

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Renata Hlaváčková

KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE

Olomouc 2016

vedoucí práce: doc. PaedDr. Marcela Musilová, Ph.D.

Prohlášení: Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím uvedené literatury.

Elektronická verze diplomové práce, nahraná do IS/STAG, a její tištěná verze jsou totožné.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Univerzitě Palackého v Olomouci v knihovně Pedagogické fakulty a ve studijní agendě a dále zpřístupněna ke studijním účelům.

V Olomouci dne 20. 4. 2016

Bc. Renata Hlaváčková

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala paní doc. PaedDr. Marcele Musilové, Ph.D. za odborné a kvalitní vedení diplomové práce, cenné rady a připomínky, metodickou pomoc, poskytnuté konzultace a také za její vstřícnost a ochotu.

Dále bych chtěla poděkovat seniorům, kteří mi ochotně umožnili provést výzkumné šetření a také své rodině za podporu.

ANOTACE

Jméno a příjmení: Bc. Renata Hlaváčková

Katedra: Ústav pedagogiky a sociálních studií

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Marcela Musilová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2016

Název práce v ČJ: Komplexní domácí péče o seniory v České republice

Název práce v AJ: Comprehensive home care for senior in Czech republic

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zabývá komplexní domácí péčí o seniory v České republice. Mimo charakteristiky základních pojmů uvádí údaje z historie péče o seniory a popisuje některé strategické dokumenty a legislativu. Zabývá se také specifiky péče o seniory a formami péče. Upozorňuje na problematické situace v péči o seniory a popisuje přímé způsoby péče. Praktická část předkládá subjektivní pohled seniorů na domácí péči, na její možnosti, pozitiva a negativa.

Klíčová slova v ČJ: stárnutí, stáří, senior, pečující osoba, domácí péče.

Abstrakt v AJ: The thesis deals with the komplex home care for the elderly people in the Czech republic. Besides characteristics of basic concepts, the thesis presents data from the history of senior care and describes some strategic documents and legislation. It also deals with specifics of senior care and forms of care. It draws attention to the problematic situations in senior care and describes direct methods of care. The practical section of the thesis presents subjective views of the elderly people on home care, on its options, pozitives and negatives.

Klíčová slova v AJ: aging, oldage, senior, caregiver, home care.

Rozsah práce: 83 stran

Jazyk práce: český

OBSAH

ANOTACE	4
ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ZÁKLADNÍ POJMY	11
1.1 STÁRNUTÍ	11
1.2 STÁŘÍ	12
1.3 SENIOR	13
1.4 DOMÁCÍ PÉČE	14
2 HISTORIE PÉČE O SENIORY	16
2.1 ČESKÁ REPUBLIKA	16
2.2 HISTORIE DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V EVROPĚ	17
3 STRATEGICKÉ DOKUMENTY A LEGISLATIVA	19
3.1 STRATEGICKÉ DOKUMENTY	19
3.2 LEGISLATIVA	20
4 SPECIFIKA PÉČE O SENIORY	22
4.1 OSOBNOST SENIORA	22
4.2 POTŘEBY SENIORŮ	23
4.3 KOMUNIKACE SE SENIORY	25
5 FORMY PÉČE O SENIORY	28
5.1 RODINNÁ PÉČE	28
5.2 ZDRAVOTNÍ PÉČE	33
5.3 SOCIÁLNÍ PÉČE	34
5.4 POZITIVA A NEGATIVA DOMÁCÍ PÉČE	39
6 PŘÍMÁ PÉČE O SENIORY	42
6.1 PÉČE O VLASTNÍ OSOBU SENIORA	42
6.2 PÉČE O DOMÁCNOST	43
6.3 POMOC S OBSTARÁVÁNÍM OSOBNÍCH ZÁLEŽITOSTÍ	44
6.4 PROBLÉMOVÉ SITUACE V PÉČI O SENIORA	45
II PRAKTICKÁ ČÁST	48
7 METODOLOGIE VÝZKUMU	49
7.1 TYP VÝZKUMU A CÍL VÝZKUMU	49
7.2 VYTVOŘENÍ KONCEPTUÁLNÍHO RÁMCE	51
7.3 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	51
7.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU A ZAJIŠTĚNÍ VSTUPU DO TERÉNU	52
7.5 METODA A TECHNIKA SBĚRU DAT	53
7.6 ANALÝZA A INTERPRETACE KVALITATIVNÍCH DAT	57
8 INTERPRETACE VÝZKUMU	58

8.1	PŘÍPADOVÁ STUDIE 1	58
8.2	PŘÍPADOVÁ STUDIE 2	64
8.3	PŘÍPADOVÁ STUDIE 3	71
8.4	DISKUSE.....	76
ZÁVĚR.....		78
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ		80
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		83

ÚVOD

Úroveň každé společnosti se hodnotí podle toho, jak se dokáže postarat o své slabé členy, kterými jsou také nemocní starší lidé, jež se dostávají do různých nepříznivých životních situací. Senioři si přejí žít a stárnout doma, v prostředí svých blízkých. Některým pomůže jejich rodina, příbuzní, sousedé nebo různé společenské a jiné organizace. Předpokládá se, že až čtvrtina seniorů v České republice žije osaměle nebo v sociální izolaci a toto ohrožení narůstá s věkem. Jde o velmi rizikovou skupinu, která potřebuje zdravotnickou i sociální péči. Nejvyšší počet obyvatel ve věku 65 a více let se očekává v 50. letech 21. století, kdy by mohl být až dvojnásobný ve srovnání se současným stavem.

Jako sociální pracovnice odboru sociálních věcí městského úřadu jsem se s problematikou seniorů setkávala při výkonu agendy přijímání žadatelů do zařízení pro seniory v našem městě před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a agendy příspěvku na péči po nabytí účinnosti tohoto zákona. V současné době se na pozici sociální pracovnice úseku sociální péče a pomoci, v rámci provádění agendy sociální práce na obcích, setkávám rovněž se seniory a jejich problémy.

Cílem teoretické části bude získat co nejvíce relevantních informací z odborných zdrojů k tématu práce. V první kapitole teoretické části diplomové práce vysvětlím základní pojmy stárnutí, stáří, senior a domácí péče, které se prolínají celou prací. Druhá kapitola bude popisovat historii péče o seniory v České republice a v Evropě a třetí kapitola strategické dokumenty a legislativu vztahující se k této problematice. V další kapitole se budu zabývat specifiky péče o seniory, kterými jsou jejich měnící se osobnost, jejich specifické potřeby a způsob komunikace. Jednotlivé formy péče o seniory – rodinnou, zdravotní a sociální, jejich pozitiva a negativa popíši v páté kapitole. V poslední kapitole teoretické části práce předložím přehled přímé péče o seniora, konkrétně péči o osobu seniora, o jeho domácnost a pomoc s obstaráváním osobních záležitostí a také uvedu problematiku situace v péči o seniory.

Předmětem praktické části bude porovnání forem, možností, pozitiv a negativ domácí péče z pohledu seniorů. Nejdříve bude uvedena kapitola s metodologií výzkumu. Pro výzkumné šetření bude použita kvalitativní metoda realizovaná formou případové studie s technikou polostrukturovaného rozhovoru. Kapitola interpretace v závěru představí tři případové studie, jejich shrnutí a diskusi. Cílem praktické části bude získání informací od respondentů, o které je pečováno v domácím prostředí.

Předmětem této diplomové práce je tedy komplexní péče o seniory v domácím prostředí. Záměrem práce je popsat komplexní domácí péči o seniory a zjistit jak se v praxi uplatňují všechna její specifika.

Motto: „*Stáří nemá být koncem života, ale jeho korunou.*“

A. Repond

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY

V úvodu teoretické části této diplomové práce je důležité definovat klíčová slova a pojmy jako je stárnutí, stáří, senior a domácí péče z důvodu jejich porozumění. V literatuře, která se zabývá seniorskou problematikou, existuje mnoho definic těchto pojmů.

1.1 Stárnutí

Lidé nechtějí stárnout. Proces stárnutí však nelze zastavit ani díky současným moderním léčebným postupům a lékům, které umí významně prodloužit lidský život. Charakterizovat stárnutí není snadné. Je to proces mnoha změn fyziologických ale i patologických.

Stárnutí je fyziologickou součástí života lidí, zvířat i rostlin. Je to proces degenerativních změn v buňkách, který je individuální, změny nastupují v různou dobu v životě jedince a s různou rychlostí. Změny tkání a buněk, které souvisejí se stárnutím, začínají zpravidla ve 30 letech života člověka. Rychlost stárnutí je ovlivněna také životním stylem, prostředím, v němž člověk žije, jeho prací, stresem a dalšími aspekty, je ale také geneticky zakódována. Mezi některé vědecké teorie vysvětlující stárnutí buněk patří například teorie o působení zevních vlivů, teorie volných radikálů, které poškozují membrány buněk, genetické teorie uvádějící, že délka života je předem geneticky naprogramována nebo imunologická teorie, kdy autoimunitní proces ničí vlastní buňky. (Mlýnková, 2011, s. 13–14)

Dle Všeobecné encyklopedie Diderot Ř–Ž (1998, s. 217) je stárnutí „...zákonitý biologický celoživotní proces, u člověka nápadný po 30. roce věku. Příčinami stárnutí jsou genetické opotřebování a poruchy biologických struktur organismu. Podle časnosti nástupu a průběhu involuce lze rozlišit stárnutí úspěšné, normální a chorobné.“

Morfologicky jde o věkově obvyklou atrofii, pokles rezerv, funkčně o zhoršování vlastností, změnu biorytmů, úbytek funkcí, zhoršování reakcí, hromadění chyb a deficitů, klesá odolnost i adaptabilita, zhoršuje se odolnost k zátěži a přibývá tak stresorů.

Stárnutí i stáří může být úspěšné a zdravé (aktivní), které umožňuje spokojenost, seberealizaci a participaci. Další podobou je obvyklé stárnutí a stáří, jehož důsledkem je nedostatečná spokojenost, seberealizace nebo participace v souvislosti s nerovnováhou mezi zhoršeným zdravotním stavem, psychickými potřebami, nároky prostředí a sociálně ekonomickými možnostmi. Patologické stárnutí kdy je výrazně horší funkční a zdravotní stav, adaptace,

spokojenost, seberealizace a participace, obvyklá je chudoba, dochází k maladaptaci, rezignaci, sociální exkluzi, ke ztrátě soběstačnosti, případně zanedbávání nebo zneužívání. (Čevela a kol., 2012, s. 20, 28)

1.2 Stáří

Stáří neznamena konec života. Je to přirozené období života člověka, je jeho součástí a je třeba ho takto respektovat. U každého jedince je počátek stáří velmi individuální. Procesy a jevy stáří vstupují do života člověka postupně a jsou ovlivněny řadou faktorů, jako například genetickou zvláštností jedince, kvalitou životního prostředí, životním stylem, zdravotním a sociálním systémem, pracovní oblastí i hodnotovým systémem. Podoby stáří se také liší u jednotlivých generací. (Sak, Kolesárová, 2012, s. 14)

Stáří je období celoživotního bilancování, člověk přehodnocuje svůj dosavadní způsob života. Tato životní etapa je provázena různými náročnými událostmi a zátěžovými situacemi, jako je například odchod do důchodu, zhoršení zdravotního stavu, smrt životního partnera, ztráta sociálních kontaktů, které mohou způsobit to, že člověk ztratí smysl života. Oblastí a problematikou seniorského věku se zabývají obory gerontologie a geriatrie. Gerontologie je vědou o stárnutí a stáří, geriatrie je medicínský obor zabývající se diagnostikou, léčbou i rehabilitací chorob ve stáří. Stáří tradičně rozlišujeme na biologické, kalendářní a sociální.

Všeobecná encyklopedie Diderot Ř–Ž (1998, s. 221) charakterizuje stáří takto: „...ontogenetická fáze biologicky i sociálně odlišná od středního věku. Funkční a zdravotní stav ve stáří je výsledkem zákonitého biologického stárnutí, chorobných procesů, životních podmínek a způsobu života.“

Sak a Kolesárová ke stáří uvádějí: „*Fylogenetický a ontogenetický vývoj člověka probíhá v souvislostech s jeho životním polem a s jeho dynamikou. Stáří jako vyvrcholení a konečná fáze individuálního života je také důsledkem společnosti, v níž žil a žije. Stáří jako určitý fenomén ve společnosti je produktem společnosti a výpovědí o ní. Stáří nelze chápat bez kontextu celého životního cyklu, všech prožitých etap. Způsob života v dětství, mládí a dospělosti významným způsobem ovlivňuje kvalitu stáří.*“ (Sak, Kolesárová, 2012, s. 11)

Konkrétněji vymezuje stáří Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization), která ho rozděluje do tří věkových cyklů a to na počínající, časné stáří

(senescence) v rozmezí 60 – 74 let, senium, vlastní stáří (kmetství) mezi 75 – 89 lety a dlouhověkost (patriarchum) od 90 let a více.

Stát uznává sociální události, které jsou v rámci státní politiky a legislativy považovány za riziko, které jedinec nemusí být schopen zvládnout vlastními silami a zakládá tak nárok na sociální ochranu. Jedním z těchto typů událostí je i stáří. (Matoušek, 2003, s. 217)

Jako každá etapa života, tak i stáří má své zákonitosti, kterým se musíme přizpůsobit, neboť ovlivňují jak kvalitu, tak i způsob a rozsah našeho života. Ve stáří probíhá v organismu celá řada změn, tělesných, psychických i sociálních. Každý člověk na ně reaguje jinak a jiným způsobem se s nimi vyrovnává. I když je stáří všeobecně chápáno více negativně, pro mnoho lidí je jedním z nejkrásnějších životních období. (Malíková, 2011, s. 13–18)

1.3 Senior

Dle Všeobecné encyklopedie Diderot Ř–Ž (1998, s. 79) je senior „...starší člověk, člověk ve věku nad 65 let, tj. v důchodovém věku, po fázi tzv. aktivního věku. Senioři, věková skupina populace s převládajícím podílem žen. Obohacují společnost mj. i svou psychickou a sociální zralostí a zkušenostmi plynoucími z autentických prožitků minulých dějů. Společenská stabilita seniorů je ohrožena ageismem a jejich narůstajícími zdravotními potížemi, které mohou vést až ke ztrátě soběstačnosti.“

Sak a Kolesárová definují seniora: „Senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti.“ (Sak, Kolesárová, 2012, s. 25)

Podle výzkumu názorů a postojů české populace na věk seniora se člověk stává seniorem mezi 60. a 70. rokem věku, přičemž nejvíce lidí se domnívá, že se člověk stává seniorem v 60 letech. Na otázku „Co se vám vybaví, když se řekne senior?“ odpovědělo například 39 % populace, že starý, starší člověk, 36 % se vybaví důchodce (penzista), pobírající důchod, 9 % si představí rodiče a prarodiče, 6 % spojuje seniory se zdravotními problémy a 2 % se závislostí na druhých. (Sak, Kolesárová, 2012, s. 26–27)

Podle funkčního stavu existují senioři elitní – schopni extrémních výkonů i do vysokého věku, zdatní – zvládají náročné pracovní i pohybové aktivity i život v náročném prostředí, nezávislí – zvládají běžné životní nároky se sníženou mírou potenciálu zdraví a funkčních rezerv, křehcí – v labilním zdravotním a funkčním stavu vyžadující včasné a pružné

intervence, závislí – s velmi nízkým potenciálem zdraví vyžadující podporu druhé osoby či podpůrné služby, zcela závislí – trvale upoutaní na lůžko a potřebující stálý dohled nebo ošetrovatelskou péči a umírající – vyžadující paliativní péči. (Čevela a kol., 2012, s. 29)

Představa homogenní seniorské populace patří k nejnebezpečnějším mýtům o stáří. V podstatě jde o diskriminační stereotypizaci starých lidí, která je chápána jako uniformní a pasivní maso s funkčními deficity a se závislostí na péči. Seniorská populace je však značně heterogenní, senioři se navzájem liší věkem, zdravotním i funkčním stavem, rodinným zázemím, životním stylem, ekonomickými i bytovými podmínkami, zájmy, vzděláním, životními i pracovními zkušenostmi, prioritami, hodnotovým systémem, osobnostními rysy a dalšími okolnostmi. Je to populace znevýhodněná oproti mladším generacím, s převahou ovdovělých žen, disponující silným sociálním potenciálem a vyžadující osobnostní přístup. (Čevela a kol., 2012, s. 27)

1.4 Domácí péče

V době, kdy zdraví staršího člověka slábne, narůstá závislost na pomoci a zužují se sociální kontakty, má domácí prostředí a každodenní styk s nejbližšími nenahraditelnou úlohu v jeho emocionální, psychologické a sociální podpoře. Dle vědeckých studií jsou starší lidé žijící v rodinném prostředí šťastnější, zdravější a také déle samostatní. Stárnutí přináší řadu změn a rodina je nejdůležitějším faktorem v pomoci vyrovnat se s nimi. Rodina jim také dává pocit, že jejich existence je potřebná a žádaná. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 46)

Čevela a kol. ke stárnutí doma uvádějí: „*Zatímco stárnutí doma (angl. aging in place) si lidé nejvíce přejí, neboť se výrazně podporuje soběstačnost a autonomie seniora, došly zahraniční studie k závěrům, že k setrvání v dosavadním domově potřebuje senior pomoc od rodiny i od pečovatelských služeb. Můžeme identifikovat problém, neboť se rodiny dramaticky zmenšují a pocit zodpovědnosti dětí k rodičům se mnohde vytrácí. Navíc profesionální pečovatelské služby se stanou hůře finančně dostupnými díky snižování příjmů (penzí). Musíme také připomenout, že lidé se stávají v dosavadních domovech osamocení.*“ (Čevela a kol., 2012, s. 103)

Všeobecná encyklopedie Diderot C–F (1996, s. 579) charakterizuje domácnost jako: „*...elementární soc. jednotka, přirozená skupina společně hospodařících a bydlících osob.*“

a díl P–R (1997, s. 444) popisuje dlouhodobou péči následovně: „...komplex zdravotně sociálních opatření zajišťujících péči o osoby s ohroženou nebo ztracenou soběstačností. Usiluje o zabezpečení kvalitního života v domácím (přirozeném) prostředí. Optimální je individuální péče ve spolupráci s rodinou a laickými iniciativami. Doplňkově se uplatňují profesionální služby (pečovatelská služba a zdravotnická domácí ošetrovatelská péče – Home care, včetně péče hospicové), které využívají i zařízení pro denní pobyt (tzv. stacionáře). “

2 HISTORIE PÉČE O SENIORY

2.1 Česká republika

Do 19. století nelze nalézt důkazy o existenci zařízení, které by se specializovalo pouze na nesoběstačné nebo nemocné seniory.

V raném středověku vznikaly klášterní nemocnice takzvané infirmária určené pro nemocné členy řádu a tím bylo postaráno o nemocné a staré řeholníky. Biskupové, kláštery a faráři nebo města postupně zakládali hospice, hospitály, které poskytovaly péči lidem chudým, nemocným, zestárlým, umírajícím, ale i sirotkům, pocestným a jiným potřebným. Tato péče však spočívala spíše v poskytnutí střechy nad hlavou, potravy a vyspání. Za předchůdce nemocnic jsou považovány špitály, které zakládaly církevní řády a poskytovaly tak základní péči nemocným a dalším potřebným. Špitály i hospice měly spíše charitativní poslání než léčebný význam a zpočátku měly omezené kapacity lůžek, v některých bylo například jen 20 nebo i méně lůžek. V roce 1605 s příchodem řádu Milosrdných bratří se úroveň péče o chudé nemohoucí a potřebné zlepšila, ve špitálech byla poskytována péče na vysoké úrovni, ale výhradně mužům, jen výjimečně ženám. Ženám poskytoval zase kvalitní ošetrovatelskou péči řád svaté Alžběty, který založil první nemocnici v Praze. (Mlýnková, 2011, s. 60–62)

Několik reforem týkajících se zvýšení péče o zdraví obyvatel zavedla Marie Terezie, ale za vlády Josefa II se mezníkem v péči o seniory stalo zakládání nemocnic. Na základě tzv. direktivních pravidel, vydaných Josefem II, došlo k zakládání specializovaných lůžkových zařízení ve velkých městech, jako byly například všeobecné nemocnice, porodnice a nalezince, ústavy choromyslných a ústavy pro dlouhodobě nevléčitelně nemocné a zestárlé osoby – chorobince. Zařízení však měla spíše sociální a azylový charakter, lékařská a ošetrovatelská péče na vysoké úrovni zde ale poskytována nebyla. Na počátku 20. století byly otevřeny velké nemocnice v Praze – Královské Vinohrady a Motol, stávající se modernizovaly. Po první světové válce se spíše likvidovaly válečné škody a léčily se infekční choroby. Chorobince ve větších městech přijímaly staré nemocné osoby, jejichž choroba vyžadovala trvalé ošetření a léčení a kteří nebyli nakaženi infekční chorobou. Po druhé světové válce došlo k zestátnění léčebných a ošetrovatelských ústavů a začaly postupně vznikat domovy důchodců v komunisty zabavených kláštřích a církevních budovách. Vznikaly léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde byla poskytována pomoc nesoběstačným seniorům vyžadujícím doléčovací a rehabilitační péči. Po revoluci v roce 1989 se profilovala

hospicová péče – nový typ péče o umírající nemocné, který neměl u nás žádnou tradici. Byla také zřizována gerontocentra – odborné léčebné a rehabilitační ústavy pro seniory, disponující denním stacionářem i lůžkovou částí. (Mlýnková, 2011, s. 60–62)

2.2 Historie domácí zdravotní péče v Evropě

Domácí péče v Evropě nemá jednotný vývoj, je rozdílná metodika i opatření týkající se zdravotní péče. S potřebou vytvoření komplexního systému zdravotní a sociální péče o obyvatele byl spjatý vývoj domácí zdravotní péče a sociální péče. Sociální zabezpečení i lékařská péče se v jednotlivých zemích ubíraly různými směry. V Evropě byla domácí zdravotní péče spojována z větší části s primární péčí v rámci rodiny, ale z části i za přispění církevní nebo dobrovolnické instituce. Bez ohledu na sociální systém v oblasti však zůstává rodina a nejbližší příbuzní základním pilířem v péči o seniory či invalidní osoby. Velkokapacitní instituce a nemocnice se v průběhu 20. století staly převládající formou zajištění zdravotní pomoci seniorům. Během 50. let kritizovali tato zařízení profesionálové i samotní klienti a následně proto docházelo k pokusům o snižování dlouhodobého umístění seniorů do nemocničních zařízení. Byly přijímány zásady deinstitutionalizace, komunitní péče nebo péče průběžné a integrované a dařilo se zdokonalovat poskytování domácí zdravotní péče. Hlavním cílem bylo zapojení primární péče na úrovni rodin a uznání její klíčové role. V Anglii a Skandinávii byl ale například posun od institucí spíše k formám komunitních služeb. V bývalých post-komunistických státech se formou institucionalizace poskytovala péče až do roku 1990. Poté došlo k vyzdvižení rodinné péče o seniora. Novými trendy jsou domy s pečovatelskou službou a tzv. „Home Help“, které představují komplexní formu zprostředkování péče o seniory. Stát od státu se liší význam termínu péče o ohrožené skupiny, strategický přístup k tematickým problémům i přijatá opatření. Na jihu Evropy se například ještě zcela nerozvinula formální domácí péče, na severu Evropy se nedostatečně vyvinul dobrovolnický sektor. Rozdíly jsou vysvětlovány různou úrovní zabezpečení, rozdílnou historií nebo tradiční rolí občanské společnosti a státu. Státy Evropy využívají různé formy financování i poskytování zdravotní péče. Rozdíl je v míře odpovědnosti, která je na úrovni komunální, regionální nebo národní, rozdíl je také v podpoře primární péče různými organizacemi. (Historie domácí zdravotní péče)

Světová zdravotnická organizace vydala v roce 2008 publikaci s názvem „Domácí péče v Evropě“, kde uvádí vzrůstající potřeby domácí péče v Evropě. I přes konkrétní historii řídicí změny a následné politické reakce jednotlivých států Evropy, čelí všechny evropské země souboru podobných demografických, sociálních, technologických, epidemiologických a politických tlaků, které ovlivňují poptávku i nabídku poskytování domácí péče. Mezi vzrůstající potřeby domácí péče se řadí demografický posun, sociální změny, změny v epidemiologii, změny v postojích a očekávání, věda a technické inovace, priority a politická rozhodnutí. Jednotlivé úrovně vlády – místní, regionální, okresní a národní zahrnují role a odpovědnosti v domácí péči, rozhodnutí o financování, poskytování domácí péče a tyto role se liší mezi jednotlivými státy Evropy. Na národní úrovni je potřeba, aby politika řídila plánování a legislativu v domácí péči a také ji regulovala. Regionální a okresní management má zodpovídat za přidělování prostředků založené na jasně diferencovaných prioritách a na místní úrovni se domácí péče aplikuje v praxi. (Rosanna Tarricone and Agis D. Tsouros, ed., 2008, s. 3–6, s. 35)

3 STRATEGICKÉ DOKUMENTY A LEGISLATIVA

3.1 Strategické dokumenty

Nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje naší republiky i jiných evropských zemí je stárnutí populace a tento demografický vývoj bude pokračovat i v dalších letech. Součástí všech opatření přijímaných v reakci na stárnutí populace by měla být podpora mezigenerační solidarity a soudržnosti. Ministerstvo práce a sociálních věcí koordinuje politiku přípravy na stárnutí v České republice. Vláda ČR svým usnesením o „Národním akčním plánu podporujícím pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“ schválila aktualizaci strategického dokumentu „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“, jehož základním rámcem je zajištění dodržování a ochrany lidských práv seniorů a záměrem je komplexní přístup k řešení problematiky stárnutí populace, koordinace a propojování jednotlivých strategií resortů v oblasti přístupů ke stárnutí a vytvoření společných priorit všech přijatých opatření. Tato aktualizace navazuje na „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012“, který navazuje na stejný program na období let 2003 – 2007 a také na „Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí“ z roku 2002 a „Zásady OSN pro starší osoby“ z roku 1991. (Příprava na stárnutí v České republice)

V roce 2006 zřídila vláda ČR Radu vlády pro seniory a stárnutí populace jako svůj poradní a iniciativní orgán, mezi jejíž priority patří například mimo jiné podpora rodiny, zlepšování zdraví seniorů, jejich ochrana v rizikových situacích, zabránění diskriminace na základě věku aj. (Čevela a kol., 2012, s. 144)

Již v roce 1966 ve Francii vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii spolu s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie **Chartu práv a svobod starších občanů**, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby.

V článku II (domácnost a prostředí) této charty se říká: „*Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám. Je třeba, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by také mělo odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti. Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou,*

proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence). V tomto případě je třeba, aby pacient i jeho rodina volili vždy podle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.“ (Charta práv a svobod starších občanů)

3.2 Legislativa

Listina základních práv a svobod – zákon č. 2/1993 Sb., v platném znění, obsahuje mimo jiné v Hlavě II Lidská práva a základní svobody a v Hlavě IV Hospodářská, sociální a kulturní práva občanů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, popisuje v Úvodním ustanovení v odstavci 1) Předmětu úpravy následující základní úpravu: *„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") 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., o sociálních službách)

Tento zákon vymezuje tři základní oblasti služeb:

- sociální poradenství, které tvoří součást všech sociálních služeb,
- služby sociální péče pro osoby, které nezvládají svoji situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých,
- služby sociální prevence, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy.

Zákon také garantuje bezpečnost a profesionálnost poskytovaných služeb, které jsou přizpůsobené potřebám osob při zachování jejich lidské důstojnosti a jejich podpoře k aktivnímu přístupu k životu.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, obsahuje například způsob hodnocení schopnosti zvládat základní

životní potřeby nebo rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb.

System sociální ochrany v ČR v současnosti tvoří následující hlavní sociální dávkové systémy:

- důchodové pojištění - zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění,
- nemocenské pojištění - zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění,
- podpora v nezaměstnanosti - zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění,
- státní sociální podpora – zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění,
- pomoc v hmotné nouzi – zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění,
- dávky sociální péče pro zdravotně postižené – zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění,
- příspěvek na péči – zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

4 SPECIFIKA PÉČE O SENIORY

4.1 Osobnost seniora

Dvořáčková (2012, s. 15) se zmiňuje o osobnosti takto: „*Jednou z charakteristik zralé osobnosti je nejen vyrovnání se s minulostí a žití v přítomnosti, ale i realistický výhled do budoucnosti. Ve skutečnosti se však ukazuje, že poměrně mnoho lidí je na stáří nepřipraveno. Křivohlavý poukazuje na rozdíly v plánování budoucnosti mezi stárnoucími lidmi. Ti, kteří žijí doma v rodině, mají více plánů do budoucnosti a žijí relativně šťastně. Naproti tomu senioři žijící v domovech pro seniory upadají často do letargie, nezájmu a sociální izolace.*“

Stáří je dle Junga vrcholem osobnostního rozvoje, má značný smysl a zvládnutí této fáze je významným vývojovým úkolem. Umět zestárnout je stejně důležité jako bylo dosažení dospělosti. K dosažení vyrovnanosti stáří si musí člověk pomoci sám, smysl svého života si musí najít uvnitř sebe, ve svém nevědomí. (Vágnerová, 2007, s. 302)

Na zvládnutí mnoha různých ztrát a zátěží závisí ve stáří udržení pocitu subjektivní pohody. V pravém stáří bývají nejčastějšími zátěžovými situacemi nemoc a úmrtí partnera či vrstevníků vedoucí k redukci sociální sítě a pocitu osamělosti, dále zhoršení zdravotního stavu vedoucí k postupné ztrátě soběstačnosti a také ztráta jistoty soukromí spojená s hospitalizací či přemístěním do pobytového zařízení sociální péče. Všechny subjektivní problémy značí náročnost této životní fáze, snížení tolerance starých lidí a jejich omezenou schopnost přijatelně reagovat obrannými mechanismy. Užívají jinou strategii zvládnutí, jejich adaptace je více pasivní a redukována na obranu aktuálních pocitů. V pozdním stáří narůstá základní nedůvěra ve svět, kdy se starému člověku zdá, že svět je cizí, zlý, neakceptuje ho, přehlíží či zavrhuje. Těžko se udržuje autonomie, negativismus je reakcí na to, že o svém životě nemohou senioři rozhodovat jako dřív. Iniciativa se redukuje, nejde o prosazení nového, ale o udržení stávajících kompetencí. Senior může mít potřebu upravit svoji identitu, svoji osobnost může chápat jinak než dřív a zdůrazňovat jiné dříve nedůležité složky identity. (Vágnerová, 2007, s. 399-401)

V průběhu stárnutí se mění také osobnostní vlastnosti, které jsou buď zdůrazněny, nebo se objeví nové projevy. Může se změnit i struktura celé osobnosti a tím i chování staršího člověka. Tyto změny lze chápat i jako reakci na novou životní situaci a limitovanou osobní perspektivu. Osobnostní vlastnosti jsou dědičně podmíněné asi z poloviny. Společenská

a družnost s vekom klesá a to více u mužů než u žen, ale její prohloubení či udržení se může projevit neselektivním navazováním povrchních kontaktů. K samotářství a izolaci může vést nárůst introverze, jejímž důvodem mohou být například obtíže v komunikaci, percepci, rozdíly zájmů či pocity neporozumění. Neuroticismus s vekom klesá, starší lidé bývají klidnější a vyrovnanější, někdy až rigidní, ale v pozdním stáří může znovu narůstat. Klesají také zvědavost a tvořivost, které ustupují konvencím a konzervativnosti. Mění se i spolehlivost, svědomitost, přesnost, pečlivost, ale ne příliš výrazně. Někdy mohou být starší lidé pečliví a zodpovědní, ale s potížemi v sebeovládání. Pečlivost může vést až k pedanterii. U starších lidí narůstá popudlivost, egocentrismus někdy i podezřívavost, ale udržuje se také vysoká míra důvěřivosti a soucitnosti. Osobnostní změny mohou být také symptomy chorobného procesu, to když jsou nápadné a nové projevy neodpovídají předchozímu chování a vlastnostem určitého člověka. Narušení jedné ze složek celého psychosomatického komplexu člověka se projeví změnou dalších, proměna osobnostních vlastností tedy probíhá v kontextu celého psychosomatického komplexu. (Vágnerová, 2007, s. 347–349)

4.2 Potřeby seniorů

Ve stáří dochází zejména ke změně biologických a psychických potřeb. Do popředí se dostávají potřeby zaměřené na jistotu a bezpečí, některé dřívější potřeby ztrácejí na významu. Jelikož se ve stáří zhoršují některé fyzické a psychické kompetence, člověk si uvědomuje postupnou ztrátu soběstačnosti. Senior se proto více zaměřuje na sebe a na uspokojování vlastních potřeb, aby zvládnul náročné úkoly tohoto období. Nenaplnění potřeb vede ke zklamání a někdy i ke vzniku problémového chování.

Všichni lidé mají stejné potřeby, ale rozdíl může být v intenzitě, rozsahu nebo frekvenci. Ani senioři nemají jinou strukturu potřeb oproti ostatním, jen u nich dochází ke změně důležitosti jednotlivých potřeb. Výzkum v přirozeném prostředí seniorů například prokázal, že důraz je kladen na uspokojení základních biologických potřeb a na sociální kontakt. Za základ kvality života je vnímáno zdraví, které je základní lidskou potřebou. U seniorské populace však lze očekávat zdravotní obtíže, změny anatomické a fyziologické, ubývání sil, mění se emocionální stav i motivace. Uspokojování potřeb u seniorů je ovlivňováno vývojovým stádiem člověka, jeho individualitou, mezilidskými vztahy, nemocí a okolnostmi, za kterých vzniká. Vedle známé Maslowovy hierarchie potřeb, kde je na vrcholu pyramidy seberealizace,

nalezení smyslu života, se můžeme podívat na potřeby také z hlediska principů jako je zabezpečení, autonomie, důstojnost, smysluplnost a participace. **Zabezpečení** u seniorů znamená například zajištění potravy, ošacení, přístřeší, zdravotní péče ale i hmotné zabezpečení. **Autonomií** rozumíme svobodu a samostatnost v rozhodování a jednání. **Důstojnost** nebo také potřeba uznání a sebeúcty může být ohrožena, pokud se senior stává závislým na druhých. **Smysluplnost** je v Maslowově pyramidě potřeb adekvátní seberealizaci. Pomoci seniorovi můžeme zaměřením se na jeho dosavadní rituály, zábavu, činnosti, naučené způsoby chování a další situace a hledáme s ním nové možnosti způsobem, aby jeho svět byl stále smysluplný. S **participací** souvisí potřeba lásky a sounáležitosti, kterou by měla uspokojovat zejména rodina seniora. Participaci seniora na společenském dění nebo na životě komunity ztěžují projevy ageismu, který zahrnuje projevy diskriminace vůči seniorům nebo předsudky a negativní představy o starých lidech. (Chloupková, 2013, s. 79–87)

Potřeba stimulace bývá u staršího člověka snížena. Větší intenzita nebo nakupení podnětů ho unavuje a dráždí. Seniori dávají přednost klidu a stereotypu, potřeba nových a silných zážitků klesá. Více nových informací a změn může vyvolat pocit nejistoty a dezorientace. Raději se navrací do minulosti, vzpomínají, uchovávají si staré věci, zajímají se o staré knihy nebo filmy. Zároveň však přísun nových podnětů potřebují, aby je aktivizovaly a informovaly o dění v okolí, aby nedocházelo k psychické stagnaci. K omezení kontaktu s okolním světem dochází většinou v důsledku nějakého onemocnění. Důležitá je také **potřeba sociálního kontaktu**, který však musí být i přiměřený. I přes potřebu dostatku sociálních podnětů potřebují starší lidé své soukromí. Téměř 50 % se jich obává závislosti na druhém člověku, ale naopak 36 % jich má obavy ze samoty. Preferují kontakty se známými lidmi, které posilují jejich pocit jistoty, ale postupně se počet těchto lidí zmenšuje a člověk se cítí osamělý. Méně je uspokojuje kontakt s mladšími lidmi, vždy jim nerozumí, jejich zájmy a cíle jsou jim již cizí. Důležitý je pocit generační sounáležitosti a solidarity. **Potřeba citové jistoty a bezpečí** je ve stáří intenzivnější, má větší hodnotu, starší lidé uvědomující si ubývání svých sil a schopností, se cítí ohroženi například onemocněním či ovdověním. Smiřují se s určitou mírou závislosti, ale vazba na blízké lidi ochotné jim pomoci a být jim oporou posiluje jejich pocit jistoty. Bývají opatrnější, více se vyhýbají nepříjemnostem i nebezpečí. Roste jejich potřeba pozitivních podnětů, chtějí být akceptováni a oceněni lidmi v blízkém okolí. Svým vrstevníkům projevují větší soucit a více empatie. Potřebují mít jistotu, že někam patří, že

jsou součástí určité sociální skupiny. Také potřeba intimity nabývá ve stáří jiné podoby, k fyzickému kontaktu jim většinou stačí někoho blízkého se dotýkat či být v jeho přímé blízkosti. Ve stáří také klesá význam nebo se mění způsob uspokojování **potřeby seberealizace**. Frustrace může být spojena již s odchodem do důchodu. Pocit bezvýznamnosti v roli důchodce může vést k rezignaci či k pocitům méněcennosti. Pocit ztráty vlastní hodnoty se snaží kompenzovat jinými aktivitami nebo zdůrazňují minulé výkony. Potřebu seberealizace tak saturují vzpomínkami. S potřebou seberealizace souvisí i autonomie, tedy svoboda rozhodování o sobě a svém životě, a možnost samostatně jednat. Dříve běžné svobody nejsou již samozřejmostí nebo je člověk zcela ztratí. Udržení autonomie je nepřímou úměrnou nárůstu závislosti, která snižuje sebeúctu. Uznání a ocenění od ostatních uchovává přijatelnou sebeúctu. Obtížněji se potvrzuje pocit užitečnosti, který může dávat životu staršího člověka smysl. Potřeba seberealizace bývá uspokojována nepřímou například tím, že úspěchy dítěte či vnuka bývají prožívány jako vlastní. Někteří starší lidé na většinu svých ambicí rezignují, a proto tato potřeba vyhasíná nebo ztrácí původní význam. **Potřeba otevřené budoucnosti a naděje** bývá založena na kompromisu, který klade důraz na zachování soběstačnosti a sebeúcty. I zde dochází k přesunu důrazu na život dětí či vnuků. Starší člověk se musí těšit existencí zachovalých hodnot a musí přijmout nevyhnutelnost vlastní smrti. Možností je také duchovní transcendence, která dává smysl jakkoliv limitované formě života. Vyrovnání se s nutností změny smyslu vlastního života je obtížným a důležitým úkolem. (Vágnerová, 2007, s. 344–347)

4.3 Komunikace se seniory

Častou zátěží stáří bývá pocit prázdnoty a izolace. Starší lidé jsou pomalejší, hůře přizpůsobiví, hůře vidí a slyší, což posiluje stále větší koncentraci na rodinu a blízké známé. Kvůli komunikačním problémům se často uzavírají do svého soukromí a redukují sociální kontakty. (Vágnerová, 2007, s. 345)

Komunikace je součástí sociálního kontaktu. Efektivita a uspokojivost komunikace starších lidí může být narušena percepčními a paměťovými změnami, souvisí i s aktuální úrovní jazykových schopností či úrovní inteligence, určité jejich výrazy a slovní spojení se mohou zdát členům jiné generace méně srozumitelná. Častá nedoslýchavost u starších lidí způsobuje, že se musí na poslech více soustředit, což vyžaduje větší úsilí a více je to unavuje. Neslyší

každé slovo a obsah sdělení tedy přesně nepochopí. Někdy odhadují smysl z kontextu, ale přitom dochází k chybám. To vše zvyšuje pocit napětí a nepohody a někdy se raději rozhovoru vyhnou a to častěji s cizími lidmi. Obtížnější je rozhovor se skupinou a proto společenská setkání ani nevyhledávají. Problémy v této oblasti komunikace vedou k podezíravosti a vztahovačnosti, starší lidé se domnívají, že je ostatní přehlížejí či o nich špatně mluví. Komunikaci starších lidí také ztěžuje pomalost zpracování sdělené informace a delší doba zformulování odpovědi zejména při komunikaci se skupinou nebo příslušníky mladší generace, kteří mají málo času a trpělivosti. Paměťové problémy zase komplikují krátkodobé uchování sdělených informací i vybavení slovních výrazů. Tištěná či psaná forma se jim lépe pamatuje, mohou se k této formě vrátet, což k mluvenému sdělení jde těžko. Kvůli malé kapacitě krátkodobé paměti mají starší lidé tendenci svoje sdělení opakovat. Kolem 70. roku se začíná zhoršovat úbytek jazykových kompetencí a to v závislosti na biologickém stárnutí, úrovni vzdělání i aktuálním stylu života. Zhoršuje se schopnost využití slovní zásoby i naučené jazykové dovednosti, klesá slovní plynulost, dochází k nárůstu nepřesností ve spojení souvětí. Další potíže bývají v porozumění náročnějšího textu. Dochází také k posunu v obsahu komunikace, život je již chudší na události, i běžné dění a banální problémy posuzují jako důležité, převažují témata jako je zdraví, rodina a vzpomínky. V komunikaci mezi staršími manžely se projevuje komunikační stereotyp. Dobře se znají a komunikace má zkratkovitý a neverbální charakter, často jde o monolog či dva sdílené monology. (Vágnerová, 2007, s. 351–354)

Překážky v komunikaci mohou být na straně seniora, který je například unavený a nechce se mu komunikovat, nedůvěřuje tomu, s kým komunikuje nebo se mu nechce hovořit na intimní téma. Může mít také různé somatické bariéry, jako je bolest, zhoršený sluch či zrak, poruchu řeči, horečku nebo demenci. K psychickým bariérám patří strach, úzkost, stres. K překážkám na straně pečující osoby můžeme zařadit obavu z citlivých a náročných témat, například zdravotní stav, umírání. Pečovatel může mít také své osobní problémy nebo prožívat těžké období a jen seniora pasivně poslouchá a přikyvuje, může mít nedostatek času nebo být unaven. Obtížně se také komunikuje se seniorem, který je například agresivní verbálně či fyzicky. Také na straně prostředí se mohou vyskytovat překážky jako například pohyb a hluk pečující osoby, přítomnost více osob v místnosti apod. (Mlýnková, 2011, s. 53–54)

Základem pro navázání bezpečného vztahu naplněného důvěrou obou komunikujících stran je aktivní naslouchání, kterým projevujeme i respekt k seniorovi, dáváme najevo svůj zájem

o jeho vyprávění. Pro kvalitní komunikaci je důležitá srozumitelnost, kdy rozhovor by měl být přiměřený věku, schopnostem či postižení seniora, měl by být jasně uspořádaný, stručně vyjadřující to nejdůležitější a podnětný. Dále bychom měli při komunikaci se seniory přizpůsobit tempo řeči, hovořit přiměřeně hlasitě, dobře artikulovat, respektovat používání odlišného slovníku a důležitá je i taktilní komunikace. (Hauke, 2014, s. 84–88)

5 FORMY PÉČE O SENIORY

Formy péče o seniory lze rozdělit do tří následujících skupin: péče zajišťovaná rodinou, zdravotní a sociální péče.

Zdravotní problémy jsou v praxi často doprovázeny sociálními a naopak, a proto nelze zdravotní a sociální péči od sebe oddělovat. V naší společnosti se předpokládá, že nesoběstačným členům rodiny zajišťuje jejich potřeby rodina a státní (formální) služby se využívají až v situaci, kdy neformální poskytovatelé péči nezvládají či chybí. Proto je důležitá dostatečná nabídka služeb, které mohou rodinu nahradit nebo dočasně doplnit a tím podporovat život seniora v jeho přirozeném prostředí. Senioři, kteří jsou natolik nesoběstační, že nemohou žít ve svém původním prostředí, péče jejich rodiny chybí nebo je nedostatečná, mohou využít služby pobytových zařízení. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 60)

5.1 Rodinná péče

Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 46) hovoří o seniorovi a rodině: *„Rodina je nejstarší základní jednotka lidského společenství, jehož organickou součástí je i starší člověk. Možnost bytí s rodinou v této závěrečné etapě lidského života je nenahraditelná a v mnohých případech umožňuje staršímu člověku dožít se delšího věku, přinejmenším mu však přináší šťastnější prožití každodenního života. Každý starší člověk je rád, když ví, že je na světě někdo, kdo ho potřebuje a na koho se bude moci v těžkých situacích spolehnout.“*

V minulosti spočívala péče o starší lidi výhradně na rodině, která když nebyla schopná nebo nechtěla své úkoly plnit, umírali senioři hladoví a zbídačení v nedůstojných poměrech. O jejich nezbytné hmotné zajištění se starali duchovní nebo bohatí jedinci. O chudé a nemocné měla povinnost se postarat obec, poskytnout jim stravu a zaopatření v nemocnici, pokud neměli pomoc z dobročinných zdrojů. Stát dříve uplatňoval svoji míru péče prostřednictvím pojistných systémů. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 48)

Když senior ztrácí soběstačnost a potřebuje pomoc, očekává nejdříve pomoc od své rodiny. Pomoc rodiny může být někdy snadná, jindy komplikovaná, anebo zcela nedostupná. Rodina musí chtít, umět a moci seniorovi pomoci. Když se rodina chce postarat, zvládne snadno i to, jak má pomoc provádět. Nabídka informačních materiálů je pestrá a snadno dostupná a jsou

k dispozici i praktické edukační programy pro laické pečovatele. (Haškovcová, 2010, s. 285–286)

Většina lidí se cítí nejlépe v rodině, v domácím prostředí. Zde má každý své rodinné zázemí a prožívá zde pocit jistoty a bezpečí. I přesto, že dnešní rodiny žijí převážně jinde než jejich rodiče, zůstává přirozeně rodina základem poskytování péče seniorovi. Někdy se stárnoucí rodič přestěhuje do bytu dětí, což má svá pozitiva i negativa. Pozitivní je například to, že pečujícím to ušetří čas, usnadní péči, o kterou se mohou podělit i ostatní členové rodiny, a hlavně senior se necítí osamocen, cítí se bezpečněji. Negativní vliv tohoto soužití může být v tom, že vzájemné vztahy mohou být napjaté, senior není ve svém původním domově a nemusí se v domácnosti dítěte také cítit dobře nebo se cítí zde být obtížím nebo pouhým hostem.

V naší zemi je známá tzv. sendvičová generace, kdy se střední generace stará jak o svoje mladé děti, tak o svoje starší rodiče či prarodiče. Jako morální selhání dětí bylo vnímáno umístění seniora do pobytového zařízení v době totalitního režimu. Běžným jevem je tzv. ústřední generace, která se zaměřuje na požadavky stárnoucích rodičů i odrostlých dětí. Může se však stát, že nastane situace, kdy podporu již není možné rozšířit a musí se rozhodnout, zda méně podpoří odrostlého potomka nebo umístí starého rodiče do zařízení. Někdy nejsou mezigenerační vztahy narušené ani vzdáleností obydlí rodičů a dospělých dětí. Dokud nepotřebují intenzivní pomoc druhé osoby, preferují senioři oddělené bydlení. Starší lidé jsou také součástí společnosti, a pokud se o ně odmítá nebo nemůže rodina postarat, je nevyhnutelná pomoc státu a nestátních subjektů zajistit jim odpovídající sociální služby. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 49–50)

Kam a ke komu patří je pro staršího člověka velmi důležité. Jeho identita se váže na příslušnost k určitým lidem, na místo, kde žije a na společenskou skupinu, k níž náleží. Rodina je důležitější složkou identity, než byla dříve. Příslušností k partnerovi, dětem, vnukům i domovem se starší člověk definuje. I tato oblast se však postupně mění. Úmrtím partnera ztrácí určitou roli, kterou ovdovění ochuzuje a má i negativní význam. Vztah k dětem a vnukům je až identifikační. Pozitivní vlastnosti a úspěchy svých potomků považují za své zásluhy do určité míry, protože děti jsou součástí jejich života. (Vágnerová, 2007, s. 307)

Spokojenost seniorů je také výrazně ovlivněna pocitem bezpečí ve vlastním bytě. Z výzkumu vyplynulo, že se často senioři cítí ve svém přirozeném prostředí ohroženi, například

nevyhovujícím fyzickým prostředím, nedostatečnou péčí nebo i domácím násilím. I přesto však žítí ve vlastní domácnosti senioři vysoce upřednostňují. (Chloupková, 2013, s. 81)

Mnoho seniorů se snaží neobtěžovat svoje děti a vnoučata, protože si uvědomuje řadu problémů v jejich životě. Větší část z nich bude ale potřebovat dříve nebo později výpomoc nebo pečovatelskou péči a potom se tedy spolehnou buď na svou rodinu, nebo na profesionální sociální služby. Ne každý senior však má rodinu nebo je jeho rodina nefunkční. Rodina se sice chce často ochotně postarat o příbuzného seniora, ale brání jim v tom řada překážek, především to bývá nedostatek času u ekonomicky aktivních členů rodiny. (Haškovcová, 2012, s. 16–17)

V naší kultuře je obvyklé, že mladé rodiny žijí odděleně od rodičů, ale bývají v častém kontaktu a udržují dobré vztahy. Ovlivněno je to také standardní velikostí bytů, kde pro soužití více generací není prostor. V rodinných domech dětí, více v menších obcích, mívají k dispozici senioři svoji místnost nebo část domu, pokud je místa dostatek a rodiče s dětmi se na soužití dohodnou. Pokud je soužití dobře fungující, mají z něho všichni prospěch a nelze opomenout i ekonomickou stránku provozu domácnosti. (Mlýnková, 2011, s. 35–36)

Rodinní pečující

Poskytovat každodenní péči seniorům je náročné a vysilující. Péče o ně je neatraktivní, pečující sice těší, že jsou prospěšní, ale mají také pocit, že nejsou a ani nemohou být úspěšní. Nedochozí zde k navrácení plného zdraví seniora. Pečující by měl rozumět potřebám nemocného seniora a vytvořit si k němu adekvátní lidsky vstřícný vztah. (Haškovcová, 2010, s. 274–275)

Pečující osoba vidí stabilní nebo narůstající závislost seniora, o kterého pečuje. Po letech péče vidíme, že péče bude nadále pokračovat bez lepších perspektiv a nepolevuje únava. Pečující často rezignuje na svůj život, ocitá se v těžké životní situaci. Další členové rodiny buď s péčí pomáhají, nebo se cítí odstrčeni. Obětavou péčí lze ocenit, ale je nutné odmítnout sebeobět. Této rodině by měla pomoci společnost nabídkou respitních služeb, kdy na určitou dobu převezme služba péči o seniora a pečující osoba si dopřeje přestávku, odpočinek nebo zaslouženou dovolenou, aby nabrala síly k další péči. (Haškovcová, 2010, s. 298)

Jestliže nemá pečující osoba vytvořený svůj životní režim, který mu dovolí odpočívat a relaxovat, může dojít z důvodu dlouhodobého stresu k syndromu vyhoření. Jedná se o stav tělesného, emocionálního a duševního vyčerpání způsobeného dlouhodobým pobýváním v emocionálně náročných situacích. Snížit fyzickou náročnost péče o seniora jde pomocí různých pomůcek. Rozhodující je ale psychická zátěž, která pramení také z konfrontace se stářím, nikdo nechce vidět detailní obtíže nemocného stáří, nikdo nechce být starý a bezmocný. Péče o psychickou pohodu pečujícího je nezbytná a projeví se i v psychické pohodě ošetřovaného. Pečující by měl dodržovat zásady duševní hygieny, může vyhledat pomoc psychologa. Zásady duševní hygieny mají význam pro udržení duševního zdraví. Stres lze zvládat aktivním přístupem k životu, relaxací nebo autogenním tréninkem.

Zpráva z dotazníkového šetření mezi rodinnými pečujícími

Zajímavé jsou výsledky Zprávy z dotazníkového šetření mezi rodinnými pečujícími Institutu důstojného stárnutí Diakonie Českobratrské církve evangelické z ledna 2015, které zpracovala PhDr. Eva Křížová, Ph.D. Šetření bylo prováděno s 200 rodinnými pečujícími z různých krajů ČR a jeho cílem bylo zjistit hlavní problémy rodinné péče o nesoběstačného člověka a objevit možnosti jak péči v domácím prostředí usnadnit a prodloužit. Nyní uvedu některé zjištěné údaje:

- příjemci péče bylo 63 % žen a 37 % mužů ve věku do 95 let, tři čtvrtiny příjemců bylo starších 70 let,
- 18,3 % příjemců péče nepobíralo příspěvek na péči, u ostatních byly rovnoměrně zastoupeny všechny čtyři stupně příspěvku,
- pečující osoby byly v 89 % ženy a v 11 % muži, jejich průměrný věk byl 53 let, 46 % bylo ekonomicky aktivních, 29 % byli důchodci a další pečující byli i nezaměstnaní,
- přes polovinu péče poskytovali potomci svému rodiči, nejčastěji pečuje dcera o matku, péče mezi partnery byla zastoupena 13 %,
- v 65 % žili pečující a příjemci péče ve společné domácnosti, ve 30 % docházeli pečující do domácnosti příjemce péče,
- 50 % poskytovalo každodenní přímou péči a 32 % osob pečuje déle než pět let,
- v 51 % byly důvody pro poskytování rodinné péče citové vazby a pocit morálního závazku až povinnosti k blízkému člověku, další motivy méně často zastoupené byly například vysoká

cena sociálních služeb a využití dalších služeb mimo rodinu, nedostupnost sociálních služeb v jejich okolí nebo jejich nekvalitnost,

- 53 % chce pokračovat v péči za každou cenu, jen cca 12 – 15 % pečujících uvažují o umístění příbuzného do zařízení sociální péče,

- nejčastějším důvodem ukončení rodinné péče bylo zhoršení zdravotního stavu osoby v péči, dalšími důvody bylo vyčerpání pečujícího nebo finanční důvody,

- téměř 94 % pečujících cítí vyčerpání různé intenzity,

- nejvíce by pečujícím pomohlo pokračovat v péči: zájem, pochopení a podpora ze strany ošetřujícího lékaře, dále informace o službách, které s péčí pomohou, informace o sociálních dávkách, ne které má příjemce péče nárok, dostupnost bezplatné ošetrovatelské péče zdravotních sester v domácnosti, možnost konzultace s odborníkem s možností se svěřit a získat pochopení, větší finanční pomoc od státu, odlehčovací služba, osobní asistent nebo pečovatelská služba,

- v prodloužení domácí péče by pečujícím nejvíce pomohlo občas vysadit, udělat si dovolenou a dopřát si intenzivní odpočinek, dále zájem a pomoc širší rodiny, možnost získávat další pečovatelské zkušenosti (kurzy), možnost více zůstat v kontaktu s přáteli, možnost zachovat si své zaměstnání alespoň na část úvazku a možnost se do něho vrátit a také možnost pomoci ze strany sousedů nebo dobrovolníků,

- nejvíce pečujících by v případě neúnosnosti péče umístili příbuzného do dobrého sociálního zařízení a i nadále se podíleli na péči o něho, pro jiné by mohla péče v domácnosti pokračovat za pomoci dalších zúčastněných osob nebo po provedení nezbytných ergonomických a architektonických úprav v bytě, nebo by jim pomohlo sestěhování se do společného bytu, kde budou zajištěny potřebné služby,

- pečující projeví vysoký zájem o aktivity pořádané společně pro seniory a pečující osoby,

- vysoký byl zájem o službu sociálního pracovníka, který by měl v obci na starosti staré lidi, navštěvoval by je, zjišťoval jejich potřeby, poradil by, jaké služby a dávky jsou k dispozici, pomohl by v jejich zajištění (70 %),

- více než polovina dotázaných je spokojena s poskytováním informací a poradenství o možnostech pomoci seniorům a pečujícím, ale méně je spokojena s bezbariérovým přístupem v obci a městě,

- jako hlavní zábrana rodinné péče je vnímána ekonomická aktivita a požadavky zaměstnání. Ani příspěvek na péči není považován za dostatečný ekvivalent příjmu z práce. Pečujícím by pomohla větší flexibilita pracovních úvazků a příležitostné uvolnění z důvodů nároků rodinné péče. I přesto si ale často pečující uvědomovali, že se jedná v případě domácí péče o věc morálního rozhodnutí, které každý neučiní. Přípomínky se objevily také k malému rozsahu a fungování specializovaných služeb (např. o víkendu). (Křížová Eva, Zpráva z dotazníkového šetření mezi rodinnými pečujícími)

5.2 Zdravotní péče

Základem zdravotní péče o seniory je primární péče poskytovaná praktickým lékařem pro dospělé. V péči o seniory by měl spolupracovat s rodinou, domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou apod.

Zdravotní péče je seniorům poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ambulantního nebo lůžkového typu. V menších nemocnicích bývají základní oddělení, jako například interní, chirurgické nebo gynekologické. Ve fakultních nemocnicích bývají další typy speciálních oddělení sloužící k vyléčení akutního onemocnění seniora a jeho návratu do původního sociálního prostředí. Ne každá psychiatrická léčebna má zřízeno gerontopsychiatrické oddělení a jsou k dispozici jen v některých městech. V léčebnách pro dlouhodobě nemocné jsou doléčovací a rehabilitační oddělení následné péče, kde bývají hospitalizováni senioři ve stabilizovaném stavu, kteří zde nacvičují například chůzi, soběstačnost apod. Nevyléčitelně nemocným, většinou onkologickým pacientům, poskytují péči hospice. Mnohé z nich však nabízejí i odlehčovací pobyty seniorům formou respitní péče, aby si rodinní pečující mohli odpočinout, jet na dovolenou nebo načerpat nové síly. Hospicová péče je prováděna také v domácím prostředí, aby mohli senioři nevyžadující nemocniční péči prožít závěr svého života důstojně v kruhu rodiny. Další formou zdravotní péče jsou geriatrická denní centra, kdy během denního nebo i nočního pobytu seniora je mu poskytovaná léčebná a ošetrovatelská péče, psychická aktivizace a kognitivní trénink, fyzioterapeutická péče a ergoterapie. (Mlýnková, 2011, s. 63–65)

V domácím prostředí je také poskytována seniorům odborná zdravotní péče, která je indikována praktickým nebo ošetrojícím lékařem při hospitalizaci. Je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění, přímou úhradou pacientem (pokud není pojištěn, některé

výkony nehrazené ze zdravotního pojištění) nebo sponzorskými dary z nadací či grantů. Určujícím faktorem je zdravotní stav a potřeba zdravotnické péče. Tato forma domácí péče umožní seniorům zkrátit pobyt v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení, doléčení lze tedy absolvovat v domácím prostředí buď v okruhu své rodiny, nebo i v případě, kdy potřebná rodinná péče není dostupná. Zaměřuje se na udržení a podporu zdraví a rozvoj soběstačnosti s cílem zajistit seniorovi maximální pohodlí, dostupnost a kvalitu poskytované zdravotní péče. Péče je poskytována kvalifikovanými zdravotními sestrami, které spolupracují s ošetřujícími lékaři, s orgány státní správy a samosprávy, nevládními organizacemi aj. S pomocí potřebného zdravotnického vybavení provádí například podávání léků, aplikace injekcí, infuzí, odběry krve, měření krevního tlaku, ošetřování stomií, převazy ran, ošetřovatelskou rehabilitaci a další úkony. Poskytovatelem této péče jsou agentury zdravotní domácí péče, většina z nich je sdružena v Asociaci domácí péče České republiky. Přehled agentur domácí péče je dostupný na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR. Cenné rady a informace o domácí péči lze nalézt na webových stránkách Národního centra domácí péče České republiky.

5.3 Sociální péče

Aby mohli starší lidé důstojně prožívat stáří v relativním bio-psycho-sociálním komfortu, je důležité stále hledat nová vyhovující, účelná a finančně dostupná řešení. Síť služeb určená seniorům se v současnosti stále nedostatečně využívá. Někdy umístí rodinní příslušníci seniora do pobytového zařízení bez využití možnosti domácí péče. Nabídka, dostupnost a finanční nákladnost by měla být taková, aby umístění seniora do pobytových služeb bylo poslední možností. V současnosti se zlepšuje kvalita života ve stáří a pro tuto společnost je typická potřeba kvalifikované pomoci a péče. Sami starší lidé chápou tuto pomoc jako rovnoprávný vztah občana a sociální instituce. Udržení dobrého zdraví a aktivní prožívání stáří v prostředí mezi nejbližšími je hlavním posláním zdravotnického a sociálního systému. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 50)

Senior potřebuje zajistit dlouhodobou péči, pokud u něho dojde ke zhoršení zdravotního stavu a ke ztrátě soběstačnosti. Tuto situaci lze řešit pomocí terénních sociálních služeb nebo je nutná institucionální forma péče. Výběr konkrétní služby nebo formy péče je dán mírou závislosti seniora a jeho aktuálním zdravotním stavem. Setrvání seniora, který je trvale

závislý na pomoci druhé osoby, v přirozeném prostředí je podmíněno dobře fungujícími sociálními službami. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 62)

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, mezi které řadíme i seniory, kteří patří mezi nejpočetnější skupinu příjemců sociálních služeb. Cílem je zlepšit kvalitu jejich života, co nejvíce je začlenit do společnosti, podporovat rozvoj nebo zachování stávající soběstačnosti seniorů, navrátit je do jejich domácího prostředí, obnovit či zachovat jejich původní životní styl, snížit zdravotní a sociální rizika spojené se způsobem jejich života. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost a musí vycházet z individuálně určených potřeb seniorů a služby musí být poskytovány v jejich zájmu a v náležité kvalitě. Mimo formu poskytování služeb pobytových a ambulantních jsou poskytovány i služby terénní poskytované v přirozeném sociálním prostředí seniorů. Sociální služby zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále jen „zákon o sociálních službách“). Poskytovateli sociální služby nejsou rodinní příslušníci ani asistenti sociální péče, kteří pečují o seniory v domácím prostředí, ani subjekty neregistrované ve smyslu zákona o sociálních službách.

Zákon o sociálních službách vymezuje druhy sociálních služeb a úhradu nákladů za jejich poskytování. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a prevence. Mezi zařízení sociálních služeb patří například centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a řada dalších zařízení. K základním činnostem při poskytování sociálních služeb patří pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí nebo zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a další služby. Sociální poradenství zahrnuje základní a odborné sociální poradenství. Mezi služby sociální péče patří například osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb a další služby. Služby sociální prevence jsou více určeny osobám se zdravotním postižením, s chronickým duševním onemocněním, rodinám s dětmi, osobám ohroženým závislostí na návykových látkách, osobám nacházejícím se v ohrožení zdraví nebo života, osobám bez přístřeší, propuštěným z výkonu trestu odnětí svobody apod. Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých

druhů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování sociálních služeb stanoví Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (dále jen „prováděcí vyhláška“). (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Pečovatelská služba

K nejrozšířenějším terénním službám patří pečovatelská služba, která je poskytována seniorům v jejich přirozeném prostředí. Cílovou skupinou jsou osoby, které z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti, si nejsou schopni obstarat životní potřeby, nutné práce v domácnosti, potřebují ošetření nebo jinou osobní péči a tuto pomoc jim nemohou zajistit rodinní příslušníci. Hlavním cílem je tedy zajištění základních životních potřeb, podpora samostatného a nezávislého života v domácnosti, zachování kontaktu se sociálním prostředím a oddálení umístění do pobytového zařízení. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 62–63)

Cílem pečovatelské služby (dále jen „PS“) je senior, který během poskytování služby může naplnit své osobní cíle, projevit svoji osobnost a uchovat si stávající schopnosti. Díky poskytování služby setrvává senior v přirozeném sociálním prostředí a zůstává tak součástí místního společenství. Zároveň se služba snaží minimalizovat riziko prohlubování závislosti na jejím poskytování. PS je poskytována na základě principu svobodné volby sociálních služeb a na základě podané žádosti zájemcem. K zásadám poskytování PS patří například ochrana osobních údajů a zachování mlčenlivosti, individuální přístup k seniorovi, který je v souladu s jeho přáním a rozhodnutím, dodržování práv a respektování osobnosti a soukromí seniora, rovný přístup ke všem uživatelům a profesionalita v poskytování služby. K základním činnostem služby patří pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, poskytnutí nebo zajištění stravy, při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Rozsah konkrétních úkonů poskytovaných v rámci těchto základních činností stanoví prováděcí vyhláška zákona o sociálních službách a jsou to například: pomoc při podávání jídla a pití, oblékání a svlékání, při prostorové orientaci i pohybu ve vnitřním prostoru, při přesunu na lůžko nebo vozík, při úkonech osobní hygieny, péči o vlasy a nehty, použití WC, zajištění stravy, dovoz nebo donáška jídla, pomoc při jeho přípravě a podávání, dále běžný i velký úklid a údržba domácnosti, donáška vody a topiva, pomoc s topením, běžné i velké nákupy, praní a žehlení,

doprovázení na úřady, instituce, organizace, k lékařům a další úkony. Vyhláška také stanoví vyšší maximální úhrady za poskytování PS v korunách za hodinu, za den nebo úkon. PS také poskytuje fakultativní služby, které nejsou uvedeny v prováděcí vyhlášce, například doprava vozidlem seniora na požadované místo, přítomnost pečovatelky v bytě se seniorem po dobu nepřítomnosti rodinného pečujícího, pedikúra aj.

Centra denních služeb

Další formou služby pro seniory jsou centra denních služeb, kde se poskytují ambulantní služby i seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Je zde zajišťována pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti atd. Služby jsou poskytovány za úhradu.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou poskytovány také formou terénní služby seniorům, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je umožnit pečující fyzické osobě potřebný odpočinek. Služba obsahuje základní činnosti obdobné jako v centrech denních služeb a také pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu.

Základní a odborné sociální poradenství

Základní poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Jedná se o bezplatné předání informací o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení, na které má nárok každá osoba. Zahrnuje například informace o sociálních službách či o možnostech získání pomoci z jiných sociálních systémů.

Odborné poradenství má širší rozsah, hloubku a zaměření na příslušnou skupinu než základní poradenství. Je poskytováno dle jednotlivých sociálních skupin například v občanských poradnách, poradnách pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením aj.

Půjčovny kompenzačních pomůcek

Rozsáhlá je síť různých organizací, které poskytují seniorům prodej nebo zapůjčení kompenzačních pomůcek. Tyto pomůcky seniorům usnadňují pohyb a běžné denní činnosti života v domácím prostředí. Pomůcky se půjčují za stanovenou měsíční úhradu, která však nebývá příliš vysoká z důvodu dostupnosti pro široký okruh zájemců. Půjčují se například

postele, mechanické vozíky, chodítka, toaletní křesla, jídelní stolky, hrazdy na lůžko, antidekubitní matrace, sedačky na vanu a do sprchy, nástavce na WC aj.

Sociální práce

Sociální péče o starší občany je realizována také prostřednictvím sociální práce profesionálních sociálních pracovníků. Ti při výkonu své profese uplatňují partnerský přístup k seniorovi, kdy má senior právo spolurozhodovat v celém procesu řešení problému. Je to přímý a záměrný kontakt sociálního pracovníka se seniorem za účelem stanovení sociální diagnózy a uskutečnění sociální terapie. Sociální pracovník seniora usměrňuje ke změně postoju a aktivizaci se zaměřením na změnu sociální situace. Umožňuje seniorovi eliminovat a řešit či zmírnit osobní sociální problémy nebo vlivy prostředí mající na seniora negativní vliv.

Dle Matouška chybí v systému sociálních služeb pro seniory depistáž seniorů ohrožených sociálním vyloučením. Dále chybí terénní služby zaměřené na problematiku zanedbávání a špatného zacházení se seniory. K transformaci celé sociální oblasti dochází v systému sociálních služeb, odpovědnost za sociální služby je přenášena z pozice státu na jednotlivce, obce, kraje, občanské společnosti a stát. Jejich povinnosti a odpovědnosti jsou uvedeny v Bílé knize sociálních služeb. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 63–64)

Mezi základní potřeby zabezpečení seniorů patří také hmotné zabezpečení. V tomto věku je člověk většinou odkázán na starobní, vdovský nebo vdovecký důchod vyplácený Českou správou sociálního zabezpečení. Dalším finančním zabezpečením jsou také dávky sociální péče úřadu práce, kterými jsou příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz osoby se zdravotním postižením nebo eventuelně dávky hmotné nouze. Senior využívající pobytové sociální služby zde hradí částku za ubytování a stravování ve výši stanovené poskytovatelem, která je však v souladu s prováděcí vyhláškou zákona o sociálních službách, a přitom mu ale musí zůstat 15 % příjmů. Úhradu za péči zde hradí senior ve výši přiznaného příspěvku na péči. Své specifické potřeby tak musí přizpůsobit těmto finančním možnostem, pokud je odkázán pouze na uvedený zůstatek. Naopak senior žijící v domácím prostředí, který například využívá pečovatelskou službu, může být oproti seniorovi z pobytového zařízení finančně znevýhodněn. Nemá totiž garanci žádného

procentuálního zůstatku ze svých příjmů, a proto si nemůže hradit například ty úkony pečovatelské služby, které skutečně potřebuje. (Chloupková, 2013, s. 81–82)

Účelem příspěvku na péči je přispět osobám, které jsou pro svou nepříznivou sociální situaci závislé na pomoci jiné osoby, na zajištění potřebné pomoci zejména prostřednictvím služeb sociální péče. Nárok na příspěvek je založen na systému individuálního posuzování schopnosti osob zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti. Výše příspěvku je stanovena diferencovaně podle věku posuzované osoby a dále podle míry závislosti osoby v nepříznivé sociální situaci na pomoci jiné osoby do čtyř stupňů.

5.4 Pozitiva a negativa domácí péče

Péče o seniory v jakékoliv formě vždy přináší pozitiva a negativa. A to jak v pohledu na pečovatele tak na příjemce péče a zároveň i v jejich vzájemném vztahu.

Pokud mohou zůstat senioři žít ve svém domácím prostředí, ve kterém prožili značnou část svého života a jsou na něho zvyklí, znamená to pro ně nejvhodnější variantu prožívání svého stáří. Nejsou odtrženi od rodiny, mohou pokračovat ve svých aktivitách a zálibách a nejsou tedy vyřazeni ze společenského života. Důležité je ale zajistit jim co nejvíce možností domácí péče.

Psychická pohoda starého člověka žijícího ve svém prostředí má velký vliv v procesu uzdravování. Domácí zdravotní péče o seniory indikovaná ošetřujícím lékařem jim zkrátí pobyt v nemocnici a umožní jim doléčení v domácím prostředí.

Pečovatelská služba zajistí seniorovi základní životní potřeby v domácím prostředí, podpoří nezávislý a samostatný život v domácnosti, umožní mu zachování kontaktu s jeho sociálním prostředím a případně oddálí odchod do pobytového zařízení.

Soužití více generací má své výhody i nevýhody. Pokud je funkční, poskytuje stárnoucím osobám bezpečné zázemí a okamžitou možnost pomoci. Děti se zase učí úctě k seniorské populaci, poznávají jejich svět, názory i problémy a od rodičů získávají vzor jak se postarat o seniora v rodině. Prarodiče jsou obohacováni přítomností vnoučat, mohou se podílet na jejich výchově, dovídají se od nich mnoho nových informací. Vícegenerační soužití však vyžaduje i vzájemnou toleranci, lásku, porozumění i vhodné bytové podmínky. (Mlýnková, 2011, s. 35–36)

Pokud senior onemocní a vyžaduje dlouhodobou péči, nejdříve mu ji většinou poskytuje jeho partner, pokud žije. V případě, že senior žije osamoceně, potřebnou pomoc by měly zajistit jeho děti. Pokud má jedno dítě, je volba jasná, ale pokud je více dětí, může to vyvolat v rodině konfliktní situace, kdy jedno z dětí se chce postarat, druhé ne, jedno k tomu má podmínky, druhé nemá apod. Vynucovat si péči není vhodné, člen rodiny by měl sám chtít pečovat o seniora. Někdy na tyto problémy v rodině reaguje senior tím, že dobrovolně zvolí institucionální péči, aby nebyl svým dětem na obtíž. Členy rodiny nelze odsuzovat dřív, než se zjistí, proč péči o seniora odmítají. Důvodem může být strádání v dětství, onemocnění jiného člena rodiny, finanční problémy, obavy z pravděpodobného nárůstu závislosti u seniora, ale i neúcta a lhostejnost. Pokud dojde k sestěhování nemocného seniora do rodiny dítěte, změní se chod celé rodiny i domácnosti. Může docházet ke vzájemným konfliktům, vztahy se mohou vyhrotit a senior se zde cítí být na obtíž. Nevyhovující bytové podmínky bývají častým problémem. Dalším problémem bývá to, že si péče o seniora vyžádá odchod pečující osoby ze zaměstnání a není jí již umožněno se do zaměstnání vrátit, pokud je péče ukončena. Dále také mívá nynější střední generace delší dobu vyživovací povinnost ke svým dětem, které mívají delší profesní přípravu.

Mezi hlavní překážky při poskytování péče rodinnými příslušníky patří tedy nevyhovující bydlení, zaměstnanost střední generace, povinnosti vůči vlastní rodině, vzdálenost bydliště seniora a jeho rodiny, ale také únava a vyčerpání rodinných příslušníků při péči o seniora. (Mlýnková, 2011, s. 63)

Senioři se často cítí ohroženi ve svém domácím prostředí například tím, že je prostředí fyzicky nevyhovující, péče je nedostatečná nebo dochází k domácímu násilí.

K násilí na seniorech dochází i v domácím prostředí. Senioři jsou snadnou kořistí obecné kriminality. Často se dovídáme z médií, že někdo seniora okradl, podvedl, napadl nebo i zabil. Senioři jsou totiž důvěřiví a snadno ovlivnitelní. Někdy se stydí za to, že se nechali oklamat a o násilném skutku mlčí. V případě hrubého násilí nemají fyzickou sílu na obranu. Předsudky a ageismus způsobují také různé útoky vůči seniorům ze strany úředníků, prodavačů nebo pracovníků různých služeb. Také v rodinách se objevují závažné formy násilí na seniorech. Dochází zde k fyzickému, psychickému a sociálnímu týrání, sexuálnímu obtěžování či zneužívání, které se vyznačuje určitou bezcitností, hrubostí, určitou trvalostí a u oběti vyvolává pocit hlubokého příkoří. Násilí na seniorech však není věnována značná pozornost, protože jeho prokázání bývá velice obtížné. Pachatelé bývají děti i vnuci, používají rafinované

formy násilí. Senior nechce udat členy své rodiny, protože ví, že na jejich péči bude nadále závislý a také by přiznal vlastní selhání. Protože pachatel seniora zná, ví jak mu nejvíce ublížit. Může ho vydírat, přikazovat mu různě věci, zastrašovat ho, žádat po něm vydání příjmu nebo jeho úspor, převedení nemovitosti, omezuje ho v pohybu, zakazuje mu stýkat se s přáteli. Zvláštním problémem je tzv. Diogenův syndrom, kdy senior týrá nebo zanedbává sám sebe. Většinou žije sám a ztratil motivaci pečovat o sebe. Riziko zvyšuje alkoholismus, narkomanie nebo bezdomovectví. (Haškovcová, 2010, s. 307–310)

Aktérem násilí může být také senior. Napadá pečující osobu, péče mu není dost dobrá.

Rizikovní senioři jsou ti, kteří se neumějí vyrovnat s jakoukoliv nenadálou situací a hrozí jim pak, že onemocní nebo se jejich zdravotní stav výrazně zhorší. Bylo prokázáno, že to bývají senioři starší 80 let, senioři žijící osaměle, dále ti, kteří ve svém vyšším věku dlouhodobě pečují o svého nemocného partnera nebo ti, kteří pobírají minimální důchod a také ti, kteří se přestěhovali do pobytového zařízení. O rizikových seniorech je třeba vědět a účinně a včas jim pomoci.

6 PŘÍMÁ PÉČE O SENIORY

Seniory postihují nemoci ve zvýšené míře. Nemocným seniorům se věnují geriatři, jejich choroby mají své zvláštnosti, nemocní senioři jsou křehcí pacienti. Vzhledem k jejich oploštělé či naopak vypjaté emotivitě prožívají nemoci se zvláštními zákonitostmi. Jejich někdy osobité pojetí nemoci komplikuje léčbu nebo rekonvalescenci. V každém případě je třeba, aby zdravotníci a následně i sociální pracovníci respektovali zkušenosti pacientů – seniorů. Profesionální péče o seniory musí být vysoce odborná, dobře organizačně zajištěná a bezpečná z hlediska například rizik a pádů.

6.1 Péče o vlastní osobu seniora

Péče o nesoběstačného seniora zahrnuje řadu náročných úkonů. Senior může být mobilní, ale také pouze částečně mobilní nebo zcela imobilní upoutaný na lůžko. Od míry soběstačnosti, mobility a zdravotního stavu seniora se odvíjí přímá péče o seniora. Rozdílná a pokaždé jinak náročná bude také péče o seniora s mentálním, zrakovým, sluchovým a tělesným postižením, o seniora s duševní poruchou, s poruchami paměti, s diabetes mellitus, s cévní mozkovou příhodou, s onkologickým onemocněním nebo v terminálním stádiu nemoci.

Pokud má pečující osoba zajistit seniorovi to, co si nezvládne sám udělat, musí znát jeho potřeby, které se neliší od potřeb zdravého člověka. Senior potřebuje být ve zdravém prostředí, potřebuje pohyb a možnost setrvat v pohodlné poloze, podmínky k udržování hygieny, odpovídající oblečení a výživu, spánek a odpočinek, pravidelné a hygienické vyměšování, udržování normální tělesné teploty, podmínky k normálnímu dýchání, možnost komunikovat s okolím a vyjádřit svoje pocity a obavy, možnost vykonávat smysluplnou, rekreační nebo oddechovou činnost, možnost získávat nové poznatky a úctu ke své víře. (Bastlová, 1993, s. 10)

Především musí být uspokojeny základní fyzické potřeby, mezi které patří dýchání, přijímání potravy a tekutin, odpočinek a spánek a přiměřené životní prostředí. Důležité jsou také psychologické potřeby jako je potřeba být uznávaný, vážený, být akceptován jako jedinečná osobnost, je třeba seniora stále povzbuzovat, dodávat mu sebevědomí, poskytnout mu soukromí, pozorně mu naslouchat. K sociálním potřebám patří udržování společenských

kontaktů, či mít k dispozici televizi nebo rádio dle požadavku seniora. Dále má senior také své finanční a duchovní potřeby. (Bastlová, 1993, s. 11–12)

Pomoc při pohybu a při zaujímání pohodlné polohy zahrnuje například úpravu lůžka a použití různých pomůcek na lůžko (antidekubitní matrace či podložka, hygienická podložka, hrazda, stolek k podávání jídla aj.), polohování na lůžku, pomoc při chůzi nebo přemísťování na invalidní vozík s použitím pomůcek (berle, chodítko, invalidní vozík, aj.). Senior by měl být povzbuzován ke zlepšování pohyblivosti.

Při udržování tělesné hygieny pomáhá pečující s umýváním a koupáním na lůžku nebo v koupelně, s péčí o vlasy, nehty, oči, ústní dutinu, holení. Také existuje řada pomůcek ke snadnějšímu pohybu při koupání. Dále pomáhá s výběrem vhodného oblečení, oblékáním a obouváním. Při podávání jídla a pití by měly být dodržovány zásady správné výživy, předepsaná dietní opatření a pitný režim. Pečující podává seniorovi léky nebo mu je připravuje do dávkovače v případě, že je schopen je sám užívat. Další oblastí péče je pomoc při vyprazdňování s péčí o stomie, s použitím plen, mísy a močové láhve na lůžku, klozetového křesla nebo pomůcek na WC. Pečující také sleduje tělesnou teplotu, měří krevní tlak či hladinu cukru v krvi, aplikuje inzulin, ošetřuje rány, pomáhá při dýchacích obtížích. Důležité je také dodržování vhodného spánkového režimu a relaxace, podporovat aktivní trávení volného času v rámci možností seniora, cvičit a rehabilitovat, aktivizovat jeho mentální a sensorické schopnosti.

6.2 Péče o domácnost

Pečující osoba by měla zajistit seniorovi trávit čas v bezpečném a příjemném prostředí tak, aby prostředí na něho mělo příznivý vliv. Měly by být v jeho prostoru odstraněny všechny bariéry omezující ho v pohybu nebo bránící mu v pohybu. Pokud je upoután na lůžku, měl by mít vše potřebné v dosahu a naopak měl by mít odstraněny z okolí předměty, kterými by si mohl ublížit. Důležité je dobré osvětlení. Byt seniora lze bezbariérově upravit například protiskluzovými podlahami, odstranit prahy, místo vany umístit sprchový kout, umístit v bytě madla, sedáky apod.

Vedení a pomoc v domácnosti zahrnuje běžný i velký úklid spočívající v údržbě kuchyně, sociálního zařízení, podlahových ploch, nábytku a zařízení bytu, vynášení odpadů, mytí oken,

praní a žehlení prádla, menší i velké nákupy. Některé z těchto úkonů provádí za úhradu pečovatelská služba.

Stává se, že pracovníci pečovatelské služby poskytují seniorovi služby v domácnosti, která je z jejich pohledu velmi zanedbaná. Problémem je zjištění důvodu takového stavu domácnosti, pokus najít východisko, zjištění schopností seniora a jeho osobních cílů. Důvodem může být například nemoc, demence, různý druh postižení, porucha osobnosti (například nutková potřeba shromažďování věcí) nebo stav apatie a nezájmu po úmrtí partnera. Pokud je však senior svéprávný a orientovaný, musí pracovníci respektovat jeho způsob života, který může senior považovat za běžný a standardní. Nemohou provádět úklid domácnosti bez jeho souhlasu a nemohou odmítnout poskytovat péči a pomoc, pokud ji senior nutně potřebuje. Musí dodržovat svoje stanovená bezpečnostní pravidla, jako je příslušné očkování a používání ochranných pomůcek a dezinfekce. V tomto případě by pracovníci pečovatelské služby měli jednat a spolupracovat s rodinou, praktickým lékařem či sociálním pracovníkem na obci a pokusit se společně najít adekvátní a přijatelná řešení.

6.3 Pomoc s obstaráváním osobních záležitostí

Další oblastí přímé péče o seniora žijícího v domácím prostředí je pomoc s vyřizováním různých potřebných záležitostí. Zahrnuje například pomoc při podávání žádostí o sociální dávky, při sepisování smluv a dalších právních úkonech, doprovázení seniora na úřady a jiné instituce, k lékařům, na nákupy aj. V případě, že je senior imobilní, ale svéprávný, může zmocnit pečující osobu k vyřízení potřebných záležitostí. Pokud je senior omezený soudem ve svéprávnosti, vyřizuje za něho veškeré záležitosti jeho soudem ustanovený opatrovník.

Odborné poradenství je zaměřeno na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím jako jsou například kontakty na poskytovatele sociálních služeb, různá odborná pracoviště, úřady, organizace, na aktivity aj. Dále je zaměřeno na sociálně terapeutické činnosti a na pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

Sociálně aktivizační služby pro seniory zahrnují vzdělávací a aktivizační činnosti vedoucí k většímu sociálnímu začlenění seniorů a k větší aktivitě a zájmu. Při realizování různých programů se mohou senioři radovat z pohybových aktivit, společenských setkávání a kulturních zážitků.

6.4 Problémové situace v péči o seniora

Lidé pečující o seniory zastávají náročnou práci. Jejich cílem je seniorům ulehčit a zpříjemnit poslední etapu života, pomoci jim využívat všech jejich schopností, aby dosáhli pocitu smyslu života a vlastní hodnoty. Při péči o seniory je důležitý psychologický přístup, každodenní činnost by měla být provázena milým slovem, úsměvem, pohlazením či ujištěním o bezpečí.

Pečovatel o seniory se musí vyrovnat se specifiky, které tato práce přináší. Jedná se o změny anatomické, fyziologické, změny psychických funkcí a změny v životní orientaci, emocionalitě a kreativitě. Je důležité si ale uvědomovat i pozitivní aspekty stáří, kterými jsou moudrost, shovívavost či schopnost vidět věci a lidi do hloubky (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 127–128).

Ke konkrétním stresovým faktorům při práci se seniory patří například možnost úmrtí, fyzická náročnost práce například při přemísťování seniora, možnost zranění seniora a s tím související pochyby, zda pečovatel nechyboval, zhoršování zdravotního stavu, vnímání bolesti a utrpení, nespokojenost seniora a neocenění práce pečovatele, nedostatečná podpora od okolí, nedostatek času aj.

K problémovým situacím patří například agresivní senior, senior v depresi, s bariérami v komunikaci pro smyslové, tělesné či mentální postižení, dezorientovaný senior nebo ten, který pomoc a péči odmítá.

Zajímavý je výsledek výzkumu týkajícího se vztahu mediků a studentek středních zdravotnických škol ke starým lidem. Respondenti vytýkali seniorům mrzutost, neshovívavost, časté kritizování, přílišnou až zbytečnou opatrnost, starostlivost, puntičkářství nebo lpění na určitém způsobu života. Naopak však oceňovali životní zkušenosti seniorů, laskavost a porozumění. Za největší problémy stáří považovali mladí respondenti přibývající zdravotní problémy, především omezený pohyb a smyslové poruchy, osamělost, ztrátu sebeobsluhy a závislost na druhých. Jen 5 % dotázaných uvažovalo o práci se seniory v budoucnosti z důvodu namáhavé, psychicky i fyzicky náročné práce v geriatrici, která je odborně jednotvárná (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 127).

Internetové portály pro seniory

Na mnoha internetových portálech mohou senioři i jejich pečující osoby čerpat potřebné informace, rady a doporučení týkající se péče o seniory a jejich života.

Výživa v nemoci, www.vyzivavnemoci.cz

E-senior, e-senior.czu.cz

Otevřeno seniorům, www.otevrenoseniorum.cz

Senior portál.cz, trávit čas v dobré společnosti, www.seniorportal.cz

Asociace pro osobní asistenci, www.apoa.cz

Elpida, www.elpida.cz

i60.cz, www.i60.cz

Lidé mezi lidmi, www.lidemezilidmi.cz

Moudrý senior, www.moudrysenior.cz

Pečující on-line, www.pecujici.cz

Rada seniorů České republiky, www.rscr.cz

Gerontologie, www.gerontologie.cz

Gerontologické centrum, www.gerontocentrum.cz

i-Senior.cz, www.i-senior.cz

Třetí věk, www.tretivek.cz

Senior club, www.seniorklub.cz

Sen Sen, www.sensen.cz

Seniorům.cz, www.seniorum.cz

S důchodci, www.sduchodci.cz

Svět seniorů, www.svetsenioru.cz

Senio.cz, www.senio.cz

Senior tip, www.seniortip.cz

Senivia, www.senivia.cz

Simeon.cz, www.simeon.cz

Šedesátka, www.sedesatka.cz

Vstupujte.cz, www.vstupujte.cz

Život 90, www.zivot90.cz

Umírání.cz, www.umirani.cz.

Časopisy a noviny určené seniorům

Časopis Doba seniorů, Vital plus, Brněnský senior, Revue 50 plus, Moravský senior, Pražský senior, noviny Pečuj doma aj.

Užitečná je také publikace Radky Pešlové Právní průvodce pečujících 2012, kde najdou pečující řadu cenných informací.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

Jak je již uvedeno v teoretické části diplomové práce, domácí péče o seniory má svá specifika. Je ovlivněna potřebami seniorů, jejich zdravotním stavem, osobností seniora i pečující osoby, formou poskytované péče a dalšími determinantami. A právě porovnání možností, forem, pozitivů a negativů domácí péče z pohledu seniorů je předmětem mého výzkumu.

V empirické části diplomové práce nejdříve vymezím typ a cíl výzkumu, stanovím výzkumné otázky, uvedu výběr výzkumného vzorku, teritoriální vymezení výzkumu a zajištění vstupu do terénu, dále použitou metodu a techniku sběru dat. V kapitole interpretace výzkumu představím jednotlivé respondenty, provedu prezentaci získaných dat, v dílčích shrnutích a diskusi shrnu výsledky vlastního výzkumu.

7.1 Typ výzkumu a cíl výzkumu

Typ výzkumu

Kvalitativní výzkum je interpretací sociální reality, je to nenumerické šetření. Jestliže cílem kvantitativního typu výzkumu je testování hypotéz, tak, jak uvádí Disman (1998, s. 285): „*Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz, nového porozumění, vytváření teorie.*“ A právě objektivní porozumění vyžaduje vhléd do maximálního počtu dimenzí daného problému. Během tohoto typu výzkumu získáváme o velmi malém počtu jedinců mnoho informací a snažíme se nalézt pravidelnosti a struktury, které v nich existují. Problematická a někdy i nemožná je generalizace na populaci. Z důvodu slabé standardizace má kvalitativní výzkum nízkou reliabilitu, ale potencionálně může mít i vysokou validitu a to také proto, že volná forma otázek a odpovědí nevyžaduje omezení jako u kvantitativního výzkumu. Výběr proměnných neprovádí výzkumník, ale o redukci dat v podstatě rozhodují zkoumané osoby. Výzkumník doufá, že zkoumaná osoba vybere co nejvíce proměnných, které jsou pro něho relevantní s využitím respondentových znalostí, zkušeností, pocitů a postojů. Důležitou úlohou výzkumníka je nalezení významné struktury v množině všech proměnných považovaných respondentem za relevantní. (Disman, 1998, s. 286–290)

Disman (1998, s. 287) také ve své publikaci říká: „...*kvalitativní výzkum používá induktivní logiku. Na začátku výzkumného procesu je pozorování, sběr dat. Pak výzkumník pátrá po*

pravidelnostech existujících v těchto datech, po významu těchto dat, formuluje předběžné závěry a výstupem mohou být nové formulované hypotézy nebo nová teorie.“

Další definici kvalitativního přístupu uvádí Švaříček, Šed'ová a kol. (2007, s. 17) „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“*

Kvalitativním výzkumem označujeme různé metody a techniky ke zkoumání jevů, kdy do popředí vstupuje podrobná analýza dat. Použití kvalitativní metodologie vyžaduje nejen více času pro sběr dat a jejich vyhodnocení, ale i dobrou orientaci ve zkoumané oblasti, přizpůsobivost a předvídavost a vědomí určitého rizika. (Skutil a kol., 2011, s. 69)

Základem kvalitativního myšlení je orientace na subjekt, což jsou především lidé, kteří musí být východiskem i cílem výzkumu. Dále je to přesný a rozsáhlý popis oblasti, která je předmětem výzkumu. Potom také to, že nikdy zcela jasný a vyčerpaný předmět výzkumu je třeba blíže objasňovat prostřednictvím interpretace a legitimním prostředkem poznávání jsou sebereflexe a zkušenosti s předmětem výzkumu. K dalším základům patří zkoumání předmětu výzkumu pokud možno v jeho každodenním přirozeném prostředí a postupné zevšeobecňování výsledků výzkumu, kdy u malého počtu případů musí být v každém z nich zobecnění zdůvodněno krok za krokem. (Skutil a kol., 2011, s. 70–71)

Skutil a kol. (2011, s. 72) dále uvádí: „*Kvalitativní výzkum nemá na začátku podrobně a přesně stanovený projekt, jako to bývá u kvantitativního výzkumu. Na začátku se stanoví rámcový výzkumný projekt a ten se v průběhu výzkumu doplňuje a upřesňuje na základě změn, protože se zkoumají lidé a situace v přirozeném prostředí, které se často mění. Výzkumný projekt není tedy na začátku fixní, ale je flexibilní. Stanoví se základní osa celé práce, která se postupně rozvíjí. Stále je však potřebné sledovat předem stanovený cíl výzkumu, aby se nejednalo o nekontrolovanou činnost. Základní povinností výzkumníka je mít podrobný záznam průběhu výzkumu od jeho začátku. Tento záznam je detailnější než při kvantitativním výzkumu.“*

Cíl výzkumu

Jaké jsou cíle výzkumu a zda jsou dostatečně významné je třeba si ujasnit na počátku. Také je třeba si uvědomit, že významnost cíle se vždy vztahuje k nějaké specifické skupině osob a není tedy univerzální. Při definování cílů kvalitativního výzkumu jsou typickými pojmy prozkoumat, popsat, vysvětlit, odkrýt, porozumět, poskytnout zpětnou vazbu, ukázat možné řešení, pomoci zlepšit apod. Cílem je způsob, jakým projekt přispěje k rozšíření odborného poznání, zda budou moci být výsledky nějakým praktickým způsobem využity, ale také jak práce na projektu obohatí samotného výzkumníka. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 62–63)

Cílem výzkumné části diplomové práce je popsat komplexní domácí péči o vybrané seniory a zjistit jak se v praxi uplatňují všechna specifika domácí péče. K dosažení stanoveného cíle a vzhledem k povaze této problematiky jsem zvolila kvalitativní výzkum.

7.2 Vytvoření konceptuálního rámce

Vytvoření konceptuálního rámce znamená systém předpokladů, konceptů, očekávání a teorií stojících na začátku výzkumného šetření. Spadá sem formulování výzkumného problému, tedy jasné pojmenování čemu se bude výzkum věnovat, dále definování klíčových konceptů a nastínění teoretického kontextu, kdy by měl výzkumník svojí znalostí teoretického terénu demonstrovat svoji kompetentnost. Výzkumným problémem označujeme něco problematického odehrávajícího se v sociální realitě, o čemž potřebujeme získat více informací, jelikož tomu plně nerozumíme, a proto volíme kvalitativní metodologii. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 64–65)

7.3 Stanovení výzkumných otázek

Jádro každého výzkumného projektu tvoří výzkumné otázky, které zužují a konkretizují výzkumný problém, a které musí být v souladu s tímto problémem a se stanovenými cíli. I přes otevřenost a improvizaci v kvalitativním výzkumu je třeba otázku jasně formulovat. Vhodné otázky by měly být dostatečně široké, měly by spíše pracovat s obecnějšími koncepty než s proměnnými, neptat se na četnost jevů nebo sílu vztahů mezi proměnnými, vyhýbat se

přijatým předpokladům a měly by zkoumat detailně povahu určitých jevů z pohledu aktérů. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 69–70)

Výzkumné otázky lze položit i při použité technice sběru dat hloubkovém rozhovoru. Otázky jsem formulovala vzhledem ke stanovenému cíli práce následovně:

1. otázka: „Jsou podle vás způsoby poskytování domácí péče seniorům v realitě dostačující a efektivní, a jaké formy péče znáte?“

2. otázka: „Můžete sdělit pozitiva a negativa domácí péče o seniory na základě vašich zkušeností?“

7.4 Výběr výzkumného vzorku a zajištění vstupu do terénu

Výběr výzkumného vzorku

Výběr výzkumného vzorku jsem zvolila záměrně s ohledem na zkoumanou problematiku tak, že jsem oslovila seniorku, o kterou pečuje osoba blízká, dále seniorku, o kterou doma pečuje cizí osoba a nakonec seniorku, která využívá pouze pečovatelské služby terénní pečovatelské služby a to ve městě Boskovice a v okolních obcích. S těmito respondenty jsem provedla rozhovor vždy v jejich přirozeném domácím prostředí, což bylo také jejich přáním.

Vzorek by neměl reprezentovat určitou populaci, ale určitý problém. Výzkumný vzorek vytváříme záměrně s ohledem na náš problém, je tedy konstruován teoreticky a ne náhodně. Výběr případů tedy odvozujeme od toho, jak je definován náš výzkumný problém a výzkumné otázky. V kvalitativním výzkumu existuje pravidlo, že vzorek není vytvořen v jednom momentě, ale v průběhu sběru dat a jejich analýzy je stále rozšiřován. Výzkumník tedy přemýšlí, jaká další skupina případů by mohla přinést další nové informace. Pokud nové případy již nepřinášejí nové informace, je vzorkování ukončeno. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 72–73)

Výběr výzkumného vzorku popisuje Skutil a kol. (2011, s. 72): „*V kvalitativním výzkumu je nejlepší výběr takových osob, skupin či produktů člověka, které poskytují bohaté a autentické údaje k vytvoření nové teorie nebo nových otázek. Počet osob nemusí být velký, ale musí být dobře vybrán, aby poskytl požadované informace.*“

Žádné pravidlo neurčuje velikost výběrového souboru. „Nasycením teorie“ nazýváme postup, kdy se takzvaně nasytí významové kategorie, ze kterých vzniká teorie. Pracuje se zpravidla s několika jednotlivci, ale i s desítkami jednotlivců, přičemž počet osob závisí na tom, co výzkumník zkoumá. Někdy se však intenzivně zkoumá jen jedna osoba nebo dvě až tři osoby. Rozhodující jsou údaje, jaké osoby poskytnou a ne počet osob. Kvalitativní interview je například vhodné vést s menším počtem osob, ale do větší hloubky, která by odhalila málo zřejmé vztahy a souvislosti. Shrnuto je tedy výběr osob v kvalitativním výzkumu záměrný, postupný a postavený na ochotě osob zúčastnit se výzkumu. (Skutil a kol., 2011, s. 73)

Zajištění vstupu do terénu

Důležitou součástí promýšlení výzkumného projektu je zajištění vstupu do terénu. Kvalitativní výzkum se do značné míry odehrává v prostředí výskytu zkoumaných fenoménů.

Kvalitu získaných dat silně ovlivňuje míra otevřenosti a důvěry zkoumaných aktérů vůči výzkumníkovi. Je tedy důležité, jak vstoupíme do zkoumaného pole a jakým způsobem se v něm budeme pohybovat. Výzkumník se může situovat v terénu buď v roli neznámého člověka jednorázově přicházejícího a odcházejícího (cizinec) nebo známého člověka opakovaně přicházejícího (návštěvník), dále v roli zasvěceného člověka stýkajícího se s respondenty i mimo výzkum, a nebo v roli domorodce, který zkoumá skupinu, jíž je členem. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 76)

I přesto, že jsem prováděla výzkum v roli cizince, nesnížila se tím otevřenost respondentů, kteří mi ochotně, otevřeně a detailně sdělovali velké množství informací.

7.5 Metoda a technika sběru dat

Metoda sběru dat

Diagnostickou metodu případovou studii, vyskytující se v literatuře také pod pojmem kazuistika, používají nejčastěji učitelé, popřípadě psychologové a sociální pracovníci. Tato kvalitativní výzkumná metoda zkoumá jedince v průběhu jeho vývoje, cílem je hluboké poznání jednoho případu se snahou zachytit co nejvíc proměnných. Osobní případová studie zkoumá jednu osobu například z aspektu času, chování, události či plnění povinností a úkolů. Osobu v rámci jejích sociálních vztahů zkoumá sociální případová studie a případová studie

událostí a situací zkoumá detailně určité události, chování jedinců, jejich interakce, role a komunikace. (Musilová, 2012, s. 19–20)

Musilová (2012, s. 19) ve své cvičebnici definuje případovou studii takto: „*Případová studie je systematické a komplexní zkoumání jednotlivce prostřednictvím pozorování, anamnestických rozhovorů, studia dokumentů či jeho výtvorů, sledování jeho výkonů a úspěšnosti. Zkoumání umožní detailní poznávání chování, vývoje a rozvoje jeho osobnosti. Získané poznatky jsou jedinečné, nelze je zobecnit.*“

Kazuistická metoda se v pedagogice a v psychologii využívá k získání uceleného obrazu dosavadního vývoje jedince, při zkoumání dílčích osobnostních projevů, které by měly vysvětlit chování jedince nebo také při sledování nestandardních jedinců. (Musilová, 2002, s. 9)

Případová studie je považována za metodu ilustrační, nalézající i verifikační. Jde o detailní studium jednoho nebo malého počtu případů, o zachycení složitosti případu, o komplexní popis vztahů. K výhodám této metody patří komplexní pohled na věc, výsledná data interpretována různými způsoby mohou přispět ke komplexitě pohledu a mohou být krokem k dalšímu působení na jednotlivce či skupinu. Nevýhodou je například to, že výsledky lze těžko přezkoumat, neplatí obecně, příprava postupu je náročná a někdy může osobní zaujatost následně zkreslit výsledky. Pro případovou studii existuje několik charakteristických znaků: popisuje a analyzuje jevy, se zaměřením na účastníka nebo skupinu účastníků se snaží porozumět jevům z jejich pohledu, průběh jevů zaznamenává chronologicky, nedílnou součástí případu je i výzkumník, výsledky jsou relevantní jen pro danou studii, sepsání výsledné zprávy je snahou o vytvoření obrazu pestrosti případu. (Skutil a kol., 2011, s. 108–109)

Další z klasifikací případových studií uvádí následující typy: osobní případová studie, studie komunity, sociálních skupin, organizací a institucí a dále zkoumání událostí, programů, rolí a vztahů. Také případová studie by měla postupovat podle plánu. Výzkumník by měl nejdříve zvolit výzkumné téma a zformulovat výzkumné otázky, stanovit strategii výběru a metody sběru dat, dále by měl logicky spojit data a závěry a kritéria pro interpretaci dat a nakonec navrhnout závěrečnou zprávu. (Skutil a kol., 2011, s. 110–111)

Vzhledem k tématu a cíli práce a také vzhledem k tomu, že mými respondenty byli senioři, jako vhodná metoda se mi jevila metoda případové studie.

Technika sběru dat

Technikou, kterou systematicky poznáváme zkoumaného jedince, je rozhovor (interview). Anamnestickým rozhovorem poznáváme minulý vývoj jedince ve zkoumaném ohledu, rozhovorem diagnostickým stanovíme současný stav jedince a prognostickým rozhovorem jeho budoucí vývoj. Během rozhovoru uplatňuje tazatel také techniku nepřímého pozorování, kdy z výrazu, mimiky a další neverbální komunikace vyrozumí pravý význam sdělovaného. Systematický rozhovor, který je míněn jako diagnostický prostředek zkoumání, má přesně vymezenou zaměřenost, odpovídající předem promyšlenému záměru. Standardizovaný rozhovor je nejpřínosnější formou rozhovoru jako nástroje poznání. Během jeho přípravy nejdříve vymežíme cíle a zvážíme prostředí a subjekty šetření, dále konstruujeme otázky, sestavíme záznamový arch a připravíme prostředí, ve kterém budeme rozhovor realizovat. Při samotné realizaci rozhovoru by měl tazatel dodržovat určité zásady. Po přivítání, sdělení důvodu a času společného setkání, by měl tazatel vytvořit příznivé ovzduší rozhovoru, měl by budit důvěru a sympatie, snadno navazovat kontakt, být zdvořilý a volit srozumitelný jazyk. Také by měl trpělivě, pozorně a aktivně naslouchat, ale i pozorně reagovat na situaci a řídit rozhovor tak, aby tázaný neodbíhal od tématu rozhovoru. Důležitá je také schopnost vytvořit a udržet přátelskou atmosféru, nesdělovat vlastní názory a hodnocení a dodržet stanovený časový limit. Tazatel by neměl způsobem záznamu zatěžovat respondenta. Zakončení rozhovoru by mělo být také zdvořilým aktem odpovídajícím společenským normám. (Musilová, 2012, s. 13–15)

Zvláštním případem polostandardizovaného rozhovoru je hloubkový rozhovor využívaný například ke zkoumání motivace. U tohoto typu rozhovoru bývá připraven pevný seznam otázek, ale tazatel v průběhu rozhovoru stanovuje jejich pořadí, formulaci a požadavek na rozsah odpovědi. (Musilová, 2002, s. 18–19)

Švaříček, Šed'ová a kol. (2011, s. 159) definuje rozhovor: „*Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor (in-depth interview), jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“

Členové určitého prostředí či určité specifické sociální skupiny jsou zkoumáni prostřednictvím hloubkového rozhovoru s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým tito členové disponují. Rozhovor umožňuje zachytit v přirozené podobě slova a výpovědi účastníka. K hlavním dvěma typům hloubkového rozhovoru patří

polostrukturovaný rozhovor, vycházející z předem připravených témat a otázek, a nestrukturovaný rozhovor neboli narativní, který může být založen na jediné připravené otázce, a další otázky souvisejí s informacemi od účastníka. Celý proces získávání dat touto metodou má svůj postup: po volbě metody dochází k přípravě rozhovoru, následuje vlastní dotazování, poté přepis a reflexe rozhovoru, analýza dat a prezentace výzkumné zprávy. (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 159–160)

Každý výzkumník je při své práci ovlivněn svými emocemi, prožíváním a vztahy s blízkými osobami. Tento vliv je možné jen do určité míry poznávat a učit se s ním pracovat, nelze se však z tohoto vlivu vymanit. (Miovský, 2006, s. 71)

Miovský (2006, s. 197) také uvádí, že: *„Zvukový záznam fáze získávání dat představuje pro výzkumníka velikou podporu a pomoc. Nemusí si dělat poznámky, aby zaznamenal obsah interview pro analýzu, ale dělá si poznámky výhradně pro své potřeby, případně poznámky týkající se zajímavých pozorování, která se v záznamu z technických důvodů nemohou objevit nebo by je bylo možné snadno přehlédnout. Zvukový záznam navíc zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy síly hlasu, délku pomlky, různé doprovodné zvuky či řečové vady atd.“*

Pro výzkum jsem použila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Dle záměrného výběru respondentů jsem oslovila osobně jednotlivé seniorky. Představila jsem sebe a důvod prováděného výzkumu a požádala je o souhlas s provedením rozhovoru. Všechny tři seniorky ochotně souhlasily s rozhovorem v jejich domácím prostředí a dohodly jsme si tedy termín rozhovoru. V úvodu samotného rozhovoru jsem se vždy znovu představila a sdělila několik bližších osobních údajů o své osobě také proto, že se na to respondentky samy zeptaly. Po krátkém úvodním neformálním rozhovoru bylo zřejmé, že vznikla vzájemná atmosféra důvěry a respondentky mi sdělily, že mi rády budou vyprávět svůj životní příběh a odpoví na mnou položené dotazy dle potřeby. Vzhledem k tomu, že základem dobrého rozhovoru je důvěrný vztah mezi účastníkem a výzkumníkem a vytvoření takového vztahu vyžaduje delší a opakované setkání, byly seniorky dotázány, zda je mám navštívit vícekrát na kratší dobu a vždy na část rozhovoru, anebo spolu budeme hovořit déle jednou a ony mi povypráví vše během jedné návštěvy. Všechny tři souhlasily s druhou variantou a také s tím, že si z rozhovoru pořídím kvůli přesnému zpracování dat zvukový záznam na diktafon a částečně i záznam písemný. Byly také ujištěny o dodržení naprosté mlčenlivosti z mé strany a anonymity při interpretaci dat. Seznámila jsem je dále v úvodu s obsahem

rozhovoru a poté nechala vyprávět jejich životní příběhy a pozorně jim naslouchala. Vzhledem k věku seniorek a ke zjištění jejich potřeby komunikace, jsem do rozhovoru téměř nezasahovala a neusměrňovala ho, ani když se odklonily od tématu. V závěru jsem jim položila výzkumné otázky. Ukončení rozhovoru, mé poděkování za ochotu, vstřícnost a jejich čas i rozloučení proběhlo také v přátelské atmosféře, která byla umocněna tím, že dvě ze seniorek mě požádaly, abych je po ukončení studia znovu navštívila. Jak jsem uvedla, pro dodržení zákona o ochraně osobních údajů a zachování anonymity respondentek neuvádím jejich pravá jména ani bydliště.

7.6 Analýza a interpretace kvalitativních dat

Jak uvádí Švaříček a Šedřová (2011, s. 207): „...*při kvalitativní analýze jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy.*“

Základní analytické nástroje stojí na vytváření významových kategorií a jejich deskripci. Kvalitativní analýza nepřináší představu o rozložení jevu v populaci, ale přesvědčivě eviduje existenci daného jevu, který je určitým způsobem strukturován. Analýza je z tohoto důvodu svým způsobem literární a popisná. Prostupuje celým výzkumným procesem. Efektivním a univerzálním způsobem jak začít analyzovat data je otevřeným kódováním, kdy text rozdělíme na jednotky a každé vzniklé jednotce přidělíme nějaký kód. (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 210–212)

Skutil uvádí další operace, kterým v rámci analýzy podléhá výzkumný materiál, což je transkripce, segmentace, kódování, poznámkování, postihování vztahů mezi kategoriemi, grafické a tabelární zobrazování, vytváření struktury příběhu a interpretace dat. (Skutil a kol., 2011, s. 215–216)

Bádání završuje interpretace zkoumaných dat, což je podrobná analýza toho, co přinášejí výzkumné výsledky z hlediska obohacení vědeckých poznatků. Při interpretaci se můžeme ptát na to, o čem data vypovídají, proč dochází k popsáným jevům nebo co znamenají tabulky a schémata. Při hledání odpovědí na tyto otázky můžeme vycházet z existujících teorií, ze zjištění jiných výzkumníků, z vlastních zkušeností či z beletristické literatury. (Skutil a kol., 2011, s. 232)

8 INTERPRETACE VÝZKUMU

8.1 Případová studie 1

První rozhovor jsem provedla s respondentkou paní Marií, která má 84 let. Po smrti manžela žije sama v bytě 2+1 v bytovém domě ve městě. Má dva syny, kteří však nežijí v místě jejího bydliště. Potřebnou pomoc a péči využívá prostřednictvím úkonů pečovatelské služby místní příspěvkové organizace Městské správy sociálních služeb. Následná případová studie není doslovnou transkripcí zvukového záznamu z rozhovoru s respondentkou, ale je jeho parafrází.

Paní Marie se narodila v roce 1932 do dělnické rodiny jako prvorozené dítě. V roce 1934 se narodil bratr Jindřich, v roce 1944 bratr Pavel a v roce 1948 sestra Jana. V roce 1946 se jim narodila mrtvá sestra z důvodu komplikovaného porodu vedeného porodní asistentkou. Nejdříve žila rodina v malé obci u Plzně, což bylo tatínkovo rodiště. Tatínek pracoval jako kameník, mistr a střelmistr. Maminka pocházela z Pošumaví, pracovala ve mlýně, byla velmi pracovitá, mlynářka si ji chválila. V místě bydliště paní Marie navštěvovala místní dvoutřídku. V roce 1942 byl tatínek přeložen na Šumavu do malé osady a pracoval tam v žulovém lomu. Bydleli však na samotě v lese, měli hospodářství, ovce, kozy a slepice. Maminka chodila vypomáhat na pole, vařila kameníkům polévky. Bylo zde krásné prostředí, do lesa chodili na jahody, na maliny a na houby. S bratrem potom chodili do obecné školy do tří kilometrů vzdálené obce, kde také absolvovala roční učební kurz. Na válku vzpomínala tak, že v roce 1945 je osvobodili američtí vojáci. Několik z nich bylo ubytovaných v jejich osadě, kde bylo tehdy asi 9 chalup. Kvůli tomu ona i sourozenci přespávali u jedné staré paní. Intenzivní byl zážitek z té doby, kdy v noci byl jeden z amerických vojáků na stráž, stál v otevřených dveřích domu a někdo ho zastřelil. Nevěděli a už nezjistili, kdo vojáka zastřelil. Říkalo se, že lesem přecházeli němečtí vojáci, protože tam našli lidi konzervy, tak asi některý z nich, anebo měli američtí vojáci problémy mezi sebou. Také si pamatovala, že měla zánět okostice a jeden z vojáků jí dal na zánět lék, který jí pomohl. Když se dověděli, že v sousední obci na statku drží vojenské zajatce, kteří tam hladoví, donesli jim s tatínkem chléb a kávu, ostatní lidé jim tam také nosili jídlo. Dne 5. května jedna paní běžela po osadě a volala, že v Praze vypuklo povstání, aby jim šli lidé pomoci. Nikdo z rodiny ani ze známých ale do Prahy nejel. Lidé viděli, jak němečtí vojáci ujíždějí z okresního města.

Po skončení jednoročního kurzu šla paní Marie pracovat do větší obce do hospody, která patřila místnímu řezníkovi. Tam dělala, co bylo potřeba, myla nádobí, uklízela pohostinství, obsluhovala hosty. Musela zde i přespávat. Práce ani prostředí se jí tam nelíbilo a řekla to rodičům. Proto šla pak pracovat do blízkého textilního podniku, kde pracovala v dílně na výrobu límečků. Ředitel byl pan Poláček, byl to Žid, který byl v koncentračním táboře. Tam jí práce bavila, byla tam oblíbená, nejdříve límečky prala, vyklepávala i žehlila, později obsluhovala i složitější stroje. Z podniku ji poslali na 3 měsíce na Vyškovsko na kurz mistrů lehké konfekce a potom pracovala jako mistrová. Tatínek byl sociální demokrat a byl činný v politice, a proto šla potom pracovat na Okresní národní výbor na odbor školství. Poté krátce pracovala ve Svazu československo – sovětského přátelství. Ve dvaceti letech šla s kamarádkou na zábavu do města, kde poznala svého budoucího manžela, který tam byl na vojně a pocházel z Moravy. Sňatek uzavřeli v roce 1953, ale manžel nechtěl zůstat v Čechách, chtěl se vrátit na Moravu a tak se s manželem přestěhovala do jeho rodiště. Zde bydleli 14 let s rodiči manžela v rodinném domku. Manžel byl stolař, ale později pracoval v místním podniku, kde se vyráběly šicí stroje. Narodili se jim dva synové, starší syn Jan má nyní 62 let a mladší syn František 60 let. Na mateřské dovolené byla čtyři roky a poté šla pracovat také do podniku na vrtačku, zde pracovali s manželem až do odchodu do starobního důchodu. U domu měli větší zahradu a domácí zvířata a tak se hodně nadřela. Tchán zemřel v roce 1966 a v roce 1967 se k ní na Moravu přestěhovali i její rodiče se sestrou a jejím manželem a mladším bratrem, který se zde oženil. Starší bratr zůstal bydlet v Čechách. Nejdříve bydleli u nich v domě, ale potom si sehnali vlastní bydlení. Oba její bratři již zemřeli na rakovinu, jeden v 54 letech a druhý v 63 letech, sestra již také zemřela.

V roce 1971 museli kvůli výstavbě sídliště zbourat jejich dům v ulici a oni dostali byt 2+1 v novém bytovém domě, kde žije dosud. Rodiče dostali byt 1+1. Syn Jan se učil v okresním městě na zedníka, nyní je ve starobním důchodu a vypomáhá ve stavebnictví, žije v obci u Svitav. Syn František se vyučil strojním zámečnickem, je také ve starobním důchodu, ale podniká, má rekreační ubytovací zařízení v Jeseníkách, kde také bydlí. Syn Jan má jednoho syna a syn František má dceru a syna a jedno vnouče. S manželem žili spokojeně, pořídili si větší zahradu s chatkou na kraji města, kde trávili volný čas. V důchodu ale manžel onemocněl, měl Bechtěrevovu nemoc, srdeční vadu a onemocnění kloubů. Jelikož bydleli v bytovém domě ve čtvrtém patře bez výtahu, později již manžel z bytu nevycházel, pouze k lékařům a to mu pomáhali po schodech dva sousedé. Sjednali si proto úkony pečovatelské

služby: pomoc při osobní hygieně manžela, zajištění stravy, pomoc s velkým úklidem, donášku většího nákupu, žehlení prádla, praní záclon, mytí oken, doprovázení manžela k lékařům na invalidním vozíku do nedaleké nemocnice, protože manžel odmítal jezdit sanitou a fakultativní službu pedikúru. Když šel manžel na rehabilitaci do Nemocnice Milosrdných bratří do nedalekého města, každý den za ním jezdila autobusem. Zde však manžel před dvěma roky zemřel.

Ještě do 70 let paní Marie pracovala jako uklízečka v jedné místní firmě. Po smrti manžela a vzhledem k jejímu zrakovému postižení tráví svůj volný čas doma tím, že poslouchá TV stanici Šlágr, jiné pořady nesleduje, občas večerní zprávy, kde je ale dle ní příliš mnoho negativních informací. Rádio neposlouchá, občas jde ven na krátkou procházku dle momentálního zdravotního stavu a počasí. Když je venku v okolí domu, má stále tendenci udržovat pořádek a sbírá okolo domu poházené odpadky, vadí jí to, že lidé pořádek neudržují. V bytě si běžný úklid provádí sama, má ráda pořádek, vše má úhledně porovnáno a udržováno v čistotě. Občas navštíví sousedku, která je více upoutána na lůžko a povídají si spolu. Do blízkého obchodu si na malý nákup zajde sama denně nebo obden, k lékařům na kontroly do nedaleké nemocnice chodí také pěšky. Dříve jezdila i na jednodenní zájezdy s příbuznými například do Jeseníků nebo do Polska, i když manžel byl již nemocný, nyní se těchto akcí neúčastní. Starší syn ji navštěvuje asi tak jednou za dva měsíce, ale denně jí telefonuje, jestli je v pořádku. Mladší syn ji navštíví jen když jede do jejího bydliště k lékaři, což nebývá tak často, také jí telefonuje, ale ne každý den. Někdy ji navštíví vnučka z krajského města.

Paní Marie trpí chronickým zeleným zákalem, kvůli kterému špatně vidí, léčí se na revmatologii, má břišní kýlu, hypertenzi, dietu kvůli onemocnění žaludku. Kvůli oční vadě nemůže užívat některé léky a zvedat těžké předměty. Požádala si o příspěvek na péči, ale nebyl jí přiznán, ani když se odvolala. Dle ní její praktický lékař dostatečně nezpracoval lékařskou zprávu. V poslední době se jí stává, že doma upadne, ale zatím se jí vždy podařilo s vypětím všech sil se postavit. I nadále využívá služeb pečovatelské služby, ale jen zajištění stravy – dovážku oběda, mytí oken a velký úklid. Ostatní zatím zvládá sama v rámci možností. Staršího syna ale například požádala, aby jí nechal vyčistit koberec v bytě a ten to ochotně zajistil, také jí koupil nový televizor a na požádání přijede a provede jí potřebné drobné údržbové práce v domácnosti, ale to je jen výjimečně.

Paní Marie mi s ochotou ukázala některé fotografie z jejího života a písemná poděkování a ocenění za dobrou práci od zaměstnavatelů, pro které pracovala, čehož si velmi váží.

V závěru našeho rozhovoru odpověděla paní Marie na dvě položené otázky následovně:

otázka č. 1: „Jsou podle vás způsoby poskytování domácí péče seniorům v realitě dostačující a efektivní, a jaké formy péče znáte?“

Odpověď: „Já nevím, jaké jsou možnosti jinde, v televizi sleduji ten svůj Šlágr a počítač nemám, ale vím, že v našem městě funguje dobře pečovatelská služba, kterou již několik let využívám a vím, že ji využívá hodně mých známých vrstevníků, hlavně dovážku obědů. Hodně známým ale ještě k těmto službám pomáhá i někdo z rodiny, a proto si nemusí platit víc služeb. Taky vím, že k mé sousedce, kterou navštěvuji, a která je víc nemocná než já, jezdí zdravotní sestry z charity z okresního města a říkala, že je ráda, hlavně když nemusí být v nemocnici. Převazují jí ránu, cvičí s ní nebo jí vezmou krev, no co potřebuje a co určí její lékař...a platí to pojišťovna. Má také půjčené nějaké pomůcky z městské správy, má chodítko, sedák na vanu a na záchod, půjčení není drahé, vím to, manželovi jsme také něco půjčovali. Taky mi ale říkala jedna známá, že tyto možnosti, co my máme tady ve městě, v každé obci nemají, někam pečovatelská služba nejezdí, tak nevím, jak to tam řeší, když každý nemá rodinu u sebe taky jako já.“

Otázka č. 2: „Můžete sdělit pozitiva a negativa domácí péče o seniory na základě vašich zkušeností?“

Odpověď: „No hlavně, že můžeme být doma, to je největší výhoda, já se bojím toho dne, kdy už to takhle nezvládnou a budu muset jít třeba do domova pro seniory. Nemůžu na to myslet. K nikomu z rodiny jít nemůžu, každý má své a nemohli by se o mě starat. Taky budu třeba někdy potřebovat zdravotní péči, tak bych to chtěla tak, jako to má teď moje sousedka, být doma, dokud to půjde. Víím, že v domově bych měla všechnu péči a pomoc, ale není to doma. To, co mi dělají pečovatelky by mi nikdo z rodiny nedělal. Mně nevadí, že jsou to cizí lidi, jsou hodné a vycházím s nimi dobře, někdy si chvíli popovídáme. Manželovi taky nevadilo, že ho pomáhá koupat pečovatelka, nikdy si nestěžoval. Já mám výhodu, že si ještě prádlo vyperu v pračce, ani ho moc nežehlím a v bytě si trochu ještě poklidím a že mám hlavě peníze na to, abych si zatím ty nejnnutnější služby zaplatila. Moje kamarádka má menší důchod a nemůže si zaplatit všechno, co by potřebovala. Já tím, co potřebuji, nechci obtěžovat syny ani nikoho jiného z rodiny, vím, že pracují a nemají čas. Nevadí mi, že mi pomáhají pečovatelky, jsem

ráda, že to nemusí být někdo z rodiny nebo známých, taky bych řešila, jak jim zaplatit, pečovatelská má jasné ceny a tím je to vyřízené, s blízkými by to bylo složitější.

Možná bych si i vzala další služby, hlavně bych potřebovala asi víc pomoci s úklidem bytu, ale na všechno, co bych chtěla, taky nemám peníze. Třeba i za změření tlaku musím zaplatit 10,- korun, anebo i za vynesení odpadků. Možná kdybych měla syny v místě bydliště, byli by někdy dostupnější, ale jsou to chlapi, nikdy jsem s jejich pomocí ve stáří moc nepočítala, ale denně mě kontrolují, tak kdyby se se mnou něco stalo, snad by mi pomoc zajistili. Ale kdybych zase upadla a už se sama nepostavila a neměla u sebe telefon, nevím, jak dlouho bych čekala na pomoc. Telefon nosím sice na doporučení v pouzdře na šňůrce zavěšený na krku, ale třeba při mytí ho sundám. A to bydlím ve městě a v bytovce, všude je kolem plno lidí. A co bych dělala sama v domě na vesnici? Je to něco za něco, jsem doma, ale v mém věku, kdy už to lepší nebude, taky trochu se strachem a rizikem. Ale i kdybych měla dceru, nemusela by se o mě líp starat, je to taky tak, jak si ty děti vychováte. Když přijede ke mně vnučka, taky se mě nezeptá babi, co potřebuješ.“

Shrnutí případové studie 1

Rozhovor s paní Marií byl pro mne přínosným zážitkem. Naplno při něm projevila svoji ochotu, vstřícnost a svoji otevřenost. I přes svůj věk a zdravotní stav je velmi komunikativní osobou a vše zvládla povyprávět během jednoho setkání, což bylo její přání. Během setkání vznikla mezi námi atmosféra vzájemné důvěry, což potvrdila tím, že mi mimo zvukový záznam sdělila i některé důvěrnější zážitky ze svého života a že projevila přání znovu se se mnou setkat. Na svůj prožitý život vzpomínala ráda, i když nebyl někdy snadný a bezproblémový. Ochotně mi odpověděla i na položené otázky týkající se tématu práce. Vzhledem ke svým možnostem využívá v domácím prostředí pro ni dostupné služby sociální péče a formy péče, které jí takto poskytované sice vyhovují, ale jejich rozsah by uvítala i širší. Paní Marie sice nežije zcela osamoceně bez kontaktu se společenským prostředím, ale také nemá mnoho společenských aktivit, nesetkává se například s vrstevníky v místním klubu seniorů, zrakové omezení ji omezuje v získávání informací z tisku nebo z internetu, v televizi sleduje více hudební stanici nežli publicistickou, a to ji částečně omezuje v informovanosti o dalších dostupných službách. O radu však v případě potřeby může požádat pečovatelky, které by jí měly poskytnout radu nebo doporučení. Plně respektuje životy svých synů i vzdálenost mezi jejich a svým bydlištěm, je ráda, že je nemusí obtěžovat, když dosud

pracují. I přesto je s nimi v každodenním telefonickém kontaktu, což jí přináší bezesporu pocit určité jistoty a dohledu. Přes tento pocit však vyslovila obavy z dostupnosti pomoci při možném pádu nebo jiné zdravotní indispozici, kdy nebude mít telefon u sebe, a nebude mít možnost si zavolat o pomoc, což je pochopitelná obava všech seniorů, kteří žijí osamoceně. V obdobné životní situaci, ve které žije paní Marie, a která si svoji adekvátní formu pomoci zajistila, žije velký počet seniorů. Možnosti této skupiny seniorů jsou však velmi individuální, stejně jako životní příběh každého člověka, a jsou ovlivněny řadou determinant, jakými jsou například: zdravotní a psychický stav, jejich sociální situace, ale i ekonomická situace. Možnosti této formy péče jsou také limitovány dostupností sociálních služeb v menších obcích, kde pokud nezajistí péči rodina nebo jiná osoba, je senior odkázán na pobyt v nemocnici či ve zdravotnickém zařízení následné péče do doby než je například přijat do některého z pobytových zařízení sociálních služeb. Někteří senioři vyžadující péči a žijící ve městech i menších obcích osamoceně a izolovaně od společenského prostředí, žijí ve špatných bytových i finančních podmínkách, služby jsou pro ně nedostupné nebo je z různých důvodů odmítají a zde je potom prostor pro sociální práci sociálních pracovníků na obcích.

8.2 Případová studie 2

Druhý rozhovor proběhl s paní Evou, která má 65 let. Bydlí se svým přítelem v rodinném domě v menší obci asi 6 km od Boskovic. Má dva syny, kteří žijí v nedalekých obcích regionu Boskovicka. Bývalý manžel zemřel. Péči a pomoc jí poskytuje přítel a kamarádka, která k ní dojíždí z asi 5 km vzdálené obce. Níže uvedený text je parafrázován.

Paní Eva se narodila v roce 1951 na statku v malé obci na Boskovicku. Doma měli služky, které se o ně společně s jejich babičkou staraly, protože rodiče měli na statku hodně práce. Chovali dobytek, měli polnosti a ke statku patřily i lesy. Maminka vystudovala učitelský ústav, ale byla válka a ona musela pracovat na statku, později po kolektivizaci pracovala v zemědělství. Tatínek byl zootechnik, ale pracoval také na jejich statku. Měla o dva roky staršího bratra Petra, který se vyučil strojním zámečnickem. Bratr 10 roků před odchodem do starobního důchodu onemocněl nemocí, kterou zdědil po jejich otci, byl v plném invalidním důchodě a zemřel před rokem v důsledku tohoto onemocnění v péči své rodiny. Bratr má čtyři syny, z nich zřejmě dva mají stejné dědičné onemocnění.

Do školy chodila až do 4. třídy v rodné obci a od 5. do 9. třídy jezdila autobusem do střediskové obce. Do okresního města potom čtyři roky dojížděla autobusem a vlakem na Střední zdravotnickou školu, kde studovala obor zdravotní sestra s maturitou. Zde potkala svého manžela a v roce 1971 se vzali. Po ukončení střední školy začala pracovat v nemocnici ve větším městě na lůžkovém interním oddělení. Zde byla jen 3 měsíce a po otevření nové jednotky intenzivní péče (dále jen „JIP“) nastoupila na toto pracoviště. Chtěla dále pokračovat ve studiu na lékařské fakultě vysoké školy v krajském městě. Protože nestudovala předtím na gymnáziu, vzali ji do nultého ročníku vysoké školy, kam však kvůli dobrému zaměstnání nakonec nenastoupila. Manžel vystudoval vysokou školu a chtěl, aby také pokračovala ve studiu a přál si to i její otec, ale svého rozhodnutí nelituje, práce jí přinášela velké uspokojení a i bez vysokoškolského vzdělání něčeho v zaměstnání dosáhla. V nemocnici pracovala do roku 1978, kdy se jí narodil první syn. Rok a půl s ním byla na mateřské dovolené a poté ji vyzvali, aby nastoupila zpět do zaměstnání jako staniční sestra, což udělala. Syna denně vozila autem z malé obce, kde s manželem bydleli v rodinném domě, do nemocničních jeslí do města, kde pracovala. V jeslích se o syna velice dobře starali, nabízeli pomoc i v době jeho nemoci. V roce 1983 se jí narodil druhý syn a s tím byla na mateřské dovolené také rok a půl.

Poté nastoupila zpět do práce a syna také vozila do stejných jeslí a po dvou letech chodil do mateřské školy v jejich obci. V roce 1983 musela nastoupit do doškolovacího ústavu na obor anesteziologicko-resuscitační intenzivní péče na 3 roky, jinak by nemohla dále pracovat na svém pracovišti. Bylo to náročné období, syna dlouho kojila a po nocích se učila, ale studovala s výborným prospěchem. Dokonce jí nabídli i práci a byt v krajském městě, což však odmítla a dále pracovala na pozici vrchní sestry na oddělení JIP a poté na interním oddělení nemocnice. Když v roce 1991 zrušili pozici vrchní sestry, pracovala jako koordinátorka všech lůžkových oddělení v nemocnici. Na vlastní žádost se ale chtěla vrátit na oddělení JIP a po čtyřech měsících jí bylo vyhověno.

Poté přišlo velmi obtížné období, kdy její synové v pubertálním věku se stali závislími, jeden na hracích automatech a druhý na drogách. Manžel, který v té době pracoval u policie, se k problému postavil zády, vadilo mu to, ale nechtěl to řešit. Toto období trvalo asi dva roky, paní Eva musela v té době navštěvovat psychologa a byla také hospitalizovaná v krizovém centru, kde jí velice pomohli. Nakonec se jí podařilo zajistit jednomu synovi tříměsíční léčení v odvykacím centru, kde se závislosti zbavil, dnes je ženatý, vyženil dvě děti a pracuje ve firmě v okresním městě. Druhý syn skončil ve vyšetřovací vazbě, kde ho každý týden navštěvovala, a po složení kaucí byl z vazby propuštěn. Našla mu práci a problémy ustaly, dnes je také ženatý, má dceru, pracuje nyní v dobré firmě, přestavěl celý dům, stará se o sady a les, je to jiný člověk. Dnes je na oba syny pyšná a oni jí říkají, že jí její pomoc nikdy nezapomenou.

V té době se také dověděla, že manžel udržoval asi 20 let známost s jinou ženou, a proto také nechtěl řešit problémy v rodině. Paní Eva nic netušila, měla náročné zaměstnání, hodně práce na statku rodičů a na svém domě, pečovala o svoje i manželovy rodiče. Manžel byl navíc alkoholik, v zaměstnání nepil, ale doma ano. Kvůli alkoholu rozprodal obrazy a cenné věci, které měli doma po rodičích. Pracoval na statku po rodičích paní Evy i na jejich domě, lpěl hodně na majetku, ale běžný rodinný život s rodinou nežil. Žil si svůj život a 9 roků před jeho smrtí se rozvedli, aby si mohl vzít svoji dlouholetou přítelkyni, ale kvůli jeho alkoholové závislosti se nakonec nevzali. V domě s manželem a jeho přítelkyní zůstal bydlet jeden ze synů. Paní Eva si po rozvodu koupila menší rodinný dům v malé obci, kde žije dosud.

V zaměstnání ještě absolvovala další doškolovací kurz na lékařské fakultě vysoké školy obor ošetrovatelská péče. V roce 2006 odešla pracovat do Nemocnice Milosrdných bratří

v nedalekém městě. Pečovala denně o svoji maminku nejdříve v jejím bydlišti a později si ji vzala k sobě domů. Pečovala ale také o nemocnou tchyni.

Ve 40 letech začala mít nepochopitelné pády, nemohla nastoupit do autobusu, měla problémy otěhotnět, poté dítě potratila. Vzpomněli si, že podobné problémy měl i její otec, který na toto onemocnění zemřel v 70 letech, a z jeho chorobopisu zjistili, že trpěl myotonickou dystrofií 2. typu, kterou paní Eva bohužel po tatínkovi zdědila. Nemoc postihuje hladké svalstvo, které ztrácí tonus. Je to neléčitelné onemocnění chromozomů, kterým onemocnělo v republice asi 200 osob. Měl ho tedy otec paní Evy, zdědila ho ona a její starší syn již od 33 let, její bratr a jeho dva synové. Na nemoc neexistují léky, jezdí na kontroly do krajského města na neurologii na specializované pracoviště pro výzkum této nemoci, kde někdy kvůli výzkumu podstupuje i bolestivé vyšetření a léčí se v dalších ambulancích v souvislosti s tím, kterou část těla nebo orgán nemoc postihuje. Zdá se jí, že onemocnění progreduje každé čtyři měsíce. V posledních letech již neudrží stolicí ani moč, měla již 6 operací očí kvůli tomuto onemocnění, nezvedne se ze sedu, z kleku, má kýlu v hrudní dutině a proto musí jíst mixovanou stravu. Kvůli depresím navštěvuje psychologa, léčí se na psychiatrii, mívá i potíže s pamětí. Byla zvyklá být celý život v aktivním pohybu a nyní jí nemoc v pohybu brání. Na operaci kyčlí kvůli artróze III. stupně jít nemůže, protože potřebuje speciální anestezii. Měla plicní embolii i mozkovou příhodu, má vysoký cholesterol, navštěvuje lipidovou poradnu, má hypertenzi a gynekologické potíže. Někdy se dusí, kdyby u ní někdo nebyl, tak by se mohla udusit, také kvůli tomu má mixovanou stravu. Nesvlékne se, neobleče, kvůli nestabilitě asi 2x týdně upadne, ale když má před sebou kolečkové chodítko, upadne na něho a ono se zabrzdí. Nezvedne vleže sama hlavu, musí si pomoci rukou, proto je její rehabilitace omezená. Když byla hospitalizovaná v nemocnici, tak převážně ležela, ale doma se pohybuje s kolečkovým chodítkem a snaží se co nejvíce pohybovat.

Zpočátku měla paní Eva tehdy částečný invalidní důchod, pracovala na poloviční úvazek, po zhoršení nemoci měla plný invalidní důchod a nyní je ve starobním důchodě. Má přiznaný I. stupeň příspěvku na péči, ale vzhledem k progresi nemoci má nyní v řízení zvýšení stupně. Z vyššího příspěvku by chtěla přispívat více svým pečujícím osobám, kterými je její přítel a jako asistent sociální péče její kamarádka Jana.

S přítelem žije čtyři roky, předtím ji jen navštěvoval. Je řidič z povolání, dříve jezdil do zahraničí, ale nyní již nejezdí. Má také nějaké zdravotní problémy. Ráno jí pomůže s hygienou, oblékáním a připraví jí snídani. Po jeho odjezdu do zaměstnání přijede k ní autem

z nedaleké obce kamarádka Jana, která je ve starobním důchodě a převezme péči o ni. Uvaří oběd, vypere, pověsí i vyžehlí prádlo, zašívá prádlo, provádí jí manikúru a pedikúru, pomůže s hygienou během dne, zaveze ji autem, kam potřebuje, k lékařům, kam jezdí velmi často, něco vyřídít, nakoupit nebo jen do přírody se psem, kterého paní Eva má. Pokud není přítel v zaměstnání, kamarádka nepřijede, vše potřebné zajistí on. Přítel provádí také úklid domácnosti a údržbu domu a okolí, on i její synové ji vozí autem také dle potřeby.

Paní Eva má čtyři přítelkyně, které zná od mládí, celý život se spolu přátelí, vždy se pravidelně scházely, pořádaly různé akce a výlety. Jednou z nich je i kamarádka Jana, která o ni nyní pečuje. Paní Eva nemůže číst, nevidí na to, dříve ráda luštila křížovky a sudoku, byla to její velká záliba, nyní to již nezvládne, neudrží také pozornost. Sleduje televizi, ale více poslouchá rádio. Nejraději má však svoji zahradu u domu a skleník, kde má svoje oblíbené květiny, zde ráda sedává a pozoruje přírodu i západ slunce. Má zde i bazén, ale protože potřebuje maximální asistenci během koupání, moc často ho nevyužívá. V zimě ráda pobývá v zimní zahradě. Sama ven nechodí, jen s doprovodem. Dům má bezbariérově upraven. Je postaven na rovině i zahrada nemá žádné bariéry v terénu. V domě jsou dvě samostatné místnosti a prostorná obytná kuchyň s výhledem do zahrady. Ke vchodu do domu má jen dva malé schody, které spíše zvládne sejít s chodítkem než po rampě, kterou tam měla, ale nezvládla s chodítkem pohyb po ní. V domě má odstraněné prahy, na lůžku má zavěšenou hrazdu, má zvýšený sedák na WC, zvýšené sezení na sedací soupravě, madla na WC a ve sprchovém koutě, kde má i sedátko, ale do sprchy se sama nedostane. Hygienu potřebuje udržovat kvůli inkontinenci i vícekrát denně. Někdy použije podpažní berle, ale s nimi nic nepřenese, má i francouzské hole, se kterými jezdí k lékařům.

Péče jí více vyhovuje od její kamarádky, je to žena a znají se od mládí, než od jejího přítele, zejména při provádění hygieny. Je to však přítel, který jí několikrát denně telefonuje, když je v zaměstnání a kontroluje, zda je v pořádku a neupadla, kamarádka odjede domů a již jí nezavolá. Vadí jí, že nemůže dělat všechny věci jako dřív a situace se stále zhoršuje. Celý život hodně pracovala a nyní nemůže dělat žádnou práci. Chtěla by mít věci doma i na zahradě udělané podle sebe, ale to není možné, protože její pečující osoby něco například považují za zbytečné a říkají jí, že to není potřeba.

Synové se členy jejich rodin ji navštěvují jednou i vícekrát týdně, pomohou jí s různými věcmi, o které jim řekne.

Celý život byla šťastná díky svému zaměstnání, a ani teď nemá pocit, že jí někdo ublížil, protože měla v životě takové problémy s dětmi a manželem, i přes všechny problémy v osobním životě měla svůj spokojený život. Je to dle ní povahou, kterou měla dříve spíš po tatínkovi, který byl téměř bohém, uměl mluvit a byl pozitivní. Její maminka ale měla pesimistickou povahu, kterou má nyní i ona, ale je to hlavně kvůli nemoci a jejím důsledkům. Vždy se velmi těšila na vnučata, jak se jim bude ve stáří věnovat. Má vnučku, ale vzhledem k pohybovému onemocnění se jí nemůže plně věnovat, což ji velmi mrzí.

Také paní Eva mi ochotně odpověděla na položené otázky následovně:

otázka č. 1: „Jsou podle vás způsoby poskytování domácí péče seniorům v realitě dostačující a efektivní, a jaké formy péče znáte?“

Odpověď: „*Já si myslím, že dnes je více možností než dříve i v této oblasti. Já jsem pracovala celý život ve zdravotnictví, pečovala jsem sama o rodiče i tchyni, tak mám nějaké zkušenosti. My máme počítač a hodně věcí se dá najít na internetu, třeba moje různé pomůcky, které potřebuji a zlepšují mi pohyb a pohodlí. Vím ale, že většina seniorů ani v dnešní době počítač a přístup na internet nemají, ale jsou zde i jiné zdroje informací. Vím, že charita i červený kříž zajišťují hodně služeb pro seniory, kteří potřebují péči ve svém bydlišti a jezdí i do menších obcí. Vím třeba, že doma poskytují i hospicovou péči, protože moje známá tuto pomoc potřebovala. Já jsem ráda, že zatím mám kolem sebe blízké, kteří mi pomoc zajistí a nemusím si zatím žádné jiné služby sjednávat a platit. S tím mým příspěvkem na péči bych si toho ani moc zaplatit nemohla.*“

Otázka č. 2: „Můžete sdělit pozitiva a negativa domácí péče o seniory na základě vašich zkušeností?“

Odpověď: „*Jednoznačné. Každý chce být co nejdýl doma a hlavně já. Já mám svůj téměř nový domov moc ráda a mám to zde tak maximálně uzpůsobené mým potížím, jako to každý nemá. Když jsem dům kupovala, nevěděla jsem, jak má nemoc bude pokračovat a jak na tom budu za pár let. Jsem moc ráda, že můžu být pořád doma a doufám, že ještě dlouho budu. Nedovedu si ani představit, že třeba jednoho dne budu muset odsud odejít bydlet jinam, kde nebudu mít svoji zahradu, skleník, kytky, psa, tento výhled. Deprese mám už teď, ale dost mi pomáhá to, že můžu být pořád doma a s pomocí sice dvou osob to zvládáme. Uvidíme, jak to bude pokračovat dál. Vím, jak je pro ně péče o mně náročná. Fyzicky i psychicky, ale snaží se*

to přede mnou nedávat najevo. Finančně jim to ani nemůžu vynahradiť. Vadí mi sice trochu, že se o mě starají přítel a kamarádka, kteří nejsou úplně moje nejbližší rodina, ale nemám na výběr. Je to jak to je a mí kluci jsou ještě mladí, mají svůj život, pracují, ale taky syn má svoje zdravotní problémy. Musíme žít, jak to půjde s touto naší rodinnou dědičnou chorobou. Vadí mi taky, že z příspěvku 800,- korun těžko zaplatím třeba benzín kamarádce i příteli, když mě tak často vozí k lékařům i jinam a Janě benzín na dojíždění ke mně. Když bydlím na vesnici, jsem odkázaná na ježdění autem téměř všude. Snad to zvýšení teď vyjde a nebudu muset dávat tolik peněz z důchodu. Když já mám první stupeň a jsem hodně nepohyblivá a potřebuji stálou pomoc, jak to dělají jiní lidé, kteří taky potřebují pomoc, ale příspěvek neberou. Jasně, že mají svůj důchod, ale z toho taky platí nájem, léky a všechno ostatní.“

Shrnutí případové studie 2

Životní příběh paní Evy byl silným, emotivním zážitkem. Život se závažným, vzácným a dědičným onemocněním s jasnou progresí nemoci je velmi náročný jak po fyzické tak i po psychické stránce. Přes všechny překážky, které jí život postavil do cesty, hovoří o svém životě jako o šťastně prožitém a to hlavně díky svému zaměstnání, které ji celý život naplňovalo a pomáhalo mnoho problémů zvládat. Velkým štěstím je také to, že i přes negativní vliv nemoci má dva syny, na které je dnes hrdá i přes společně zvládnuté krizové období. Také paní Eva hovořila o svém životě ochotně a zcela otevřeně a projevila přání se se mnou znovu setkat.

I ona si zvolila pro ni dostupný způsob péče a pomoci v domácím prostředí, který jí vyhovuje. Díky svému věku, vzdělání, životním i pracovním zkušenostem, přehledu a informovanosti se dobře orientuje v problematice poskytování pomoci a péče. Mnoho potřebných informací získává i z internetu, například o různých kompenzačních pomůckách, které jí usnadňují pohyb a chrání ji. Těmito uvedenými možnostmi však většina seniorů nedisponuje. I přes to, že jí pomoc poskytují sice blízcí lidé, ale ne nejbližší rodina, je s touto formou pomoci spokojena a zatím je tato pomoc pro ni dostupná i po finanční stránce, se kterou však není zcela spokojena. Vzhledem k jejímu výraznému pohybovému omezení se špatnou prognózou vyžadujícímu stálou péči, není spokojena s přiznaným stupněm příspěvku na péči ve výši 800,- Kč, ze kterého nemůže pokrýt veškeré náklady pečujících osob tak, jak by bylo potřeba. Proto nyní požádala o zvýšení stupně příspěvku na péči. Ví, že péče, kterou vzhledem ke zdravotnímu stavu vyžaduje a která bude stále náročnější, klade vysoké nároky na fyzickou

i psychickou stránku jejích pečujících osob. Částečně by tuto náročnost chtěla tedy vykompenzovat finančně. Ochotně, ale spíše nahodile, jí pomáhají i její synové, avšak také ona respektuje jejich možnosti jí pomáhat a je ráda, že je nemusí s péčí více zatěžovat. Nejvíce si cení možnosti zůstat stále ve svém domově, který má bezbariérově uzpůsobený jejímu omezení. S využitím všech dalších pro ni dostupných forem péče při zhoršení zdravotního stavu v budoucnu, si přeje co nejdéle zůstat ve svém domově, který má velmi ráda.

8.3 Případová studie 3

Třetí respondentkou byla paní Zdenka. Má 81 roků a bydlí se svojí dcerou v třípokojovém bytě v bytovém domě v menší obci. Je vdova a péči jí poskytuje její dcera, která je již také vdovou ve starobním důchodu. Rovněž text tohoto rozhovoru je parafrázován.

Paní Zdenka se narodila v roce 1935 v malé obci na Blanensku. Její otec pracoval jako stolař, matka jako domácí švadlena. Bydlela s rodiči a svojí babičkou v malém rodinném domě o dvou místnostech. V průběhu války ubytovali ještě cizí paní s dcerou, které musely odejít z tehdy bombardované vesnice. V roce 1941 se narodila její sestra Vlasta. Otec v té době onemocněl, měl těžké astma a nemohl již vykonávat povolání stolaře. Po válce pracoval na obnově nedalekých velkých strojiren, které byly po válce rozbombardované a značně zničené. Matka stále pracovala jako domácí šička a pro materiál a práci si jezdila do krajského města. Paní Zdenka v rodné obci chodila 4 roky do obecné školy a potom dojížděla autobusem do 5 kilometrů vzdálené větší obce do měšťanské školy. Poté studovala hospodářskou školu v nedalekém okresním městě. Pracovat začala v jedné firmě jako telefonistka a při tomto zaměstnání studovala střední ekonomickou školu v krajském městě, kam za studiem dojížděla. Po ukončení studia nastoupila jako účetní do velkého strojírenského podniku, dojížděla tam autobusem a vlakem. Zde poznala svého manžela, za kterého se provdala již těhotná a brzy po svatbě se jí narodila první a jediná dcera.

V roce 1964 jeli s manželem na motorce do sousední obce, kde havarovali. Při nehodě se jí stal těžký úraz. Manžel neutrpěl vážnější poranění. Měla komplikovanou zlomeninu stehenní kosti, která se jí nikdy nezhojila. Následovalo náročné období, kdy byla téměř rok nepřetržitě hospitalizována v nemocnicích. Prodělala několik operací nohy a potom byla v domácím ošetřování u svých rodičů, kteří po celou dobu její hospitalizace a následné péče vychovávali její dceru. V domě s nimi žila i sestra paní Zdenky s rodinou a kvůli velikosti domu museli přistavět další místnost. Manžel paní Zdenky v té době pracoval ve strojírnách, bydlel v jiné obci a manželku, dceru i prarodiče navštěvoval. V průběhu dalších šesti let následovaly další operace, během kterých jí hrozila i amputace nohy, ale nakonec se lékařům podařilo končetinu zachránit. Nohu měla po operacích kratší o pět centimetrů a měla nepohyblivý kolenní kloub. Obě nohy měla po prodělaných operacích trvale oteklé, citlivé a v průběhu dalších let začala mít bérkové vředy. Nosila speciální ručně šitou ortopedickou obuv

vyrobenou na zakázku, ortézu a dvě francouzské hole. Pohyb v domácím prostředí i venku v terénu jí činil značné potíže. Měla plný invalidní důchod, který jí byl po částečném, ale dočasném, zlepšení jejího zdravotního stavu změněn na částečný. S dcerou a manželem se přestěhovali do rodinného domu v sousední obci a později začala pracovat jako účetní v místním zemědělském družstvu. Dcera se provdala v 18 letech, odstěhovala se s manželem do bytového domu v sousední obci a narodily se jí postupně tři děti. Jako účetní pak paní Zdenka pracovala až do odchodu do starobního důchodu v 55 letech. Po úmrtí manžela předala svůj dům vnučce s rodinou a se svojí dcerou koupili třípokojevý byt v bytovém domě v obci, kde bydlela dcera, která také ovdověla.

Dcera jí poskytovala potřebnou péči i v době, kdy ještě byla zaměstnaná, ale v době jejího postupného zhoršování zdravotního stavu již byla také ve starobním důchodu. S pomocí dcery si vyřídila průkaz osoby se zdravotním postižením, příspěvek na mobilitu a byl jí také přiznán příspěvek na péči II. stupně, který poskytuje dceři za její péči. Dcera jí pomáhá při koupání, oblékání a někdy i obouvání kvůli nepohyblivému kolennímu kloubu. Nakupuje, vaří, pere a žehlí a stará se o celou domácnost včetně údržby a úklidu. V bytě bylo provedeno několik bezbariérových úprav, na které čerpala tehdy příspěvek na úpravu bytu, nyní příspěvek na zvláštní pomůcku. V bytě byly odstraněny prahy a podlahy byly pokryty protiskluzovou krytinou, na WC byla připevněna madla a sedák, v malé koupelně byla vana nahrazena sprchovým koutem s madlem a sedátkem, lůžko bylo zvýšené o další matraci. Bariérou se však stalo úzké schodiště do bytu ve druhém patře, které zvládá jen stěží, po delší čas a v doprovodu druhé osoby. Ven se i přesto snaží pravidelně chodit, ale jen okolo domu na krátkou procházku a za příznivého počasí. K lékařům, příbuzným a kam je potřeba, ji vozí dcera nebo vnučata autem. Kvůli bércovým vředům a lymfatickým otokům končetin musí být často na několik týdnů hospitalizována na lůžkovém kožním oddělení okresní nemocnice. Po této léčbě se vždy stav končetin na nějaký čas částečně zlepší, ale po čase dojde opět k návratu potíží a zhoršení stavu. Když má nezhojený bércový vřed, chodí k ní domů dvakrát týdně ošetřovatelka z charity provádět ošetření a převazy. Mimo tyto dny si někdy sama nebo s pomocí dcery rány ošetřuje a převazuje. V poslední době mívá často několika denní stavy se zimnicí a vysokými teplotami, které vždy lékařka léčí silnými antibiotiky, které však postupně ztrácí účinnost. Poté mívá vysokou sedimentaci. Dále se léčí s chronickým zánětem ledvin, hypertenzí a onemocněním štítné žlázy. V bytě se pohybuje paní Zdenka s oporou o francouzskou hůl, přes den převážně sedí, ale snaží se pohybovat co nejvíce, kvůli otokům

dolních končetin. Ráda čte, luští křížovky, ráda a pěkně plete nebo háčkuje. Často sleduje různé pořady v televizi. Chodí ji také navštěvovat vnoučata, pravnoučata, další příbuzní a sousedka ve stejném věku. I přes nutnou pomoc se účastní různých rodinných akcí a oslav. Vztahy v rodině mají bezproblémové.

Na položené otázky odpověděla paní Zdenka následovně:

otázka č. 1: „Jsou podle vás způsoby poskytování domácí péče seniorům v realitě dostačující a efektivní, a jaké formy péče znáte?“

Odpověď: „Já vím, že hodně starých lidí využívá pečovatelskou službu. Většinou vozí obědy z pečovatelské z našeho nedalekého okresního města. Ono je totiž lepší zaplatit uvařený oběd, který vám dovezou teplý až do bytu, než jít nakoupit a něco uvařit. Hodně lidí to ani nezvládá a nevařili by si každý den teplé jídlo, spíš by se něčím levným a nezdravým odbyli. My máme výhodu, že do naší obce pečovatelská jezdí. Jezdí jen do několika sousedních obcí, protože je hlavně pro město. Ale do těch dalších obcí jezdí zase pečovatelská z charity a z červeného kříže, která sídlí taky v okresním městě, tak ty možnosti třeba tady u nás si myslím, že jsou dobré. Jinde nevím, ale asi to bude podobné podle televize a novin. Je ale pravda, že jsem slyšela od známé, že potřebovali pro příbuznou taky zajistit pečovatelskou, ale nikdo jí nakonec nemohl vyhovět z důvodu naplněné kapacity a ne, že by třeba do té obce nejezdili. Řekli jim, že pokud u někoho skončí s pečovatelskou, můžou jezdit k dalšímu, ale jinak ne. Jasně že lidem nevozí jen obědy, pomáhají jim i třeba s nákupem nebo úklidem. Mně vaří jídlo dcera, ale jezdí ke mně zdravotní sestra z charity, z ošetřovatelské pomoci. Když mám nezahojený bércový vřed, což je vždycky na dlouho, tak dvakrát týdně ke mně přijede sestra a ošetří mě ránu a obváže. Ty dny kdy nejezdí, si to musím převázat sama, ale spíš mě to převazuje dcera. Nic nemusím platit, platí to pojišťovna, ale musí to předepsat moje doktorka. Toto ošetřování jezdí po obcích dělat i sestry z červeného kříže. Hlavně, že je člověk doma a nemusí nikam jezdit nebo být rovnou v nemocnici. Já mám výhodu, že se o mě stará dcera a někdy i vnoučata, ti bydlí naštěstí taky blízko nás. Takže pomoc já mám po ruce.“

Otázka č. 2: „Můžete sdělit pozitiva a negativa domácí péče o seniory na základě vašich zkušeností?“

Odpověď: „Já jsem ráda, že bydlíme s dcerou spolu v bytě a ona se o mě stará. S čím potřebuju pomoci mi pomůže, je hodná a já jsem ráda, že je teď se mnou. Jsme obě vdovy a tak jsme se spolu sestěhovaly, což má víc výhod. Oběma nám to takhle vyhovuje. Já pomoc potřebuju, a kdybych bydlela sama, bylo by to složitější. Když ještě dcera chodila do práce, tak jsme to nějak zvládaly i tak, ale teď už je v důchodě, tak je to lepší. Jsem ráda, že si nemusím platit žádné služby od cizích, jen za mnou dochází ta zdravotní sestra. Někdy musím jet na přeléčení do nemocnice, ale pak to zvládneme s dcerou a s ošetřovatelkou doma. Nevím, jak se mně zdraví bude zhoršovat, ale to neví nikdo. Spíš to bude horší než lepší. Dokud to půjde, nechtěla bych jít do žádného domova. Byla bych dál od rodiny, mezi cizími a třeba na pokoji s někým, ani na to nechci myslet. Pomoc by mně sice zajistili, ale za jakou cenu. V bytě jsme udělaly nějaké úpravy a to mi taky dost pomáhá. A když se mi nohy ještě zhorší nebo se ještě něco přidá, můžu si koupit nebo půjčit ještě další pomůcky, které bych třeba potřebovala. Dcera má počítač a hledá mi hodně věcí a informací na internetu, všechno se tam dá najít. Tak bych se snažila nějak si pomoci, hlavně abych mohla zůstat doma. Problém mi dělají ty schody v bytovce, zatím to jakž takž zvládám, ale nevím, jak to bude dál. A ven musím chodit, nemůžu zůstat zavřená v bytovce a nevyjít ven. Musely bysme to vyřešit asi výměnou bytu do přízemí, už jsme se o tom bavily, ale nevím, jestli by to šlo, bytů tady moc není. Anebo bych musela jít bydlet k vnukovi, který má přízemní dům, není tam nikde ani jeden schod, teď dům opravoval a má tam hodně místa ve druhé polovině domu, už mi to nabízel. Ještěže mám tak skvělou rodinu. A taky k nám chodí často vnoučata a šest mých pravnoučat, do domova by za mnou tak často určitě nejezdili.

Co mi vadí, jsou finance, na to si ale stěžuje hodně důchodců. Kdyby ty naše důchody byly třeba jako v Rakousku, mohli by si důchodci žít líp, zaplatit víc služeb a zůstat díky tomu dýl doma, nakoupit pomůcky a víc si to stáří užívat i po kulturní stránce. Možností je dneska hodně, peněz na ně ale málo. Většina mých známých žije sama, a když mají zaplatit bydlení a všechno ostatní co musí, moc peněz jim nezůstane a to žijí skromně. Hodně platí za léky a ještě by chtěli něco ušetřit. Příspěvek na péči taky každý nemá, anebo má jenom těch 800,- korun, což je dost málo. Já dám svůj příspěvek dceři a máme výhodu, že bydlení platíme společně a další věci taky. Jsem si vědoma toho, že mi poskytuje veškerou pomoc na úkor své osoby, že je to někdy náročné a někdy si myslím, že by čas, který musí věnovat mně raději využila jinak. Existuje sice víc dávek a příspěvků pro důchodce, kteří mají malý důchod, vím to od vnučky, která pracuje na úřadě, ale někteří si raději nic nevyřídí, nechtějí se doprošovat,

je jim to trapné, anebo je to pro ně i složité a neví si s tím rady a nemá jim to kdo vyřídit. Jsme prostě jiná generace, dřív to bývalo jinak. Sice hodně důchodců má něco našetřené, ale buď z toho nechtějí utrácet, anebo jim to nějakí podvodníci všechno seberou, to vidíme v televizi pořád. No protože peníze mají všichni doma a ne v bance, jak a kde by si to vyzvedávali? Špatné to mají taky ti, kteří bydlí sami a nemají rodinu nebo známé, anebo je nemají poblíž. Když třeba spadnou nebo se jim udělá špatně a nemají telefon, těžko se dovolávají pomoci, anebo na ni dlouho čekají.“

Shrnutí případové studie č. 3:

Paní Zdenka se také potýká větší část svého života se zdravotními problémy a pohybovým omezením po nehodě. Využívá však tu nejlepší formu péče o seniory v domácím prostředí. Pečuje o ni dcera, také již starobní důchodkyně, se kterou bydlí ve společné domácnosti a vztahy mají bezproblémové. Společné soužití přináší mimo okamžitou dostupnost potřebné pomoci také výhody ekonomického charakteru. Obě jsou vdovy, ale v jejich blízkém okolí žijí také vnuci a pravnoučata paní Zdenky, kteří se dle potřeby mohou na péči a pomoci podílet, a vzájemně se navštěvují. V celé rodině panují dobré vztahy, což má bezesporu velmi dobrý vliv na psychiku paní Zdenky. Svému zdravotnímu omezení si přizpůsobila bytové podmínky a na některé z nich čerpala dnešní příspěvek na zvláštní pomůcku. Dále je držitelkou průkazu osoby se zdravotním postižením, pobírá příspěvek na mobilitu a příspěvek na péči II. stupně. Bariérou zůstávají v současné době schody do 2. patra k jejich bytu v bytovém domě, ale i v tomto problému by jí v případě nutného řešení byla rodina nápomocna.

Z vlastní zkušenosti a ze svého okolí zná místní dostupné sociální a zdravotní služby, kterými jsou pečovatelská služba a ošetřovatelská domácí péče. Ví také o možnosti, že tato pomoc může být někdy v momentě potřeby pro zájemce nedostupná. Další informace a přehled získává z tisku, televize a díky dceři také z internetu. Například se orientuje v kompenzačních pomůckách, které sama využívá, informovaná je také v oblasti dávek pro osoby se zdravotním postižením, které pobírá. Jelikož má potřebnou pomoc zajištěnou péčí dcery a někdy ošetřovatelskou péčí, nezajímá se o další možnosti pomoci. Tato pomoc jí vyhovuje, jelikož jí umožňuje i přes zdravotní problémy zůstat i nadále v domácím prostředí. Je si však také vědoma náročnosti kladené na její pečující osobu. Negativa vidí hlavně ve finančních možnostech dnešních seniorů. Ty jsou často na takové úrovni, že neumožňují seniorům

využívat nabízené služby v potřebném rozsahu a nutí je žít skromně bez možnosti využívat různé nabídky kulturního a společenského života.

8.4 Diskuse

Praktická část práce se zabývala otázkami, zda jsou způsoby poskytování domácí péče o seniory v realitě dostačující a efektivní a jaká jsou pozitiva a negativa domácí péče o seniory. Ze subjektivních výpovědí tří respondentek, o které pečují v jejich domácím prostředí pečovatelská služba, přítel s cizí osobou a blízký člen rodiny vyplynuly následující nezobecnitelné závěry.

Otázka č. 1: Jsou podle vás způsoby poskytování domácí péče seniorům v realitě dostačující a efektivní, a jaké formy péče znáte?

Každá z nich si zvolila dostupnou a vyhovující formu péče. Dostupnou ve smyslu místní a časové nabídky, z hlediska možností rodiny a přátel a dle finančních možností. Všem respondentkám poskytovaná forma péče vyhovuje a jsou s ní spokojeny. Dvě z nich, o které nepečuje člen blízké rodiny, jsou rády, že své dosud pracovně aktivní členy rodiny, kteří nežijí v místě jejich bydliště, nemusí svojí potřebou pomoci obtěžovat. Plně respektují životy svých dětí a jejich rodin a jsou spokojeny s tím, že našly jinou vyhovující alternativu způsobu péče. Respondentka, o kterou pečuje dcera žijící ve společné domácnosti a dle potřeby i další blízcí příbuzní, má ten nejvhodnější způsob péče umocněný velmi dobrými vztahy v rodině a doplněný nutnou ošetrovatelskou péčí.

Znalosti možností a forem péče projevily respondentky spíše na místní než republikové úrovni. Z místního regionu a od známých vrstevníků mají informace o možnostech a formách poskytování domácí péče o seniory v jejich lokalitě. Některé obecnější informace získávají z médií a sociálních sítí.

Otázka č. 2: Můžete sdělit pozitiva a negativa domácí péče o seniory na základě vašich zkušeností?

Nezpochybnitelným a všemi zdůrazňovaným největším pozitivem je to, že jim dostupná forma péče jim umožňuje i nadále setrvat v jejich domácím přirozeném prostředí i přes jejich zdravotní omezení. O druhé alternativě – institucionalizované formě péče samozřejmě ví, ale jsou ochotni při zhoršení jejich zdravotního stavu nebo mobility využít všechny možné

dostupné prostředky, aby se této formě péče vyhnuly. Respondentky, o které pečuje člen rodiny nebo jiná osoba, jsou si vědomy náročnosti péče pro jejich pečovatele. Poskytovanou péčí a pomoc by jim chtěli vykompenzovat alespoň po finanční stránce, což není v jejich případě zcela možné vzhledem k výši příspěvku na péči a jejich dalším příjmům.

ZÁVĚR

Náplní diplomové práce byla péče o seniory, kteří žijí v domácím prostředí. Záměrem bylo popsat tuto komplexní péči a zjistit, jak se v praxi uplatňují její specifika. Cílem bylo zjistit, zda jsou způsoby poskytování domácí péče o seniory v realitě dostačující a efektivní, pozitiva a negativa péče.

V teoretické části práce byly popsány základní pojmy tématu, dále byla stručně přiblížena historie péče o seniory v České republice a v Evropě a také některé strategické dokumenty a legislativa. V práci byla dále uvedena specifika péče o seniory, jednotlivé formy péče o seniory, pozitiva a negativa péče. V závěru teoretické části práce byl předložen přehled přímé péče o seniory spolu s problematickými situacemi v péči.

V praktické části práce byly kvalitativní metodou, formou případové studie s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru zjištěny informace od respondentek, o které je pečováno v domácím prostředí. Byly získány odpovědi k možnostem, formám, pozitivům a negativům domácí péče.

Práce poskytla komplexní teoretický přehled nejdůležitějších témat týkajících se problematiky péče o seniory v domácím prostředí. Seniorská populace má svá specifika a osoby, které jim poskytují pomoc, by to měly respektovat a přizpůsobit tomu svůj přístup k seniorům. V domácím prostředí mohou senioři využívat péči rodiny, zdravotní a sociální péči. Tyto jednotlivé typy a jejich možnosti byly v teoretické části také popsány. Také tento typ péče má svá pozitiva a negativa. Respondentky považují za pochopitelně nejvýraznější pozitivum strávit závěr svého života, i přes zdravotní omezení, v prostředí, kde dosud žili, v okruhu svých blízkých a známých. K tomu potřebují využívat sociální a zdravotní služby a pomoc blízkých členů rodiny nebo jiných osob. Negativně hodnotily například finanční možnosti seniorů, kdy ani v případě přiznaného příspěvku na péči nemohou péči patřičně finančně ohodnotit, což se netýká úhrad za pečovatelskou službu, kde je ceník jasně daný a senior si sjedná potřebné a finančně dostupné úkony služby. Práce také popsala konkrétně přímou péči o seniora, kterou pečující osoby seniorům poskytují.

Výsledky výzkumu mohou být využity jako zpětná vazba a tím zároveň podnět pro poskytovatele sociálních služeb ke zlepšování kvality a efektivity jejich činnosti. Předně vyvstává požadavek na zvýšení informovanosti o jimi nabízených sociálních a zdravotních službách. Také závěry evokují možnost rozšíření provozní doby poskytovaných služeb dle

požadavků klientů seniorů, kteří například žijí osamoceně a mohou se v době mimo provozní dobu ocitnout v situaci vyžadující okamžitou pomoc. Dále výstupy výzkumného šetření poskytovatelům služeb ukazují možnost řešit navýšení kapacity zaměstnanců vzhledem k současné nemožnosti uspokojit poptávku po sociálních službách v souvislosti s uvědoměním si toho, že většina seniorů si přeje s maximálním využitím dostupných služeb zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí. V neposlední řadě výzkum praktické části práce svým zjištěním potvrdil kladení vysokých nároků na pečující osoby poskytující péči, což zvyšuje jejich vyčerpání a nutnost odpočinku, jak uvádí i část teoretická. Právě to také ukazuje poskytovatelům služeb důvod k rozšíření nabídky odlehčovacích služeb pro pečující, aby mohli péči o seniory vykonávat bez rizika vlastní psychické či fyzické újmy.

Míra spokojenosti klientů s poskytovanou péčí je samozřejmě částečně ovlivněna jejich charakterovým založením, ale stěžejním kritériem je především to, jaké požadavky, ale i potřeby mají a jak dalece jsou jim uspokojovány. Z odpovědí tří respondentek výzkumného šetření vyplývá odpověď na výzkumnou otázku, zda jsou způsoby poskytování domácí péče o seniory v realitě dostačující a efektivní. Všechny tři jsou schopny spokojit se současnou situací, ale dle jejich názoru by dostupnost a šíře nabídky péče měla být širší, v souvislosti s reálnými možnostmi a potřebami seniorů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literatura

- BASTLOVÁ, Helena, 1993. *Péče o nemocné*. Bratislava: Příroda. 170 s. ISBN 80-07-00576-5
- ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. *Sociální gerontologie, Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DISMAN, Miroslav, 1993. *Jak se vyrábí sociální znalost*. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 978-80-718-4141-8.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHLOUPKOVÁ, Soňa, 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4.
- KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 987-80-247-3148-3.

-
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
 - MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
 - MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany, Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
 - MUSILOVÁ, Marcela, 2002. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. Pořadí vydání: První. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Psychologická a výchovná poradna. 36 s. ISBN 80-238-8934-6.
 - MUSILOVÁ Marcela, 2012. *Pedagogická diagnostika: cvičebnice*. Olomouc: Psychologická a výchovná poradna. 43 s. ISBN 978-80-904822-4-1.
 - SAK, Petr, KOLESÁROVÁ, Karolína, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
 - SKUTIL, Martin, 2011. *Základy pedagogiko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. 254 s. ISBN 978-80-7367-778-7.
 - ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
 - TARRICONE, Rosanna, TSOUROS, Agis, D., ed., 2008. *The solid facts, Home care in Europe*, Copenhagen, Denmark: World health organization. 36 s. ISBN 978-92-890-4281-9.
 - VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II. dospělost a stáří*. Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
 - *Všeobecná encyklopedie ve 4 svazcích, díl 2., C-F*. 1996. Praha: Nakladatelský dům OP. 700 s. ISBN 80-85841-33-9.

- *Všeobecná encyklopedie ve 4 svazcích, díl 3., M-R.* 1997. Praha: Nakladatelský dům OP. 740 s. ISBN 80-85841-35-5.
- *Všeobecná encyklopedie ve 4 svazcích, díl 4., Ř-Ž.* 1998. Praha: Nakladatelský dům OP. 717 s. ISBN 80-85841-37-1.

Internet

- *Historie domácí zdravotní péče*, [online]. Asociace domácí péče ČR o.s., [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/4811/historie-domaci-zdravotni-pece/>
- *Charta práv a svobod starších občanů*, [online]. Lidé mezi nimi, zdravotně sociální portál, [cit. 2016-02-9]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/servis/charta-prav-a-svobod-starsich-obcanu>
- *Příprava na stárnutí v České republice, 2015.* [online]. Senioři a politika stárnutí, MPSV, [cit. 2016-01-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
- KŘÍŽOVÁ Eva, 2015. *Zpráva z dotazníkového šetření mezi rodinnými pečujícími*, [online]. Institut důstojného stárnutí Diakonie Českobratrské církve evangelické, [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/data/003/000437.pdf>

Právní předpisy ze systému ASPI

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR Česká republika

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSN Organizace spojených národů