

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií



Bakalářská práce

Eva Moudrá

Péče o seniora v domácím prostředí

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Péče o seniora v domácím prostředí*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité zdroje.

V Olomouci dne 16. 4. 2018

.....

Eva Moudrá

PODĚKOVÁNÍ

Dovoluji si tímto poděkovat Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D., za velmi cenné a přínosné rady, ale také především za trpělivost, vstřícnost, čas a odborné vedení, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem pečujícím osobám, kteří se ochotně podílely svými poznatky a zkušenostmi pro vznik této práce. Zvláštní poděkování patří především mé rodině, přátelům a kolegům za cennou podporu a trpělivost při mém vysokoškolském studiu.



Obrázek č. 1 SENIOR (<http://www.nastarakolena.cz/jak-poznate-ze-senior-potrebuje-zvysenou-peci-1504/>)

„Člověk by se neměl ptát po smyslu vlastního života. Měl by si uvědomit, že je to on, kdo je tázán. Život se každého ptá na smysl jeho života - a každý může odpovědět životu jen tím, co dělá; naší jedinou odezvou na život je chovat se odpovědně.“

Viktor Frankl

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eva Moudrá
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Péče o seniora v domácím prostředí
Název v angličtině:	Care of the elderly in a home environment
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce je zaměřena na osoby pečující o seniory v domácím prostředí. Cílem je seznámit se s systémem péče o seniora v domácím prostředí a prostřednictvím výzkumného šetření analyzovat jednotlivé oblasti v péči o seniora. Práce se zabývá samotným seniorem, procesem stárnutí, jeho změnami a kvalitou života. Popisuje služby pro seniory, příslušnou legislativu a sociální dávky. Charakterizuje osobnost pečovatele, vliv na jeho rodinu, lidské potřeby a podporu pro pečujícího.</p>
Klíčová slova:	Senior, stáří, pečující osoba, domácí prostředí, sociální služby.
Anotace v angličtině:	<p>The bachelor thesis is focused on the person they take care of seniors in the home environment. The aim is to get acquainted with the senior care system in the home environment and to analyze individual areas of senior care through research. The thesis deals with the senior, the aging process, its changes and the quality of life. It describes services for seniors, relevant legislation, and social benefits. It characterizes the personality of the caregivers, the influence on his / her family, human needs and support for carers.</p>

Klíčová slova v angličtině:	Senior, oldage, carer, homeenvironment, socialservices.
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	67 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

OBSAH

ÚVOD	8
1 SENIOR	10
1.1 Stárnutí a stáří	10
1.2 Periodizace stáří	12
1.3 Změny ve stáří	13
1.4 Kvalita života seniorů	15
2 SLUŽBY PRO SENIORY	18
2.1 Legislativa	18
2.2 Sociální dávky	22
2.3 Pečovatelská služba	27
2.4 Zdravotnické služby pro seniory	30
3 PÉČE O SENIORA V RODINĚ	34
3.1 Osobnost pečovatele	34
3.2 Vliv na rodinu pečovatele	36
3.3 Podpora pro pečujícího	39
3.4 Lidské potřeby	42
4 VÝZKUMNÁ ČÁST	46
4.1 Olomoucký kraj a senioři	47
4.2 Stanovení výzkumného cíle	51
4.3 Metodologie, cílová skupina a organizace výzkumu	52
4.4 Vlastní výzkum	53
4.5 Výzkumné závěry	57
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	61
SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ, SCHÉMAT A GRAFŮ	62
SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ	63

ÚVOD

Stárnutí je proces, kterým během života musíme projít všichni. V současné době se stále diskutuje o stárnutí lidstva a prodlužování lidského života, proto je potřeba připravit se na zmíněné životní období a potřeby péče o tyto seniory. Přechod do stáří není pro většinu lidí snadný a často přináší problémy, které je nutné mnohdy řešit. Vyrovnávání se se stárnutím ovlivňuje samotnou osobnost člověka. Získáním dostatku potřebných informací o tomto období je velmi důležité a usnadňuje pochopení této životní etapy.

Ve stáří dochází k úbytku psychických schopností, fyzických sil, jakož i sociálním změnám. Tyto změny ovlivňují postavení seniora v rodině. Bohužel senioři jsou velmi často vytlačováni z rodiny a chápáni jako břemeno. Jedním ze záporných společenských rysů je právě vnímání starší generace jako nepotřebné a nesamostatné komunity. Mezigenerační solidarita a rodinná pospolitost upadá. Velmi negativním důsledkem takovýchto situací může být předávání nežádoucích vzorců chování dětem, které jsou mnohdy svědky nevhodného jednání rodičů s prarodiči. Každý by měl zbytek života prožít co nejdůstojněji, ať už za pomoci rodiny, nebo státu. Důležitost vztahů mezi jednotlivými členy rodiny, zda jsou dobré nebo špatné, ovlivňují řešení vzniklých sociálních situací. Rodina je základní buňka společnosti, která je spojena různými vztahy a rolemi.

Impulesem při zpracování této práce je pro mě rodinná zkušenost, několikaleté pečování o toho nejbližšího, která mě v mém životě neustále motivuje, a to jak v soukromém i v pracovním. Proto bych tyto zkušenosti a lidské vnímání domácí péče chtěla předat tímto způsobem. Skutečnost této péče zasahuje do všech ostatních sfér života pečujícího rodinného příslušníka. Zajímá mě především osobní vnímání péče o osobu blízkou pečujícími osobami a samotnou rodinou, využití navazujících služeb a zvládání těchto mnohdy ztížených podmínek.

Hlavním cílem bakalářské práce je seznámit se se systémem péče o seniora v domácím prostředí a prostřednictvím výzkumného šetření analyzovat jednotlivé oblasti v péči o seniora.

Dílčí cíle:

- Zkoumat motivaci pečujícího.
- Analyzovat pozitivní a negativní stránku péče o seniora v domácím prostředí.
- Analyzovat přínos péče o seniora v domácím prostředí pro samotného pečujícího.
- Zjistit, jakou sociální pomoc využívá osoba pečující.

V teoretické části se zabývám samotným seniorem, procesem stárnutí, jeho změnami a kvalitou života. Popisuji služby pro seniory, příslušnou legislativu a sociální dávky. Charakterizuji osobnost pečovatele, vliv na jeho rodinu a samotnou péči o seniora. V empirické části jsem zvolila kvalitativní metodu polostrukturovaného rozhovoru, kdy jsem oslovila vybrané respondenty pečující o seniora v domácím prostředí.

Snahou je poukázat na psychické a fyzické dopady skutečnosti péče na pečující osobu. Domácí pečovatelé se mnohdy setkávají s neinformovaností o této velmi náročné práci, protože se setkávají s množstvím ošetrovatelských a pečovatelských úkonů. Záměrem práce je doporučit vhodné strategie, inspirace pro péči o seniora a poukázat na dostupnost těchto informací i laickému pečovateli. Poukázat na to, že i v domácí péči o svého blízkého je velmi důležitá a podstatná podpora státu.

Uvedenou problematikou se u nás zabývají např. Marie VÁGNEROVÁ, Helena HAŠKOVCOVÁ, Zdeňek KALVACH a Rostislav ČEVELA, jako autoři zaměřeni na gerontologii a geriatrii, dále Oldřich MATOUŠEK a Pavel MÜHLPACHR. Ze zahraničních zdrojů uvádím Joana TRONTO a britského sociologa Anthonyho GIDDENSE.

1 SENIOR

Světová zdravotnická organizace (in Haškovcová, 2010, s. 20) popisuje význam slova senior, resp. starého člověka jako osobu ve stařeckém věku neboli tzv. senescenci, kdy se poškozením fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlým životním obdobím. Uvedená definice poukazuje spíše na již nesoběstačnou část seniorské populace a na ni navazuje HAŠKOVCOVÁ (2010, s. 20) argumentem, že za starého člověka je v současné společnosti považován každý, kdo dovršil penzijního věku. Bere tedy v potaz ekonomický faktor, který ve 21. století převažuje.

Pojem senior je odvozený z latinského výrazu „senes“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 530). „Senior – označení občanů starších 60 let.“

Slovník cizích slov nabízí u výrazu senior tři významy „starší ze dvou lidí stejného jména, příslušník starší věkové kategorie a člen sboru požívající zvláštní úcty“ (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz>).

1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí patří neodmyslitelně k přirozenému vývoji člověka. Vývojový stav seniora má jako každý své charakteristické rysy. Během tohoto období dochází k mnohým biologickým i psychologickým změnám, které ovlivňují život seniora, ale také jeho okolí. Jelikož každý člověk vede jiný život, v jiném rodinném zázemí, prostředí a zaměstnání, také stáří přichází ke každému v jiném čase a různé míře. Životní styl a způsob života zanechává stopy na charakteru a tempu stárnutí. Starší člověk se už hůře přizpůsobuje novým podnětům, které ho s přibývajícím věkem obklopují. Změny nemají rádi, představují pro ně značnou zátěž. S přibývajícím věkem upadá životní dynamika, proto je potřeba přizpůsobit veškeré aktivity.

Proces stárnutí nelze zastavit, lze jej však zpomalit či urychlit. VIGUÉ a kol. (in: Kubešová, 2006, s. 9-10) považuje za inhibující faktory stárnutí klidný spánek, častou fyzickou aktivitu, zdravou výživu, společenské a pracovní zařazení a mezi faktory urychlující proces stárnutí naopak nadměrný příjem potravy a alkoholu, kouření, stres, vysoký krevní tlak, osamocení, malé společensko-pracovní zapojení, sedavý způsob života či nedostatečnou fyzickou aktivitu.

Vždy musíme vycházet z poznatků života ve stáří a samotnou osobnost stárnoucího člověka hodnotit v celé jeho komplexnosti. Následující obory a vědní disciplíny mají

charakter integrovaný, multidimenzionální, interdisciplinární, aby ve svém výsledku poskytly jeho celkový obraz.

Gerontologie - zabývá se samotnou problematikou lidského stáří. Obsahuje souhrn různých vědních disciplín. Zkoumá starého člověka jak v nemoci tak ve zdraví. Dělí se na gerontologii teoretickou, ta vytváří základ pro péči o starého člověka. Geriatrií sociální, soustřeďující se na vzájemné vztahy mezi společností a starým člověkem. Gerontologii klinickou, která se zabývá nemocemi stáří, jejich etiologií a patogenezi.

Geriatric - jde o vědní obor, který je součástí gerontologie, zabývá se léčením nemocí ve stáří a jejich diagnostikou.

Gerontopsychologie - věnuje se problematice stáří a stárnutí z hlediska individuálních zvláštností, dispozicemi jedince a osobnostními charakteristikami.

Podle RHEINWALDOVÉ (1999, s. 8) není stáří nemoc, která způsobuje zpomalení myšlení a pohybu, ale tělo i mysl se mohou vytrénovat pro lepší funkčnost i pro starší věk a nemoci, které přibývají s věkem, nejsou údělem stáří, ale výsledkem „*našeho života a životního stylu.*“

Současná populace seniorů je specifická svou heterogenitou. Většina seniorů prožila světovou válku, padesátá léta, normalizaci, politické změny po roce 1989, a tak „*proměny doby poznamenaly hluboce jejich lidské osudy, náhled na současnost i vizi jejich budoucnosti*“ (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 14).

Proces stárnutí a samotné stáří se projevuje jednoznačně rozpoznatelnými fyzickými znaky, které však nezasahují pouze do organismu člověka a jeho zdravotního stavu, ale i do jeho možností, myšlení, schopností a vztahů. Proto můžeme hovořit o biologických aspektech stárnutí a stáří, které ovlivňují seniora v jeho myšlení, změně psychologických aspektů, jeho vztahu k životnímu prostředí a vnímání společnosti, čímž se mění sociální aspekty. Všechny tyto aspekty mohou ovlivnit a určit kvalitu života seniorů, v závislosti na tom, do jaké míry je senior schopen zvládnout svůj současný stav a jak je připraven na stáří a stárnutí.

Stáří je podle KALVACHA „*pozdní fázi ontogeneze, kdy dochází ke zhoršování odolnosti organismu*“ (Kalvach, Onderková 2006, s. 7). Je to období bilancování uplynulého života. Se stářím je spojeno také umírání. Starý člověk se musí vyrovnat se smrtí svých vrstevníků a mnohdy také se ztrátou životního partnera (Dvořáčková 2012, s. 7).

VÁGNEROVÁ (2007, s. 299) charakterizuje stáří jako poslední etapu života, která „*přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci.*“

Neberme věk takovým jakým je, je naší předností a ukázkou toho, co jsme v životě dokázali, nelze starého člověka vnímat jako toho, kterému ubývá sil. Je to ten, který musel životem projít, a to mnohdy sám, bez blízkosti někoho druhého, bez lásky, soucitu a pochopení.

1.2 Periodizace stáří

Věkové ohraničení psychického, biologického, sociálního nebo chronologického věku se u jednotlivých lidí individuálně rozlišuje. Zejména identifikuje minulost jednotlivce, která zahrnuje spolupráci mnoha vnějších a vnitřních faktorů, ale také to, jak člověk stojí před samotným procesem stárnutí a vyrovná se s jeho doprovodnými vlivy.

Snaha o minimalizaci negativních dopadů a zvýšení pozitivních účinků v těle je důležitá v celoživotním učení pro stárnutí, jehož cílem je připravit se na aktivní stárnutí v dobrém zdravotním stavu a důstojném sociálním zabezpečení. Trvalý trénink probíhá po celý život a tvoří součást rodinného, zdravotního a etického programu, který optimálně přeměňuje do odchodu do důchodu.

Stáří je závěrečnou fází ontogenetického vývoje člověka. Jednotlivé fáze jsou určeny převládajícími tendencemi vzestupnými (progresivními) či sestupnými (regresními). Období stáří má spíše sestupnou tendenci z důvodu častějšího výskytu nemocí a přidružených problémů. Dle ČEVELY a kol. (2012, s. 19) se jedná o „*projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhající druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými i psychickými.*“

Je všeobecně známo, že obyvatelstvo stárne a zvyšuje se počet lidí v produktivním věku v porovnání s ekonomicky činným obyvatelstvem. To sebou přináší také negativní důsledky. Proces stárnutí naší populace je přímým ukazatelem skutečnosti, že lidský věk se neustále prodlužuje.

Stáří je poslední etapou procesu stárnutí. Nejznámější dělení navržené Světovou zdravotnickou organizací, podle níž členění stáří je dle věkových skupin:

- rané stáří 60-74 let,
- vlastní stáří 75-89 let,
- dlouhověkost 90 a více let (Chadima, 2007, s. 53).

V současnosti je také možné vidět další rozdělení stáří. Je to v závislosti na změně vnímání, prožívání a nástupu stáří a involučních změn.

Dělí se na:

- mladé seniory 65-74 let,
- staré seniory 75-84 let a
- velmi staré seniory 85 a více let.

Někdy se používá také členění seniorů na tzv. kategorii třetího věku, kterou charakterizuje aktivní nezávislý život a čtvrtého věku, kdy dochází k nástupu involučních změn a rozvratu integrity a odkázání se v potřebách na péči druhé osoby (Kalvach in Čevela, 2012, s. 25,26).

Známé je taktéž dělení věku člověka z hlediska užitku pro společnost:

- první věk – předproduktivní – získávání zkušeností a znalostí pro další život
- druhý věk – produktivní – pracovní a sociální funkce ve společnosti
- třetí věk – postproduktivní – penzionování, úbytek pracovních a tělesných sil
- čtvrtý věk – období závislosti – senior vyžadující péči jiných osob (Mühlpahr, 2004).

1.3 Změny ve stáří

Každý člověk se během svého života musí vyrovnat se všemi změnami, které během něj přicházejí. Tělesné změny jsou v období stáří při své velké variabilitě výraznější než psychické, kterých si jako první všimne životní partner, rodina nebo přátelé. Zmenšuje se nám postava a typické jsou výrazné projevy v obličejí. Tento jev má spíše psychologický význam, který nejvíce trápí ženskou část populace, a to z důvodu, že je na první pohled nejviditelnější.

Rozdělení životních změn, které se nás všech týkají, „*někoho dnes, nás zítra.*“

Tělesné změny-nejvýraznější ze změn, které se týkají stárnoucího organismu, postihují především náš pohybový aparát, a týkají se celkového postoje a chůze. Lidé také často trpí změnami v oblasti kardiovaskulárního systému. Stárnutí má vliv na mnoho dalších životních funkcí, jako například na dýchání, termoregulaci a zažívací systém. Zejména se mění činnost žláz s vnitřní sekrecí a dochází k celkové změně na kostře člověka. Ve smyslovém vnímání dochází ke změnám, které mnohdy mohou být problémem.

Psychické změny-pro vznik psychických projevů stárnutí mají vedle sociálních vlivů největší význam strukturální změny v nervovém systému, a to zejména v mozku. Strukturální a

funkční změny nervové soustavy podmíněné fyzickým věkem oslabují celkovou schopnost, koordinaci a regulační vliv centrálního nervového systému na činnost ostatních orgánů. Oslabují adaptační schopnost organismu a senzorické schopnosti. Tyto změny se odrážejí v jednání a ve vlastnostech osobnosti. U každého starého člověka se mění schopnost se učit, proces učení trvá déle a přináší častější chyby. Paměť by měla být zatěžována přiměřeně stáří. Ve vyšším věku se mnohem snadněji zachovávají praktické zkušenosti než ty teoretické. Pokud se zručnosti naučíme v mládí a v průběhu života ji zdokonalujeme, může být zachována navždy. Starší člověk rád získává nové zkušenosti, má více času na přemýšlení a tyto informace jsou pro něj mnohdy významné. Pasivita je škodlivá pro každého, tím více pro stárnoucí osobu. Důležitost tkví v osvojení filozofie udržovat si své zdraví.

Sociální změny-každý člověk, který je v pracovním procesu, je součástí sociální role, která je společenskou jistotou. S odchodem do důchodu se tato situace pro mnohé zcela mění. Snižuje se možnost udržování stávajících sociálních kontaktů a navazování nových. Díky pokroku v medicíně a vědě došlo v posledních desetiletích k prodloužení průměrné délky lidského života. Vzhledem k této skutečnosti, dochází ke zvyšování věku odchodu do důchodu. Stále rostoucí počet starých lidí nás nabádá k zamyšlení o nutnosti řádně se o ně postarat.

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none"> - změna vzhledu - úbytek svalové hmoty - změny termoregulace - změny činnosti smyslů - degenerativní změny smyslů -změny v trávicím systému (trávení, vylučování) - změny vylučování moči - změny sexuální aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> - zhoršení paměti - obtížnější osvojování nového - nedůvěra - snížená sebedůvěra - sugestibilita - emoční labilita - změny vnímání - zhoršení úsudku 	<ul style="list-style-type: none"> - odchod do penze - změna životního stylu - stěhování - ztráta blízkých lidí - osamělost - finanční potíže

Tabulka č. 1: PŘEHLED ZMĚN VE STÁŘÍ (Venglářová, 2007, s. 12)

Je jisté, že změny, které stárnutí přináší, se projevují u každého jedince individuálně a souvisí s jeho osobními charakteristikami. Pokud se k těmto změnám připojí tělesné, smyslové, mentální, či duševní postižení a senior se stává závislým na pomoci jiné osoby, je na místě podpora společnosti, rodiny, přátel a sousedů. *„Porozumění této dimenzi života, která omezuje kvalitu lidského bytí, je cestou vedoucí k nepředpojatému a otevřenému přístupu, který zlepšuje vzájemnou komunikaci a šetří čas a síly“* (Michalík a kol., 2011, s. 182).

To, že kterýkoliv člověk, mladý, starý, je jedno v jakém životním stádiu, prožívá jakékoliv změny, jde o změny, které jsou běžné u všech. Ti, co je vnímají jako pozitivní, stárnou s lehkostí, s tím, jak život plyne, tak je přijímají.

1.4 Kvalita života seniorů

Životní etapy mají své zákonitosti, které následně určují kvalitu a způsob jejího prožívání. Říká se, že: *„Mládí má své plány, střední věk své cíle a stáří lidský úděl“* (Haškovcová, 2010, s. 15).

Život, který každý z nás žije, by měl splňovat všechny podmínky kvalitního a vhodného prostředí, měl by přinášet jednotlivci prospěch a vztahovat tyto faktory taktéž na stáří. V posledních letech svého života si starší lidé zaslouží, aby ho prožili v jistotě, dostatečně kvalitně a přinášel jim potěšení.

Je třeba posilovat status seniora ve společnosti i jeho postavení v samotné rodině a více informovat o problematice stárnutí, stáří a mezigenerační solidarity. Vytvořením vhodného a přirozeného domácího prostředí, akceptování lidské důstojnosti a samostatnosti, to vše může výrazně přispět ke zvýšení kvality života seniorů.

Z pohledu kvality života je pozitivní hodnotící prvek vyjádřen jako předpoklad aktivního rozvíjení lidského potenciálu. Prodlužováním délky života a stárnutím populace narůstá aktuálnost otázek souvisejících s kvalitou života seniorů. Jde o zkoumání a následné ovlivňování těch faktorů, které se týkají procesu stárnutí v kontextu kvality života seniorů.

Bezrozměrnou zkoumanou veličinou může být například rozsah kvality života. Dle WHO se jedná o to, *„jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“* Měřenými indikátory kvality života dle WHO jsou jednotlivé domény.



Schéma č. 1: DOMÉNY KVALITY ŽIVOTA (vlastní zpracování)

Fyzické zdraví-energie a únava, bolest a dyskomfort, spánek a odpočinek. **Psychické zdraví**-pozitivní a negativní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení. **Úroveň nezávislosti**-sebeobsluha, mobilita, práce, každodenní činnosti. **Sociální vztahy**-partnerství, rodina, přátelé, sociální zapojení, sexuální aktivity. **Životní prostředí**-bydlení a okolí, finanční situace, služby, bezpečí, přístup k informacím. **Spiritualita**-osobní víra a přesvědčení, hodnotová orientace (Kováč,2003 in: Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 26).

Kvalitu života seniorů lze hodnotit podle perspektivy vazeb porovnatelnými z hlediska hierarchie potřeb každého člověka. Úzce souvisí s pojmy, jako jsou „*autonomie, soběstačnost, schopnost rozhodování, absence bolesti a utrpení, zachování smyslových schopností, udržení sociálního podpůrného systému, určitý finanční standard, pocit užitečnosti pro jiné, určitý stupeň pocitu štěstí, morálky, identifikace s novými rolami, aj.*“ (Gurková, 2011, s. 167-168). Tyto hodnoty je potřeba vnímat zcela individuálně, každý jedinec ve svém životě považuje za důležité jiné priority.

Existuje mnoho metod a nástrojů měření kvality života. Lze je hodnotit z pohledu samotné osoby, druhé osoby, či kombinací obou. „*Nástroje pro zjišťování kvality života lze členit podle nejrůznějších formálních a obsahových hledisek. Z formálního hlediska se často jedná o sebeposuzovací škály, dotazníky zasílané poštou, strukturované rozhovory v osobním nebo telefonickém kontaktu a škály hodnocené jinou osobou.*“ (Svobodová a kol. 2006, s. 34).

O kvalitně prožitém období stáří uvažujeme mnohdy už ve věku mladistvém, ve věku, kdy naši nejbližší touto etapou již prochází a společně jí čelíme. Mnohdy s nadhledem a

svými představami si uvědomujeme, jakým způsobem bychom si přáli a představovali prožití zmíněného období, které by mělo přinášet pohodu a veškerou oddanost nejbližších. Od státu si podpory jako celistvé ve většině případů představujeme snad velmi zřídka. Vždyť každý z nás je jedincem, který miluje to své a nikdy by, pokud okolnosti dovolí, nemohl přijmout to, že není člověka, který se o něj nedokáže postarat. Tak, jak každý z nás, lidí, kteří uvažují lidsky, je samozřejmostí a úctou tak činit a tyto cenné zkušenosti o kvalitně prožitém seniorském období předávat dál, svým potomkům a lidem nejbližším.

Stává se, že vlivem zhoršeného zdravotního stavu již není senior sám nebo za pomoci svých blízkých schopen zabezpečovat své potřeby. V těchto případech může využít širokou škálu sociálních služeb a to terénní, ambulantní nebo pobytové.

Shrnutí

Seznámili jsme se s osobností seniora, jeho charakteristickými individualitami, vlastnostmi a rysy, které náleží k období stáří. Vymezili jeho periodizaci a celkové změny, se kterými se v této životní etapě setkává, a které tento proces ovlivňují nejen ve zmíněné kvalitě života seniorů.

2 SLUŽBY PRO SENIORY

V České republice se od vstupu do Evropské unie věnuje zvýšená pozornost v péči o seniory. Snahou celé společnosti je umožnit této skupině obyvatel žít důstojným stářím. Cílem sociální politiky je deinstitucionalizace sociálních služeb, důraz je kladen na rozšíření sociálních služeb v přirozeném prostředí seniora. Rozvoj terénních a ambulantních služeb můžeme sledovat v rámci KPSS v krajích. Zřizovatelé sociálních služeb se snaží seniorům vyjít vstříc, nabízejí široké spektrum služeb od terénních, ambulantních až po pobytové, které při poskytování péče vycházejí z principů Listiny základních práv a svobod.

2.1 Legislativa

Základem při poskytování jakékoliv sociální služby seniorům a ostatním občanům je ochrana jejich práv. V České republice hájí práva občanů *Listina základních práv a svobod*, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Listina základních práv a svobod vznikla v roce 1991, jako ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění Ústavního zákona. Práva seniorů jsou hájena stejným měřítkem jako práva všech obyvatel. Listina základních práv a svobod zaručuje integritu soukromí seniora, svobodu a rovnost všech osob, právo na zachování osobní cti, jména a dobré pověsti. Stát má povinnost chránit seniora a jakékoliv omezení jeho svobody je nepřijatelné. Senior má právo na ochranu soukromí včetně rodinného života, do kterého nesmí být zasahováno. Podle Listiny základních práv a svobod má senior právo na nepostradatelnou pomoc, nezbytnou pro zajištění základních životních podmínek. Listina vymezuje právo každého občana na ochranu svého zdraví, bezplatnou lékařskou péči a náležité zdravotní prostředky stanovené zákonem (Křenková, 2008, s. 8).

Základním a nejvyšším zákonem České republiky je spolu s listinou základních práv a svobod *Ústava České republiky*. Zákon byl přijat jako ústavní zákon Českou radou v roce 1992 a v české Sbírce zákonů byl publikován pod č. 1/1993 Sb. V lednu 2014 nabyl účinnosti *Občanský zákoník*, který nahradil československý občanský zákoník z roku 1964 a další zákony.

Hlavní z právních pilířů je *Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů* ze dne 14. 3. 2006. Účinností dne 1. 1. 2007 patří mezi veřejné právo, slouží k nezbytnému zabezpečení pomoci a podpoře lidem v nepříznivé sociální situaci. Zabezpečení pomoci nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života. Tento

zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách (Zákon č. 108/ 2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů).

Podle zmíněného zákona dělíme základní sociální služby na:

Sociální poradenství- základní a odborné. **Sociální péči** – napomáhající uspokojit objektivně uznané potřeby sociální, hmotné a psychické, např. pečovatelská služba, tísňová péče, osobní asistence, odlehčovací služby, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. **Sociální prevenci** - např. tlumočnické služby, aktivizační služby pro seniory, telefonní krizová pomoc, služby následné péče, krizová pomoc, kontaktní centra, sociální rehabilitace.



Schéma č. 2: ZÁKLADNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY (vlastní zpracování)

Dále je dělíme podle formy poskytování sociálních služeb na:

Terénní - služba je uživateli poskytována v jeho přirozeném sociálním prostředí (byt), na ulici apod. (např. streetworking, pečovatelská služba, osobní asistence). **Ambulantní** - uživatel dochází do zařízení poskytujícího sociální služby, nebo je do nich doprovázen, dopravován. Součástí této služby není ubytování (např. poradenství, odlehčovací služby, denní stacionáře). **Pobytové** - uživatel v zařízení poskytujícím sociální služby je ubytován, tyto služby jsou pro osoby se sníženou soběstačností zvláště z důvodu věku a jejich situace vyžaduje pomoc jiné osoby (např. domov pro seniory, domov se zvláštním režimem).

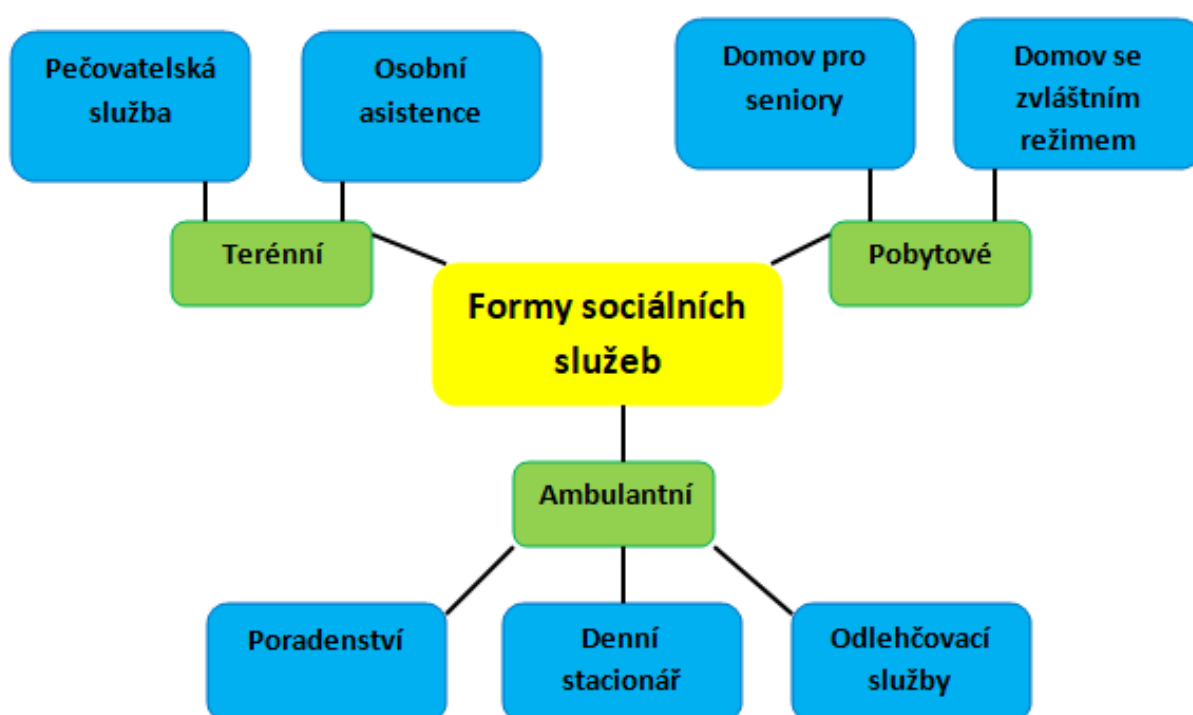


Schéma č.3: FORMY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (vlastní zpracování)

Pobytové služby poskytují ubytování (úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení), poskytování stravy (celodenní v min. rozsahu 3 hlavních jídel), pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro tuto hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů (Zákon č. 108/ 2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů).

Vyhláška 505/2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů stanoví obsah 15 standardů kvality sociálních služeb, potřebných k registraci.

PROCEDUÁRNÍ
1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
PERSONÁLNÍ
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců
PROVOZNÍ
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

Tabulka č. 2: STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (Vyhláška č. 505/2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů)

Obsahem každého standardu jsou kritéria, která se dělí na zásadní a další. Naplnění zásadních kritérií jsou pro poskytovatele povinná a musí být realizována v plné míře. Další kritéria slouží jako doplněk a jsou nad rámec. Povinnost pro ně tedy nevyplývá (Malíková, 2011, s. 70).

Vyhláškou č. 306/2012 Sb, ve znění pozdějších předpisů Ministerstvo zdravotnictví České republiky upravuje podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz ústavů sociální péče a zdravotnických zařízení.

2.2 Sociální dávky

Sociálními dávkami je řešena podpora osob, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Dávky jsou přiznávány osobám, které splní zákonem předepsané podmínky. Uvedeme tři příspěvky pro osoby seniorského věku a osoby se zdravotním postižením. Stručně objasníme nárok na průkaz pro osoby se zdravotním postižením.

Příspěvek na péči je dávkou sociální péče, která je určena ke krytí nákladů na sociální služby. Osobám, které plně nebo částečně nedokáží uspokojovat své potřeby a potřebují pomoc od jiné fyzické osoby. Podmínky pro poskytování zmíněného příspěvku jsou upraveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. Žadatelem může být pouze občan České republiky s českým státním občanstvím nebo s povolením k pobytu. Žádost lze podat na každé krajské pobočce Úřadu práce. Míra závislosti na pomoci a dlouhodobě nepříznivý stav má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než jeden rok a jenž omezuje osobu v důležitých schopnostech pro zvládnání základních životních potřeb. Základní životní potřeby, při nichž osoba potřebuje pomoc, nebo dohled, jsou podle zákona stanoveny v 10 bodech následovně: mobilita, komunikace, stravování, tělesná hygiena, oblékání a obouvání, orientace, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.



Schéma č. 4: ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY (vlastní zpracování)

Splnitelnost těchto bodů hodnotí sociální pracovníce z Úřadu práce při sociálním šetření v přirozeném prostředí žadatele. Z šetření sepiše zprávu pro Okresní správu sociálního zabezpečení. Samotné stanovení stupně závislosti je na posudkovém lékaři, který ho vyhodnotí ze zprávy sociální pracovníce, lékařské zprávy, nebo osobního vyšetřením žadatele o příspěvek na péči. Ze získaných informací odešle posudek s návrhem stupně závislosti na kontaktní pobočku Úřadu práce, který vydá rozhodnutí a písemně o něm informuje žadatele. Pokud s ním žadatel nesouhlasí, má možnost podat odvolání, které následně řeší Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Stupeň závislosti se stanovuje podle následující tabulky:

STUPEŇ ZÁVISLOSTI	
I.	nesplnění 3-4 úkonů
II.	nesplnění 5-6 úkonů
III.	nesplnění 7-8 úkonů
IV.	nesplnění 9-10 úkonů

Tabulka č. 3: STUPNĚ ZÁVISLOSTI

Výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc:

STUPEŇ ZÁVISLOSTI	
I.	880.- Kč
II.	4 400.- Kč
III.	8 800.- Kč
IV.	13 200.- Kč

Tabulka č. 4: FINANČNÍ VÝŠE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

Příspěvek na péči je vyplácen měsíčně Úřadem práce, který je příslušný k rozhodnutí příspěvku. Hospodařit s příspěvkem je oprávněn pouze příjemce, je na něm, jakým způsobem s finančními prostředky naloží v souladu s jeho povinnostmi jako žadatele. Je povinen využívat příspěvek na zajištění potřebné pomoci asistentem sociální péče, osobou blízkou, poskytovatelem sociálních služeb nebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu (Zákon č. 108/ 2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů).

Příspěvek na zvláštní pomůcku může podle zákona 329/2011 Sb, ve znění pozdějších předpisů získat osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení, těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání zmíněného příspěvku. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se podle poznatků lékařské vědy považuje trvání stavu 1 rok nebo delší. O příspěvek na zvláštní pomůcku se žádá na kontaktních pracovištích Úřadu práce České republiky dle místa trvalého bydliště.

Příspěvek poskytovaný na pořízení speciálního zádržného systému nebo na motorové vozidlo má nárok osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžkou či hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání zmíněného příspěvku.

Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcky jsou, že osoba je starší 3 let pro poskytnutí motorového vozidla nebo pro úpravu bytu, 15 let pro vodícího psa a 1 rok pro všechny další pomůcky. Dále, pokud žadatel pomůcku může využívat a umožní mu sebeobsahu nebo ji potřebuje k získání informací a ke styku s okolím. Podmínkou je také, pokud je pomůckou motorové vozidlo, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a že je schopna řídit motorové vozidlo nebo je schopna být jím převážena. Vyhláška 388/2011 Sb, ve znění pozdějších předpisů obsahuje seznam typů a druhů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena. Některé pomůcky nemusejí být ve vyhlášce uvedeny, ale přesto se na ně příspěvek poskytuje, a to za podmínky, že jí krajská pobočka Úřadu práce považuje za srovnatelnou s uvedenou pomůckou ve vyhlášce. Žadatel se finančně podílí na zaplacení pomůcky. Výše spoluúčasti se odvíjí od příjmů rodiny žijící ve společné domácnosti, není do nich započítáván příspěvek na péči (<http://portal.mpsv.cz/soc/dzpp/pomucka>).

Příspěvek na mobilitu slouží k pomoci žadateli, který není sám schopen zvládat základní životní potřeby především v oblasti orientace a pohyblivosti. Mobilitu, jako základní životní potřebu, člověk zvládá, pokud si například dokáže sednout, stát, vstát, pohybovat se,

zvládne běžné dopravní prostředky. Orientační schopnosti považujeme za poznání a rozeznání sluchem i zrakem, orientací v čase, osobě a místě. Tyto schopnosti se stejně posuzují společně s dalšími osmi také při žádosti o příspěvek na péči. Pokud již žadatel rozhodnutí o příspěvku na péči má, odvíjí se vše od něj.

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší 1 roku:

- která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P
- opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována za úhradu
- nejsou ji poskytovány pobytové sociální služby (v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem, v domově zdravotním postižením nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče) z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek přiznán osobě i v těchto případech
- příspěvek nenáleží osobě, pokud jí je po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.

O přiznání příspěvku rozhodují krajské pobočky Úřadu práce České republiky. O možném odvolání v případě zamítnutí žádosti rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Měsíční výše dávky je 550.- Kč. Vyplácí se tzv. zpětně, to znamená do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který náleží. Na žádost příjemce může být příspěvek na mobilitu vyplácen jednou splátkou vždy za 3 kalendářní měsíce, za které náležel(<http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>).

Průkaz osoby se zdravotním postižením má podle zákona 329/2011 Sb, ve znění pozdějších předpisů, osoba starší jednoho roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace. Vlastník průkazu má mnohé výhody, které se odvíjí podle jeho typu, ty rozlišujeme do tří variant na průkaz TP pro osoby s těžkým zdravotním postižením, ZTP pro osoby zvláště těžce postižené a průkaz ZTP/P pro osoby zvláště těžce postižené s potřebou průvodce. Řízení o přiznání průkazu pro osoby se zdravotním postižením se zahajuje na základě žádosti podané na příslušném kontaktním pracovišti Úřadu práce, je závislé na přiznaném příspěvku na péči, příspěvku na mobilitu nebo zcela samostatně. **Průkaz TP** – má na něj nárok osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra zdravotním, závislá na pomoci jiné osoby v I. stupni závislosti. Může využívat vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích a má přednost při osobním projednávání své záležitosti.

Průkaz ZTP - má na něj nárok osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra, závislá na pomoci jiné osoby ve II. stupni závislosti. Uplatňují výhody předešlého průkazu. Dalšími výhodami je bezplatná doprava pravidelnými spoji místní veřejné dopravy osob (autobus, tramvaj, trolejbus, metro) a slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a autobusové dopravě. **Průkaz ZTP/P** - má na něj nárok osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra, závislá na pomoci jiné osoby ve III. a IV. stupni závislosti. Kromě výhod uvedených výše mají bezplatnou dopravu průvodci a vodící psi, pokud je osoba úplně nebo prakticky nevidomá.



Schéma č. 5: PRŮKAZY (vlastní zpracování)

Držitelům průkazu ZTP nebo ZTP/P a jeho průvodci může být poskytnuta sleva ze vstupného na filmová, divadelní představení, koncerty nebo jiné sportovní a kulturní akce (<http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/prukaz>).

2.3 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní služba poskytována seniorům a těžce zdravotně postiženým občanům, kteří z důvodu zdravotního stavu, věku, ztráty soběstačnosti nemohou obstarat domácnost a další životní potřeby. Jejich zdravotní stav je natolik nepříznivý, že potřebují ošetření jinou osobou. Cílem služby je zajistit základní životní potřeby klientů, podporovat samostatný život v domácnosti a snažit se o oddálení umístění do ústavní péče (Hrozenská, M. a D. Dvořáčková, 2013, s. 62–63).

Pečovatelská služba je služba sociální. Rodiny o ni žádají ve chvíli, kdy nemohou pomoci vlastními silami. Pro obce je pečovatelská služba základním prostředkem pro prevenci sociálního vyloučení seniorů, osob se zdravotním postižením a rodin ve výjimečné a mimořádné situaci. Klienti tak mohou díky pečovatelské službě žít nezávisle. Bez poskytování jiných navazujících služeb by však pečovatelská služba nemohla být účinně poskytována (Kolektiv autorů, 2010, s. 41).

Posláním pečovatelské služby je pomoc a podpora občanům odkázaným na jinou fyzickou osobu žít v důstojných podmínkách v domácím prostředí při zachování maximální možné míry soběstačnosti. Řídí se především zákonem č. 108/2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů.

Služba je poskytována na základě dobrovolného rozhodnutí klienta, vychází z jeho individuálních potřeb a přání, aby poskytováním služby docházelo k naplňování individuálních cílů. Vykonávání smluvních úkonů je přizpůsobeno chodu domácnosti, životnímu stylu a způsobu jeho života.

Jednání se zájemcem o službu je jeden z prvních kroků budoucí spolupráce mezi poskytovatelem a zájemcem o sociální službu. Je třeba poskytnout dostatečné a srozumitelné množství informací. Zájemce si může k jednání přizvat své blízké osoby dle vlastní vůle. Ideální je, pokud jednání probíhá v domácím prostředí klienta, aby mohly být projednány i praktické aspekty při budoucím poskytování služby. Například služby spojené s poskytnutím pomoci a podpory při přípravě jídla a pití, osobní hygieně a péči o domácnost (Kolektiv autorů, 2010, s. 234-237).

V průběhu jednání by mělo být přihlíženo také i k sociální situaci klienta, zda a jak doposud byla poskytována pomoc, zda byla zapojena do péče rodina a jaké jsou její možnosti. Sociální služba by měla péči odlehčit, ne však zbavit morální povinnosti pomáhat dále (Kolektiv autorů, 2010, s. 239).

Forma a tempo jednání musí být přizpůsobeno stavu a schopnostem zájemce, je třeba zvolit individuální způsob jednání, neboť nejčastějšími příčinami snížené komunikace jsou smyslové a sluchové postižení zájemce o službu (Kolektiv autorů, 2010, s. 243).

Při jednání o službu může dojít také k odmítnutí poskytovat službu, a to jen na základě určitých stanovených podmínek, které mohou ohrozit na bezpečnosti a zdraví pracovníka pečovatelské služby, nebo provozovatel neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá anebo nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí služby (Kolektiv autorů, 2010, s. 244).

Etika v práci pečovatele vychází z ošetrovatelské etiky, zabývá se vztahy a postoji ke klientům a vzájemnými vztahy mezi spolupracovníky. Cílem ošetrovatelské etiky je humanizace a zlepšení mezilidských vztahů, pravidla chování a jednání při pečovatelských výkonech a vhodným způsobem usilovat o uspokojení psychických, sociálních, kulturních, duchovních a jiných potřeb klientů. Pečovatel poskytuje svým klientům služby na základě etických norem tak, aby osobám nezpůsobil bolest, utrpení či jinou újmu. S nejlepším vědomím a svědomím provádí činnosti, za které nese odpovědnost. Povinností pečovatele je předcházet nemocem, podporovat a navracet zdraví a zmírňovat utrpení.

Etické normy pečovatele lze shrnout do několika bodů:

- Pečovatel respektuje každého jednotlivce jako jedinečnou lidskou bytost, která má hodnotu a důstojnost.
- Pomáhá dosáhnout a udržovat co nejvyšší stupeň zdraví, soběstačnosti a schopnosti udržet zdraví na optimální úrovni.
- Snaží se minimalizovat možné nebezpečí a udržovat bezpečné prostředí pro klienta.
- Při své práci využívá vědecké poznatky.
- Vykonává vhodné úkony, které pomáhají k uzdravení, nebo přispívají k důstojnému umírání.
- Hodnotí poskytovanou péči podle subjektivního a objektivního stavu klienta.
- Pomáhá klientům zvyšovat sebeobsluhu a schopnost sebezpěče.
- Sleduje celkové změny zdravotního i sociálního stavu (Mlýnková, 2010, s. 22 – 26).

Úhrada za pečovatelské služby je hrazena za základní činnosti uvedené ve smlouvě mezi klientem a poskytovatelem, podle stanovené maximální výše z vyhlášky č. 505/2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů.

Základní činnosti při poskytování pečovatelské služby se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, kterou tvoří pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík. **Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu**, která se týče pomoci při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC. **Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy**, obsahující zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, dovoz nebo donáška jídla, pomoc při přípravě jídla a pití, příprava a podání jídla a pití. **Pomoc při zajištění chodu domácnosti**, kterými jsou běžný úklid a údržba domácnosti, pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování, donáška vody, topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení, běžné nákupy a pochůzky, velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti, praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy, praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy. **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**, kterou tvoří doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, pokud poskytování těchto úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí, 170 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, 75 Kč za oběd, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy (Vyhláška č. 505/ 2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů).

2.4 Zdravotnické služby pro seniory

Zdravotnické služby pro seniory upravuje Zákon č. 372/2011 Sb, ve znění pozdějších předpisů o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Podle zákona dělíme zdravotnické služby dle naléhavosti na akutní, neodkladnou, nezbytnou a plánovanou. Zdravotní služby můžeme rozdělit také na ambulantní, terénní a pobytové.

Zdravotní stav ovlivňuje dostupnost zdravotnických služeb. Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče (Čevela et al., 2014, s. 221).

- **Ambulantní zdravotnické služby**

Podle zákona č. 372/2011 Sb, ve znění pozdějších předpisů o zdravotních službách můžeme ambulantní péči dělit na primární a specializovanou. Primární ambulantní péče je preventivní, diagnostická, léčebná a posudková. Specializovaná ambulantní péče se poskytuje v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče. Zdravotní péči pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče, je poskytována stacionární péči.

Primární lékařskou péči poskytuje praktický lékař pro dospělé, diagnostikuje a doporučuje léčbu a odbornou péči. **Specializovanou odbornou péči** poskytují odborní lékaři jednotlivých oborů.

- **Terénní zdravotnické služby**

Jde o služby domácí, rehabilitační a paliativní péče. Poskytované lékaři a zdravotnickými pracovníky v přirozeném prostředí pacienta.

Domácí péče (Home Care) domácí péči definovala HANZLÍKOVÁ ve své knize Komunitní ošetřovatelství „jako péči poskytovanou člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí“ (Hanzlíková, 2004, s. 247). Poskytují ji agentury domácí péče, zahrnuje tři druhy, a to zdravotní, sociální a laickou péči. Cílem je klientovi a jeho rodině pomoci dosáhnout tělesného, sociálního a duševního zdraví. V České republice je domácí péče poskytována v pěti formách: **Akutní domácí péče** je určena pro krátkodobé akutní onemocnění, které nevyžaduje hospitalizaci, například v poúrazovém či pooperačním stavu, neurologickém, urologickém nebo kardiovaskulárním onemocněním. **Dlouhodobá domácí péče** je nejvíce

využívanou formou, určena pro chronicky nemocné klienty, např. s cukrovkou, roztroušenou sklerózou, duševními poruchami, po mozkových příhodách nebo ochrnutí klienti. **Preventivní domácí péče** je určena pro klienty, kterým ošetřující lékař nařídí pravidelnou kontrolu zdravotního a duševního zdraví. **Hospicová domácí péče** je formou zdravotní péče, která je soustředěna na podporu důstojného umírání v kruhu rodiny, tišení bolesti a další průvodní jevy terminální fáze nevléčitelné nemoci. **Jednorázovou domácí péčí ad hoc** tvoří jednorázové odborné výkony, prováděné sestrami agentur, například odběr biologického materiálu nebo aplikace injekce.

Rehabilitační péče má za cíl co nejvíce přiblížit zdravotní stav seniora optimálnímu a původnímu stavu. Pokud je senior pohyblivý, snižuje se z velké části riziko zhoršování zdravotního stavu, úbytku svalové hmoty, potíže s metabolismem a riziko dekubitů.

Paliativní péče je poskytována pacientům nevléčitelně nemocným v terminálním stádiu s prognózou několika měsíců. Cílem péče je pacientům pomoci udržet kvalitu života a uspokojit jejich psychické, sociální a duchovní potřeby (Zákon č. 372/2011 Sb, ve znění pozdějších předpisů).

- **Pobytové zdravotnické služby**

Pobytové zdravotnické služby jsou poskytovány v rámci hospitalizace pacienta. Jde o geriatrické nemocniční oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných a hospic. HAŠKOVCOVÁ uvádí, že by měl mít „každý člověk možnost rozhodovat o sobě nejen ve zdraví, ale i v nemoci. Přestože v praxi mají někteří senioři sníženou schopnost tak činit, měla by být vždy jejich, jakkoli omezená, vůle brána v úvahu“ (Haškovcová, 2012, s. 56).

Geriatrické nemocniční oddělení umístěné přímo v areálu nemocnic zajišťuje veškerou ošetrovatelskou péči o seniory. Jde o obor vyžadující mezioborovou spolupráci například s rehabilitací, hematologií, neurologií, psychiatrií a logopedií. **Léčebna dlouhodobě nemocných** neboli **LDN** zajišťuje péči pacientovi, jehož zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici, ale není jej možno propustit do domácího prostředí. Tato péče je dlouhodobá, určená k doléčování a ošetrování pacientů. Pacienti této služby jsou převážně již starší nemocní senioři, neschopní jakékoliv sebeobsluhy. **Hospic** je pobytová služba pro těžce nemocné a nevléčitelné pacienty, poskytuje paliativní péči. Jejím cílem je v posledním stádiu života umožnit důstojné umírání a zlepšit kvalitu života, především odstraňováním nebo alespoň snižováním projevů nemoci, především bolesti. Služba pacientovi umožňuje

intenzivní kontakt s nejbližšími. KÜBLER-ROSSOVÁ definuje hospic jako „zařízení, v němž skupina lidí pomáhá těm, kdo už jsou na sklonku života a nepotřebují ani tak lékařskou pomoc jako spíš lásku a důstojnost a možnost dočkat se důstojného konce bez bolesti“ (Kübler-Rossová 2013, s. 70).

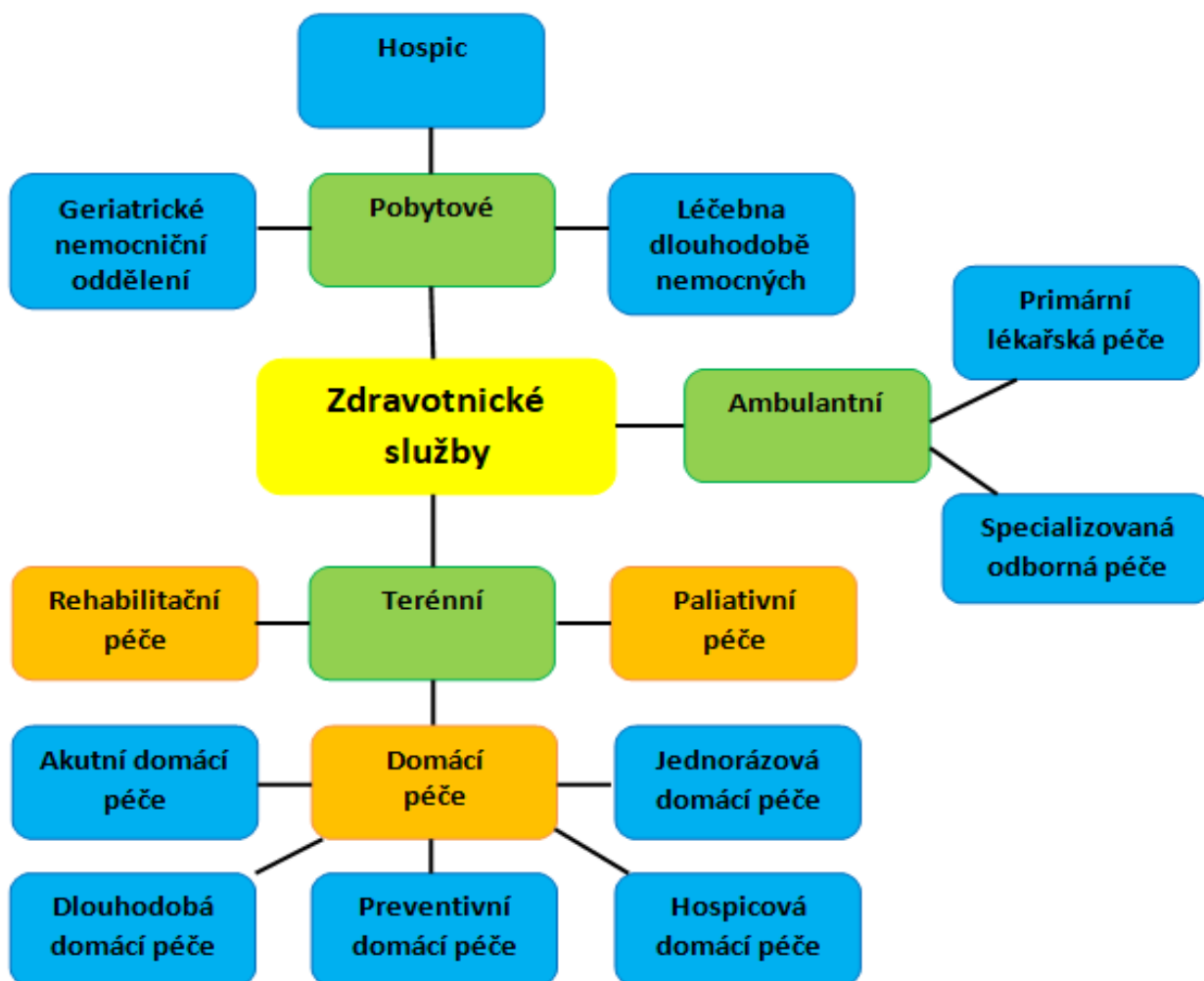


Schéma č. 6: ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY (vlastní zpracování)

Sociální a zdravotní péče jsou odvětvími, která se doplňují a v řadě ohledů i vzájemně ovlivňují. Osoby, které potřebují sociální pomoc, jsou také často osobami, které vyžadují odbornou zdravotní péči. Jedno ze základních sociálních práv člověka v České republice je právo na ochranu zdraví, které má podle Listiny základních práv a svobod článku 31 každý občan. Občané také mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon o veřejném zdravotním pojištění. Důležitým principem Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti je rovná dostupnost zdravotní péče. Mezi hlavní cíle zdravotní péče patří – podporovat a uchovávat

pevné zdraví, obnovit zdraví a chránit lidi před utrpením a nadměrnou zátěží (Tomeš, 2001, s. 175-185).

Senioři chtějí být co nejdéle soběstační, pokud jimi již nejsou a upřednostňují domácí péči. V těchto případech jim jsou nabízeny zmíněné služby, které seniorům pomohou uspokojit jejich lidské potřeby a zkvalitní celkový život. Poskytované služby nepomáhají pouze jim, ale také jejich pečovateli a celé jeho rodině při tak náročné péči.

Shrnutí

Přiblížili jsme sociální služby, které jsou poskytovány především k prevenci vzniku nepříznivé sociální situace. Definovali jsme podrobněji pečovatelské a zdravotnické služby pro seniory. Charakterizovali legislativní rámec sociálních služeb a uvedli využitelné sociální dávky.

3 PÉČE O SENIORA V RODINĚ

Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku, jistotu a zázemí. V seniorském věku znamená záruku pomoci po stránce psychické a fyzické. Rodinné soužití se starým člověkem je o uvědomění si, že jeho duševní a tělesný stav se mění podle životních podmínek a situací, které starý člověk prožívá. Nejlepším pomocníkem při stárnutí je láska a milující rodina. „*Péče ... je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne*“ (Millwarddle Jeřábek, 2005, s. 10).

Převážně jde o péči vykonávanou rodinnými příslušníky nebo velmi blízkými lidmi, se kterými má starý člověk silné sociální vazby. „*Původně byla péče o zestárlé nebo jinak bezmocné členy rodiny přirozeně integrována do rodinného života, aniž by byla vnímána odděleně od jiných povinností a činností v domácnosti, a aniž by se lidé vnímali jako pečovatelé*“ (Hubíková, 2012, s. 114).

Význam rodiny a domova je nenahraditelný. Žádné sociální zařízení a sociální služby nedokážou plnohodnotně nahradit starému člověku domov a rodinu.

3.1 Osobnost pečovatele

S pojmem osobnost se setkáváme velmi často, je chápán jako vlastnost výjimečného člověka, který vykonal něco, čím si ho ostatní lidé považují. Každý člověk je svým způsobem originální osobností, individuálně v něčem vyniká. Vývojová psychologie studuje vývoj jedince v průběhu celého života. Pojem vývoj se často označuje jako vzestupný, progresivní pohyb jako například růst. Pod pojmem duševní vývoj musíme shrnout nejen vzestupné, ale i sestupné změny, jako například změny, které vyplývají z důvodu stárnutí. Čím je člověk starší, tím se hůř učí novým věcem, ale důsledkem dřívějšího učení a ze zkušeností často reaguje moudřeji než mladý člověk. Vývoj osobnosti není zráním jako samovolný proces, ale představuje výsledek interakce vnitřních činitelů, a to jak vrozené, dědičné a vnější. Jsou to různé vlivy či biologické nebo sociální, které utvářejí psychiku a osobnost, jež jsou u jednotlivých osob jiné, rozdílné, a proto je každá osobnost jedinečná.

VÁGNEROVÁ poukazuje na osobnost jako na „*komplexní a relativně stabilní systém, který funguje jako celek a skládá se vzájemně propojených somatických a psychických vlastností a projevuje se na různé podněty situací, resp. v interakci s nimi*“ (Vágnerová, 2010, s. 13).

Osobnost je jako „otevřený živý systém, který se vyznačuje určitou dynamickou organizací s určitým programem činností a určitým záměrným chováním reaktivního a aktivního typu“ (Nákonečný, 2013, s. 114-115).

Z výzkumu pro Charitu České republiky, který provedla společnost ppm factum vyplývá, že 59 % dotázaných má pozitivní přístup k rozhodnutí pečovat o své blízké. Opačné negativní rozhodnutí vnímá 20 %. Stejný podíl nedokáže na tuto otázku odpovědět. Celkem 62 % Čechů si přeje strávit stáří v domácím prostředí a stejnou představu mají i k zajištění péče o své rodiče. Nejčastěji to jsou ženy celkově 53 %, ale také muži 37 % (<http://www.charita.cz/res/archive/021/002460.pdf?seek=1475845771>).

DUDOVÁ uvádí péči o seniora jako genderovou a dceru v rodině s největší pravděpodobností jako poskytovatelku péče nesoběstačným rodičům (Dudová, 2015, s. 24). Ženy pečovatelky jsou již mnohdy v období, kdy dochází k poklesu mateřských povinností, které jsou nahrazeny povinnostmi péče o staré rodiče. Stárnoucí žena je v pozici, která většinou získává od své matky bez ohledu na sociokulturní příslušnost. V této pozici udržuje rodinné kontakty, vazby a vztahy a podporuje mezigenerační solidaritu. Toto chování od ní bývá očekáváno (Putneya Bengtson, 2001, in Vágnerová 2007).

Všeobecné znaky osobnosti popisují BEDRNOVÁ a NOVOTNÝ, podle kterých představuje každý ze znaků základ pro popis prvků osobnosti.

JEDINEČNOST	Osobnost je to, co člověka psychologicky odlišuje od ostatních.
SOUHRNOST A JEDNOTA	Osobnost je souhrnem psychologických prvků, substruktury, které spolu tvoří nedílnou jednotu (celek).
RELATIVNÍ STÁLOST	Osobnost je to psychické v člověku, co je relativně stále a co umožňuje předpovídat chování člověka v určité situaci.
PŘIZPŮSOBENÍ A VÝVOJ	Osobnost je nepřetržitým procesem, způsobem, kterým se vyrovnává se změnami podmínek v sobě a ve svém prostředí.

Tabulka č. 5: VŠEOBECNÉ ZNAKY OSOBNOSTI (Bedrnová, Nový, 2002, s. 47)

Osobní péče je jednou z nejnáročnějších. Poskytování mnohdy vyžaduje nezbytnou a nepřetržitou přítomnost pečující osoby, vše se odvíjí individuálně podle potřeby. Jde o poskytování osobní hygieny, včetně toalety, zvedání, převážení, polohování, podávání stravy, léků a jiných každodenně opakujících činností. Pečovatel, který vykonává péči o svého nejbližšího, je osobností, pokud to pro něj není jen práce ale samozřejmost. Je tím, čím ho vychovali ve velké míře rodiče, ale nejen oni mají zásluhu na vytváření jeho osobnosti. To, že člověk dokáže uchopit skutečnost potřeby pečovat za svou a jde jí vstříc, to ho dělá osobností. Titul osobnost pečovatele nezíská na žádné škole, nenaučí se pro něj z knih, ale má ho v srdci. Je výjimečný, mnoha autory definován. Osobností se stává ten, kdo neví, že jí mnohdy je, dělá to, co je správné, ne podle naučených pouček, ale podle svých citů. Citů neodlučitelných od rodinného života, kam patří ti nepostradatelní. Pečovatel je pokládán za osobnost okolím, mnohdy těmi, kteří zažili to samé. Lásku a porozumění, empatii a vcítění se do těch, co k nám patří, těch nejbližších a těch, co v něm probudili to nejcennější, ochotu, vstřícnost, zodpovědnost, odhodlanost, vytrvalost. Nelze slovy popsat vše, ale je to to, co vykonává pro lidi, na kterých mu velmi záleží. Nebere to tak, že je to jeho povinností, ale poctou. Zajisté jsou chvíle, kdy už nemůže, ale pokud má oporu a podporu ve svých nejbližších, je vše mnohem jednodušší. Mnohdy jde o roky, měsíce, někdy pouze o dny, ale to, co člověk dokáže udělat pro druhé, je téměř nad lidské chápání. Chápání těch, co nikdy nezažili pocit pevné sounáležitosti, nepocítili pocit, který může být dán pouze darem od těch nejbližších, chtít a vést svá rozhodnutí k tomuto cíli, být osobností pro ty, kteří milují.

3.2 Vliv na rodinu pečovatele

Péče o seniora v domácím prostředí je poměrně velmi namáhavá z hlediska fyzického a psychického. Pro rodinné příslušníky se stává frustrující, hlavně v případech, pokud se zdravotní stav seniora i přes veškerou péči zhoršuje. V mnoha případech se u něj současně mění psychika, což může představovat pro celou rodinu větší zátěž psychickou než fyzickou.

Podle PŘIBYLA je *„rodina pro seniory (i pokud žijí v domově pro seniory) nejvýznamnější prioritou, a to i tehdy, jsou-li vztahy v rodině narušeny. Chtějí setrvat ve svém prostředí, zároveň však nechtějí být rodině na obtíž“* (Příbyl, 2015, s. 58).

Každý senior není ztělesněním trpělivosti a vyrovnanosti, u některých se může objevovat zlost, agresivita, podezřívavost, až šikana. *„S přicházejícím věkem může dojít ke zintenzivnění některých povahových rysů. Psychické změny ve stáří bývají laicky označovány*

jako zhoršení povahy, do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti“ (Venglářová, 2007, s.16).

To, zda se rodina rozhodne o svého člena pečovat sama, nebo jej svěřít do péče sociálního zařízení, závisí především na hodnotách a etických normách, které jsou jí vlastní, tedy na rodinném kodexu (Reiss, in Matoušek, 1997, s. 41).

Rodina je pro každého člověka místem, kde nachází pocit bezpečí, lásky, útěchu v zátěžových situacích, povzbuzení a také podporu. Se vstupem nemoci či postižení se mění určitým způsobem životní styl rodiny, poněvadž musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. Rodina získává nové sociální postavení, spíše klesá na společenském žebříčku, což přináší různá omezení a vzdání se některých věcí, které pro ni do té doby byly běžné. Z těchto důvodů se také mění její chování, a to nejen v rámci rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti. Rodinní příslušníci se mohou chovat jiným způsobem než jak bylo obvyklé dříve. Mohou se od společnosti izolovat. Důvodem těchto změn chování jsou obranné mechanismy, které pečujícímu umožňují vyrovnávat se ze zátěží, s cílem znovuzískání psychické pohody a rovnováhy (Vágnerová, 2004, s. 56).

Podle TOŠNEROVÉ péče o seniora přináší pocit rodinné sounáležitosti, pocit uspokojení a nenahraditelnou životní zkušenost. K poskytování neformální péče je důležité, aby si pečovatel nebo pečující rodina stanovili limity toho, co jsou schopni sami dokázat a k čemu budou potřebovat odbornou pečovatelskou pomoc (Tošnerová, 2001, s. 5).

Pečující osoba (většinou žena) se může dostat do situace, kdy se stará o své stárnoucí a nemohoucí příbuzné, o své děti nebo vnoučata a zároveň chodí do zaměstnání. Zajistit souběh všech těchto činností je velmi náročné a dlouhodobě vyčerpávající. Pečující jsou časem nuceni omezit a přeorganizovat nejen pracovní a každodenní aktivity, ale také svůj volný čas. V této souvislosti se používá pojem sendvičová generace, kterým jsou označovány osoby pečující najednou o více generací. Generaci svých rodičů a také vlastních dětí (Tošnerová, 2001, cit. podle Svobodová, 2010, s.192).

Slovník sociální práce (Matoušek, 2003, s. 187) prezentuje rodinu v užším pojetí jako skupinu lidí, která je spojena pokrevními nebo právními vazbami. V širším pojetí pak jako skupinu lidí se vzájemnou náklonností. Moderní společnost přeměnila širokou rodinu v nukleární. V nukleární rodině žijí manželé a jejich děti. O rodině rozšířené hovoříme v případech, že v jedné domácnosti žijí kromě obou rodičů a jejich dětí i další blízcí příbuzní. Mohou to být prarodiče, bratři a sestry, tety, synovci apod. (Giddens, 1999, s. 156-157).

Pomoc starému člověku v rodině je založena na poutu solidarity nebo jinak řečeno, vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje. Sociální situace,

do níž se rodina dostává a v níž se rozhoduje pro pomoc starému členu rodiny, který se o sebe nemůže postarat sám, je emocionálně vypjatá a často vyžaduje rozhodování i přizpůsobování situaci péče. Sociální soudržnost pečující rodiny je zároveň podmínkou péče o starého člověka v rodině i výsledkem takové rodinné péče (Jeřábek a kol., 2005, s. 7).

Joan Tronto upozorňuje na 4 fáze péče:

- zajímat se – uvědomění si, že péče je nezbytná, předpokládá identifikaci s potřebami druhých
- vlastní péče – uvědomění si určité odpovědnosti za uspokojení potřeby či požadavku
- poskytování péče – přímé uspokojení potřeb, tj. fyzická práce, která téměř vždy vyžaduje přímý kontakt pečujícího s opečovávaným
- přijetí péče – reakce opečovávaného (Tronto, 1993, s. 101-107).

Schopnost rodiny fungovat a vyrovnávat se s těžkostmi je závislá na jejím napojení na sociální okolí, sociální síť rodiny. Tvoří ji koalice rodin na sobě závislých, širší rodinné seskupení, příbuzní, přátelé, sousedé a osoby přicházející s rodinou do styku. V pospolu žijících rodinách jsou mnohé aspekty prosperity závislé na vazbách v širším prostředí. Nukleární rodinu nejde chápat bez ohledu na její vazby a styky v široké rodině a spolu s ní rozhodují o závažných situacích. Podpůrná síť rodiny se zhušťuje při výskytu zátěžové situace – úmrtí, nemoci, rozvodové řízení atd. Zde se velikost a kvalita podpůrné rodinné sítě považuje za ukazatel adaptace rodiny na náročnou situaci, kontakty s dostatečně velkým okruhem příbuzných vytváří naději vyrovnat se dříve a lépe (Matoušek, 1997, s. 74).

Podle ŠELNERA převzetí zodpovědnosti o seniora s sebou přináší tyto problémy:

- Z dlouhodobého hlediska vzniká mezi nesoběstačným seniorem a pečujícím členem rodiny určitá závislost, která se mnohdy projevuje bezmocností ústící ve skryté konflikty ve vztazích. Závislost se rozvíjí rovněž tehdy, když jedna strana odmítá spolupráci nebo pomoc jiných členů rodiny, případně zapojení externích pomocníků mimo okruh rodiny.
- Sociální izolace na jedné straně a nedostatečná sociální podpora na straně druhé. Pečující rodina v důsledku závislosti a neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolním světem.

- Pečující osoba často trpí psychickým a fyzickým vypětím, nedochází-li k určitému snížení tlaku, pak mnohdy sám pečovatel hledá východisko, toto se obvykle projevuje ve formě násilí vůči ošetřovanému, rodině apod. (Šelner, 2004, s. 18).

Lidé, kteří se narodili v první polovině 20. století, si mohou pamatovat vícegenerační obydlí, která existovala převážně na venkově. Bylo zcela normální, že prarodiče se starali o vnoučata a vykonávali různé domácí práce, pokud jim to dovoloval zdravotní stav. Na druhou stranu se považovalo ze samozřejmé, že se o ně v období nemohoucnosti postarají jejich dospělé děti nebo vnoučata (Smékal, 2004, s. 57).

Stále platí fakt, že co člověk odevzdá, to se mu vrátí. Pokud se rodiče starají o prarodiče, utvrzují své děti v tom, že takto to má být. Vedou je ke správnému uvažování.

3.3 Podpora pro pečujícího

K péči se nejčastěji rozhodne ta osoba, která již nemá pracovní závazky, jiné pečovatelské povinnosti, případně je může do jisté míry omezit. I když je pomoc rodiny dostatečná, hlavní riziko zátěže leží na primárním pečovateli. Postupně, jak se stává péče náročnější, vzrůstají také nároky na fyzické a psychické schopnosti pečovatele. Je to způsobeno především tím, že intimní tělesná péče je poskytována často jednou osobou a v této souvislosti vnímají pečovatelky svou roli jako nezastupitelnou. To bývá často překážkou pro využití pomoci formálních služeb (Dudová, 2015, s. 153).

Srovnáme-li potřebnou péči o staré lidi v roce 2005 a v roce 2030 v České republice, demografové v roce 2030 předpokládají, že dojde k snížení porodnosti na jedné straně a druhé straně k růstu průměrné délky života. Potom to budou 2 % osob potřebujících pomoc ve většině každodenních aktivit z 23 % celkové české populace lidí starších 65 let a k tomu ještě 8 % osob potřebujících každodenní péči z 6,5 % osob české populace starší 80 let. Toto procentní vyjádření představuje asi 140 až 150 tisíc osob, o něž se bude muset někdo postarat. V roce 2005 to bylo 0,76 % obyvatel, kteří potřebovali každodenní péči. Bylo to asi 75 tisíc starých lidí (Jeřábek a kolektiv, 2005, s.9-10).

Podporu představují finance, služby a další zajištění potřeb seniora, kdy se do podpory zapojují různé subjekty na základě stanovených pravidel. Péči dále limituje konkrétní podpora, jejíž poskytování a způsob získání je upraven legislativou. Senior s tělesným postižením má nárok na finanční podporu v podobě příspěvku osobám se zdravotním postižením a dále příspěvku na péči. Oba příspěvky jsou zásadním faktorem pro péči v

domácím prostředí a dotýkají se kvality života seniora i pečujícího. Díky úpravě bydlení senior může setrvat v přirozeném prostředí a různé pomůcky pečujícím usnadní pomoc osobě se sníženou pohyblivostí. Příspěvek na péči pak umožňuje volbu péče. Jiří Remr hovoří o skutečnosti, že pokud rodina přijme odpovědnost za péči o svého člena, snaží se vyhnout formalizované pomoci. Z tohoto důvodu by proto pomoc měla v budoucnu směřovat spíše k pečujícím osobám než k samotným seniorům (Dovrtělová, 2009, s. 45).

Příjemci výše uvedených příspěvků v druhé kapitole jsou senioři, opatření uvedená v této podkapitole se týkají především samotných pečujících a situace v jejich rodinách. Rodinná péče se nejčastěji týká osob ve věku 50 let, kteří si odchod ze zaměstnání nemohou často dovolit z důvodu obtížnosti návratu a složité finanční situace, pokud se pro celodenní péči rozhodnou. Pečující má sice nárok žádat o příspěvek v nezaměstnanosti a současně pobírat příspěvek na péči, ale v případě nabídky zaměstnání musí nabízenou práci přijmout. Pokud se pečující dostane svými příjmy pod hranici životního minima, může žádat na úřadu práce o dávky hmotné nouze. Rozhodné příjmy pro výpočet starobního důchodu jsou pečujícím o osobu se středně těžkým a větším stupněm závislosti započítávány pouze v případě, že sdílí s touto osobou společnou domácnost. Velkým problémem je absence nemocenského zajištění (Pešlová, 2013, s. 29).

Novela zákona č. 187/2006 Sb, ve znění pozdějších předpisů o nemocenském pojištění, definuje pojem dlouhodobé ošetrovné, které nabude účinnosti v září roku 2018 po jejím vyhlášení ve Sbírce zákonů. To bude určeno lidem s nemocenským pojištěním, kteří budou pečovat o své těžce nemocné příbuzné například po cévní mozkové příhodě, operaci srdce, transplantaci orgánu, vážného úrazu nebo rakovině. Podmínkou bude, že nemocná osoba stráví alespoň týden v nemocnici a je předpoklad, že její zdravotní stav po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí bude nezbytně vyžadovat poskytování dlouhodobé péče po dobu alespoň 30 kalendářních dnů. Ošetrovné se bude možné čerpat až 90 dnů, v průběhu těchto tří měsíců se členové rodiny budou moci vystřídat. Po dobu ošetrovatelské budou pečující osoby pobírat 60 procent základu svého příjmu (se stropem u vyšších výdělků). Nárok na ošetrovatelské volno bude mít manžel nebo registrovaný partner ošetrovaného, příbuzní v přímé linii, sourozenci, družky nebo druzi žijící s ošetrovaným ve společné domácnosti i další příbuzní (např. tchán, tchýně, zeť, snacha, neteř, synovec, teta, strýc nebo jejich manžel), registrovaný partner či druh. Zaměstnavatel osoby žádající o ošetrovatelské volno bude mít možnost v případě vážných provozních důvodů poskytnutí volna odmítnout. Během pobírání této dávky by si lidé neměli vůbec přivydělávat. Vláda si od novely slibuje zvýšení zájmu rodinných příslušníků vzít si nemocného člena rodiny ze zdravotnického

zařízení do domácí péče, rovněž jde o reakci na stárnutí populace. Domácí péče je pro stát levnější než péče institucionální. Zatímco náklady na novou dávku jsou odhadovány na 350 korun na osobu denně, náklady na lůžko například v léčebně dlouhodobě nemocných nebo domově pro seniory se pohybují kolem 1300 korun. Podle propočtů ministerstva se tak může ušetřit až 900 milionů korun za rok. Úřad odhaduje, že ročně by si volno vybralo asi 30 tisíc lidí (<https://www.mpsv.cz/cs/31464>).

Podpora pečujících osob proto musí být genderově sensitivní a spravedlivá. Ke zvýšení participace starších osob, zejména žen na trhu práce, je nezbytné umožnit soulad práce a péče. Vstřícné a flexibilní podmínky umožňující soulad zaměstnání a péče jsou opatřením k ochraně příjmu a životní úrovně pečovatele. Pečovatelé o starší osoby, stejně jako rodiče pečující o děti, by měli mít možnost setrvat na trhu práce a měli by k tomu dostat potřebnou podporu a ochranu (Kvalita života ve stáří, 2008, s. 44).

Pro pečující rodiny může být podpora různorodá:

- poradenství – mít možnost získat na jednom místě ucelené informace o službách, materiální (finanční) podpoře i různých podpůrných intervencích, např. bezbariérových úpravách bytu, kompenzačních či ošetrovatelských pomůckách apod.,
- možnost neformálního řešení průběžných problémů, komplikací, potřeby pomoci se znalým (multirezortně znalým) kompetentním odborníkem z praxe (nikoliv s úředníkem),
- partnerská vstřícnost ze strany odborníků a profesionálních poskytovatelů péče včetně zdravotnických zařízení se zájmem o skloubení laické a odborné péče,
- pružná dostupnost respitních služeb podporujících skloubení péče o ošetrovatelsky náročného člověka s osobním a pracovním životem – např. dostupnost denních center (stacionářů), krátkodobých respitních ošetrovatelsko-sociálních pobytů po dobu pracovních či jiných povinností, dovolené, vlastního onemocnění apod.,
- společenské ocenění dlouhodobé rodinné péče,
- systémová změna legislativy na podporu ošetrování člena rodiny v rámci dlouhodobé péče (zápočet pro důchodové zabezpečení, krátkodobá pracovní neschopnost na ošetrování člena rodiny s rozšířením okruhu oprávněných osob apod.) – obce se mohou stát vlivným podporovatelem těchto změn,

- péče o tělesné i duševní zdraví pečujícího rodinného příslušníka včetně krizové intervence, intervence hrozícího syndromu vyhoření apod. (Kalvach a kolektiv, 2013, s. 27).

Pečující osoby potřebují podporu po celou dobu poskytování péče, kdy se starají o svého nesoběstačného příbuzného. Národní akční plán podporující preventivní stárnutí pro rok 2013-2017 je zaměřený na pomoc a podporu neformálních pečujících. Jedním z jeho cílů je „zvýšit informovanost neformálních pečujících, kteří využívají svůj maximální potenciál jak ve svém zaměstnání, tak v rámci péče o své blízké. Zkvalitňovat podmínky pro pečující rodinné příslušníky a motivovat je k účasti na péči o své starší rodiče“ (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí 2013-2017, s. 41).

Rodinnou péči je nutné podporovat z mnoha důvodů, ne vždy se je rodina schopna o seniora sama postarat, zajistit prostředí a potřebné vybavení pro poskytování péče. „Rodinu je třeba chápat jako základní prvek společnosti, který integruje všechny věkové kategorie. Proto považujeme za klíčové, aby byl vytvořen systém podpory pečujících rodin. V případě nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora je třeba dodat rodině takové služby, které jí umožní se o seniora postarat“ (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2002, s. 33).

Lidé pečující o seniora prožívají různé pocity. Pocit uspokojení z možnosti pomáhat se střetává s pocity rozmrzelosti, ztráty duševní rovnováhy, ztráty soukromí a také s tím, že na vývoj událostí nemá pečující vliv. Je velmi těžké se smířit s tím, že příjemce péče slábne. Aby pečovatel zabránil fyzickému i psychickému vyčerpání, musí se o sebe starat, udržovat své zdraví a hledat způsoby, jak se s nelehkou situací vyrovnat (Tošnerová, 1998, s. 17-18).

3.4 Lidské potřeby

SLEZÁKOVÁ uvádí, že nejnáročnějším úkolem osob pečujících o nesoběstačné seniory je pochopit jejich potřeby, porozumět jim a poskytnout jim profesionální a zároveň humánní péči, která vychází z jejich potřeb (Slezáková, 2007, s. 160).

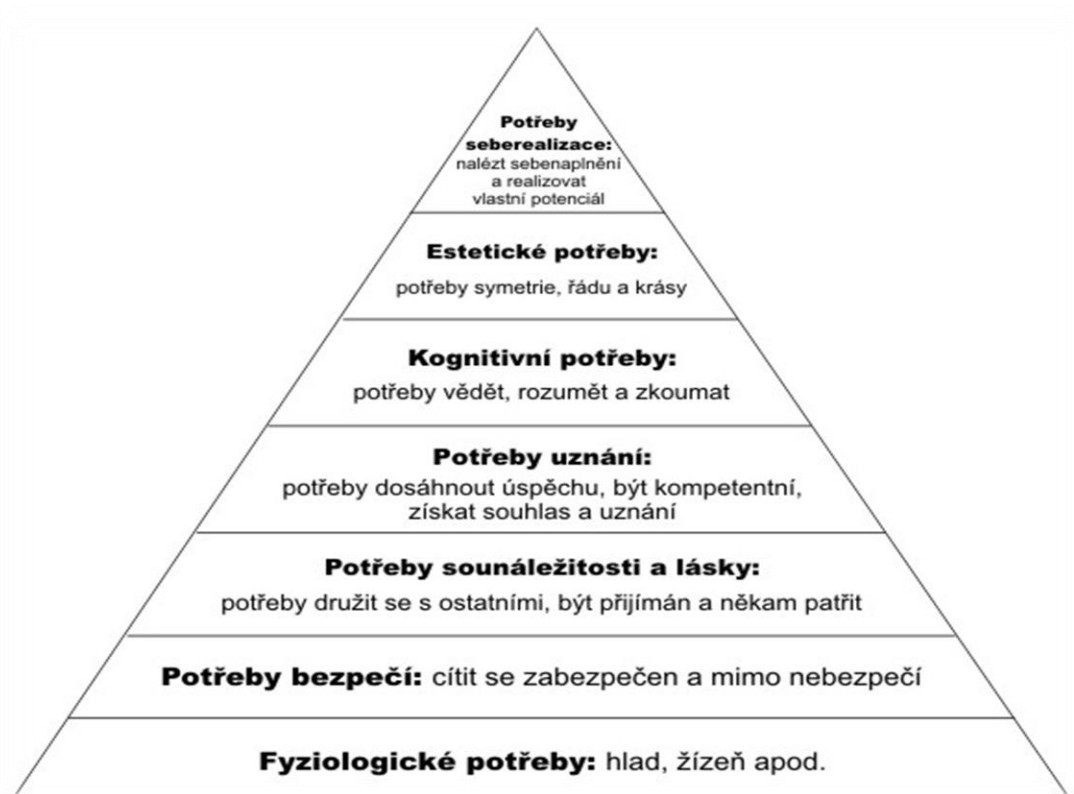
Senior je jako každý člověk individuální, má specifické potřeby, které se mění vlivem prostředí a času. Potřeba je projevem nedostatku nebo nadbytku něčeho, co je pro člověka důležité. Zdraví, kontakt s okolím, prostor pro realizaci a podobně. Jde o celek potřeb, který spojuje psychickou, fyzickou a sociální stránku člověka, jejich uspokojování je velmi důležité pro obě strany interakce. Potřeby seniorů vznikají jednotlivě, vzájemně se prolínají a ovlivňují. Při nerovnováze jejich uspokojování může mnohdy dojít k řadě problémů. Některé

fyziologické potřeby, například přijímání tekutin, stravy, dýchání a další jsou pro život zcela nezbytné, patří mezi základní podmínky pro samotnou existenci seniora. V momentě, kdy jsou uspokojeny základní potřeby, nastává čas pro ostatní, hierarchicky na vyšších stupních. Týkají se psychologického rázu, například seberealizace, úcty. Jsou považovány za potřeby méně důležité, avšak jejich absenci senioři velmi pociťují. V případě nepříznivých podmínek se je mnohdy nepodaří uspokojit zcela, nebo vůbec. Je nutné si uvědomit, že při stanovování pořadí uspokojování potřeb seniorů v porovnání s lidmi v produktivním věku, jde o zcela odlišné hodnotové měřítko definování posloupnosti životních potřeb. Od těch základních nejdůležitějších je pro ně zejména nezbytná fixace na rodinu a své blízké, potřeba lásky, komunikace s okolím a ostatní, pro ně velmi nepostradatelné potřeby tohoto charakteru. Mnohdy se také u seniorů setkáváme s potřebou být stále ještě někomu nápomocen, užitečný, dokázat využít své schopnosti, a to mu je velkým uspokojením.

„Jde o faktory jako fyzická schopnost, soběstačnost, autonomie, absence negativních pocitů, zachování smyslu života, pocity užitečnosti a podpory okolí, sociální kontakty a jiné. Pokles kvality života u seniora se projeví tíživou atmosférou, závislostí na jiných, ztrátou autonomie a absencí smyslu života“ (Trachtová, 1998, s. 65-66).

Pomáhat starším lidem znamená věnovat pozornost všem jejich potřebám. Většinou vycházíme z našich představ o potřebách seniorů, ale jaké jsou ve skutečnosti potřeby lidí, kterým chceme pomáhat? Práci, kterou vykonáváme s předpokladem, že odpovídá potřebám starého člověka, zdaleka nemusí být tím, co tento člověk skutečně potřebuje. Člověk většinou vyjadřuje svou potřebu žádostí. Jsou však žádosti, které neodpovídají skutečným potřebám. Za zvláštními žádostmi se často skrývají hlubší potřeby, které se těžko vyjadřují. Je tedy na pomáhajících, aby tyto žádosti rozluštili. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 35).

Vycházíme-li z nejrozšířenější a nejvýznamnější klasifikace lidských potřeb, tzv. Motivační teorie amerického psychologa A. H. Maslowa (1908-1970), které jsou hierarchicky seřazeny od základních (fyziologických), přes potřeby psychosociální až k potřebám samotného růstu a rozvoje (seberealizace), je podmínkou pro uplatnění vývojově vyšších potřeb alespoň částečné uspokojení potřeb vývojově nižších pro samotný život člověka (Obr. 2).



Obrázek č. 2: MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB (<http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb>)

Lidské potřeby jsou ovlivňovány různými faktory a záleží na každém jednotlivci a jeho individualitě. Ve stáří se hodnoty potřeb mění a senioři se více fixují na rodinu a cítí se více ohroženi (např. onemocněním, ovdověním), cítí větší závislost na jiných lidech a do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí (Vágnerová, in Jarošová, 2006). „*Péče o seniora musí být zaměřena především na uspokojování jeho potřeb a řešení jeho problémů. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být sám senior, jeho spokojenost a prospěch*“ (Jarošová, 2006, s. 33).

FROMM ve své teorii potřeb zdůrazňuje kromě fyziologických potřeb ještě potřeby náležející jen člověku:

- potřeba sociálního začlenění,
- potřeba transcendence,
- potřeba zakořenění,
- potřeba individuální identity,
- potřeba racionality (Šamánková a kol., 2011, s. 27–30).

Pokud je to možné, měl by se každý člověk snažit uspokojovat své potřeby sám. V některých případech je však role pomáhajícího při uspokojování potřeb velmi důležitá. Vždy však musíme brát na vědomí pravidlo „*umožnit člověku, kterému pomáháme, aby si co nejvíc věcí dělal sám*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 42).

Soběstačnost seniorů je úzce propojena s uspokojováním jejich potřeb, omezení soběstačnosti jim neumožňuje plně uspokojovat základní životní potřeby. Termín potřeba není vymezen jednoznačnou definicí a nejedná se jen o něco určitého, co člověk postrádá, ale jedná se také o stav a pocity jedince. „*Potřebou se tedy nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je projevem bytostného přání*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 25).

Nejideálnější situace je taková, kdy rodina nebere soužití se starším člověkem jako nutnost postarat se o něj, ale naopak jako příležitost být mu stále nablízku. Je dobré, pokud je starší člověk v rodině obklopen láskou a cítí se potřebný a milovaný. Tehdy může být šťastný. Je zřejmé, že možnost rozhodování o důležitosti svých lidských potřeb, vzájemná interakce mezi členy rodiny, vzájemná úcta, respektování životní moudrosti, oboustranný zájem ze strany všech generací o problémy a jejich řešení, je neodmyslitelným prvkem ve spojitosti s domácím prostředím. Právě tyto uvedené prvky vytvářejí jedinečnost domácího prostředí a dodávají pocit, že senior do tohoto prostředí oprávněně patří, je jeho přirozenou součástí a cítí se v něm dobře.

Shrnutí

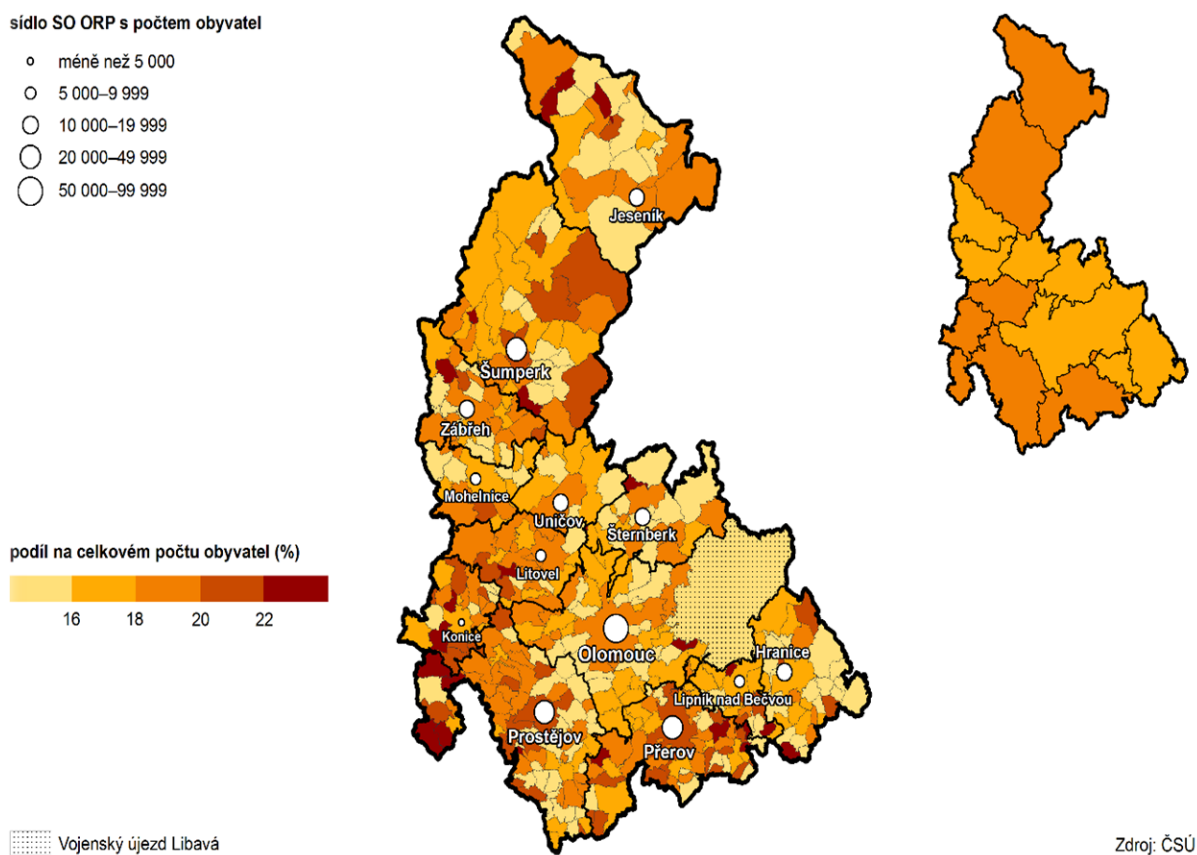
Představili jsme si osobnost pečovatele, který pečuje o seniora v rodině a celkový vliv poskytované péče na jeho rodinu. Dále jsme se zabývali nepostradatelnou podporou pro pečujícího a na závěr definovali lidské potřeby.

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část byla realizována v Olomouckém kraji, který si v krátkosti představíme, rozkládá ve střední části Moravy, zaujímá osmé místo mezi 14 kraji v ČR. K roku 2017 patří mezi šestý nejlidnatější kraj ČR s počtem 633 157 obyvatel, tj. 6,1 % z celkového počtu. Věková struktura obyvatel odpovídá průměru ČR. Demografický vývoj Olomouckého kraje za uplynulých 20 let lze charakterizovat zvyšujícím početním stavem produktivní složky obyvatelstva nad 65 let.

Děti do 15 let žilo k 31. 12. 2012 v našem kraji přes 93 tisíc (93 440), což představovalo 14,7 % podíl z celkového počtu obyvatel kraje. Obyvatel ve věkové skupině 15-64 let bylo 68,3 % a osob nad 65 let věku představovalo 17,1 % z celkového počtu. Průměrný věk obyvatel v kraji činil celkově 41,5 let (konkrétně muži 39,9 a ženy 43,0 let), v celé České republice byl 41,3 roku. Demografickou charakteristiku obyvatel ve věku 65 a více let podle obcí nám ukazuje obrázek č. 3.

Obyvatelé ve věku 65 a více let podle obcí a SO ORP Olomouckého kraje k 31. 12. 2014



Obrázek č. 3: OBYVATELÉ VE VĚKU 65 A VÍCE LET PODLE OBCÍ A SO ORP Olomouckého kraje (<https://www.czso.cz/csu/czso/kartogramy-4xdgppg3g3>)

Na území Olomouckého kraje bylo stanoveno 13 správních obvodů obcí s rozšířenou působností a 20 správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem. Správní obvody obcí s rozšířenou působností vyobrazeny na obrázku č. 4 (<https://www.kr-olomoucky.cz/o-olomouckem-kraji-cl-1362.html>).



Obrázek č. 4: SPRÁVNÍ OBVODY OBCÍ S ROZŠÍŘENOU PŮSOBNOSTÍ OLOMOUCKÉHO KRAJE (<http://www.ecpm.cz/cz/firma/58-olomoucky-kraj-olomouc>)

4.1 Olomoucký kraj a senioři

Pro výzkumné šetření byli osloveni moji mnohaletí známí, to bylo hlavním důvodem jejich otevřenosti, ochoty a vstřícnosti. Všichni tyto respondenti výzkumu byli obyvatelé Olomouckého kraje.

Na zajištění péče o nejstarší obyvatele v regionu se podílí krajský úřad i jednotlivé obecní a městské samosprávy. V souvislosti s přechodem financování sociálních služeb kraje zpracoval Krajský úřad Olomouckého kraje celou řadu dokumentů týkajících se také seniorů. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2015-2017 byl vypracován v rámci plánování sociálních služeb, který zahrnoval také opatření a cíle pro

seniory. Mezi specifické cíle a opatření zaměřená na seniory byla zařazena podpora rozvoje sociálních služeb pro seniory vyžadující specializovanou péči, podpora rozvoje ambulantních a terénních forem sociálních služeb zaměřených na potřeby seniorů v Olomouckém kraji a podpora rozvoje odlehčovací služby zaměřené na potřeby seniorů v kraji (<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>).

V Olomouckém kraji také řada obcí, svazků a mikroregionů vypracovala vlastní komunitní plány sociálních služeb. Tyto materiály měla připravena města např. Olomouc, Přerov, Šumperk, Kojetín, Prostějov. Krajský úřad, jednotlivá města i obce jsou často zřizovateli i provozovateli zařízení, která slouží občanům seniorského věku. Na městských úřadech v kraji působí sociální pracovníci, kteří pomáhají i starším občanům řešit jejich problémy související se stářím a zdravotním stavem (<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>).

Pro zmapování existence sociálních služeb vznikl na krajském úřadě Katalog poskytovatelů sociálních služeb v Olomouckém kraji, zahrnující všechny druhy sociálních služeb, tj. sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Podle aktuálního stavu bylo v katalogu evidováno pro cílovou skupinu seniorů kolem 130 sociálních služeb, zahrnující všechny druhy poskytovaných služeb. Registr poskytovatelů sociálních služeb v České republice je dostupný na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí na adrese: <http://iregistr.mpsv.cz/>. Významné místo mezi poskytovateli sociálních služeb v kraji zaujímá Charita Česká republika, která je nestátní neziskovou organizací a součástí římskokatolické církve. V Olomouci přímo sídlí Arcidiecézní charita Olomouc, pod níž spadají další charity ve všech větších městech regionu (Hranice, Kojetín, Konice, Olomouc, Prostějov, Šternberk, Šumperk, Zábřeh), hospic na Svatém Kopečku a oblastní charita v Přerově. Jsou vytvořena i střediska v Uničově, v Litovli a v Lipníku nad Bečvou. Charity zabezpečují a organizují nejen pro seniory ošetrovatelskou a pečovatelskou službu, domácí hospicovou péči, přepravní službu a osobní asistenci, dobrovolnická centra, denní stacionáře a řadu dalších zařízení a služeb (<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>).

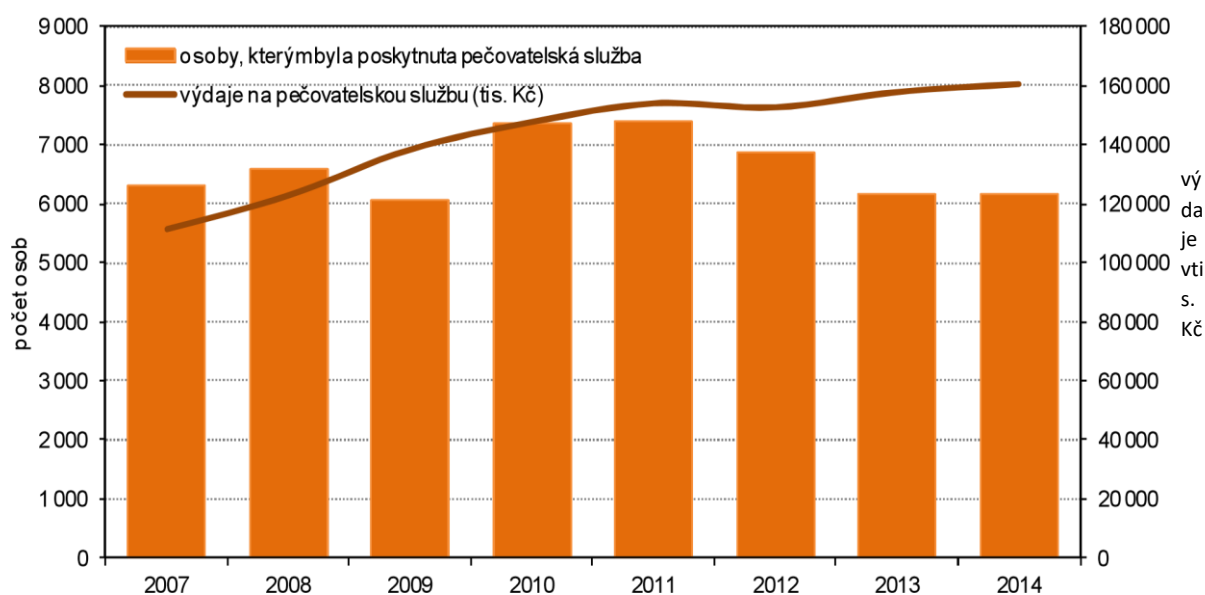
Příspěvkové organizace můžeme zařadit mezi další organizace poskytující péči nejstarším obyvatelům. Ve velké míře byly zřízeny rozhodnutím zastupitelstva daného města anebo Olomouckého kraje, poskytují řadu sociálních služeb od pečovatelské péče po pobytové služby. Mezi ně je možno řadit například Středisko pečovatelské služby Jeseník, Centrum sociálních služeb Uničov, Prostějov, Sociální služby pro seniory Olomouc, Sociální služby města Přerova, Sociální služby Šternberk, Lipník nad Bečvou, Kojetín. Sociální služby

poskytují i obecně prospěšná společnost PONTIS Šumperk nebo občanské sdružení Pomocná ruka v Prostějově, která poskytuje především přímo v domácnosti uživatele asistenční služby. Na dobrovolnou práci členů a dobrovolníků Českého červeného kříže nesmíme zapomenout. Oblastní spolky v okresních městech kraje organizují různé akce pro staré občany, pomoc ohroženým skupinám a dobrovolnou pečovatelskou službu. Dobrovolnická centra působí také v kraji. Například Dobrovolnické centrum Fakultní nemocnice Olomouc, působící na oddělení geriatricke od roku 2014, kteří se snaží o zpříjemnění doby pobytu v nemocnici a zlepšení psychické pohody seniorů (<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>).

Mezi zdravotnická zařízení v Olomouckém kraji, která poskytují pobytové sociální služby, patří tyto subjekty: odborný léčebný ústav Paseka, pod který od 1. ledna 2015 patří také odborný léčebný ústav neurologicko-geriatrický v Moravském Berouně, Interna Zábřeh s. r. o. a Šumperská nemocnice a.s., Středomoravská nemocniční a. s., Vojenská nemocnice Olomouc. Dalšími vedle zdravotnických zařízení jsou zařízení sociální péče s pobytovou službou pro seniory. Mezi ně patří 34 domovů pro seniory s 2 544 lůžky a 13 domovů se zvláštním režimem s kapacitou 608 lůžek. Podle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí v roce 2010 pobytové služby poskytovalo také 91 domů s pečovatelskou službou s 2 580 byty (<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>).

Pečovatelská služba je jedna ze způsobů pomoci osobám staršího věku, kteří již jsou odkázaní na pomoc jiné osoby. Každoročně se pohybuje celkový počet klientů, kterým je poskytována pečovatelská služba přes 6 tisíc, s výjimkou let 2010 a 2011, kdy výrazně překročil 7 tisíc osob. V přepočtu na 1 000 obyvatel ve věku 65 a více let se počet klientů pečovatelské služby od roku 2010 každoročně snižuje. V roce 2010 to bylo kolem 73 osob z 1 000 osob starších 65 let, v roce 2014 to bylo již o 20 osob méně. Přehled osob a výdajů poskytované pečovatelské služby v Olomouckém kraji znázorňuje graf č. 1 (<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>).

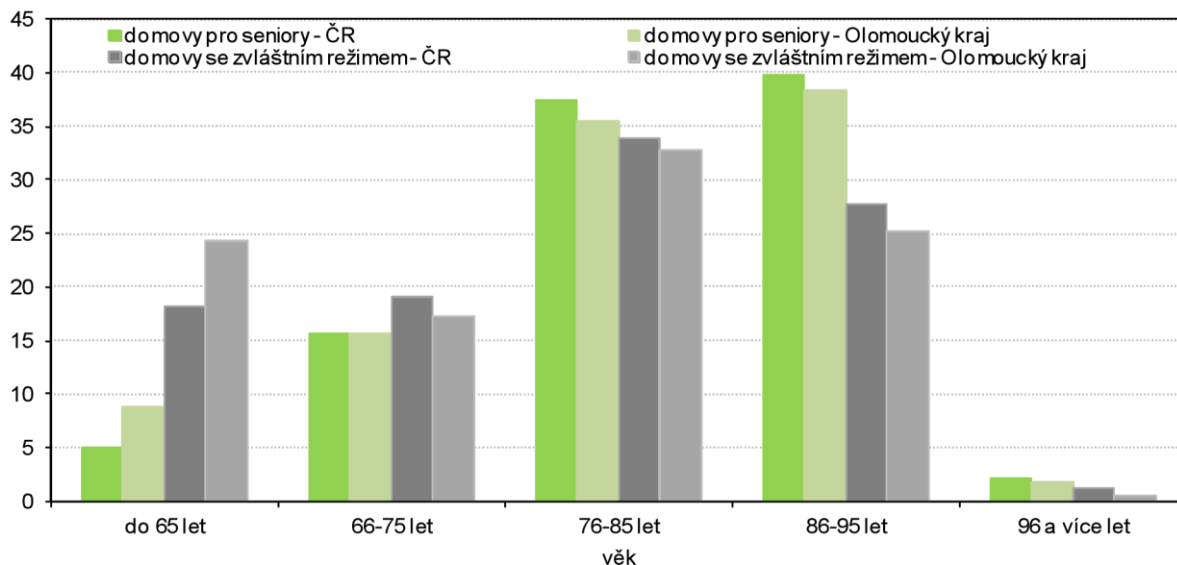
Zdroj: MPSV



Graf č. 1: PEČOVATELSKÁ SLUŽBA V OLOMOUCKÉM KRAJI
(<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>)

Podle očekávaného demografického vývoje do budoucna bude přibývat osob odkázaných na pomoc druhých. Do věkové skupiny 65 a více let vstupují lidé narození po 2. světové válce, to znamená, že kolem roku 2030 jim bude 80 let a budou potřebovat péči a pomoc, naše společnost v tuto chvíli na ni není připravená. Stárnutí populace a prodlužující se délka života determinují potřeby služeb sociální péče, kdy se prodlužuje období života, v němž je člověk odkázaný na pomoc jiné osoby. Na konci roku 2014 o umístění v domově pro seniory žádalo 3 577 osob. V domovech se zvláštním režimem to bylo 850 žádostí. V našem kraji se jedná o 3,1 % z populace seniorů. Nejhorší situace je ve Zlínském a Jihomoravském kraji, kde neuspokojení žadatelé o místo v domově pro seniory tvoří kolem 6,0 % populace seniorů. V Jihomoravském kraji to bylo 12 666 neuspokojených žádostí do domova pro seniory. Graf č. 2 znázorňuje podíl obyvatel podle věku ve vybraných typech zařízení sociální péče v Olomouckém kraji(<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>).

Zdroj: MPSV



Graf č. 2: PODÍL OBYVATEL PODLE VĚKU VE VYBRANÝCH TYPECH ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE V OLOMOUCKÉM KRAJI (<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>)

4.2 Stanovení výzkumného cíle

Hlavním cílem výzkumného šetření je analyzovat jednotlivé oblasti v péči o seniora v domácím prostředí.

Dílčí cíle:

- Zkoumat motivaci pečujícího.
- Analyzovat pozitivní a negativní stránku péče o seniora v domácím prostředí.
- Analyzovat přínos péče o seniora v domácím prostředí pro samotného pečujícího.
- Zjistit, jakou sociální pomoc využívá osoba pečující.

Výzkumné otázky:

1. Jaké měli pečující vzory v rodině?
2. Co je pro osoby pečující přínosné a co zátěží při péči o seniora?
3. Jak pečující osoba celkově vnímá péči o seniora?
4. Jakou pomoc využívá osoba pečující?

4.3 Metodologie, cílová skupina a organizace výzkumu

Pro realizaci výzkumného šetření je zvolena strategie kvalitativního výzkumu, konkrétně techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum probíhá zpravidla tak, že si výzkumník nejdříve zvolí výzkumné téma, na jehož základě zvolí výzkumné otázky, které lze v průběhu výzkumu upravovat či doplňovat. Proto je kvalitní výzkum občas označován jako pružný typ výzkumu. Výzkumník se při sběru dat dostává přímo do terénu a poznává nové lidi. Ve zprávě o kvalitativním výzkumu se nachází citace z rozhovorů, popis místa, kde zkoumání probíhalo a poznámky, které vytvořil při práci v terénu. Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy (Hendl, 2005, s. 50-51).

GAVORA (2000, s. 148) uvádí, že *„cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě. Kvalitativní výzkumníci se soustřeďují spíše na subjektivní svět osob, na ten, který existuje v jejich mysli.“*

Polostrukturovaný rozhovor je nejčastější podobou metody interview, protože dovede řešit nevýhody nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje technickou přípravu. Vytváříme si schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma zahrnuje okruhy otázek, na které se budeme účastníka ptát. Pořadí těchto otázek je možné zaměňovat. Je možné klást doplňující otázky a rozpracovat téma do takové hloubky, která je užitečná vzhledem k cílům a výzkumným otázkám (Miovský, 2006, s. 159-160).

Cílovou skupinu respondentů tvořili pečovatelé o seniory v Olomouckém kraji, kteří společně žijí v přirozeném prostředí domova. Výběr nebyl náhodný, jednalo se o pečovatele, kteří jsou vedeni na KOP ÚP. Všichni respondenti byli ujištěni, že rozhovory jsou anonymní a budou nahrávány na diktafon, poté přepsány. Rozhovory probíhaly v jejich domácnostech podle jimi stanoveném vhodném času. Respondenti byli předem seznámeni s důvodem a tematikou výzkumu, délkou trvání a ostatními možnostmi jako např. neodpovídat na citlivé otázky, ukončení rozhovoru nebo jeho přesunutí na vhodnější dobu.

Na základě rozhovorů s vybranými pečovateli jsme nastínili, čím je tato péče o seniory specifická, zaměřili jsme se na průběh péče a zejména na hlavní cíl výzkumu. Rozhovory byly realizovány v časovém plánu podle tabulka č. 6.

Leden 2018	oslovení respondentů, seznámení s cíli výzkumného šetření
Únor – 16. 3. 2018	realizace rozhovorů
17. 3. – 10. 4. 2018	zpracování rozhovorů

Tabulka č. 6: ČASOVÝ PLÁN ROZHovorŮ

4.4 Vlastní výzkum

Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a následně přepsány, což umožňuje kdykoliv se vrátit k jednotlivým odpovědím. Poté byla získaná data rozdělena do skupin a vyhodnocena. Údaje byly zpracovány podle výzkumného cíle práce a jednotlivých výzkumných otázek.

RESPONDENT	R1	R2	R3	R4
POHLAVÍ	žena	žena	žena	žena
VĚK	54 let	66 let	45 let	65 let
RODINNÝ STAV	vdaná	vdova	vdaná	vdaná
VZÁJEMNÝ VZTAH	snacha	dcera	dcera	manželka
OSOBA V PÉČI	tchýně 79 let	matka 89 let	matka 67 let	manžel 71 let
ZAMĚSTNÁNÍ	v domácnosti	v důchodu	úřednice	v důchodu
DOBA PÉČE	1 rok	4 roky	1 rok	3 roky
PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	ano	ano	ano	ano

Tabulka č. 7: ÚDAJE O RESPONDENTECH

Tabulka č. 7 ukazuje podrobné informace o pečujících, která uvádí, že těmito osobami jsou ženy ve věkovém rozhraní 45–66 let, průměrem těchto let je věk 57,5. Tři z respondentek

jsou vdané a jedna vdovou. Péči o seniora vykonávají snacha, dvě dcery a v jednom případě manželka. Dvě respondentky jsou ve starobním důchodu, jedna v domácnosti a jedna pracuje jako úřednice. Průměrná doba péče činí 2,25 roku. Všichni senioři, o které je pečováno jsou příjemci příspěvku na péči.

Výzkumná otázka č. 1 - Jaké měli pečující vzory v rodině?

R1: „Nikdy jsem nad tím nepřemýšlela, jestli mi byl někdo vzorem, to nevím, ale brala jsem to asi tak nějak normálně. Byla doba, kdy se prarodiče museli dlouho starat o nás děti a o otce, tatínek byl hodně nemocný, nemohl dlouho chodit do práce, tak se maminka snažila vydělat peníze, byla pořád v práci, dělala v kravíně. Neumím si představit, jak by, jsme to dělali bez nich.“

R2: „Rodiče, tedy hlavně máma ta mi vždycky kladla na srdce, abych měla na mysli, že to nejlepší a nejjednodušší co můžu udělat bez pomoci peněz, je pomoc lidem. Viděla jsem to doma, vždycky si všichni pomáhali, ať to byla rodina, sousedi, bylo to jedno, nehledělo se na to. To už nikdy nebude. Dneska si starýho člověka ti mladí kolikrát ani nevšimnou. Naštěstí moje děti, a věřím, že i ty jejich takový nejsou a nebudou. Manžel brzy zemřel, tak jsem se o děti starala pak sama, byli naučeni hodně samostatnosti.“

R3: „Určitě můžu říct, že mi byli vzorem rodiče. Babička s námi nějakou dobu než umřela bydlela. Spávala s rodiči v ložnici, protože jsme měli malý byt, bylo to asi dva roky. Nepřipadalo mi to nijak zvláštní, brala jsem to prostě, že to tak má být. Myslím si, nebo spíš vím, že bych i já měla být vzorem, ale bojím se, že tím, jak se starám o maminku, ubližuju dětem, nemám na ně tolik času, třeba si jednou řeknou, že chtějí žít svůj život se svojí vlastní rodinou, že starý člověk může využít nějaké služby, kde se o něj postarají. Ale doufám, že to tak nebude a budu taky mezi svýma.“

R4: „Měla jsem vždycky pocit, že moji rodiče vůbec neodpočívali, pořád byli v jednom kole, a to, když si tak vzpomínám nepamatuju, že by si na něco stěžovali. Tatínek měl nemocného bratra, pomáhal rodičům se o něj starat. Bylo to škaradý období, byla jsem sice malá, ale hodně jsem to vnímala. Vždycky se mi líbilo, že tam chodil každý den pravidelně.“

Výzkumná otázka č. 2 – Co je pro osoby pečující přínosné a co zátěží při péči o seniora?

R1: „Maminka je imobilní pravidelně ji polohuju, i když máme různé pomůcky proti proleženinám, tak sama vím, jaký to je ležet jen v jedné poloze, to bych nemohla vydržet, bolí mě hned záda. Když potřebuju dát maminku na vozík nebo křeslo, tak mi pomáhá manžel, ale chodí do práce, takže musíme na něj počkat. Tohle je asi tak nejvíc jako zátěž. No a přínosné, nebo jak si to říkala je asi hlavně ten dobrý pocit, Alzheimer to je škaredá nemoc, u maminky to probíhá hrozně rychle, pokud tady je s námi a zvládneme to, tak je to dobrý.“

R2: „Špatný je to s koupáním to sama nezvládnou, maminka už neudělá ani krok, do koupelny máme špatnej přístup. Ale jsme domluveni s děčkama a ti mi vždycky pomůžou, snacha je zdravotní sestra, to je náš strážnej anděl, vždycky se vším dovede poradit. Mám z nich velkou radost, ze všech děcek. To je asi pro mě ta největší výhra. Kdyby tu byl můj manžel, byl by na ně pyšnej.“

R3: „Maminka by pořád chtěla sama chodit, ale kvůli mozkové příhodě, kterou prodělala to tak už moc nejde. Chodí k nám rehabilitační sestra, která se mamince hodně věnuje. Z celého domu jsme odstranily překážky, které by jí v chůzi zabraňovaly, až na schody, ty jsou velkým omezením. Maminka musí mít pořád doprovod, nedávno spadla, ale naštěstí to nebylo vážné. Přínosné pro mě je, že i přes to ještě můžu chodit do práce, tatínek je s maminkou doma, a tak se o ni postará, než přijdu.“

R4: „Pro nás oba přínosem je to, že jsou naše vnoučata nablízku, povídají si nebo poletují okolo a tím nás nabíjí energií. Všechno jde pak mnohem líp. Chodí za náma hodně často, tak ten den rychle uteče. Nevzpomínám si, že by byl někdy nějaký problém, jako nějaká zátěž, vždycky když potřebujeme, tak se to nějak udělá. Do nemocnice na dialýzy jezdím s manželem sanitou, jezdí s námi vesměs ten samej pán, takže se už známe.“

Výzkumná otázka č. 3 - Jak pečující osoba celkově vnímá péči o seniora?

R1: „To je taky otázka, jak to vnímám, vnímám to asi tak, že kdybych nechtěla a neměla srdce na pravém místě, tak bych to nedělala, maminka na mě byla vždycky hodná, přijala mě do rodiny jako vlastní, pomáhala nám vždycky jak mohla. Neumím si představit, že by tu nebyla. Když jsme viděli, že už nemůže být sama, tak jsme neváhali a vzali ji sem.“

R2: „Maminka má už tolik roků, že to vnímám hodně pozitivně, že je tu ještě s námi. Pořád jí to, jak se říká celkem dobře myslí. Jak jsem říkala děcka sem chodí, tak si to užívá. Je to hodně náročný, ale nenaříkám si. Jinak bych byla sama, tak tu mám někoho u sebe, kdo mě pořád potřebuje.“

R3: „Bez pomoci rodiny bych to sama nezvládla, hodně si pomáháme. Protože chodím do práce, tak se mám možnost z této každodenní starosti trošku odreagovat. Tatínek, když přijdu z práce, tak si jde chvíli lehnout a pak se zase navzájem ve všem doplňujeme.“

R4: „Vnímám to hodně osobně, někdy jsou horší dny, kdy manželovi není dobře, a to mě hodně trápí. Chci ho vždycky nějak povzbudit, ale kolikrát bych to potřebovala víc já. Bojím se o něj.“

Výzkumná otázka č. 4 – Jakou pomoc využívá osoba pečující?

R1: „Zatím to všechno zvládáme sami, nechci pořád otravovat, všechno co potřebuju mám, obchod a všechno je blízko našeho baráku. Vím, že můžu využít nějaké té služby, odlehčovací, nebo tak, ale manžel chodí do práce a já se dá říct pracuju doma. Nikdy jsme nejezdili ani nějak mimo dům, tak mě to neláká ani teď. Je to náročný, je to 24hodinová služba, ale dá se říct, že jsem ještě mladá (smích), tak to zvládáme. S maminkou se taky hodně nasměju, to, že kolikrát si myslí, že jsou její syn, to jsem si už zvykla, ale když mě teď nedávno oslovila pane farář, to jsem se nemohla udržet.“

R2: „Moje děcka prosit o pomoc nemusím. Peněžně si vystačíme taky, maminka má ten příspěvek, ten taky pomůže, nemusím na ničem nějak šetřit. Když maminka potřebuje doktora, tak ten přijede za ní, je hodně lidskej, stačí mu zavolat a nedělá mu nic problém.“

R3: „Jde vesměs o to, kdo Vám pomoc nabídne, mě to přijde, že každý ze známých ze slušnosti řekne, kdybys potřebovala pomoci, tak dej vědět, ale sama vím, že je to ze slušnosti, takových, který můžu doopravdy oslovit je málo. Jinak jak jsem už říkala, chodí za maminkou rehabilitační sestra, to je pro ni hodně velké plus. Co k nám začala chodit, tak se v chůzi hodně zlepšila, procvičují se dá říct celé tělo.“

R4: „Ze začátku mi pomohla hodně kamarádka je sociální pracovníci v jednom zařízení, tak mi pomohla vyřídit pro manžela postel a ostatní pomůcky, který jsem potřebovala. Díky ní jsme taky vyřídili příspěvek na péči. Jinak si pomáháme jako rodina.“

4.5 Výzkumné závěry

Výzkumná šetření byla realizována s respondenty Olomouckého kraje. Předmětem zkoumání bylo zkoumat motivaci pečujícího, analyzovat pozitivní a negativní stránku péče o seniora v domácím prostředí, analyzovat přínos péče o seniora v domácím prostředí pro samotného pečujícího a zjistit, jakou sociální pomoc využívá osoba pečující.

Prostřednictvím kvalitativního výzkumu a metody polostrukturovaného rozhovoru jsme dospěli k následujícím výsledkům.

Na základě výzkumného šetření lze konstatovat, že hlavní i dílčí cíle bakalářské práce byly naplněny.

Při analyzování první otázky respondenti odpověděli téměř stejně. Je jim zajisté velkou předností, že všichni dotazovaní mají v této otázce zcela podobné názory. Tím, že byli vychováni v určitých podmínkách, bylo všem velmi nápomocné pro jejich budoucí vlastní názor a postoj k této skutečnosti. Pro rozhodnutí jakou formou se postarají o své nejbližší. Zajisté jejich kladný pohled a rozhodnutí na tuto péči byl ovlivněn zkušenostmi během života, a to zejména díky jejich vzorům. **Všichni respondenti se shodli, že během dětství byli součástí péče o osobu, která alespoň na krátkou dobu potřebovala pomoc jiné osoby, a tím se uvedení pečující stávali jejich vzory.**

Pro druhý okruh stanovených výzkumných otázek není jednoznačná odpověď. Na dotaz, co je pro ně přínosné a co zátěží při péči o seniora v domácím prostředí respondenti odpověděli, že **vidí hlavní úskalí při běžných činnostech**. Jako je např. náročnost při poskytování hygieny z důvodu špatného přístupu do koupelny, přesun z místa na místo, polohování nebo dopomoc při chůzi. Přínosné pro ně je hlavně vstřícnost a pomoc celé rodiny, která je jejich neodmyslitelnou součástí.

Při vyhodnocování otázky „*Jak pečující osoba celkově vnímá péči o seniora*“, jsme došli k pozitivnímu zjištění. Opět se téměř všechny odpovědi vážou na vzájemnou pomoc rodiny a doplňování se při péči. Vnímání péče o svého nejbližšího z pohledu velmi osobního,

bylo jednou z dotazovaných odpovězeno, že se při zhoršení stavu o opečovávaného bojí. **Nikdo z dotazovaných nevnímá tuto velmi náročnou péči negativně, jako zátěž.**

Poslední výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, jakou pomoc využívá osoba pečující. **Ohledně pomoci mají respondenti dobré zkušenosti, pokud potřebují pomoc v rámci rodiny, tak se vždy navzájem domluví. Nejvíce jsou při péči nápomocni děti a partneři.** V jednom případě respondentka (R1) odpověděla, že si je vědoma o jakou sociální pomoc může požádat. Prozatím ale péči, která je potřebná celých 24 hodin denně zvládá především s pomocí partnera. Přímé návštěvy lékaře v domácnosti využívá jedna z dotazovaných (R2), na tuto pomoc má velmi kladný názor. Jedna z oslovených respondentek (R3) vidí pomoc z okruhu známých pouze jako formu slušnosti. S péčí ji pomáhá otec, který se stará o manželku než přijde z práce. Využívá pomoc rehabilitační sestry, která chodí rehabilitovat přímo do domácnosti. Poslední dotazovaná (R4) uvítala pomoc kamarádky, která pracuje na pozici sociální pracovnice. Pomohla jí s obstaráním postele a ostatních pomůcek pro zkvalitnění péče o manžela, ale taktéž s vyřízením příspěvku na péči.

Z výzkumné části vyplývá, že všichni respondenti jsou k roli pečovatele již od dětství díky svým rodinným vzorům hodně ovlivněni. To je hlavním důvodem, že je jejich pohled na péči o seniora v domácím prostředí velmi pozitivní a přirozený. Dá se říci, že péči zvládají takřka bez viditelných negativních dopadů a problémů. Pouze u odpovědi jedné z respondentek (R3) bylo znát, že má strach z reakce svých dětí. Myslí si, že na ně nemá tolik času z důvodu péče o matku. Nedovede vyhodnotit a posoudit, zda má svoje počínání brát jako součást výchovy ke kladnému pohledu svých dětí na tuto situaci, nebo naopak.

Všichni respondenti si byli ve všech otázkách, které jim byly položeny bezpochybně jisti v odpovědích. Vědí o možnostech využití sociálních služeb, taktéž jsou informováni ohledně příspěvku na péči, mobilitu a příspěvku na zvláštní pomůcky.

ZÁVĚR

Podarilo se mi prostřednictvím výzkumného šetření zjistit, jakým způsobem byly pečující osoby motivovány k této velmi náročné práci. Analyzovala jsem pozitivní a negativní stránku péče o seniora v domácím prostředí a přínos péče o seniora v domácím prostředí pro samotného pečujícího. Zkoumala jsem, jakou sociální pomoc využívá osoba pečující.

Ve svém okolí se setkávám s mnoha lidmi, kteří řeší otázku pomoci svých nejbližších. Ať je to od pomoci nejvyššího stupně žebříčku potřeb každého z nás až po ty základní. Téma ohledně samotné péče o seniora v domácím prostředí je velmi málo diskutováno. O samotných seniorech se již mnoho napsalo. Ale chybí mi podrobnější nahlédnutí k samotné péči, kterou si senioři po svých prožitých letech zaslouží. Přece období stáří se dá žít důstojně a klidně, nejlépe doma v obklopení svých blízkých a těch nejbližších. Téma je zajisté nepostradatelným a nevyčerpatelným zdrojem, které by mohlo také zasáhnout do školních lavic.

Domnívám se, že s přibývajícím věkem vidím ukázkou prezentace starého člověka vesměs jako ne příliš pozitivní. Ze všech stran je znát, že stáří je problém. Senioři citlivě vnímají své postavení ve společnosti, která je neustále staví do pozice znevýhodněné části populace. Velmi důležitým aspektem je samotná osobnost každého seniora a jeho individualita. Období stáří se většina lidí bojí, zejména proto, že předchází smrti. Proto je na něj potřeba myslet již dopředu. Třeba v době, kdy máme rodinu a můžeme se sami o někoho postarat. Tím vytvářet kladný pohled na vzájemnou pomoc v rodině a na sebe poukázat jako na vzor pro své potomky.

Každý bohužel ale nemá to štěstí na vlastní rodinu. Nebo z jiných příčin rodina takovou pomoc není schopna zajistit. V těchto případech přichází nabídka různých forem sociálních služeb od terénních, ambulantních až po pobytové. Tito lidé mají mnoho možností, jak vzniklou situaci řešit. Nesmíme ale zapomínat na základní sociální služby: sociálního poradenství, prevence a sociální péče. Díky sociálním službám mnohdy dochází k podpoře setrvání seniorů v domácím prostředí.

Rodinní příslušníci by měli být jedním z nejdůležitějších zdrojů poskytování péče nesoběstačným seniorům v rodině. Pro každého z nás, tím více pro seniora je nejvhodnější a nejdůležitější v tomto období setrvat v kruhu rodiny od které očekává pomoc a podporu. Začlenění seniora do rodiny je založeno na respektování a vzájemné úctě. Rodinná péče je založena na mezigenerační solidaritě a rodinné soudržnosti, bez které by tato velmi náročná péče nemohla fungovat.

Staří lidé představují stále rostoucí skupinu ve společnosti a je nezbytné, aby se stala předmětem intenzivnějšího zájmu společnosti. Nejen z hlediska ekonomického zabezpečení, komplexní péče o život nejstarší generace, ale také podpory jejich a pečujících. Je nutné posilovat status seniora ve společnosti i jeho postavení v samotné rodině. Více informovat o problematice stárnutí a mezigenerační solidarity.

S jistotou vlastních zkušeností můžu říct, že láskyplný, vstřícný a lidský přístup v péči o seniora je ze všeho nejdůležitější a nezbytný. Kdo by z nás nechtěl prožít svůj zbytek života obklopen láskou a těmi nejdražšími?

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO	Světová zdravotnická organizace
KPSS	Komunitní plánování sociálních služeb
KÚ	Krajský úřad
SO ORP	Správní obvod obce s rozšířenou působností
KOP ÚP	Kontaktní pracoviště Úřadu práce
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
ČR	Česká republika
TP	těžké postižení
ZTP	zvlášť těžké postižení
ZTP/P	zvlášť těžké postižení s průvodcem
R	respondent
Sb.	sbírka
kol.	kolektiv
např.	například
apod.	a podobně
č.	číslo
s.	stránka

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ, SCHÉMAT A GRAFŮ

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Přehled změn ve stáří	s. 14
Tabulka č. 2 - Standardy kvality sociálních služeb	s. 21
Tabulka č. 3 - Stupně závislosti	s. 23
Tabulka č. 4 - Finanční výše příspěvku na péče	s. 23
Tabulka č. 5 - Všeobecné znaky osobnosti	s. 35
Tabulka č. 6 - Časový plán rozhovorů	s. 53
Tabulka č. 7 - Údaje o respondentech	s. 53

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 - Senior	s. 4
Obrázek č. 2 - Maslowova pyramida potřeb	s. 44
Obrázek č. 3 - Obyvatelé ve věku 65 a více let podle obcí a SO ORP Olomouckého kraje	s. 46
Obrázek č. 4 - Správní obvody obcí s rozšířenou působností Olomouckého kraje	s. 47

SEZNAM SCHÉMAT

Schéma č. 1 - Domény kvality života	s. 16
Schéma č. 2 - Základní sociální služby	s. 19
Schéma č. 3 - Formy sociálních služeb	s. 20
Schéma č. 4 - Základní životní potřeby	s. 22
Schéma č. 5 - Průkazy	s. 26
Schéma č. 6 - Zdravotnické služby	s. 32

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pečovatelská služba v Olomouckém kraji	s. 50
Graf č. 2 - Podíl obyvatel podle věku ve vybraných typech zařízení sociální péče v Olomouckém kraji	s. 51

SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ

BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ. *Psychologie a sociologie řízení*. 2. rozš. vyd. Praha: Management Press, 2002, 592 s. ISBN 8072610643.

ČEVELA, Rostislav et al. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN isbn978-80-247-3901-4.

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Vydání první. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁKOVÁ, Zuzana, Lucie DUŠKOVÁ a Lenka SVOBODOVÁ a kol. *Svět práce a kvalita života*. 1.vyd., Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. 115 s. ISBN 80-86973-08-5.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, Edice pedagogické literatury. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Překlad Jan Jařab. Praha: Argo, 1999, 595 s. ISBN 80-7203-124-4.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. GradaPublishing, a.s., 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006, ISBN 978-80-8063-257-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-8710-919-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002, 110 s.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

- CHADIMA, Martin. *Charitativní péče – dějiny a současnost*. Gaudeamus: Hradec Králové, 2007. ISBN 978-80-7041-632-7.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
- JEŘÁBEK, Hynek. 2005. „*Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty)*“. In H. JEŘÁBEK (ed.). *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: UK FSV CESES. ISSN 1801-1640.
- KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Zdeněk a kolektiv. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Diakonie ČCE, 2014, 100 s. ISBN 978-80-87953-08-2.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2010. *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů soc. služeb V ČR, 432 s. ISBN 978-80-9046-680-7.
- KUBEŠOVÁ, Lucie. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2006. 270 s. ISBN 80-7234-536-2.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth a David KESSLER. *Lekce života: o tajemstvích lidského bytí*. Brno: Jota, 2013. Populárně naučná. ISBN 978-80-7462-327-1.
- KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ: *národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 8024731487
- MATOUŠEK, Oldřich, 1997. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-24-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví* 1. díl. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

- MÜHLPAHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. 2., podstatně rozš. vyd. Praha: Vodnář, 2013. ISBN 978-80-743-9056-2.
- PEŠLOVÁ, Radka. *Rady sociálně-právní*. Praha: Diakonie ČCE, 2013. Rady pro pečující. ISBN isbn978-80-904711-5-3.
- PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. *Sociální práce*, 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
- PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius, 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 214 s. ISBN 978-802-4722-702.
- SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vyd. Praha: Portál. 2013, 176 s. ISBN 978-80-262-0335-3.
- SVOBODOVÁ, Kamila. 2010. *Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice*. Demografie. č. 4, s. 185-194, ISSN 0011-8265
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠELNER, Ivo. *Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy*. Sociální práce / Sociální práce, 2004, č. 2, ISSN 1213-624
- TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Sociopress, 2001, 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
- TOŠNEROVÁ, Tamara, 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. ISBN 80-238-8001-2.
- TRONTO, Joan C. *Moralboundaries: a political argument foranethicof care*. New York: Routledge, 1993. ISBN 9780415906425.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 80-246-0841-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

LEGISLATIVA

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, č. 108.

ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, č. 505.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, č. 372.

INTERNETOVÉ ZDROJE

CITÁTY SLAVNÝCH OSOBNOSTÍ: *Citáty* [online]. [cit. 2018-04-09]. Dostupné z: <https://citaty.net/vyhledavani/?h=o+%C5%BEivot%C4%9B>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Senioři v Olomouckém kraji - 2015* [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-olomouckem-kraji>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Senioři v Olomouckém kraji - 2015* [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/kartogramy-4xdgppg3g3>

CHARITA Česká republika: *Vnímání stáří a péče o blízké* [online]. 21. 9. 2016 [cit. 2018-02-19]. Dostupné z: <http://www.charita.cz/res/archive/021/002460.pdf?seek=1475845771>

KŘENKOVÁ, Romana. *Právní postavení senior v České republice*. 2008 [cit. 2018-02-16] Dostupné z: http://www.insoma.cz/3_8.pdf

MASSLOWOVA PYRAMIDA LIDSKÝCH POTŘEB: *Filosofie úspěchu* [online]. [cit. 2018-02-27]. Dostupné z: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

MPSV: *Na péči o nemocného příbuzného dostanete až tři měsíce placeného volna* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/31464>

MPSV: *Národní akční plán podporující zdravé stárnutí 2013-2017* [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf

MPSV: *Průkaz osoby se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/prukaz>

MPSV: *Příspěvek na mobilitu* [online]. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>

MPSV: *Příspěvek na zvláštní pomůcku* [online]. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>

NA STARÁ KOLENA: *Jak poznáte, že senior potřebuje zvýšenou péči?* [online]. [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: <http://www.nastarakolena.cz/jak-poznate-ze-senior-potrebuje-zvysenou-peci-1504/>

OLOMOUCKÝ KRAJ: *O Olomouckém kraji* [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <https://www.kr-olomoucky.cz/o-olomouckem-kraji-cl-1362.html>

OLOMOUCKÝ KRAJ: *Představení kraje* [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.ecpm.cz/cz/firma/58-olomoucky-kraj-olomouc>

SENIORI V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ 2017: *Stárnutí obyvatelstva* [online]. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2017>

SLOVNIK-CIZICH-SLOV.ABZ.CZ. *Senior*. [online]. [cit. 2018-04-8]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz>

OSTATNÍ ZDROJE

DOVRTĚLOVÁ, Kateřina, (2009). *Zpráva z konference Když senioři potřebují pomoci*. Sociologický časopis/ Czech Sociological Review 1, 232 stran.

HUBÍKOVÁ, Olga. *Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statutu neformální péče*. Sociální práce. 2012, č. 4, s. 113-124.

SMÉKAL Vladimír. (2004): *Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině a v zařízeních sociální péče*. Sociální práce/ Sociální práce, č. 2.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Příručka pečovatele – starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině a co dál?* Vyd. 1. Praha: HESTIA, 1998. 64 s.

TRACHTOVÁ Eva a kol., (1998). *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů v Brně