

1.4 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

Empirické studie ukazují, že o tom, zda bude člověk bojovat za kvalitní život ve stáří, se rozhoduje daleko dříve, než se u něj objeví první známky stárnutí, což znamená, že se zde nejedná o vnější, ale naopak o hlubší vnitřní jev, tedy o „pravdivost života“.⁶⁵ V podstatě jde o to, aby se lidé, kteří jsou např. sezdaní, podle toho také chovali, a ne tak, jakoby byli svobodní, aby se mladí nesnažili budit dojem, že jsou starší, a naopak, atd. Jedná se tedy o to, že jestliže bude člověk v mládí pravdivý sám k sobě, nebude předstírat sobě ani ostatním to, co není a nezastírat to, co je, bude podle Křivohlavého jeho život ve stáří kvalitnější ve smyslu toho, že se naučí dívat sám na sebe reálně.⁶⁶

Člověk, který se v průběhu svého života dovede na sebe dívat pravdivě, nebude již ve vyšším věku zastírat onu reálnou skutečnost svého stárnutí, a bude tak akceptovat

⁶⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 150.

⁶⁶ Srov. tamtéž, s. 150.

stárnutí podobně, jako přijímal celou řadu jiných fakt ve svém životě.⁶⁷ Z tohoto vyplývá, že pokud se bude člověk na své stáří připravovat již během svého předcházejícího života, bude jeho život vykazovat vyšší kvalitu, na rozdíl od toho, který bude své blízkí se stáří ignorovat. Je pochopitelné, že akceptace stárnutí není pro nikoho lehká a každému se hned, při první konfrontaci se stářím, nepodaří tento neodvratitelný fakt přijmout, je ale prokázáno, že lidem, kteří byli k sobě v průběhu života pravdiví, se to daří lépe.⁶⁸

Podle Křivohlavého zahrnuje pomoc stárnoucím lidem přemoci strach ze stárnutí pět bodů. Tím prvním je nepřikazovat nutnost akceptace, tzn. neříkat nikomu, že fakt stárnutí musí prostě přijmout, i když je to právě tento fakt, jež rozhoduje, zda bude či nebude život tohoto člověka šťastný a dobrý (kvalitní). Druhým bodem je nebagatelizovat, tj. nikdy nesnižovat to, co člověk o svých problémech říká, např. frázemi „to nic není“ nebo „to není zas tak strašné“, apod. Dalším bodem je pochopení, což znamená projevit člověku sympatii a pochopit jeho těžkosti v celé jejich šíři, porozumět, jak mu asi je a nikdy nepochybovat o tom, co říká. Čtvrtým bodem je naslouchat a soucítit tam, kde člověk stojí tváří v tvář stárnoucímu člověku, který má problém přijmout nezměnitelnou realitu stárnutí (jedná se o skutečné, pravé a upřímné empatické naslouchání, a to nejen ušima, ale i „srdcem“). Pátým a tedy posledním bodem je nediskriminovat starší lidi, např. v zaměstnání nedávat přednost pouze mladším a perspektivnějším, ale snažit se zaměstnávat i lidi starší tak, jak je tomu např. při zaměstnávání lidí se změněnou pracovní schopností.

„Starý člověk má nepochybně právo na odpočinek, ale oddá-li se nečinnosti, odsuzuje se k tělesnému i duševnímu chátrání. Stáří není samo o sobě příčinou adaptačních nesnází, nýbrž pouze predisponující podmínkou. Čím vyšší je úroveň činnosti ve středním věku, tím různorodější aktivity potřebuje takový jedinec ve stáří.“⁶⁹

O starších lidech je možno hovořit jako o lidech v tzv. třetím věku; prvním je věk dítěte a druhým věk dospělého člověka. Lidé ve „třetím“ věku jsou lidé, kteří se v určitém směru „odlišují“ od člověka v dospělém věku, protože, narozdíl od něj, oni procházejí určitými změnami souvisejícími se stářím a stárnutím. Stárnutí je proces,

⁶⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 150.

⁶⁸ Srov. tamtéž, s. 150.

⁶⁹ ŠVANCARA, J. In KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 152.

který je včleněn do celkového životního děje člověka, není tedy něčím, co přichází nečekaně a naráz, právě naopak je to plynulý přechod v rámci celého života.⁷⁰

Na stárnutí je možné dívat se z různých hledisek. Otázce stárnoucí populace se věnuje demografie, problematice stárnoucích buněk a organismů gerontologie, činnosti jednotlivých psychických funkcí zkoumá psychologie, místem stárnoucích lidí ve společnosti se zabývá sociologie, ekonomickou úroveň seniorů sleduje ekonomie, atd. Stanovení určitých hranic, od kterých se člověk považuje za stárnoucího, je předmětem práce mnoha autorů. Někdo má ve svém členění vývojových etap člověka pro období stáří pouze jedinou fázi, např. Švancara, jiný jich má více. Levinson člení vyšší věk na fázi pozdní dospělosti (60 – 85 let) a vysoký věk (od 80 let výše), přičemž mezi jednotlivými etapami mluví o tzv. přechodných fázích, jež mají podle jeho názoru trvat zhruba asi pět let.⁷¹ Bromley má fázi vyššího věku rozčleněnou na předdůchodový věk (56 – 65 let), věk uvolňování aktivit (65 – 70 let), stáří (70 – 75 let) a věk senility (75 a výše).⁷² Předěly v uvedených věkových kategoriích nejsou jasné a na rok přesné, jedná se spíše pouze o orientační přehled. Český profesor psychologie Václav Příhoda člení vyšší věk na senesci neboli stáří (60 – 75 let) a senectus, tedy kmetství (75 – 90 let).⁷³ Světová zdravotnická organizace definuje věk 60 – 74 jako ranné stáří, neboli vyšší věk, za počátek vlastního stáří pokládá 75. rok života, interval 75 – 89 let nazývá obdobím senescence a období nad 90 let považuje za dlouhověkost.⁷⁴

S těmito fázemi souvisí otázka spojená s tím, kdy vlastně člověk začíná stárnout. Odpovědí na ni je velké množství a dokonce jsou tací, kteří nabízí, dalo by se říci, až extrémní odpověď, když poukazují na to, že člověk stárne od chvíle, kdy se objeví na světě jako živý jedinec, tj. od momentu jeho narození.⁷⁵ Obecně se dá říci, že z hlediska vývojové psychologie stárne člověk již v dřívějších stádiích, přičemž je zapotřebí vzít v úvahu fakt, že stárnutí nastupuje u různých lidí v nestejném věku a u každého probíhá odlišně.

Senioři představují specifickou skupinu obyvatel, protože v důsledku stárnutí u nich dochází ke změně ve struktuře funkcí organismu. Stáří je spojeno se zvýšenou zranitelností, poklesem schopností a výkonnosti, zhoršuje se smyslové vnímání

⁷⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 136.

⁷¹ Srov. tamtéž, s. 137.

⁷² Srov. tamtéž, s. 137.

⁷³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, s. 22.

⁷⁴ Srov. tamtéž, s. 22

⁷⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 137.

a paměť, klesá úroveň inteligence, atd. V oblasti mezilidských vztahů dochází ke změnám jen nepatrně a spíše roste význam rodiny.

„Žít znamená stárnout. Všichni stárneme. Stáří je pro mnoho lidí těžké, avšak pro některé lidi je mimořádně těžké. Je naším úkolem hledat, čím to je, že přijmout fakt stárnutí je pro tolik lidí těžkým úkolem.“⁷⁶

Život starého člověka ovlivňuje celá řada faktorů a mezi ty, jež pokládám za důležité, a kterými se budu dále zabývat podrobněji, patří změny v anatomii a fyziologii, psychických funkcích, intelektové a myšlenkové oblasti, životní orientaci, emocionální oblasti a změny v oblasti kreativity.

Kromě výše jmenovaných změn v životě staršího člověka nelze opomenout také další faktory mezi které patří např. materiální a technické zabezpečení, faktory sociální (např. sociální zapojení), celospolečenské (např. demografický vývoj a ekonomické důsledky), zákonodárná moc (např. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), rodina a mezilidské vztahy, individuální potřeby, aktivizace či odpočinek, dále také prostředí, soběstačnost, vnitřní harmonie, seberealizace v duchovním životě, morální hodnoty, atd.

V procesu stárnutí probíhají u člověka některé anatomické a fyziologické změny relativně pozvolna, jiné naopak výrazně rychle. Mezi ty nejvýraznější patří: sexuální aktivita mužů, rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty, vitální a srdeční kapacita, svalová síla, váha mozku a rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny.⁷⁷ Biologicky se stárnutí projevuje např. ve změnách v pohybovém aparátu a kardiovaskulárním systému, v dýchání a regulaci tělesné teploty, změnách v zaživacím systému a činnosti štítné žlázy, rovněž se mění kostra, chrup a vůbec celkový vzhled člověka. V obličeji se začínají prohlubovat s věkem přibývajících vrásky, které se nejprve objevují v oblasti očí, zvláště u kořenu nosu a na čele. Člověku, který si zakládá na svém vzhledu, mohou tyto viditelné změny spojené s nastupujícím stářím vadit a v důsledku toho se u něj mohou objevit nejrůznější tendence, např. začít nový život uzavřením sňatku, apod. Změna vzhledu ovlivňuje také to, jak člověk začne v jejím důsledku vnímat sám sebe, jak se proto cítí a zda jej jako starého začnou vnímat i ostatní. Toto všechno je do značné míry ovlivněno také společnostmi, v níž žije.

Mimo tyto anatomické a fyziologické změny, jež provázejí stárnutí, se u člověka objevují změny v dílčích psychických funkcích. Jde např. o změny v oblasti vidění, kde

⁷⁶ TOURNIER, P. In KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 146.

⁷⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 139.

dochází ke ztrátě zrakové ostrosti či změnám ve vnímání barev. K dalším změnám patří rovněž snižování citlivosti k vyšším frekvencím akustického spektra objevující se nejčastěji po 75. roce věku a stále častěji se vyskytuje nedoslýchavost.⁷⁸ S přibývajícím věkem přicházejí také změny ve vnímání chuťových podnětů, vůní a pachů. Vliv stárnutí se pochopitelně projevuje i v oblasti řeči, kdy na jedné straně zůstává řeč věkem relativně nedotčena (týká se obsahové stránky řeči) a na straně druhé se prodlužuje tzv. latence odpovědi, neboli doba, která uplyne od chvíle, kdy dozní otázka, až po začátek odpovědi.⁷⁹ Také spánek vykazuje u starších lidí řadu změn a snad nejvýraznější z nich je častější probouzení se v jeho průběhu a tzv. noční bdění a s ním spojené obtíže se zaspáváním.

Se stárnutím jsou spojeny také změny, k nimž dochází v oblasti inteligence; nejjednodušším způsobem, jak je zjistit, je pomocí klasických inteligenčních testů. Hlubším rozborem výsledků těchto testů se ukázalo, že se jedná o oblast podstatně složitější; velkou pomocí přitom bylo rozlišení na tzv. inteligenci fluidní a krystalickou.⁸⁰ Jde o to, že fluidní inteligencí se rozumí schopnost poměrně rychle se učit, rychle řešit dané úkoly či řešit úkoly související s běžnými každodenními činnostmi. Co se týče inteligence krystalické, ta zahrnuje schopnost řešit úkoly, ke kterým je zapotřebí značných znalostí a dovedností, obvykle se jedná o úkoly, jež mají verbální (slovní) povahu. Jedním z nejčastěji uváděných příznaků psychiky stárnoucích lidí je snížení paměti pro nové podněty. Ukazuje se, že nejvýraznější snížení výkonu paměti je v případě, kdy se starší člověk má naučit nějaké jméno, jež si pouze přečte, naopak výkon je lepší tehdy, když toto jméno slyší, a vůbec nejlepší je za předpokladu, že on sám jméno, které si má zapamatovat, vyslovuje nahlas.⁸¹

V souvislosti se změnami v životní orientaci je dobré zmínit, že jednou z charakteristik zralé osobnosti je, podle Křivohlavého, nejen vyrovnání se s minulostí a životem v přítomnosti, ale také realistický výhled do budoucnosti. U mnoha stárnoucích lidí je tzv. kognitivní budoucnost relativně poddimenzována, což znamená, že jsou na své stáří poměrně nepřipraveni, a to k nim přichází nečekaně.⁸² Tito lidé se sice do své budoucnosti dívají, přitom ale jen málo počítají se změnami, k nimž je nutné i u nich v průběhu stáří přihlížet. Jelikož si vzhledem ke svému věku nevytvořili

⁷⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 140.

⁷⁹ Srov. tamtéž, s. 141.

⁸⁰ Srov. tamtéž, s. 142.

⁸¹ Srov. tamtéž, s. 142.

⁸² Srov. tamtéž, s. 143.

vlastní perspektivu, jsou pak náhle nejistí, bezradní a překvapeni z toho, co se v jejich životě děje.

Období stáří je spojeno také se změnami v emocionální aktivitě, která je v době dospívání a dospělosti dosti živá, avšak v procesu stárnutí ztrácí na své intenzitě. Starší člověk prožívá mnohé životní situace poměrně méně bezprostředně, tak, jako by se ho to ani netýkalo. To je také důvod, proč je jeho chování často nepochopitelné např. pro mladší generaci, která se občas pozastavuje nad tím, z jaké příčiny stárnoucího člověka to či ono moc nenadchne nebo se ho to nedotkne tak, jak by si představovali mladší.⁸³

Také změny v tvořivé činnosti starších lidí jsou častým předmětem studia psychologů, kde se ukazuje že fyzické (např. sportovní) výkony mají své maximum v období rané dospělosti, kulturní ve střední dospělosti, avšak výkony v umělecké, filosofické a duchovní sféře dosahují svého vrcholu v době stáří.⁸⁴

Všechny změny, které stáří obvykle provázejí mohou určitým způsobem narušit schopnost seniorů zůstat a zestárnout v důvěrně známém prostředí bytu, domu či sousedství. Právě prostor a věci v něm hrají, podle Sýkorové, podstatnou roli v procesu adaptace člověka na stáří. V souvislosti s tendencemi starších lidí trávit čas tam, kde se cítí bezpečně, je prostor chápán jako místo odpočinku, ve kterém mají vše po ruce a odkud mohou sledovat veškeré dění a ovlivnit tak sociální interakci.⁸⁵ Potřeba seniorů setrvat ve svém důvěrně známém prostředí je považována za adaptivní rys stárnutí, protože čím déle v místě žijí, tím silněji se zde cítí být zakořenění.

Pocit sounáležitosti lidí k určité lokalitě je spojen především vazbou k domovu, který vyjadřuje a přesahuje osobnost člověka a jež je spojen s hodnotami individuálního bezpečí, soukromí, nezávislosti a pro seniory je rovněž místem životního bilancování.⁸⁶ Domov lze definovat také prostřednictvím věcí, které se v něm nacházejí. Tyto věci plní nejen užitkovou a socializační funkci (usnadňují život a mění životní styl), ale nesou rovněž symbolický význam (odkazují na specifické vlastnosti osobnosti člověka, jeho sociální status či sociální integraci).⁸⁷ Prostor a věci se tedy jeví být podstatnými elementy ve stáří a senioři je zasazují do tří hlavních rámců. Jedná se o oblast fyzické

⁸³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 144.

⁸⁴ Srov. tamtéž, s. 145.

⁸⁵ Srov. SÝKOROVÁ, D., Prostor a věci v kontextu stáří. *Sociologický časopis*, roč. 44, č. 2/2008, s. 401-421.

⁸⁶ Srov. tamtéž, s. 401-421.

⁸⁷ Srov. tamtéž, s. 401-421.

soběstačnosti (tedy osobní autonomie a bezpečí), oblast integrace do neformálních sociálních sítí a o oblast domova jako subjektivního těžiště sousedství.⁸⁸

Kvalita života stárnoucího člověka se sníženou soběstačností je rovněž ovlivněna tím, jakým způsobem je o něj pečováno. V moderním přístupu ke stárnutí a k péči o seniory se lze setkat s tzv. dynamickou teorií stárnutí, která nahlíží na člověka jako na komplexní dynamický proces, jež má do určité míry schopnost regenerace, při němž se funkce lidského těla a mysli činností posilují a rozvíjejí a naopak nečinností se ztrácejí.⁸⁹ Podle Rheinwaldové není samotné stáří pouze přítomnost nemocí, které mají mnoho různých fyziologických, fyzických a psychologických příčin, ale důležitou roli zde hraje rovněž osobnost člověka, jeho životní styl, prostředí, v němž žije a také strava a návyky. V oblasti péče o osoby, jež nejsou z důvodu vysokého věku schopny postarat se o sebe sami, zdůrazňuje Rheinwaldová potřebu pečovat také o všechny výše zmíněné faktory. Je důležité stejnou měrou uspokojit fyzické, mentální a duchovní potřeby a každému poskytovat individuální péči tak, kde vedle potřeb základních, budou uspokojovány rovněž požadavky společenské a rekreační.⁹⁰ Více péče zahrnující nejrůznější typy zdravotních či sociálních služeb vyžadují lidé staršího věku, proto se budu v následující kapitole zabývat službami určenými právě této skupině obyvatel.

⁸⁸ Srov. SÝKOROVÁ, D., Prostor a věci v kontextu stáří. *Sociologický časopis*, roč. 44, č. 2/2008, s. 401-421.

⁸⁹ Srov. RHEINWALDOVÁ, E., *Novodobá péče o seniory*, s. 11.

⁹⁰ Srov. tamtéž, s. 11.

2 PÉČE O STARÉHO ČLOVĚKA

V této kapitole zaměřené na pomoc a péči lidem vyššího věku se věnuji nejen zdravotním, ale také širokému spektru sociálních služeb určených právě této skupině obyvatel. U obou typů těchto služeb uvádím také konkrétní zařízení či služby pro osoby staršího věku, jež se dostanou do situace, ve které potřebují pomoc druhého člověka. Samostatnou podkapitolu věnuji dnes nejznámější a dalo by se říci také nejvyužívanější službě, jejíž okruh uživatelů tvoří zejména senioři se sníženou soběstačností, v České republice, kterou je pečovatelská služba. Po stručné charakteristice tohoto typu jak ambulantní, tak terénní služby, se podrobněji zabývám úkony, které pečovatelská služba svým uživatelům zprostředkovává a rovněž úhradami za služby, jež poskytuje. Poté se zaměřím na ty, kteří tuto službu provozují, tzn. na její provozovatele a kromě nich také na zaměstnance, již pečovatelskou službu přímo vykonávají. V závěru této podkapitoly se rovněž zmíním o domech s pečovatelskou službou, které jsou s tímto typem služby neodmyslitelně spojeny. Kromě domů s pečovatelskou službou je tato služba poskytována také v domácnostech uživatelů služeb, proto se v další části této kapitoly věnuji domácí péči, její historii, formám a jejímu postavení v České republice.

2.1 SLUŽBY PRO SENIORY

S problémy, jež v současné době do ekonomické sféry přináší nová demografická situace, se stále častěji objevují otázky typu, jak se o staré občany postarat co nejlépe, a to jak v oblasti sociální, tak zdravotní, jak zajistit co nejdéle jejich soběstačnost a rovněž jak zohlednit jejich roli ve společnosti. V oblasti péče o seniory převládají mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby. Jejich cílem je podpora zdraví a celkové pohody staršího člověka, posilování autonomie a soběstačnosti, prevence nemocí, zajištění základních životních potřeb a podpora

co nejdějšího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí.⁹¹ Pokud se zhorší seniorův zdravotní stav nebo jeho soběstačnost natolik, že mu již nelze zajistit péči v domácím prostředí, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných organizacemi a institucemi k tomu určenými. Primární odpovědnost za dostupnost služeb podle individuálních potřeb člověka má stát, přičemž jejich koordinace a organizace je zajišťována na místní nebo regionální úrovni.

Zdravotně sociální péče není považována za zvláštní typ péče, nýbrž za oblast péče, která se nachází v průniku resortu zdravotnictví a resortu sociální péče.⁹² Může se tedy jednat o převážně péči sociální s výraznými prvky zdravotní péče nebo naopak či o péči integrovanou, kde lze jednotlivé prvky jen těžko odlišit. V systému komplexní zdravotně sociální péče je vedle akutní zahrnuta také kvalitní následná péče a v případě starších lidí zpravidla i péče dlouhodobá. Komplexní péče je žádoucí u každého pacienta či klienta, především však u seniora, kde vzhledem k jeho specifickým problémům a potřebám je zapotřebí, aby byl systém zdravotně sociální péče jeho potřebám uzpůsoben.

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti seniorů. Jsou určeny nejen lidem staršího věku, ale všem osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují při každodenních úkonech pomoc druhé osoby a tato pomoc jim nemůže být zajištěna v domácím prostředí.⁹³ Tyto služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních.

Nejdůležitější součástí zdravotní péče je, podle materiálů Světové zdravotnické organizace, primární zdravotní péče, jež je založena na integraci služeb, a která je však v kontextu českého zdravotnictví redukována pouze na vybrané poskytovatele (např. praktický lékař pro děti a dorost, dospělý, stomatolog, atd.), proto se u nás užívá spíše termín komunitní péče.⁹⁴ Jarošová dělí zdravotní služby pro seniory takto: geriatrická ambulance, geriatrické oddělení, zařízení následné péče (rehabilitační a doléčovací oddělení), ošetrovatelské oddělení, hospice, geriatrické denní centrum a domácí péče. Každé z uvedených zdravotních služeb se budu věnovat podrobněji v následující podkapitole.

⁹¹ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 44.

⁹² Srov. tamtéž, s. 44.

⁹³ Srov. *Sociálně zdravotní služby* [online], dostupné na: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>, [menu: Sociální služby/Sociální služby – způsoby pomoci].

⁹⁴ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 44.

2.1.1 Zdravotní služby pro seniory

V případě geriatrické ambulance se jedná o ambulanci nemocničního geriatrického oddělení, jejíž cílem je diagnostika, psychosociální hodnocení, komplexní přístup k léčbě patologických forem stáří a stárnutí, diagnostika a léčba specifických syndromů vázaných na věk, vyhodnocení zdravotního stavu, hodnocení funkčního stavu seniorů, atd.⁹⁵ Geriatrická ambulance je zaměřena na koordinaci vzájemné návaznosti léčebné péče mezi akutní a následnou péčí, na spolupráci s orgány státní správy a místní samosprávy při řešení problematiky zajištění péče o starší populaci, apod. Kromě toho vykonává rovněž konziliární, výukovou a poradenskou činnost zahrnující např. poradenství pro pečující rodiny, ošetřovatelské týmy, atd.

Geriatrické oddělení je akutní oddělení nemocničního typu, které je specializované v péči o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti. Jde o stavy, jež bezprostředně ohrožují staršího člověka, ale zároveň nejsou důvodem k hospitalizaci pacienta na jiném nemocničním oddělení či o hraniční stavy na pomezí interny.⁹⁶ Základní metodou práce geriatrického oddělení je rehabilitační přístup multidisciplinárního týmu, přiměřená diagnostika, specifický geriatrický režim a terapie s ohledem na kvalitu života a na stav soběstačnosti seniora.⁹⁷ Cílem geriatrického oddělení je zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti stárnoucího člověka, stanovení jeho diagnózy, návrh dalšího optimálního postupu péče a rovněž snížení potřeby dlouhodobé ústavní péče.

Rehabilitační a doléčovací oddělení jsou určena pro nemocné ve stabilizovaném stavu se stanovenou diagnózou a po odeznění akutní fáze onemocnění také pro pacienty, kteří potřebují časově delší rehabilitační program s reálnou perspektivou propuštění. Metoda práce spočívá v komplexním posouzení pacienta a ve stanovení léčebného a rehabilitačního plánu se zaměřením na zlepšení jeho soběstačnosti, nácvik denních činností, ergoterapii, aktivizaci, logopedii a na komplexní péči o nemocné po cévní mozkové příhodě.⁹⁸ Cílem těchto oddělení je návrat či zlepšení soběstačnosti a schopnosti nezávislého života seniora.

⁹⁵ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 45.

⁹⁶ Srov. tamtéž, s. 45.

⁹⁷ Srov. tamtéž, s. 45.

⁹⁸ Srov. tamtéž, s. 46.

V pořadí další zdravotní službou pro seniory je ošetrovatelské oddělení, jež poskytuje krátkodobou, dlouhodobou či trvalou ošetrovatelskou péči, a to za předpokladu, že u pacienta je stanovena diagnóza a léčebný postup, jehož těžiště se nachází v základním ošetrovatelství. Obsahem této péče je např. zajištění základních potřeb a důstojnosti nemocného včetně výživy, aktivizace pacientů, antidekubitální režim, podávání léků, sledování základních fyziologických funkcí a psychického stavu, dále také spolupráce s rodinou, sociálními službami či domácí péčí, atd.⁹⁹ Metoda práce vychází z geriatrického rehabilitačního ošetrovatelství, specifického geriatrického režimu a z rehabilitační péče. V ošetrovatelské péči je zvýšená pozornost věnována zejména dekubitům, imobilizačnímu syndromu, inkontinenci a demenci, přičemž cílem této péče je udržení či zlepšení stávajícího stupně soběstačnosti a kvality života a rovněž zachování důstojnosti člověka včetně terminální péče.¹⁰⁰

Zvláštní formou ošetrovatelské péče jsou hospice, které existují buď samostatně, nebo jako součást určitých center. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic se snaží naplnit dny nemocného životem a zároveň respektuje smrt jako nedílnou a přirozenou součást lidského života. Hospicová péče zaručuje pacientovi, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že bude vždy respektována jeho lidská důstojnost a že nezůstane osamocen. Filozofie hospice vyžaduje jak hluboce lidský a současně profesionální přístup, tak i týmovou práci všech zúčastněných, a to včetně dobrovolníků a osob doprovázejících pacienta. Blízcí pacienta podle svých možností spolupracují s personálem a v hospicové péči hrají nezastupitelnou roli.

Další zdravotní službou určenou staršímu člověku, za předpokladu, že zdravotní péče o něj trvá déle než je možnost ambulantního ošetření, je geriatrické denní centrum nabízející možnost denních či nočních pobytů, jež se mohou pravidelně opakovat.¹⁰¹ Obsah péče tvoří léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační úkony, dále také psychická aktivizace, ergoterapie či kognitivní trénink.

Posledním typem zdravotních služeb pro seniory podle Jarošové je domácí péče, jejíž hlavní filosofií je náhrada nebo oddálení hospitalizace na lůžkovém oddělení. Předpokladem domácí péče je dostupnost po nejméně 14 hodin denně včetně sobot a nedělí, dostatečná práce s rodinou a sociálními službami a specifické technické

⁹⁹ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 46.

¹⁰⁰ Srov. tamtéž, s. 46.

¹⁰¹ Srov. tamtéž, s. 47.

vybavení zahrnující např. signalizaci, spojení, dopravu, technické pomůcky k ošetřování, apod.¹⁰² Obsahem péče je ošetrovatelská péče prováděná kvalifikovanou osobou v domácím prostředí s cílem zachování nebo zlepšení soběstačnosti seniora, zlepšení či udržení kvality jeho života a zmírnění příznaků jeho onemocnění. Kromě výše uvedených zdravotních služeb, jsou lidem staršího věku poskytovány rovněž služby sociální, kterými se budu zabývat v další podkapitole.

2.1.2 Sociální služby pro seniory

Obecně jsou sociální služby jedním z důležitých nástrojů realizace sociální politiky, jedná se tedy o činnosti, při kterých někdo pro někoho něco činí.¹⁰³ Matoušek dělí sociální služby, podle toho např. kdy, s jakým cílem či jakým způsobem jsou poskytovány, do čtyř hlavních skupin. První skupinu tvoří sociální služby preventivní, terapeutické a rehabilitační nebo intervenční a pečovatelské, druhou služby poskytované v bytě, centru (s denním nebo týdenním provozem) a v domově (celoroční pobytové zařízení). Třetí skupina zahrnuje službu poskytnutím informace (ale i potřebných věcí, např. nejrůznějších pomůcek), dále službu zastupování (při jednání před úřady, apod.) a službu úkonem (dovoz jídla, úklid, atd.). Čtvrtá skupina obsahuje služby poskytující jak péči po určitou dobu (např. o děti v denním centru), tak trvalou péči v celoročním zařízení, apod.

Sociální služby lze dělit také podle charakteru činnosti, a to na služby sociálního poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.¹⁰⁴ Dále podle zřizovatele (státní, obecní a nestátní), délky trvání (krátkodobé a dlouhodobé) a podle toho, v jaké formě jsou poskytovány. Z hlediska formy poskytování se sociální služby dělí na služby pobytové spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb, ambulantní, za kterými uživatel dochází nebo je doprovázen či dopravován do zařízení sociálních služeb a služby terénní, jež jsou člověku poskytovány v jeho přirozeném sociálním prostředí.¹⁰⁵

Prostřednictvím sociálních služeb je uživateli zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc se stravováním, ubytováním, pomoc při zajištění chodu jeho domácnosti,

¹⁰² Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 47.

¹⁰³ Srov. MATOUŠEK, O. a kol., *Základy sociální práce*, s. 178.

¹⁰⁴ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 32.

¹⁰⁵ Srov. tamtéž, § 33, odst. 1, 2, 3, 4.

pomoc s výchovou, dále také možnost poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování jeho práv a zájmů a další. Cílem těchto služeb bývá mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatelů, jejich návrat do vlastního domácího prostředí a obnovení nebo zachování původního životního stylu, dále rozvíjet jejich schopnosti a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život a také snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem jejich života.¹⁰⁶

Sociální péče o seniory zahrnuje především poskytování sociálních dávek a služeb. Tato péče může realizována jak výhradně státními subjekty (poskytování sociálních dávek), tak subjekty státními i nestátními (terénní péče) současně. Jarošová dělí sociální služby pro seniory do tří různých skupin, z nichž každá poskytuje odlišný druh služeb. První skupinu tvoří péče o strašší občany v zařízeních sociálních služeb, druhou pak terénní služby pro seniory a třetí skupinu tvoří komunitní péče.¹⁰⁷

Do první skupiny je možno zařadit zařízení jakými jsou např. domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem. Aby mohli senioři zůstat v komunitě (obci, městě či městské části) na kterou jsou zvyklí, je vhodnější při budování zařízení tohoto typu brát ohled na uspokojování specifických potřeb uživatelů a preferovat spíše ta menší s důrazem na hustější síť těchto zařízení.¹⁰⁸ V souvislosti s tímto poukazuje Jarošová na to, že optimální je otevřít zařízení vnějšímu světu, a to zřizováním jiných služeb, v rámci zařízení sociální péče pro seniory, jakými jsou např. obchod, kadeřnictví, pedikúra, manikúra, masáže, atd. Dále se zmiňuje o podpoře činnosti klubu seniorů nebo obdobných klubových aktivit, které mohou navštěvovat i lidé „zvenčí“, o propojenosti středisek denní a rezidenční péče a také o podpoře dobrovolnické práce a studentských stáží v těchto zařízeních.

Druhá skupina sociálních služeb pro seniory zahrnuje zařízení jakými jsou např. centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře nebo zařízení pečovatelské služby. Jarošová zdůrazňuje, že v oblasti terénních služeb je nezbytné v dostatečné míře zajistit informovanost veřejnosti o všech poskytovatelích sociálních služeb pro seniory a o podmínkách, za nichž jsou tyto služby poskytovány. Cílem terénních služeb je

¹⁰⁶ Srov. *Sociální služby – způsoby pomoci* [online], dostupné na: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>, [menu: Sociální služby/Sociální služby – způsoby pomoci].

¹⁰⁷ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 48.

¹⁰⁸ Srov. tamtéž, s. 48.

kromě uspokojení specifických potřeb starších občanů, také podpora rodin, které o seniora pečující a nabízet jim a poskytovat takové služby, jež jim tuto péči umožní.¹⁰⁹

Komunitní péče o seniory, jako poslední skupina sociálních služeb pro starší občany, zahrnuje podporu chráněného a sociálního bydlení (např. domy s pečovatelskou službou), sociální poradenství pro seniory a jejich rodiny, řízení a sledování kvality a efektivity poskytovaných služeb, atd. Kromě tohoto sem patří rovněž zajištění a podpora dalšího vzdělávání pracovníků v oblasti péče o seniory, jejich supervize, prevence proti syndromu vyhoření, dále také služby domácí péče, osobní asistence, zajištění hygienických služeb, pomoc při každodenních samoobslužných činnostech a další.

Na následujících řádcích budu věnovat pozornost vybraným zařízením a službám určeným lidem staršího věku jako jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, dále také odlehčovací služby, průvodcovské a předčitatelské služby, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, osobní asistence a pečovatelská služba.

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby zahrnující ošetrovatelskou i pečovatelskou službu starším osobám se sníženou soběstačností, jejichž životní situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhého člověka. Mezi základní činnosti těchto zařízení patří: poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí.¹¹⁰

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám se stařeckou, Alzheimerovou nebo jinou demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.¹¹¹ Při poskytování sociálních služeb je režim v těchto zařízeních přizpůsoben specifickým potřebám svých uživatelů a výčet jimi poskytovaných základních činností je stejný jako u domovů pro seniory.

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby seniorům s omezenými fyzickými či psychickými schopnostmi, kteří jsou osamělí a vyžadují denní péči druhé

¹⁰⁹ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 48.

¹¹⁰ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 49, odst. 2.

¹¹¹ Srov. tamtéž, § 50, odst. 1.

osoby. Tato centra slouží rovněž rodinným příslušníkům uživatele, protože se jim postarají o staré rodiče v době, kdy jsou např. v práci a tudíž o ně nemohou pečovat sami. Základními činnostmi poskytovanými těmito zařízeními jsou: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí.¹¹²

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby nejen seniorům, ale i osobám se zdravotním postižením a osobám s chronickým duševním onemocněním, které mají sníženou soběstačnost a jejichž životní situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhého člověka.¹¹³ Uživatelům jsou zajišťovány, s výjimkou pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, stejné činnosti jako v centrech denních služeb. Na rozdíl od denních stacionářů, poskytují stacionáře týdenní stejné skupině uživatelů služby pobytové, jež obsahují stejné činnosti, až na poskytování ubytování, kterým se od těch denních odlišují.

Terénní, ambulantní nebo pobytové odlehčovací služby jsou poskytovány jak seniorům, tak osobám chronicky nemocným či osobám se zdravotním postižením, jež mají sníženou soběstačnost a o které je jinak pečováno v jejich domácím prostředí. Cílem těchto služeb je umožnit pečující osobě či osobám potřebný odpočinek. Tyto služby zahrnují základní činnosti stejné jako zajišťují denní centra, navíc ještě poskytují pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a v případě pobytové služby také ubytování.

Průvodcovské a předčitatelské terénní či ambulantní služby se poskytují lidem vyššího věku nebo osobám se zdravotním postižením, jejichž schopnosti jsou v oblasti orientace a komunikace podstatně sníženy.¹¹⁴ Tyto služby jim napomáhají osobně si vyřídit vlastní záležitosti a mohou být poskytovány také jako součást jiných služeb. Jejich cílem je, kromě již zmíněné pomoci při obstarávání osobních záležitostí, také zprostředkování kontaktu uživatele se společenským prostředím a pomoc při uplatňování jeho práv a oprávněných zájmů.

Sociálně aktivizační ambulantní, popř. terénní služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou poskytovány lidem v důchodovém věku nebo občanům

¹¹² Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 45, odst. 2.

¹¹³ Srov. tamtéž, § 46, odst. 1.

¹¹⁴ Srov. tamtéž, § 42, odst. 1.

se zdravotním postižením, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením. Mezi základní činnosti, jež tyto služby obsahují patří zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí.¹¹⁵

Osobní asistence je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, které potřebují pro zajištění nezávislého života ve vlastní domácnosti pomoc ve většině, případně ve všech životních úkonech. Účelem této služby poskytované bez časového omezení je umožnit uživateli žít co nejdéle v jeho domácím prostředí, oddálit jeho péči v celoročních pobytových zařízeních, umožnit mu návrat z těchto zařízení do běžného života, zprostředkovat mu sociální komunikaci, případně jej zapojit do pracovního procesu. Osobní asistence obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy a chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí.¹¹⁶

2.2 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

Další službou určenou především seniorům, jež má v naší zemi relativně dlouhodobou tradici, je pečovatelská služba. Její kořeny sahají až k přelomu 20. – 30. let 20. století, kdy členky tehdejšího Československého červeného kříže poskytovaly potřebnou pomoc starým lidem. Pomáhaly jim s vedením domácnosti, obstaráváním a přípravou jídla, zaopatřováním šatstva a nejnutnějšího vybavení, atd. V průběhu let se zvýšil kvantitativní rozsah poskytované pomoci a pečovatelská služba se tak stala jednou z nejrozšířenějších a nejvyhledávanějších služeb sociální péče vůbec.

Pečovatelská služba je ve své terénní či ambulantní formě službou poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé

¹¹⁵ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 66, odst. 2.

¹¹⁶ Srov. tamtéž, § 39, odst. 2.

osoby.¹¹⁷ Tato služba se poskytuje jak v domácnostech uživatelů pečovatelské služby v terénu, tak v samostatných bytech v domech s pečovatelskou službou. Mezi základní činnosti, jež pečovatelská služba nabízí patří pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenských prostředím.¹¹⁸ Uživatel pečovatelské služby má rovněž možnost požádat o poskytování fakultativní (volitelné) služby jako je např. dohled nad dospělou osobou a v případě, že poskytovateli nebrání provozní důvody, je možno dojednat i další úkony.

Pečovatelská služba je tedy určena osobám, jejichž schopnosti jsou zejména v oblasti osobní péče a péče o domácnost sníženy. Podstatou této služby je pomoci těmto lidem zvládnout předem dohodnuté běžné každodenní úkony, které by jinak zvládali sami, kdyby jim v tom nebránil vysoký věk či zdravotní postižení. Cílem pečovatelské služby je tedy umožnit člověku setrvat co nejdéle v domácím a zachovat tak jeho vlastní životní styl, podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, napomáhat k zachování plnohodnotného a kvalitního způsobu života osob, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního stavu nebo jiné nepříznivé životní situace a odborným, ohleduplným a vstřícným personálem poskytovat kvalitní sociální službu, individuálně přizpůsobenou potřebám a požadavkům uživatelů.¹¹⁹

2.2.1 Úkony a úhrady za poskytování pečovatelské služby

Rozsah úkonů výše uvedených základních činností pečovatelské služby konkretizuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách následovně. Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu zahrnuje pomoc a podporu při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při prostorové orientaci a při

¹¹⁷ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 40, odst. 1.

¹¹⁸ Srov. tamtéž, § 40, odst. 2.

¹¹⁹ Srov. *Pečovatelská služba – domy s pečovatelskou službou* [online], dostupné na: <<http://www.ssmc.cz/index2.php?soubor=.%2Fsluzba.php>>, [menu: Pečovatelská služba a domy s peč. službou].

samostatném pohybu ve vnitřním prostoru a pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík.¹²⁰ Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu obsahuje pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty a pomoc při použití WC.¹²¹ Poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění zahrnuje zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, dovoz nebo donášku jídla, pomoc při přípravě jídla a pití a přípravu a podání jídla a pití.¹²² Pomoc při zajištění chodu domácnosti obsahuje běžný úklid a údržbu domácnosti, údržbu domácích spotřebičů, pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti (např. sezónního úklidu nebo úklidu po malování), donášku vody, topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva a údržbu topných zařízení, běžné nákupy a pochůzky, velký nákup (např. týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti) a praní a žehlení ložního a osobního prádla, popř. jeho drobné opravy.¹²³ Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím zahrnuje doprovázení dětí do školy, školského zařízení a k lékaři a doprovázení zpět, doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.¹²⁴

Poskytování úkonů pečovatelské služby je spojeno s platbou úhrady, jejíž maximální výše činí 85 Kč za hodinu podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. Za úkony, které zahrnuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, se výše úhrady poměrně krátí, pokud poskytování těchto úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu.¹²⁵ To samé platí i u úkonů týkající se pomoci při přípravě jídla a pití, přípravy a podání jídla a pití, dále u úkonů zahrnující běžný úklid a údržbu domácnosti, údržbu domácích spotřebičů, pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti (např. sezónního úklidu nebo úklidu po malování), donášku vody, topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva a údržbu topných zařízení a běžné nákupy a pochůzky.¹²⁶ Maximální výše úhrady za zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování činí 140 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně tří hlavních jídel a 70 Kč za oběd, včetně

¹²⁰ Srov. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, § 6, odst. 1a).

¹²¹ Srov. tamtéž, § 6, odst. 1b).

¹²² Srov. tamtéž, § 6, odst. 1c).

¹²³ Srov. tamtéž, § 6, odst. 1d).

¹²⁴ Srov. tamtéž, § 6, odst. 1e).

¹²⁵ Srov. tamtéž, § 6, odst. 2a).

¹²⁶ Srov. tamtéž, § 6, odst. 2a).

provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.¹²⁷ Dále maximálně 20 Kč za dovoz nebo donášku jídla, 100 Kč za velký nákup (např. týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti) a 50 Kč za kilogram prádla za úkony zahrnující praní a žehlení ložního a osobního prádla, popř. jeho drobné opravy.¹²⁸

Pečovatelská služba se bez úhrady poskytuje rodinám, v nichž se narodily současně 3 nebo více dětí, a to do 4 let jejich věku, účastníkům odboje, osobám, které se účastní soudní rehabilitace, osobám, u nichž bylo odsuzující soudní rozhodnutí pro trestné činy zrušeno přede dnem jeho účinnosti a osobám, jež se účastnily soudní rehabilitace, jestliže neoprávněný výkon vazby či trestu odnětí svobody činil celkem alespoň 12 měsíců.¹²⁹ Bez úhrady je pečovatelská služba poskytována rovněž osobám, které byly zařazeny v tábore nucených prací nebo v pracovním útvaru, jestliže rozhodnutí o jejich zařazení bylo zrušeno podle zákona o mimosoudních rehabilitacích, dále osobám, jež pobývaly ve vojenském táboře nucených prací, jestliže rozkaz o jejich zařazení do tohoto tábora byl zrušen na základě výše zmiňovaného zákona, anebo osobám, které byly v centralizačním klášteře s režimem obdobným táborům nucených prací, v případě, že celková doba pobytu v těchto zařízeních činila 12 měsíců.¹³⁰ Kromě již zmíněného okruhu osob, se pečovatelská služba bez úhrady poskytuje rovněž pozůstalým manželům či manželkám starších 70 let po osobách, jež pobývaly ve výše uvedených zařízeních.¹³¹

2.2.2 Provozovatelé a pracovníci pečovatelské služby

V současné době mohou být provozovatelem pečovatelské služby jak subjekty státní, tak nestátní, přičemž jejím velmi častým zřizovatelem bývá obec. Kromě ní mají při zabezpečování pečovatelské služby nezastupitelnou úlohu rovněž orgány a organizace nestátního charakteru, které již několik let vyvíjejí v oblasti poskytování sociálních služeb své aktivity. Lidem staršího věku poskytují ošetřovatelskou i duchovní péči rovněž charitativní organizace, mezi něž patří např. i Český červený kříž,

¹²⁷ Srov. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, § 6, odst. 2b).

¹²⁸ Srov. tamtéž, § 6, odst. 2c,d,e).

¹²⁹ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 75, odst. 2a),b),c).

¹³⁰ Srov. tamtéž, § 75, odst. 2d).

¹³¹ Srov. tamtéž, § 75, odst. 2e).

jehož dobrovolné pečovatelky poskytují seniorům potřebnou péči v duchu tradice. Rozdíl v poskytování pečovatelské služby zřízené obcí a pečovatelské služby, jejíž zřizovatelem je jiný subjekt spočívá v tom, že pečovatelská služba zřízená jiným subjektem může poskytovat kromě pečovatelských služeb také službu ošetrovatelskou.

Chod pečovatelské služby je zajišťován vedoucím pracovníkem/pracovnicí pečovatelské služby a pracovníky v sociálních službách, mezi než patří klasické pečovatelky a pečovatelky/pečovatelé na rozvážce stravy. Náplň práce vedoucího pracovníka lze rozdělit do tří hlavních oblastí, přičemž ta první se týká managementu a koordinace výkonu pečovatelské služby. V této oblasti se od vedoucího pracovníka očekává celkový management organizace, včetně administrativního a technického zajištění. Jeho pracovní náplň zahrnuje rozdělování práce a rozložení uživatelů pečovatelské služby mezi pečovatelky (organizace práce klasických i rozvážkových pečovatelek, zajištění záskoků v době dovolených, nemocí, atd.), kontrola práce pečovatelek, koordinace a kontakty s jinými organizacemi a subjekty, apod. Druhá oblast týkající se práce s uživateli služeb zahrnuje sociální šetření, zajišťování zpětné vazby (mapování postojů, názorů či připomínek uživatelů) a také např. vyřizování stížností uživatelů pečovatelské služby. Třetí a poslední oblast pracovní náplně vedoucího pracovníka obsahuje veškeré administrativní úkony spojené s poskytováním pečovatelské služby.

Povinností klasických pečovatelek je zajistit péči okruhu jim přiděleným uživatelům služeb, kterým je potřeba poskytnout sjednané úkony, a to ve stanoveném množství a v předem dohodnutém čase. Mezi úkony, jež musí pečovatelka zajistit patří převážně drobné nákupy a pochůzky, běžný úklid domácnosti, chystání léků, umývání a utírání nádobí a praní žehlení drobného prádla. Svou práci si každá pečovatelka předem plánuje s ohledem na množství a charakter předpokládaných úkonů. Kromě toho musí řešit i nastalé mimořádné situace spojené se záskokem za nepřítomnou kolegyni, s nečekanými problémy uživatele, apod.

Náplň práce pečovatelek/pečovatelů na rozvážce je jasně stanovena a je vymezena výčtem více či méně rutinních činností. Hlavním cílem těchto pracovníků je rozvoz obědů ze stravovacích zařízení do domácností uživatelů pečovatelské služby, přičemž každý z pracovníků odpovídá za zajištění dodávek na své trase. Mimo tuto činnost provádí rozvážkový pracovník ve stanovené dny u uživatele rovněž vyúčtování za obědy a zpracování s tím spojené administrativy.

2.2.3 Domy s pečovatelskou službou

Pečovatelská služba je zajišťována také v domech s pečovatelskou službou, které však nepatří mezi zařízení sociální péče, v nichž pobývají senioři na základě správního rozhodnutí o přijetí do zařízení.¹³² Byty jsou zde uživateli pečovatelské služby pronajímány na základě nájemní smlouvy podle obecných předpisů o nájmu bytu. V případě, že nájemce bytu v domě s pečovatelskou službou zemře, nepřechází nájem bytu na jeho manžela či manželku, případně další osoby, např. děti, vnuky nebo rodiče. Tímto postupem je zachováno účelové určení bytu pro dalšího příjemce pečovatelské služby.

Domy s pečovatelskou službou zakládají zejména obce a jejich zřizováním se racionalizuje poskytování pečovatelské služby soustředěním příjemců této služby do jednoho místa a současně se tak řeší často nevyhovující bydlení některých seniorů.¹³³ Jedná se tedy o tzv. polorezidenční péči v domě se zvýhodněnými podmínkami bydlení, spojenou s užíváním pečovatelských služeb, jako je např. pomoc při hygieně, se stravou, úklidem a udržováním pokojů, s nákupy, praním, žehlením, atd. Podmínka využívání této formy péče je v tom, že uživatel služby musí být soběstačný a bez potřeby celodenní ošetrovatelské péče. V těchto domech jsou často zřizována také zařízení sociální péče pro seniory, kterými jsou např. střediska osobní hygieny, prádelny pečovatelské služby či kluby důchodců.

Význam domů s pečovatelskou službou pro současný systém sociální péče o starší občany spočívá zejména ve způsobu bydlení, které jim umožňuje bydlet v domácím prostředí, čímž nenarušuje jejich vztahy k rodině a přátelům. Při poskytování pečovatelské služby jim také umožňuje setrvat co nejdéle v prostředí domácího charakteru, a to vše v závislosti na rozsahu poskytovaných služeb. Výhodou koncentrace příjemců pečovatelské služby v těchto domech je rovněž přítomnost pečovatelek po celou pracovní dobu jak v pracovních dnech, tak během dnů pracovního klidu.

Tyto domy jsou tedy zvláštní formou péče o relativně zdravé občany vyšších věkových skupin (jednotlivce i manželské dvojice) a umožňují jim žít v jejich přirozeném prostředí v pronajatých bytech zvláštního určení a využívat pečovatelských

¹³² Srov. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*, s. 127.

¹³³ Srov. tamtéž, s. 127.

služeb sociální péče.¹³⁴ Obyvatelům je zde za úhradu poskytováno trvalé ubytování v bytech (i bezbariérových). Dále je jim podle věku a zdravotního stavu poskytována základní péče a další služby jako jsou např. pedikúra, kadeřnictví, rehabilitace, apod. Pečovatelská služba je v těchto domech poskytována stejným způsobem a ve stejném rozsahu jako v domácnostech uživatelů služeb, jimž je poskytována domácí péče.

2.3 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče představuje ve všech vyspělých zemích jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Pokrok v oblasti medicínských oborů a ošetrovatelství umožňuje poskytovat pacientům kvalitní péči také v jejich přirozeném domácím prostředí. Společně s jinými faktory přispívá domácí prostředí mimo jiné také k psychické pohodě člověka, a to hraje významnou úlohu v procesu jeho uzdravování.

Jako přirozený způsob péče o člověka existuje domácí péče už od nejstarších dob. Zmínky o jejích prvních institucionalizovaných formách se objevují zhruba od počátku 12. století, kdy byly služby potřebným poskytovány prostřednictvím řeholních řádů a již od konce století 13. se objevuje a následně i masivně rozvíjí ošetrovatelství v domácnostech.¹³⁵ V této době byla členkám církevních řádů (např. Bekyně) zakázána služba ve špitálech, a tak vykonávaly opatrovnictví v domech nemocných. Během 15. století provozovaly návštěvní opatrovnictví v Praze známé diakonky, jež byly pro tuto práci speciálně školeny, a které docházely za nemocnými, opatrovaly je a rovněž myly a praly jim prádlo.

Zhruba od poloviny 16. století se diakonky stahují zpět do klášterů, a začínají tak v soukromých domech vznikat lazarety, kde pomoc poskytovaly neškolené starší ženy vybrané pražskými konšely. Po několik století byli tedy nemocní ošetřováni v institucích, jako byly lazarety, špitály a později také nemocnice. Rozvoj přírodních věd, pokroky v medicíně a zvyšující se vzdělanost lékařů způsobili to, že stále větší pozornost byla věnována odborné přípravě opatrovníků a již od druhé poloviny 18.

¹³⁴ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 49.

¹³⁵ Srov. tamtéž, s. 52.

století se tak mohli zúčastňovat přednášek na lékařských univerzitách také porodní báby a ranhojiči.¹³⁶

Za spolupráce dobrovolných, podpůrných a ochranných spolků dochází v meziválečném období minulého století k masivnímu rozvoji ošetrovatelství. V roce 1919 vzniká Československý červený kříž, který začíná realizovat pokusy v oblasti domácí zdravotní péče, a to ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou (středem zájmu byli zejména děti, chudí nemocní a staří lidé).¹³⁷ To bylo také podnětem pro vznik a následný rozvoj sociálního ošetrovatelství, které bylo inspirováno zkušenostmi amerických zdravotníků prostřednictvím tzv. zdravotní mise, jež byla do tehdejšího Československa pozvána předsedkyní Československého červeného kříže Alicí Masarykovou. Řádové sestry tak začaly ve spolupráci se zdravotnickými institucemi zakládat útulky pro nemocné a zestárlé občany a v některých farnostech chodily také ošetřovat nemocné do jejich domovů.

Práce řádových sester o chudé a staré nemocné občany v rodinách byla těžká a často narážela na nepochopení ze strany úřadů. S oficiálním návštěvním ošetřováním v rodinách se začalo v roce 1920, ale pro nedostatek sester se udrželo pouze do roku 1925, a to jen jako ojediněle organizovaná činnost.¹³⁸ Jedním z důvodů pro obnovení ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách byly i negativní důsledky hospodářské krize, které mimo jiné přinesly také vyšší nemocnost, čímž dochází k významnému rozvoji této formy péče. Sestry tak prováděly především péči preventivní (hygiena, stravování, oblečení), dále zprostředkovávaly také léčení a odborná vyšetření a staraly se o staré, invalidní a zanedbané občany. Stále se zvyšující společenskoekonomické problémy sebou přinesly vzrůstající nemocnost a ošetrovatelství v domácnostech se tak postupně stávalo pro sestry čím dál tím více vyčerpávajícím. Za této situace byla u nás vůbec poprvé v historii provedena analýza práce sestry v ošetrovatelské a zdravotní službě v rodinách a po zhruba měsíčním sběru dat se došlo k závěru, že práci ošetrovatelky v domácím prostředí lze zefektivnit, a to za pomoci nekvalifikovaných pracovníků a rodinných příslušníků nemocných.¹³⁹

V roce 1921 vznikl Spolek absolventek školy ošetrovatelské, který byl později přejmenován na Spolek diplomovaných sester, na jehož druhém sjezdu v roce 1931 byly zformulovány tyto tři hlavní úkoly sociálně zdravotní péče: ošetrovatelský, sociální

¹³⁶ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 52.

¹³⁷ Srov. tamtéž, s. 52.

¹³⁸ Srov. tamtéž, s. 53.

¹³⁹ Srov. tamtéž, s. 53.

a lidovýchovný.¹⁴⁰ Tímto byla nastíněna náplň práce sestry, a to včetně jejího postavení mezi rodinou a sociálně zdravotními institucemi, úřady a školami. Po druhé světové válce dochází k masivnímu rozvoji ošetrovatelských škol a mezi nově zavedené obory patřila rovněž odborná výchova sester pro úsek ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. Po roce 1948 dochází k vytěsňování řeholních sester ze zdravotnictví a hlavní těžiště práce civilních sester se přesouvá z obce do nemocnic a institucí. Organizace ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách je zajištěna nově vzniklým Ústavem národního zdraví a od roku 1952 přebírá odpovědnost za provádění domácí péče stát.¹⁴¹ Mnohé sestry, jež pracovaly v domácí péči v rámci Československého červeného kříže, začaly pracovat na geriatrických ambulancích jako geriatrické sestry. Od poloviny sedmdesátých let se jejich počet zvyšoval, ale reforma zdravotnictví spojená s probíhající privatizací zdravotnických zařízení způsobila po roce 1989 postupný rozpad sítě geriatrických sester.

2.3.1 Obecná charakteristika současné domácí péče

V posledních desetiletích má na rozvoj domácí péče vliv mnoho společenských faktorů, z nichž mezi nejdůležitější patří vzrůstající ekonomický tlak, demografické stárnutí, vzrůstající poptávka veřejnosti po poskytování služeb v domácím prostředí, rozvoj moderních technologií a politické faktory.¹⁴² Stále narůstající ekonomický tlak je spojen se stoupajícími náklady na zdravotní péči a stárnutí obyvatelstva má za následek, že nejčastějšími spotřebiteli zdravotní péče jsou, vzhledem ke struktuře společnosti, lidé starší 65 let.¹⁴³ Do popředí se dostává myšlenka tzv. deinstitucionalizace, neboli snaha o zachování již navyklého životního stylu v přirozeném prostředí člověka a rovněž rozvoj nových technologií a přístrojů vhodných pro užití v domácí péči zažívá svůj rozmach. Svou roli mají také výše zmíněné politické faktory, jež jsou spojeny se změnami zdravotnických systémů, s iniciativami samospráv či působením neziskového sektoru.

¹⁴⁰ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 53.

¹⁴¹ Srov. tamtéž, s. 54.

¹⁴² Srov. TOPINKOVÁ, E., *Nové trendy při poskytování péče v domácnosti (Home Care) u klientů vyššího věku*, *Časopis lékařů českých*, roč. 133, č.16/1994, s. 487-490.

¹⁴³ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 54.

Domácí zdravotní péče je zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které je na základě indikace ošetřujícího lékaře zajišťována lidem s akutním nebo chronickým onemocněním, s tělesným, smyslovým či mentálním postižením a lidem závislým na cizí pomoci odborná péče v jejich vlastním sociálním prostředí.¹⁴⁴ Jarošová uvádí definici domácí péče Světové zdravotnické organizace, podle níž jde o jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech, a ke které patří zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb. Domácí péče je poskytována jako integrovaná, ošetrovatelská, diagnostická, léčebná, paliativní a léčebně rehabilitační péče lidem, jejichž pobyt ve zdravotnickém zařízení není pro léčení či udržování stability zdravotního stavu nutný.¹⁴⁵ Domácí péče může být poskytována ve formě akutní, dlouhodobé či hospicové péče.

„Komplexní domácí péče je definována jako forma integrované péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče a jejíž filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti.“¹⁴⁶

Primární péčí, jež je zmíněna v předcházející definici, se rozumí vůbec první kontakt člověka se systémem zdravotní a sociální péče. V rámci komplexní domácí péče je poskytována zejména odborná zdravotní péče (indikovaná ošetřujícím lékařem), dále pak sociální péče a pomoc (vychází z aktuální sociální diagnostiky jedince a jeho prostředí) a v oblasti sebepéče nebo za účasti blízkých osob také pomoc laická (přízpůsobená aktuální situaci v rodině a podmínkám ve společnosti).¹⁴⁷ Rozsah jednotlivých aktivit je dán aktuálním stavem člověka, stavem jeho sociálního prostředí a rozsahem kompetencí týmu pracovníků poskytujících domácí zdravotní péči.

Domácí zdravotní péče je uskutečňována prostřednictvím multidisciplinárního týmu pracovníků poskytujících odbornou péči a laickou pomoc člověku v jeho vlastním sociálním prostředí. Součástí zdravotní péče v domácím prostředí jsou komponenty specializované péče ošetrovatelské, rehabilitační (fyzioterapie a ergoterapie), psychologické a péče poskytované dalšími zdravotnickými pracovníky.

Cílem domácí péče je pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody, zachovat jeho kvalitu života, umožnit

¹⁴⁴ Srov. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, § 22.

¹⁴⁵ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 55.

¹⁴⁶ Tamtéž, s. 55.

¹⁴⁷ Srov. MISCONIOVÁ, B., *Stručný průvodce domácí péčí*, s. 1.

nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí a dále také prostřednictvím týmu pracovníků a služeb zabezpečit komplexní péči ve spolupráci s péčí ústavní a dalšími zdravotnickými či sociálními zařízeními.¹⁴⁸ V neposlední řadě je cílem domácí péče rovněž udržovat a zvyšovat soběstačnost jedince v každodenních činnostech, vést jej a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné i duševní zdraví, zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta a jeho rodiny.

Člověk vyžadující péči v domácím prostředí vystupuje společně se svou rodinou v oblasti sebepéče a vzájemné péče a pomoci jako aktivní účastník. V souvislosti s tímto, pokládá Jarošová za vhodné, podle intelektuálních, manuálních a materiálně technických podmínek, přenést na jedince a jeho blízké adekvátní rozsah péče, a tím posilovat jak jeho odpovědnost za vlastní zdraví, tak spoluzodpovědnost rodinných příslušníků a blízkých na kvalitě jemu poskytnuté domácí péče.¹⁴⁹ Základem pro poskytování domácí péče je princip subsidiarity, v rámci kterého je aplikována forma aktivní péče a pomoci ke svépomoci, a to s podporou a rozvojem veškerého zbytkového potenciálu člověka. Péče a pomoc je jedinci poskytována v první řadě prostřednictvím jeho kontaktu se systémy zdravotní a sociální péče. Uživatel domácí péče a jeho blízcí jsou rovněž členy multidisciplinárního týmu, jež plní individuální a průběžně aktualizovaný plán zdravotně sociální péče a pomoci.

Kvalita komplexní domácí péče je přímo ovlivňována základními principy, které je podle Topinkové nutno při poskytování péče respektovat proto, aby byla zachována filozofie domácí péče. Mezi tyto základní principy patří např. orientace na občana (zdravého či nemocného) a na podporu obnovy zdraví společnosti, respektování základních lidských práv, komplexnost (integrace zdravotní a sociální péče na všech úrovních), efektivní a cílené využití finančních prostředků určených na zdravotní a sociální služby, odborný růst a celoživotní vzdělání pracovníků poskytujících domácí péči a další.¹⁵⁰

Domácí zdravotní péče přináší podle Jarošové nesporné výhody, a to jak jejím příjemcům, tak i poskytovatelům. Jedná se o tato následující pozitiva: ekonomičnost (zkracování hospitalizace pacienta snižuje náklady na ni), víceoborovost (tým poskytující domácí péči je multidisciplinární), individualizovanost (péče je poskytována

¹⁴⁸ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 56.

¹⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 56.

¹⁵⁰ Srov. TOPINKOVÁ, E., *Nové trendy při poskytování péče v domácnosti (Home Care) u klientů vyššího věku*, *Časopis lékařů českých*, roč. 133, č.16/1994, s. 487-490.

podle individuálních potřeb jedince), komplexnost (poskytují se úkony léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální, atd.) a podpora zdraví (domácí péče zahrnuje také činnosti primární, sekundární a terciální prevence).¹⁵¹

2.3.2 Domácí péče v České republice

Domácí péče je v České republice formou zdravotní a sociální péče poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí člověka, kde o jejím obsahu, rozsahu i frekvenci rozhoduje jeho praktický či ošetřující (v případě hospitalizace) lékař. V případech, kdy jedinec potřebuje sociální péči či pomoc v rámci domácí péče, rozhoduje o její potřebnosti a rozsahu na základě sociálního šetření sociální pracovník státní správy nebo samosprávy, a to ve spolupráci s ošetřujícím lékařem a agenturou domácí péče.

Domácí zdravotní péče doplňuje a plynule navazuje na léčbu praktických lékařů, ambulantních specialistů a ošetřujících lékařů, dále zajišťuje paliativní hospicovou péči a pokračuje v péči odborné, jež byla jedinci poskytována v ústavním zařízení.¹⁵² Domácí zdravotní péče je řízena Ministerstvem zdravotnictví a je poskytována všem lidem, bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské nebo politické orientace. Pro každého jednotlivce je vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace, která obsahuje záznam o vývoji jeho zdravotního stavu a plán péče o něj.

Vzhledem k tomu, že lidé vyžadující domácí péči jsou často plně či částečně závislí na pomoci druhé osoby, je tedy nutná její nepřetržitá dostupnost, a to 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. Během dne je nezbytná dostupnost jak ošetřujícího lékaře, tak sociálního pracovníka, kteří také na domácí péči pacienta spolupracují. V noci pak musí být zajištěna dostupnost na zařízení přednemocniční neodkladné péče, přičemž časové omezení pro poskytování domácí péče v České republice není a pokud jedinec péči potřebuje a ošetřující lékař ji indikuje, může mu být poskytována nepřetržitě.¹⁵³

Domácí péče, jež zahrnuje péči léčebnou, preventivní, ošetrovatelskou, rehabilitační, psychoterapeutickou a sociální, je poskytována všem lidem, jejichž zdravotní či duševní stav si vyžaduje odbornou péči a pomoc druhé osoby. Pacientovi je

¹⁵¹ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 57.

¹⁵² Srov. tamtéž, s. 61.

¹⁵³ Srov. tamtéž, s. 61.

vzhledem k jeho zdravotního stavu na základě doporučení ošetřujícího lékaře poskytována zdravotní a sociální péče základní (např. zajištění osobní hygieny, prevence dekubitů, dostatečný příjem tekutin a stravy, apod.), dále odborná (např. sledování vitálních funkcí, podávání injekcí, rehabilitace, atd.) a specializovaná (např. aplikace diagnostických přístrojů, podpůrná psychoterapie nebo péče spirituální).¹⁵⁴ V České republice je domácí péče poskytována v pěti základních formách, a to jako akutní (domácí hospitalizace), dlouhodobá, preventivní, domácí hospicová a domácí péče ad hoc (jednorázová).

Co se týče akutní domácí péče, tak ta je předepisována pacientům s akutním krátkodobým onemocněním, které však nevyžaduje jeho hospitalizaci a slouží tak jako její určitá alternativa. Nejčastějšími onemocněními, jež vedou k poskytování této formy péče jsou kardiovaskulární, neurologické, gastrointestinální a urologické choroby.¹⁵⁵ Akutní domácí péče tedy zahrnuje specializovanou péči, jež je určena zejména jedincům v pooperačním a poúrazovém stavu a bývá poskytována převážně krátkodobě v rozsahu několika dnů či týdnů.

Dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným pacientům, jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaných pracovníků. Jedná se zejména o jedince po mozkových příhodách, dále o pacienty s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, se závažným duševním onemocněním či s chronickou bolestí. Dlouhodobou domácí péči doplňují také aktivity zdravotního i sociálního charakteru a jedná se tedy o typicky integrovanou formu nazývanou komplexní domácí péče, která bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let.¹⁵⁶

Preventivní domácí péče je poskytována pacientům, u nichž ošetřující lékař v pravidelných intervalech doporučí preventivní monitorování jejich zdravotního a duševního stavu. Pracovníci domácí péče provádějí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav jedince a o případných změnách ihned informují ošetřujícího lékaře. Tato forma domácí péče je poskytována v takové frekvenci týdně či měsíčně, jakou na základě celkového stavu pacienta určí jeho ošetřující lékař.

Domácí hospicová péče zahrnuje péči o pacienty v preterminálním a terminálním stádiu života. Tato forma je obvykle poskytována jedincům, u nichž ošetřující lékař

¹⁵⁴ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 62.

¹⁵⁵ Srov. tamtéž, s. 62.

¹⁵⁶ Srov. tamtéž, s. 62.

předpokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do následujících šesti měsíců.¹⁵⁷ Pracovníci domácí péče zajišťují péči odbornou, která mimo jiné zahrnuje také tišení bolesti a emocionální podporu, a tím tak mírní utrpení pacienta i jeho blízkých v procesu umírání.

Domácí péče ad hoc neboli jednorázová domácí péče je mimořádné alternativní využití domácí péče pro provádění jednorázových úkonů sestrami z ordinací praktických či jiných ošetřujících lékařů. Jde zpravidla o provedení odborných výkonů jako je např. jednorázová aplikace injekce či odběr biologického materiálu „ad hoc“, a to bez zavedení domácí péče. Tato forma je poskytována těm jedincům, u kterých z provozních důvodů (např. časové omezení ordinačních hodin ošetřujícího lékaře) nelze zajistit návštěvní službu sester v rodinách pacientů, jejichž stav si vyžaduje okamžité poskytnutí odborné péče a pomoci.

Pracoviště domácí péče mohou v rámci komplexní domácí péče zajišťovat rovněž některé úkony pečovatelské služby jako např. pedikúra, masáže, úprava zevnějšku, pomoc při oblékání, při přesunu na vozík, dále donáška léků, jídla a pití, pomoc při podávání jídla a pití, hygiena prostředí, práce spojené s udržováním chodu domácnosti, doprovody na vyšetření k lékaři či nákupy a nutné pochůzky. Kromě pečovatelské služby je domácí péče zajišťována také prostřednictvím agentur domácí péče, jež poskytují svým uživatelům odbornou, kvalitní a dostupnou péči.

Hodnocení kvality poskytované domácí péče probíhá na dvou úrovních, kde na první úrovni stojí vnitřní systém kontroly kvality a na úrovni druhé pak systém vnější.¹⁵⁸ Systémem vnitřní kontroly kvality se hodnotí postup poskytovatele domácí péče podle standardů, dokumentace, dále se provádí kontrola kvality jiným poskytovatelem, koordinátorem či manažerem agentury domácí péče. Systém vnější kontroly kvality zahrnuje kontrolu kvality poskytované péče např. ošetřujícím lékařem, blízkými pacienta, revizním lékařem zdravotní pojišťovny nebo sociálním pracovníkem. Objektivním kritériem při hodnocení je celkový stav jedince (úroveň uspokojení jeho biopsychosociálních potřeb), subjektivním kritériem je pak slovní vyjádření pacienta a jeho blízkých ke kvalitě poskytovaných služeb.¹⁵⁹

Výzkum v oboru domácí péče bude podle Jarošové zaměřen na hodnocení kvality a efektivity domácí péče, na zlepšení koordinace péče o pacienty a rovněž na podporu

¹⁵⁷ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 63.

¹⁵⁸ Srov. tamtéž, s. 65.

¹⁵⁹ Srov. tamtéž, s. 65.

aktivního stárnutí a identifikaci jeho hlavních faktorů. Dále také na technologie a služby usnadňující život osobám se zdravotním postižením podporující jejich nezávislost a na jejich soběstačnost a sociální integraci, a to včetně projektů podpory zdraví.

3 ZOHLEDNĚNÍ KVALITY ŽIVOTA UŽIVATELŮ SLUŽEB PEČOVATELSKOU SLUŽBOU V PŘEROVĚ

V této kapitole pojednávající o pečovatelské službě ve statutárním městě Přerově, charakterizují nejprve to, komu je tato služba určena, kdo je jejím poskytovatelem, co všechno svým uživatelům nabízí, jak je poskytování služby zajištěno a jaký je postup při jednání s případným zájemcem o zprostředkování pečovatelské služby. Ke konci první podkapitoly se věnuji rovněž podrobné charakteristice konkrétnímu domu s pečovatelskou službou, ve kterém jsem vykonával svou odbornou praxi. V další podkapitole se zaměřím na to, v jakých předpisech a jakým způsobem má poskytovatel pečovatelské služby v Přerově upravenou kvalitu života svých uživatelů. Konkrétněji se věnuji vnitřním pravidlům pro poskytování pečovatelské služby, které obsahují několik odkazů týkajících se právě kvality života. Ve třetí podkapitole se zabývám praktickým hlediskem zajišťování kvality života uživatelů pečovatelskou službou z pohledu zaměstnanců domu s pečovatelskou službou. Na základě jejich sdělení uvádím dále také několik výhod pobytu v domě s pečovatelskou službou, které zcela jistě souvisí s kvalitou života obyvatel tohoto domu.

3.1 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA A DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU V PŘEROVĚ

Pečovatelská služba je v Přerově poskytována zejména osobám s těžkým zdravotním postižením a také seniorům, jež pro svůj nepříznivý zdravotní stav nejsou schopni se o sebe postarat sami, a kteří jsou rovněž příjemci plného invalidního či starobního důchodu. Cílem pečovatelské služby je umožnit těmto lidem zůstat ve svých bytech a ve svém soukromí, a to i v případě, že již vzhledem k jejich věku nebo zdravotnímu stavu potřebují různé formy pomoci. Pečovatelská služba je

zajišťována jak přímo v domácnostech svých uživatelů v terénu, tak v osmi domech s pečovatelskou službou rozmístěných v pěti okrscích města.

Poskytovatelem pečovatelské služby, která má v současné době celkem 690 uživatelů, jsou Sociální služby města Přerova. Jedná se o příspěvkovou organizaci města, která vznikla k 1. 1. 1994 a jejíž posláním je podporovat a usilovat o zvyšování soběstačnosti seniorů, umožnit jim co možná nejdéle setrvání v jejich přirozeném domácím prostředí, podporovat udržení kontaktu s rodinnými příslušníky, přáteli a známými a pomoci jim tak žít důstojně běžným způsobem života.¹⁶⁰ Spektrum služeb poskytovaných organizací zahrnuje základní sociální poradenství, pečovatelskou službu, provozování domovu pro seniory, městských jeslí a denního pobytu pro mentálně postižené děti, dále také dopravu pro těžce zdravotně postižené občany a pomoc a podporu při zajišťování společenské, kulturní, výchovné, zájmové a jiné činnosti starším občanům města Přerova a jeho místních částí soustředěných v klubech důchodců. Při poskytování sociální služby dodržuje organizace základní principy člověka, mezi něž patří zejména dodržování práv uživatelů služeb, respektování jejich volby, individualizace podpory uživatele (služby „šité na míru“), flexibilita (pružné přizpůsobení potřebám uživatelů) a zaměření se na celek (situace uživatele je posuzována v souvislostech).¹⁶¹

Hlavní cílovou skupinou pečovatelské služby jsou tedy především senioři a lidé plně invalidní za podmínky, že jsou alespoň částečně soběstační. Při zavádění služby je její uživatel seznámen s tím, že v případě zhoršení jeho zdravotního stavu, jež bude vyžadovat 24 hodinovou péči druhého člověka, není pečovatelská služba schopna tuto péči zajistit. Kromě strašících občanů jsou její cílovou skupinou rovněž osoby s náhlým zhoršením zdravotního stavu, pokud tuto péči nemůže zajistit jejich rodina, a to pouze na nezbytně nutnou dobu a také rodiny, v nichž se současně narodily 3 a více dětí, a to do čtyř let jejich věku. Pečovatelská služba se neposkytuje osobám s těžkou psychickou nemocí, s těžkým zdravotním postižením, dále osobám trpícími závislostmi, osobám s nařízenou karanténou pro podezření z nákazy přenosnou chorobou a osobám, jež onemocněly tímto druhem choroby.

Pečovatelská služba se poskytuje za plnou úhradu. Bezplatně je poskytována účastníkům odboje a pozůstalým manželkám (manželům) po účastnících odboje starším

¹⁶⁰ Srov. *Sociální služby města Přerova* [online], dostupné na: <<http://www.ssmp.cz/index2.php?soubor=.%2Forganizace.php>>, [menu: Organizace].

¹⁶¹ Srov. tamtéž.

70 let. Základní sociální poradenství je bezplatně poskytováno všem, kteří o něj požádají. Pečovatelská služba je poskytována na území města Přerova a v jeho místních částech, služby v terénu se poskytují od pondělí do pátku od 7.00 – 15. 30 hodin a služby v domech s pečovatelskou službou od 7.00 – 18. 30 hodin. V sobotu, neděli a ve státní svátek se pečovatelská služba poskytuje od 7.00 – 15. 30 hodin, a to jak v terénu, tak v domech s pečovatelskou službou, přičemž doba a čas jejího poskytování je sjednána s každým uživatelem individuálně.

Kromě poskytování základní péče, nabízí pečovatelská služba svým uživatelům také nejrůznější sociální programy, jejichž cílem je jejich aktivizace. Celý tento systém je propojen tak, aby byla celková péče o uživatele služeb co nejvíce kvalitní. Mezi aktivity, jež pečovatelská služba realizuje patří např. vzdělání a kultura uživatelů (nejrůznější přednášky a besedy, půjčování knih z městské knihovny, návštěva divadelních představení, vystoupení dětí z mateřských či základních škol nebo oslava velikonočních a vánočních svátků), zájmové aktivity (výtvarný kroužek či rehabilitační cvičení) a poznávací programy (výlety, zájezdy, apod.).

Zájemce o službu navštíví sociální pracovnice nebo vedoucí okrsku, předloží mu nabídku služeb, sazebník úhrad za poskytované služby a seznámí jej s vnitřními pravidly poskytování pečovatelské služby. Po dohodě se s žadatelem sepíše žádost, ve které jsou přesně vymezeny činnosti pečovatelské služby, o něž má zájem, a které potřebuje, a to včetně jejich rozsahu, doby a místa poskytování služby. Poté je zájemce seznámen se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a souhlas ke zpracování osobních údajů pro účely poskytování sociální služby stvrdí svým podpisem na příslušném formuláři.

Po sjednání všech náležitostí je s uživatelem služby sepsána smlouva o poskytování sociální služby a za podmínek v ní dohodnutých mu jsou, prostřednictvím pečovatele, zajišťovány základní nebo fakultativní činnosti pečovatelské služby. Mezi její základní činnosti vycházející ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách patří pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, pomoc v domácnosti a zprostředkování společenského kontaktu.

Zájemci o pečovatelskou službu mají možnost vyzvednout si žádost o její zavedení u vedoucí příslušného okrsku, která zároveň poskytne potřebné informace o pečovatelské službě. Žádosti do každého z osmi domů s pečovatelskou službou jsou vydávány a následně také evidovány na Magistrátu města Přerova, na odboru sociálních

služeb a zdravotnictví. Domy s pečovatelskou službou jsou domy zvláštního určení a každý obyvatel obdrží od Domovní správy města Přerova nájemní smlouvu na byt, v němž má každý své vlastní zařízení.

Vzhledem k tomu, že jsem svou odbornou praxi vykonával pouze v jednom z domů s pečovatelskou službou, budu se dále věnovat podrobnější charakteristice právě tohoto domu. Zmiňovaný dům s pečovatelskou službou se nachází v sídlištním komplexu Trávník, v blízkosti centra města. Dům má v pěti podlažích k dispozici celkem 71 garsoniér s možností vlastního vybavení, dále disponuje bezbariérovým přístupem, výtahem, společenskou místností, střediskem osobní hygieny a zahradou.

Široké spektrum domem poskytovaných služeb vycházející z pěti základních činností pečovatelské služby (viz. 2. kapitola, podkapitola 2.2 Pečovatelská služba) zahrnuje úkony, jako jsou pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání (včetně speciálních pomůcek), při prostorové orientaci a samostatném pohybu ve vnitřním prostoru, při přesunu na lůžko nebo vozík, při úkonech osobní hygieny, při základní péči o vlasy a nehty a pomoc při užití WC, dále dovoz jídla v terénu i do domu s pečovatelskou službou, pomoc při přípravě jídla a pití a přípravu a podání jídla a pití. Mezi další úkony zajišťované domem s pečovatelskou službou patří rovněž běžný úklid a údržba domácnosti, údržba domácích spotřebičů, pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti (např. sezónního úklidu či úklidu po malování, atd.), donáška vody, topení v kamnech, včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení, dále také běžné nákupy a pochůzky, velký nákup (např. týdenní nákup, nákup ošacení, nezbytného vybavení domácnosti, apod.), praní a žehlení ložního nebo osobního prádla, popř. jeho drobné opravy, doprovázení dospělých k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a zpět a dohled nad dospělým občanem (fakultativní služba). Všechny výše uvedené úkony se hradí a částky za jejich poskytování jsou uvedeny vždy v aktuálním sazebníku úhrad pečovatelské služby. Poskytování základního sociálního poradenství je zdarma.

Současně s poskytováním výše uvedených pečovatelských úkonů, nabízí dům svým uživatelům také velké množství nejrůznějších kulturních či volnočasových aktivit, mezi něž patří např. 2 x ročně grilování spojené s občerstvením a poslechem hudby, jednou za rok výlet, dále mikulášská besídka zahrnující vystoupení kapely, občerstvení, tanec a poslech hudby, vystoupení dětí z mateřské školy a také mezi uživateli velmi oblíbené předvánoční posezení při svíčkách spojené s poslechem vánočních koled a občerstvením. K dalším aktivitám lze zařadit rovněž pravidelné středeční cvičení,

na kterém se schází zhruba deset obyvatel domu a jež vzniklo na popud jedné uživatelky služeb, která také sama cvičení vede. Tento rok se vůbec poprvé slavil i masopust, a to za účasti dětí v maskách, jež vystupovaly a zpívaly v každém z pater domu. Během roku mají obyvatelé příležitost navštívit ve společenské místnosti domu nejrůznější přednášky či besedy týkající se např. zdraví, životního stylu, apod. Co se týče oblasti duchovní, mají uživatelé možnost navštěvovat bohoslužby slova, z nichž jedna se za účasti jáhna koná každé druhé pondělí v měsíci v bytě jedné z obyvatelk a druhá spojená s návštěvou kněze z přerovské farnosti, se nese v duchu společného setkávání vždy první čtvrtek v měsíci ve společenské místnosti.

3.2 ÚPRAVA KVALITY ŽIVOTA V PŘEDPÍSECH DOMU S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU

Oblast týkající se kvality života uživatelů pečovatelské služby má dům upravenou v různých předpisech, k nimž mezi ty nejdůležitější patří standardy kvality poskytovaných služeb (standard č. 1 – cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, č. 2 – ochrana práv osob, č. 5 – individuální plánování průběhu sociální služby, č. 7 – stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, č. 13 – prostředí a podmínky a standard č. 15 – zvyšování kvality sociální služby), vnitřní pravidla pro poskytování pečovatelské služby či domovní řád. Podle mého názoru obsahují vnitřní pravidla mnoho důležitých odkazů týkající se kvality života uživatelů služeb, proto jsem se také rozhodl věnovat se jim dále podrobněji. Dalším důvodem je také to, že např. na rozdíl od zmiňovaných standardů, pravidla jsou každému přístupná a tím pádem má i potenciální uživatel této služby možnost seznámit se s tím, co obsahují a vytvořit si tak o poskytované službě, vzhledem k zajištění kvality života poskytovatelem, svou vlastní představu. Vnitřní pravidla pro poskytování pečovatelské služby jsou vytvořena poskytovatelem služby (Sociální služby města Přerova) a jsou určena zájemcům o pečovatelskou službu, aby se seznámili se stanovenými pravidly a získali tak potřebné informace týkající se této služby.

Co se týče kvality života z hlediska zajištění a poskytování služby, tak ve třetí části vnitřních pravidel je upraveno několik bodů, které s ní souvisí a které na tomto

místě také uvedu. První z bodů pojednává o tom, že pokud nebude možno v důsledku výrazného zhoršení zdravotního stavu uživatele, případně z kapacitních důvodů poskytovatele, i nadále zajišťovat pečovatelskou službu v takovém rozsahu, kterou uživatel potřebuje a vyžaduje, poskytovatel podá uživateli základní informace o možnosti obrátit se na jiné či následné poskytovatele sociálních služeb.¹⁶² V těchto situacích je poskytovatel na požádání nápomocen se zajištěním jiné služby. Další bod upravuje provádění úkonů pečovatelské služby o sobotách, nedělích a svátcích tak, že tyto úkony se z kapacitních důvodů v těchto dnech poskytují především osamělým uživatelům, uživatelům s přechodným zhoršením zdravotního stavu a uživatelům propuštěným z ústavního zařízení do domácí péče.¹⁶³ Všem těmto uživatelům je služba poskytována v omezeném rozsahu, se zaměřením na zajištění základních životních potřeb, jako je ranní hygiena, podání a příprava jídla, večerní hygiena a dohled nad podáním léků. Další z bodů, kterým je zajištěna kvalita života tentokrát z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví uživatele, se týká postupu v situacích, kdy uživatel o sobě nedává vědět a ani nereaguje na vnější podněty. V těchto případech jsou po takovémto zjištění okamžitě kontaktováni rodinní příslušníci, které uživatel podle svého vlastního rozhodnutí uvedl v žádosti o poskytnutí sociální služby. Pokud uživatel nemá rodinné příslušníky a neuvede ani žádnou jinou osobu, postupuje se v krizových nebo nenadálých situacích standardním způsobem, a to přivoláním policie ČR, hasičů a lékaře.¹⁶⁴ S tímto souvisí rovněž opatření, kterým lze přivolání záchranných složek předejít tím způsobem, že uživatel na vlastní přání předá pracovníci pečovatelské služby klíče od bytu. Vedoucí okrsku provede o této věci s podpisy obou zúčastněných stran zápis, v němž bude uvedeno, komu se v případě ukončení pečovatelské služby klíče předají. Svěřené klíče se uloží do trezoru v příslušném spádovém okrsku a jsou používány výhradně pro potřeby poskytování pečovatelské služby, např. při výše zmiňovaných krizových situacích.¹⁶⁵

Ve čtvrté části vnitřních pravidel je upravena oblast kvality života vztahující se k hygieně, chodu domácnosti a stravování uživatelů pečovatelské služby. Poskytovatel zde uvádí několik bodů, kterými je uživatel povinen se řídit a dodržovat je. Jedná se např. o to, že uživatel je povinen nosit si na koupání vlastní hygienické

¹⁶² Srov. Sociální služby města Přerova. *Vnitřní pravidla pro poskytování pečovatelské služby 4. úprava a doplnění*. [vnitřní dokument].

¹⁶³ Srov. tamtéž.

¹⁶⁴ Srov. tamtéž.

¹⁶⁵ Srov. tamtéž.

potřeby, mít k dispozici čisté oblečení, dodržovat základní hygienické návyky a mít na koupání v domácnosti odpovídající podmínky.¹⁶⁶ Velmi obtížně pohybující se uživatel je povinen mít připraveny vhodné kompenzační pomůcky, jako jsou např. zvedáky, sedáky, polohovací postele, apod. Poskytovatel je na požádání připraven při pořizování uvedených pomůcek spolupracovat. Pro poskytování úklidu v domácnosti je uživatel povinen mít připravené čisticí prostředky a bezpečné elektrické domácí spotřebiče. Jestliže uživatel požaduje zajištění nákupu, má mít předem připravený seznam požadovaných položek a také peněžní hotovost, kterou odevzdá pečovateli. Co se týče zajištění stravy, uživatel nesmí jídlo v distribuovaných nerezových termo jídlonosičích ohřívat na sporáku, vařiči či v mikrovlnné troubě.¹⁶⁷ Uživatel za jídlonosič plně odpovídá a je povinen jej vrátit vždy umytý a nepoškozený. V případě jeho poškození, znehodnocení, ztráty nebo nevrácení má uživatel povinnost jej uhradit, přičemž výše úhrady bude posuzována vedoucí pracovníci okrsku individuálně.¹⁶⁸ Jestliže uživatel ukončí či přeruší dovoz obědů, je povinen on sám nebo jiný pověřený rodinný příslušník jídlonosič neprodleně vrátit poskytovateli pečovatelské služby.

Sedmá a zároveň poslední část vnitřních pravidel pro poskytování pečovatelské služby souvisí také s kvalitou života, jelikož upravuje způsoby podávání stížností v případech, kdy uživatel není zcela spokojen s kvalitou poskytované služby. Pokud má uživatel potřebu řešit trvalou nebo náhodně vzniklou situaci, která podle něj není v souladu s pravidly poskytované služby, může navštívit vedoucí okrsku, sociální pracovníci, popřípadě statutárního zástupce, kterým je ředitelka organizace a sdělit jim o co se jedná.¹⁶⁹ Tito všichni jsou povinni si uživatele vyslechnout a společně s ním nalézt vhodné řešení jeho problému. V případech, kdy uživatel sociální služby vyjádří potřebu stěžovat si na způsob, průběh, kvalitu poskytované služby nebo na přístup či chování pracovníka zajišťujícího službu, může tak učinit ústní nebo písemnou formou.¹⁷⁰ Pověřený pracovník zjistí všechny důležité okolnosti související s předmětným podáním a rozhodne, zda je stížnost oprávněná. Jestliže je stížnost opodstatněná, zajistí následně přijetí nápravných opatření, sepíše písemnou zprávu o výsledku šetření a uživatele s tím seznámí. V souvislosti s tímto, poskytovatel rovněž

¹⁶⁶ Srov. Sociální služby města Přerova. *Vnitřní pravidla pro poskytování pečovatelské služby 4. úprava a doplnění* [vnitřní dokument].

¹⁶⁷ Srov. tamtéž.

¹⁶⁸ Srov. tamtéž.

¹⁶⁹ Srov. tamtéž.

¹⁷⁰ Srov. tamtéž.

zdůrazňuje, že neřeší občansko právní spory. Tato část pravidel upravuje také postupy při podání stížnosti a při jejím vyřizování. Pokud se uživatel rozhodne podat stížnost ústní formou, dohodne si předem, podle vlastního uvážení, schůzku s vedoucí okrsku, sociální pracovnící či ředitelkou organizace, na které sdělí potřebnou stížnost, přičemž z tohoto jednání bude vyhotoven písemný záznam.¹⁷¹ V případě, že se uživatel rozhodne podat stížnost písemnou formou, jasně v ní specifikuje předmět stížnosti a doručí ji osobně, poštou nebo emailem výše uvedeným osobám.

V dalším bodě sedmé části vnitřních pravidel je popsán postup při vyřizování stížností, a to následovně. Každá stížnost je zaevidována pod jednacím číslem v knize stížností, jež je umístěna u ředitelky organizace, která také rozhodne, kdo se stížností bude zabývat a rovněž stanoví termín, dokdy bude stěžovateli podána zpráva o výsledku šetření.¹⁷² Podle obsahu stížnosti rozhodne ředitelka také o tom, koho k projednávání této záležitosti popřípadě přizve. Oprávnění vyjádřit se ke stížnosti má příslušná vedoucí okrsku, sociální pracovnice, případně pracovnice, na kterou je stížnost směřována, a ta je také povinna odpovědět na stížnost co nejdříve, maximálně do 30 dnů od doručení (sdělení) stížnosti.¹⁷³ Pokud nebude stěžovatel s řešením problému spokojen, bude situaci řešit ředitelka organizace a jestliže nebude spokojen ani v tomto případě, bude se nastalou situací zabývat zástupce Magistrátu města Přerova. Stížnosti podané anonymní formou jsou pouze evidovány a stanou se tak podnětem pro zkvalitnění další práce. Vyjádření k nim budou následně k dispozici na příslušných nástěnkách domů s pečovatelskou službou. Stížnosti týkající se přístupu a chování vedoucích pracovníků okrsků a sociálních pracovníků řeší ředitelka organizace a stížnostmi na ni se zabývá zřizovatel organizace, v tomto případě tedy Magistrát města Přerova.¹⁷⁴ Poslední bod této části vnitřních pravidel upravuje povinnost ředitelky organizace provést 2 x do roka analýzu stížností, jež bude využita pro zkvalitnění poskytovaných služeb.

Zmiňované zkvalitnění poskytovaných služeb má poskytovatel upraveno ve standardu č. 15 – zvyšování kvality sociální služby. Kvalitní služby zajišťuje pěti způsoby uvedenými v tomto standardu, a to následovně. První bod se zaměřuje na zjišťování požadavků cílové skupiny uživatelů (analýza potřeb osob, kterým

¹⁷¹ Srov. Sociální služby města Přerova. *Vnitřní pravidla pro poskytování pečovatelské služby 4. úprava a doplnění* [vnitřní dokument].

¹⁷² Srov. tamtéž.

¹⁷³ Srov. tamtéž.

¹⁷⁴ Srov. tamtéž.

se poskytují služby), druhý se zabývá návrhem průběhu služby (metodiky služeb, vnitřní pravidla, vybavení pomůckami, stanovení individuálních plánů a osobních cílů uživatelů) a bod třetí poskytováním konkrétní služby (stanovené cílové skupině podle připravených pravidel).¹⁷⁵ Čtvrtý bodem se zajišťuje hodnocení služby (zjišťování spokojenosti, monitorování) a bod poslední se týká zavedení změn (operativně reagovat na výsledky hodnocení, změny vnitřních pravidel, postupů, vzdělávání, atd.).¹⁷⁶ Poskytovatel klade důraz na zajišťování a zvyšování kvality poskytovaných služeb zapojením všech zaměstnanců.

Při zkvalitňování poskytovaných služeb vychází poskytovatel ze dvou hlavních metod, kterými jsou monitorování a vyhodnocování.¹⁷⁷ V případě monitorování se jedná o sběr informací týkající se určité činnosti, např. kdo využívá pečovatelské služby, jaké jsou náklady na služby, kolik bylo stížností, apod. Monitorování provádí ředitelka organizace, ekonomka, vedoucí okrsků ve spolupráci s pracovními týmy a sociální pracovníce. Postupy a metody pro monitorování a hodnocení aktivit podle standardů kvality jsou velmi důležité. Metody přináší výstižné, spolehlivé a hodnotné informace a monitorování je tak prováděno na všech úrovních řízení. Mezi postupy, jak monitorovat patří např. rozhovory s uživateli služeb, naslouchání uživatelům, namátkové kontroly, diskuse o otázkách kvality v rámci supervizí, apod.¹⁷⁸

Druhou metodou je výše zmíněné vyhodnocování, které představuje posouzení hodnoty zjištěných údajů, tedy výstupů, na jejichž základě může poskytovatel konstatovat, zda služba, kterou poskytuje naplňuje poslání a cíle organizace.¹⁷⁹ Poskytovatel má jasnou představu o tom, jak má výsledek poskytování služby vypadat. Zjišťuje spokojenost uživatelů se službou a poté vyhodnocuje, jakým způsobem byly naplňovány jejich osobní cíle. Posuzování toho, jak jsou kritéria dosažení osobních cílů naplňována, je důležitým poselstvím o efektivitě služeb a také o naplňování poslání a cílů organizace. Hodnocení provádí management organizace, pracovníci a rovněž samotní uživatelé služeb, přičemž poskytovatel si určí obsah, způsob a frekvenci hodnocení. Ředitelka organizace provádí 2 x ročně analýzu stížností, která je využita pro zlepšení kvality poskytovaných služeb. Po hodnocení dochází k plánování a realizaci změn, které je nutno vykonat ve prospěch zkvalitnění služeb.

¹⁷⁵ Srov. Sociální služby města Přerova. *Standard č. 15 – zvyšování kvality sociální služby* [vnitřní dokument].

¹⁷⁶ Srov. tamtéž.

¹⁷⁷ Srov. tamtéž.

¹⁷⁸ Srov. tamtéž.

¹⁷⁹ Srov. tamtéž.

Hodnocení spokojenosti uživatelů se službou je zakotveno v individuálním plánování průběhu sociální služby. Šetření za tímto účelem provádí sociální pracovníce a vedoucí okrsků v domácnostech uživatelů. Vyjádření uživatelů ke kvalitě služby je uvedeno v záznamu o průběhu služby a zjišťuje se 2 x do roka, přičemž v případě změn ve zdravotní stavu či změn v průběhu služby, se provádí zápis častěji.¹⁸⁰ Uživatel hodnotí poskytované služby společně s pracovníky organizace. Změny, jež byly v souvislosti s hodnocením služeb učiněny, jsou zapsány v záznamu o průběhu služby a jsou projednány s týmem, který poskytování služby zajišťuje. Poskytovatel provádí rovněž pravidelnou kontrolu plánů péče s ohledem na očekávání a spokojenost uživatelů služeb. Mezi metody, které jsou používány k získávání zpětné vazby ze strany uživatelů, patří např. jednoduchý dotazník (cílem je zjištění přání a očekávání od služby, co se uživatelům líbí, co ne, apod.), rozhovory s uživateli (získávání jejich názorů na služby), diskuse nad plánem poskytované péče (ověření, zda jsou jejich očekávání naplněna), sledování reakcí uživatelů (jejich chování, emocí, tónu hlasu, atd.), apod.¹⁸¹

3.3 PRAKTICKÉ HLEDISKO ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA UŽIVATELŮ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY Z POHLEDU PEČUJÍCÍHO PERSONÁLU

Na základě sdělení od pečovatelek a vedoucí domu s pečovatelskou službou, jsem zjistil, že co se týče kvality života uživatelů z hlediska zajištění a poskytování služeb, není rozdíl v tom, jestli uživatel bydlí v domě s pečovatelskou službou nebo ve své domácnosti, kam za ním pečovatelka pravidelně dochází. Úkony pečovatelské služby jsou prostřednictvím pečovatelek prováděny na obou místech stejným způsobem a stejně kvalitně, bez ohledu na to, kde se uživatel služby v dané chvíli nachází. Pečovatelská služba tedy poskytuje své služby ve stejné kvalitě všem svým uživatelům, z čehož vyplývá, že kvalita života z hlediska poskytovatelem zajišťovaných služeb je

¹⁸⁰ Srov. Sociální služby města Přerova. *Standard č. 15 – zvyšování kvality sociální služby* [vnitřní dokument].

¹⁸¹ Srov. tamtéž.

u všech uživatelů stejná. To, jestli žije člověk více či méně kvalitním způsobem života, záleží především na prostředí, v němž žije, na okolnostech a také na jemu blízkých osobách, s nimiž je v kontaktu nebo které o něj pečují. Toto všechno je hodně individuální záležitost a poskytovatel pečovatelské služby to neovlivní, může však prostřednictvím svých služeb situaci člověka zlepšit a tím také zvýšit kvalitu jeho dosavadního života.

Co se týče rozdílů v kvalitě života uživatelů žijících v domě s pečovatelskou službou a uživatelů v domácí péči, lze podle personálu nalézt určité výhody, jež mají ti, bydlící v domě s pečovatelskou službou. Výhody, které dále uvádím jsou značně individuální a každému vyhovuje něco jiného, někdo to může brát jako výhody, jiný zase jako nevýhody, vše záleží na individualitě člověka. Na tomto místě bych chtěl zdůraznit, že se mi nejedná o nějakou propagaci a dávání přednosti životu v domě s pečovatelskou službou před pobytem v domácím prostředí s rodinou a blízkými, ale jelikož jsem absolvoval odbornou praxi v tomto domě, a ne v prostředí domácí péče, chci tímto způsobem uplatnit získané informace.

V první řadě, dalo by se říci výhodou, je to, že uživatelé žijící v domě s pečovatelskou službou mají větší jistotu toho, že se mohou v případě potřeby obrátit na pomoc pečovatelek či dalšího personálu domu a tato pomoc jim bude také v co možná nejkratším čase poskytnuta. Uživatelé v domě se tak mohou spolehnout na to, že pracovníci jim v případných krizových nebo nenadálých situacích pomoc okamžitě poskytnou, případně co nejrychleji ji zprostředkují. Představa, že jsou v domě sedm dní v týdnu od rána do večera přítomny pečovatelky, jim dodá onu jistotu, že o ně bude v případě nouze dobře postaráno. Je samozřejmé, že uživatelé v domácí péči obklopeni příbuznými, či známými, jež o ně pečují, mají tuto okamžitou pomoc zajištěnou také, ale např. uživatelé žijící v domácnosti sami, tuto možnost nemají. V situacích nouze se mohou obrátit pouze na sousedy či další osoby, ale odborná pomoc v případě pečovatelky se jim nedostaví tak rychle, jak je tomu u uživatelů bydlících v domě s pečovatelskou službou. Z tohoto vyplývá, že z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví, jsou na tom uživatelé v domě lépe, než ti, jež žijí sami např. na vesnici v rodinném domku a nikoho nemají a musí se tak spolehnout jen na své sousedy a blízké okolí.

Další výhodou pobytu v domě s pečovatelskou službou je možnost setkávání uživatelů se stejně starými vrstevníky, což jim může v některých případech pomoci překonat nelehkou životní situaci spojenou např. se změnou prostředí, kdy uživatel zvyklý na domácí prostředí se najednou ocitne v domě s pečovatelskou službou. Tady

záleží hodně jak na mentalitě uživatele přizpůsobit se nastalé situaci, tak na jeho ochotě setkávat se s těmito lidmi. Při setkávání má možnost poznat i ostatní a po čase zjistí, že se třeba někdo nachází v obdobné situaci jako on sám, nebo dokonce je na tom ještě hůře než on. Tito lidé poznají, že mají něco společného, začínají spolu komunikovat, hledat společné zájmy, a tak začnou rozvíjet své sociální vztahy k ostatním obyvatelům domu. Uživatel žijící např. v panelovém domě nebo v rodinném domku tak velkou příležitost setkávat se s svými vrstevníky nemá, nebo ji má značně omezenou. V panelovém domě žijí pochopitelně i jiné generační skupiny, než je ta jeho, a může tak docházet ke konfliktům staršího člověka s lidmi mladšími, jejichž příčinou může být např. jiný životní styl, děti, apod. Na rozdíl od tohoto jsou v domě s pečovatelskou službou všichni jakoby „na jedné lodi“ a dokáží se tak lépe pochopit a navzájem se dohodnout, i když to samozřejmě nevyklučuje přítomnost konfliktů, protože ty vznikají všude, kde se člověk dostane do kontaktu s lidmi.

Výhodou pobytu v domě s pečovatelskou službou je rovněž větší možnost přístupu k informacím týkající se kulturního života uživatele, který má v porovnání s uživatelem v domácí péči snadnější přístup k aktivitám a kultuře organizované domem. Dům nabízí svým uživatelům nejrůznější kulturní akce a volnočasové aktivity pořádané v jeho blízkosti nebo přímo v něm. Jedná se např. o každoroční grilování, výlety nebo poznávací zájezdy, různá vystoupení dětí z mateřských či základních škol, mikulášské a vánoční posezení, besedy nebo přednášky, atd. Ke všem těmto a dalším akcím má uživatel bydlící v domě s pečovatelskou službou mnohem blíže, než uživatel v domácí péči, který co se týče kulturního života může trochu strádat. Není to však pravidlem, vše totiž záleží na lidech, kteří o něj pečují, protože i zde platí ono známé přísloví: „když se chce, všechno jde“. Pokud má člověk kolem sebe ochotné a vnímavé lidi, lze vyřešit i otázku přístupu ke kultuře a i uživatel v domácí péči tak může mít dostatek příležitostí, jak se do kulturního života zapojit, aniž by musel po této stránce nějak strádat.

ZÁVĚR

Kvalita života – pojem, který se v posledních několika letech stává čím dál tím více středem zájmu mnoha odborníků z nejrůznějších vědních oborů, počínaje ekologií, přes politiku a konče psychologii, pedagogikou či sociologií. Zájem o tuto problematiku, která se týká celé společnosti, neustále roste a snahy po jejím zachycení se v průběhu let mnohokrát měnily. Prvotní názor, kdy byla kvalita života chápána jako určité měřítko materiálního zabezpečení, se posunuje k tomu, že se objevuje otázka po tom, jak se lidem v daných podmínkách skutečně žije a odborníci tak chtějí zjistit, co vlastně přispívá ke skutečné spokojenosti lidí.

Zachycení kvality života souvisí s kulturními změnami, s proměňující se společností, jejího charakteru a nároků na člověka. Do středu pozornosti výzkumů se dostává stále více oblastí společnosti a skupin obyvatelstva. Odborníci přitom vycházejí z nejrůznějších konceptů a na kvalitu života se dívají z nejrůznějších pohledů. Na utváření náhledu na ni se podílejí životní podmínky vyplývající z životní úrovně. S kvalitou života souvisí také způsob života, jež zahrnuje celkový charakter, obsah i jeho strukturu a je spojujícím článkem mezi další určující veličinou, kterou je životní styl. Do životního stylu patří zvyky, obyčeje nebo uznávané normy, jež se uplatňují zejména v chování člověka v daném prostředí. Životní styl je vyjádřením hodnot a zájmů jedince, skupiny či společnosti, přičemž velký vliv tady má výchova a celkově se tak jedná o výraz kultury, vzdělání i morálky.

Dalo by se říci, že kvalita života je také spojena s určitým pocitem spokojenosti člověka se svým životem, který však předpokládá, že se mu daří dosahovat cílů, jež si předsevzal. Problém nastane, pokud je cesta k realizaci některého z nich narušena neočekávanou negativní událostí, např. náhlou změnou životní situace spojenou se závažnou nemocí, úrazem, úmrtím blízké osoby, apod. Toto všechno se samozřejmě odrazí na míře spokojenosti člověka se svým životem a tím pádem dochází ke snižování jeho kvality v daném okamžiku. Kvalita života je výrazem spokojenosti, souvisí s jeho smyslem, který je přímo úměrný s dosahováním stanovených cílů v životě člověka. Je výrazem nejrůznějších možností naplňování potřeb v dostatečném rozsahu tak,

aby byl člověk schopen adekvátně fungovat ve společnosti, což se odráží také v mezilidských vztazích, v nichž má potřebu sdílet a uskutečňovat se s ostatními.

Odborník, který zkoumá kvalitu života se tedy zaměřuje přímo na osobnost jedince i na prostředí, v němž žije. Kvalita života souvisí jednak s životní úrovní, jednak i se spokojeností člověka vyplývající zejména z dosahování stanovených cílů a potřeb. I přes rozmanitost a nejednotnost názorů a definic kvality života jako takové, se řada odborníků snaží co možná nejvýstižněji a nejpřesněji odhalit to, co je pro stanovenou cílovou skupinu lidí výrazem kvality života a co je třeba udělat, aby se zvýšila. V mém případě jsou cílovou skupinou senioři užívající pečovatelskou službu, jak v domě s pečovatelskou službou, tak v domácí péči. Kvalitu života těchto lidí se sníženou soběstačností ovlivňuje především to, jak je o ně prostřednictvím poskytovaných služeb pečováno.

Co se týče cílů, jež jsem si v úvodu práce vytyčil, mohu říci, že jsem je s úspěchem naplnil. Cíl, který spočíval v objasnění existence nějakého dokumentu či předpisu upravujícího kvalitu života uživatelů jsem splnil, a to prostřednictvím vnitřních pravidel pro poskytování pečovatelské služby. V těchto pravidlech jsem objevil a následně v poslední kapitole práce (viz. podkapitola 3.2 Úprava kvality života v předpisech domu s pečovatelskou službou) také uvedl několik bodů týkající se kvality života, které tato pravidla obsahují. Jedná se o oblast poskytování služeb, bezpečnost a ochranu zdraví uživatelů, zajištění hygieny a stravy a o oblast týkající se podávání a vyřizování stížností. To je také důkazem toho, že pečovatelská služba v Přerově a tím pádem také domy s pečovatelskou službou mají oblast kvality života svých uživatelů relativně dobře podchycenou.

Samozřejmě, že pohled poskytovatele služby (který byl v případě Přerova mým hlavním pramenem) nevyčerpává celou oblast týkající se kvality života a že v pravidlech lze nalézt pouze to, co si bere za své a co má zohledněno pro vlastní potřeby a pochopitelně pro potřeby svých uživatelů. Pro co možná nejobektivnější posouzení kvality života by bylo třeba hledat odpovědi u samotných uživatelů služeb, jejich příbuzných či nezávislých hodnotitelů. To však nebylo cílem mé práce, ale mohlo by se to stát podnětem pro další a zcela jistě zajímavé zpracování této problematiky.

Dílčí cíl se týkal toho, jestli lze z pohledu personálu domu s pečovatelskou službou najít, v praktickém zajištění kvality života, nějaké rozdíly či výhody v životě uživatelů v domě s pečovatelskou službou narozdíl od uživatelů v domácí péči. Na základě sdělení pracovníků domu jsem dospěl k závěru, že co se týče kvality života

z hlediska poskytovaných služeb, není rozdíl v tom, jestli jsou pečovatelské úkony prováděny uživateli v domě nebo uživateli v jejich domácím prostředí. Pečovatelská služba je tedy prováděna stejně kvalitně, bez ohledu na místo, v němž se uživatel momentálně nachází.

Personál domu však vidí některé výhody, jež souvisí s kvalitou života, a které mají pouze uživatelé žijící v domě s pečovatelskou službou. Jedná se především o oblast zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví uživatele, větší možnost setkávání se se stejně starými vrstevníky a snazší přístup uživatelů k aktivitám týkající se kulturního života. Z tohoto vyplývá, že pozornost pracovníků je soustředěna především na tyto aspekty, což ale nevylučuje, že existují i nějaké další, které personál např. nevidí nebo nepokládá za důležité (např. vazba na prostor, materiální stránka, vztahy, atd.). Nicméně argumenty, jež jsem se dozvěděl a které jsem také uvedl, se mi zdají dosti přesvědčivé a na to, abych mohl posoudit jejich objektivitu, musel bych mít k dispozici pohledy dalších zainteresovaných osob, což už ale není předmětem této práce.

V souvislosti s výše uvedenými výhodami bych chtěl ještě na závěr dodat, že podle mého názoru není zase tak důležité, jestli člověk bydlí v domě s pečovatelskou službou nebo je o něj postaráno v domácím prostředí. Myslím si, že i uživatelé v domácí péči mohou mít tyto výhody, vše totiž záleží na lidech a na tom, jestli jsou ochotni jim je dopřát. Podle mě je hlavní to, aby měl člověk kolem sebe chápající a vstřícné lidi, jež má rád a kteří o něj budou s láskou pečovat tak, aby mohl žít důstojným a kvalitním způsobem života i ve stáří. V dnešní době je problematika stáří a stárnutí aktuálním a často diskutovaným tématem, a proto si myslím, že každý by si měl uvědomit, že jednou také zestárne, bude potřebovat pomoc druhých a měl by se tedy k seniorům chovat tak, jak by si přál, aby se k němu chovali druzí, až se na místě stárnoucího člověka ocitne on sám.

Seznam použitých zdrojů

Prameny

Sociální služby města Přerova. *Standard č. 15 – zvyšování kvality sociální služby*
[vnitřní dokument]

Sociální služby města Přerova. *Vnitřní pravidla pro poskytování pečovatelské služby 4. úprava a doplnění* [vnitřní dokument]

Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Literatura

BENDA, Vladimír. *Hledání – Úvahy věřícího křesťana*. Praha : Ústřední církevní nakladatelství, 1988. 120 s.

FRANKL, Viktor Emanuel. *Člověk hledá smysl : úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 88 s. ISBN 80-901601-4-X.

FRANKL, Viktor Emanuel. *Psychoterapie pro laiky*. Brno : Cesta, 1998. 158 s. ISBN 80-85319-80-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

- HOGENOVÁ, Anna. *Kvalita života a tělesnost*. Praha : Karolinum, 2002. 304 s. ISBN 80-7184-580-90.
- HOLUB, Josef a LYER, Stanislav. *Stručný etymologický slovník jazyka českého se zvláštním zřetelem k slovům kulturním a cizím*. 4. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 485 s. ISBN 80-04-23715-0.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
- KRÁLOVÁ, Jarmila a RÁŽOVÁ, Eva. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. vyd. Olomouc : Anag, 2005. 303 s. ISBN 80-72-63-275-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- MISCONIOVÁ, Blanka. *Stručný průvodce domácí péčí*. 1. vyd. Praha : Asociace domácí péče, 1998. 270 s.
- PAYNE, Jan a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
- SÝKOROVÁ, Dana. Prostor a věci v kontextu stáří, *Sociologický časopis*, 2008, roč. 44, č. 2, s. 401-421.
- TOPINKOVÁ, Eva. Nové trendy při poskytování péče v domácnosti (Home Care) u klientů vyššího věku, *Časopis lékařů českých*, 1994, roč. 133, č.16, s. 487-490.

Elektronické zdroje

Pečovatelská služba – domy s pečovatelskou službou [online]. Přerov : Sociální služby města Přerova [cit. 2009-01-25]. Dostupné na URL: <<http://www.ssmp.cz/index2.php?soubor=.%2Fsluzba.php>>, [menu: Pečovatelská služba a domy s peč. službou].

Sociálně zdravotní služby [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2009-01-23]. Dostupné na URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>, [menu: Sociální služby/Sociální služby – způsoby pomoci].

Sociální služby města Přerova [online]. Přerov : Sociální služby města Přerova [cit. 2009-02-25]. Dostupné na URL: <<http://www.ssmp.cz/index2.php?soubor=.%2Forganizace.php>>, [menu: Organizace].