

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky

**FORMÁLNÍ A NEFORMÁLNÍ PÉČE O SENIORA V NEPŘÍZNIVÉ
SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ SITUACI**

Formal and informal elderly care in a needful health and social
situation

Bakalářská diplomová práce

Lenka Kostelná

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 26. března 2010

.....

Lenka Kostelná

Anotace

Bakalářská práce pojednává o formách péče o seniora, který vlivem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a funkčních změn není schopen zajistit si základní potřeby vlastními silami. Je zaměřena na oblast péče o seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí. Cílem práce je zachytit podobu formální a neformální péče v přirozeném sociálním prostředí seniora a poukázat na to, že adekvátní kombinací formálních služeb a pečující rodiny lze vytvořit podmínky, které mu umožní setrvat doma co nejdéle i v nepříznivé zdravotní a sociální situaci. Dílčím cílem je zmapovat, jaké možnosti využití formální péče mají tito senioři v Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko.

Součástí práce je empirická část, která prostřednictvím dílčích šetření, analýzy dokumentace a polostandardizovaných rozhovorů, ilustruje podobu formální a neformální péče, zjišťuje očekávání seniorů a postoj rodinných pečujících k poskytování péče.

Summary

The bachelor's thesis deals with forms of elderly care of people who are not able to ensure their basic needs by themselves due to long-term adverse state of their health and functional changes. The thesis is focused on elderly care of people in their natural social environment. The goal of the thesis is to show ways of formal and informal care in natural social environment of elderly people and to point out the fact that an adequate combination of formal services and family taking care may create conditions which will make it possible for them to stay at home as long as possible despite a needful social and health situation. A partial goal is represented by mapping the options of formal care available for these elderly people in the micro region of Valašské Meziříčí - Kelč.

The thesis includes an empirical part which uses partial investigations, analyses, documentation and semi-standard dialogues to show forms of formal and informal care, finds out expectations of elderly people and attitude of family members towards the care provided.

Obsah

Úvod	6
1 Vymezení základních pojmů	8
1.1 Specifické projevy stárnutí a stáří	8
1.2 Nepříznivá sociální a zdravotní situace	10
1.3 Senior v nepříznivé sociální a zdravotní situaci	14
1.4 Potřeby ve stáří a v nepříznivé zdravotní situaci	15
2 Péče o seniory	20
2.1 Perspektivy péče o seniory	20
2.2 Historický vývoj péče o seniory	22
2.3 Péče o seniory v nepříznivé situaci	24
2.4 Neformální péče	26
2.4.1 Rodina v roli poskytovatele péče	27
2.4.2 Problematické situace v péči o seniory	32
2.5 Formální péče	36
2.5.1 Sociální služby pro seniory	37
2.5.2 Zdravotní služby pro seniory	41
3 Sociální a zdravotní služby pro seniory v Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko	45
3.1 Síť formální pomoci v Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko	45
4 Empirická část	48
4.1 Popis cíle	48
4.2 Popis vzorku	49
4.3 Metody a techniky	49
4.4 Výsledky analýzy dokumentace a jejich interpretace	50
4.5 Výsledky polostandardizovaných rozhovorů a jejich interpretace	57
4.6 Shrnutí	65

Závěr	69
Seznam použitých zdrojů	71
Seznam tabulek a grafů	75
Přílohy	76
Příloha č. 1 - Stupně závislosti na pomoci jiné osoby	77
Příloha č. 2 - Úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti	78
Příloha č. 3 - Tabulky - obsahová analýza dokumentace pečovatelské a ošetřovatelské služby.....	80

Úvod

Tématem bakalářské práce je péče o seniora, který vlivem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a funkčních změn není schopen zajistit si základní potřeby vlastními silami. V roli pomáhajících může být neformální síť - rodinní příslušníci, případně širší okolí seniora, nebo formální poskytovatelé. Každý z nich přitom může mít v uspokojování potřeb seniorů svůj specifický podíl. Mezi tradičním způsobem – rodinnou péčí a péčí ústavní mohou být alternativou terénní a ambulantní služby, které neformální péči doplňují.

Cílem této práce je zachytit podobu formální a neformální péče ve vlastním sociálním prostředí seniora a poukázat na to, že adekvátní kombinací formálních služeb a pečující rodiny lze vytvořit takové podmínky, které mu umožní v nepříznivé zdravotní a sociální situaci setrvat ve vlastním přirozeném prostředí co nejdéle. Zároveň chci zmapovat, jaké možnosti využití formální péče mají tito senioři v Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko. Zajímá mne, zda chtějí i v nepříznivé situaci zůstat ve svém přirozeném prostředí, jaké k tomu volí strategie a jaký postoj k pečování zaujmají jejich rodinní příslušníci. Podobu formální péče jsem se rozhodla zjistit pomocí analýzy dokumentace organizace Diakonie ČCE – středisko ve Valašském Meziříčí. V tomto zařízení pracuji na úseku terénních zdravotních a sociálních služeb a mám přístup k potřebné dokumentaci. Náplní činnosti organizace je poskytování terénních sociálních a zdravotních služeb, ambulantních sociálních služeb a působí na území Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko. Služby směřuje především k seniorům se sníženou soběstačností či vzniklou závislostí na pomoci jiné osoby. Předpokládám, že senior v nepříznivé situaci má zajištěnu péči od rodiny nebo instituce, nebo využívá vzájemné kombinace neformální a formální péče. Z dokumentace chci získat data o využívání jednotlivých typů péče a zjistit, zda dochází k navyšování rozsahu formální péče. Informace, které nezískám z dokumentace, spolu s postojem rodinných pečujících, chci doplnit dílčím šetřením – polostandardizovanými rozhovory se seniory a jejich pečující osobou v domácnosti. Rozhovory budou zaznamenány na diktafon a následně převedeny do textové podoby. Do této práce textovou podobu rozhovorů z kapacitních důvodů nepřikládám, bude však u mne k dispozici pro případné doložení. Při šetření se zaměřím na seniory s přiznaným stupněm závislosti I, II, III a IV, k analýze náhodně zvolím 60 dokumentací. Výstupy budou sloužit jako zpětná vazba pro jednotlivé služby Diakonie ČCE – středisko ve Valašském Meziříčí, na

jejich základě dojde k vyhodnocení formy nabízené péče. Seznámím s nimi také instituce v mikroregionu, které seniorům poskytují poradenství, zdravotní a sociální služby.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části. V úvodní části vymezuji pojem senior v nepříznivé situaci, charakterizuji nepříznivou sociální a zdravotní situaci, popisují specifické projevy stáří. Následující kapitola je věnována péči o seniory. Krátce se zmiňuji o perspektivách péče, uvádím historický vývoj a zabývám se podrobněji tématikou péče o seniora v nepříznivé situaci. Vymezuji zde pojmy neformální a formální péče, a reflektuji současné možnosti i limity poskytování péče seniorům v nepříznivé situaci, kteří chtějí zůstat doma co nejdéle. Zaměřuji se především na limity a možnosti rodinné péče. V poslední kapitole sleduji, jaké typy formální pomoci mají k dispozici v mikroregionu senioři, kteří zůstávají ve svém prostředí. Ve druhé části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky a závěry obou empirických šetření.

Jsem si vědoma, že výsledky, které jsem získala prostřednictvím empirického šetření u seniorů a u jejich rodinných pečujících, ukazují podobu modelu pečující rodiny. Pravděpodobně jiné výsledky bych získala, pokud bych provedla rozhovory se seniory, kteří zvolili ústavní péči, např. z důvodů vyčerpání možností rodiny pečovat o něj doma. Mým cílem však bylo poukázat na to, že adekvátní kombinací formální a neformální péče lze vytvořit podmínky, které umožní seniorovi setrvat ve vlastním přirozeném prostředí co nejdéle, a proto jsem volila k šetření ty seniory, kteří zůstávají ve svém přirozeném prostředí nadále.

1 Vymezení základních pojmů

Stárnoucí člověk se vlivem přibývajících let, nastupujících onemocnění a také vlivem prostředí, ve kterém žije, může dostat do situace, kdy není schopen plně se o sebe postarat. Mění se jeho situace. Snížená soběstačnost může vyústit v závislost na pomoci druhé osoby. Závislost může vzniknout i zprostředkovaně, kdy okolí seniora může mít tendence určovat, co potřebuje, vnucovat mu svůj názor a nevhodnými životními podmínkami jej tak ještě více znevýhodňovat.¹ Úkolem je tedy posoudit možnosti seniora, vycházet přitom z míry funkčního omezení, a poté vhodnými opatřeními najít řešení pomoci.² Protože ve stáří je „zvýrazněna vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace, je velmi důležité posuzovat starého člověka komplexně v jeho bio-psycho-sociální jednotě.“³

Na základě těchto poznatků je zřetelné, že ke vzniku nepříznivé situace seniora přispívá několik faktorů, které se přidružují k přirozeným projevům stáří.

1.1 Specifické projevy stárnutí a stáří

S vyšším věkem nastupují fyziologické projevy stárnutí. Pacovský⁴ uvádí, že stárnutí se týká sféry biologické, psychické i sociální, avšak u každého jedince má individuální charakter. Upozorňuje, že je důležité rozlišovat přirozené stárnutí od stárnutí patologického.

Přehled základních změn ve stáří⁵:

- Tělesné změny - změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, degenerativní změny kloubů, změny termoregulace, činnosti smyslů, kardiopulmonální změny, změny trávicího systému aj.

¹ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1998, s. 47-51

² KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E., *Senior a já... já a senior?* 1. vyd. Společnost přátelská všem generacím, 2005, s. 23

³ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 77

⁴ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1994, s. 22-24

⁵ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 12

- Psychické změny – zhoršení paměti, obtížnější osvojování nových poznatků, nedůvěřivost, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání aj.
- Sociální změny – odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, finanční potíže aj.

S přibývajícím věkem se u seniorů zvyšuje prevalence chronických chorob. Choroby mají své zvláštnosti, typická je polymorbidita (přítomnost více chorob současně), multimorbidita (přibývajícím počtem chorob) a koprevalence (choroba podmiňuje vznik druhé). Choroby mají sklon k chronicitě. Na těchto tvrzeních se shodují odborníci, např. Pacovský⁶ nebo Zavázalová⁷, která dále tvrdí, že mezi chronickými chorobami drží prvenství nemoci kardiovaskulární, nemoci pohybového ústrojí a nemoci endokrinní. Dále se zmiňuje, že ve vyšším věku je prevalence chronických nemocí tak vysoká, že bez přítomnosti těchto chorob je jen velmi malé procento obyvatelstva. Ve věku 60–74 let trpí chronickou chorobou až 80 % osob, nad 70 let až 87 %. Uvádí, že jednotlivé chronické choroby mají rozdílný vliv na funkční postižení seniora, nejčastěji způsobují snížení či ztrátu soběstačnosti nemoci pohybového ústrojí, kardiovaskulární a neurologické nemoci, traumata a smyslové vady.

Zavázalová⁸ uvádí, že staří lidé, kteří se obtížně přizpůsobují změnám vlastních životních podmínek nebo změnám zdravotního stavu, jsou považováni z gerontologického hlediska za rizikové. Jsou jimi např. velmi staré osoby nad 80 let věku, osaměle žijící nebo lidé se závažnými chorobami a vadami. Dojde-li v některém období života seniora ke sdružování rizikových faktorů, vznikají rizikové situace. Za nejzávažnější rizikovou situaci může být označen stav, kdy dochází ke kumulaci faktorů, kterými jsou špatný zdravotní stav, vysoký věk a osamělost.

Sociální situace a zdravotní stav se u seniorů vzájemně podmiňují. Např. Haškovcová⁹ hovoří o tom, že přítomnost nemoci může u seniora vyvolat psychickou i sociální nepohodu a dodává, že „u starých osob je typické, že sociální důvody bývají primárním činitelem kaskády stavů, které pak mohou vyústit

⁶ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1994, s. 78

⁷ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 28-30

⁸ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 36

⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 256

v nemoc¹⁰. Podmíněnost sociální a zdravotní situace zmiňuje ve shodě s Haškovcovou i Zavázalová¹¹. V nemoci vidí sociální událost, která změní sociální situaci, a naopak změna v sociální situaci má vliv na zdravotní stav. Užívá pojem zdravotněsociální homeostáza.

U seniorů se tedy velmi často prolíná sociální i zdravotní problém. Protože je seniorská populace heterogenní, jsou změny ve všech oblastech velmi individuální. Díky změnám může dojít ke zhoršení sociální a zdravotní situace, která vyústí v potřebu poskytování pomoci a péče.

1.2 Nepříznivá sociální a zdravotní situace

Odpověď na otázku, co je nepříznivá sociální situace, podává v obecnější rovině česká právní norma, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o sociálních službách). **Nepříznivá sociální situace** je zde definována jako „oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“.¹² Pojem sociální začlenění je v zákoně pojímán jako proces, jehož základem je posilování osobních kompetencí, schopností a dovedností člověka, aby se mohl zapojit do běžného života společnosti, a pojem sociální vyloučení je míněn jako vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.¹³

Tento výklad příliš nevyovídá o skutečném stavu, neposkytuje konkrétní informaci. Jak se uvádí v komentáři k uvedenému zákonu, „důvody nepříznivé sociální situace

¹⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 256

¹¹ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 29

¹² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 3

¹³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 3

mohou být u každého člověka rozdílné a nemůže tedy existovat univerzální šablona, podle které by se dalo usuzovat, zda je člověk v nepříznivé sociální situaci.“¹⁴

Pomoc a podpora, která směřuje k sociálnímu začlenění nebo působí preventivně proti sociálnímu vyloučení, se děje prostřednictvím činností a zákon o sociálních službách ji vymezuje pojmem sociální služba.¹⁵

Senior, který vlivem chorob a jejich důsledků potřebuje zajistit péči, má za určitých podmínek možnost získat podporu ze systému sociálních dávek. Přiznání dávek předchází posouzení zdravotního stavu seniora. Nepříznivá zdravotní situace, konkrétně pojem nepříznivý zdravotní stav, má proto své legislativní ukotvení. **Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** zákon o sociálních službách definuje jako stav, „který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.“¹⁶

Pojem se v zákoně vztahuje k sociální dávce – příspěvku na péči¹⁷. Ten může získat osoba, u které posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení posuzuje stupeň závislosti¹⁸, a to ve stupni I (lehká závislost), stupni II (středně těžká závislost), stupni III (těžká závislost) a stupni IV (úplná závislost), viz příloha č.1. Činí tak na základě doloženého sociálního šetření, nálezů o zdravotním stavu, popř. výsledků funkčních vyšetření a vlastního vyšetření.¹⁹ Příspěvek je poskytován ve čtyřech úrovních a je přiznán osobám, které budou z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebovat každodenní pomoc nebo dohled. Pro účel stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat úkony²⁰ (viz příloha č. 2). Bližší vymezení úkonů a způsob jejich hodnocení stanoví prováděcí právní předpis.²¹

¹⁴ *Otázky a odpovědi k zákonu č.108/2006 Sb.* [online]. MPSV ČR, s. 2 [cit.1.12.2009]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf.

¹⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 3

¹⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 3

¹⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 7

¹⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 8

¹⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 21

²⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 9

²¹ Příloha č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Při posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je důležité, že tento stav nemusí být hodnocen až po uplynutí jednoho roku, neboť podle poznatků lékařské vědy lze předvídat, jaký bude mít onemocnění průběh a dopad.²²

Nepříznivý zdravotní stav může vzniknout i osobě, která má zdravotní postižení. V zákoně o sociálních službách je **zdravotní postižení** definováno jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“²³. Z uvedeného vyplývá, že přítomnost zdravotního postižení tak nemusí činit seniora závislým na pomoci druhých a přítomnost zdravotního postižení nezakládá automaticky vznik nepříznivé sociální situace.

S nepříznivou sociální a zdravotní situací souvisí pojmy **závislost** a **soběstačnost**. Změny ve stáří, pokročilý věk a zhoršování zdravotního stavu přináší seniorům nepříznivé osobní důsledky, neboť negativně ovlivňují úroveň soběstačnosti, a mohou vést až ke ztrátě soběstačnosti.²⁴

Zavázalová definuje soběstačnost jako „schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost.“²⁵ Soběstačnost má v jejím pojetí složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou.

Kalvach vyjadřuje názor, že „soběstačnost je dána vhodným poměrem mezi zdatností seniora a nároky jeho prostředí“²⁶, řešení situace při vzniku nerovnováhy vidí ve zlepšení funkčního stavu (např. léčbou) nebo snížením nároků prostředí a zavedenou podporou, např. úpravou domácího prostředí.

Pojem soběstačnost znamená podle Holmerové „schopnost uspokojovat přiměřené životní potřeby v konkrétních životních podmínkách prostřednictvím tzv. aktivit denního života“²⁷, které jsou definovány a dodává, že je lze měřit pomocí jednoduchých testů.

²² *Otázky a odpovědi k zákonu č.108/2006 Sb.* [online]. MPSV ČR, s. 2 [cit.1.12.2009]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf.

²³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 3

²⁴ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 36

²⁵ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 31

²⁶ KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E., *Senior a já... já a senior?* 1. vyd. Společnost přátelská všem generacím, 2005, s. 26

²⁷ HOLMEROVÁ, I. *Testovník – soubor testů pro gerontologii*. 2. doplněné vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003, s. 3

Na rozdíl od těchto autorů používají Pichaud a Thareauová pojem závislost, ta je opakem soběstačnosti, je vyjádřením neschopnosti vykonávat činnost. Závislost popisují jako „situaci člověka, který potřebuje pomoc při běžných činnostech každodenního života.“²⁸

Na nezbytnost posuzování funkčního dopadu nemoci na starého člověka, zvláště v komunitní a domácí péči, poukazuje např. Jarošová²⁹. Uvádí, že odborník má k dispozici měřicí nástroje, kterými se posuzuje fyzická a duševní výkonnost, schopnosti seniora a jeho sociální situace. Nezbytností je hodnotit seniora individuálně a komplexně ve všech aspektech života. Podle zjištěných poruch a změn ve funkčním stavu se nastavuje míra intervencí.

Holmerová³⁰ tvrdí, že celkové posouzení seniora a jeho prostředí je nutným předpokladem kvalitní péče, a zdůrazňuje potřebu individualizovaného přístupu k seniorům. Mezi běžně užívané měřicí nástroje, sloužící ke stanovení stupně soběstačnosti, jmenuje Barthelův test základních aktivit denního života (hodnotí schopnost najíst se, obléci, provést hygienu aj.) a test instrumentálních všedních činností IADL (hodnotí schopnost provést nákup, telefonování, užívání léků aj.).

Pokud je u seniora přítomna organická porucha, a tím jsou narušeny kognitivní funkce, zhoršuje se koordinace pohybů a dochází k úbytku svalové síly. Z toho důvodu je vhodné posoudit rizika pádu a spolu se zmapováním prostředí, kde senior pobývá, zajistit vytvoření bezpečného prostředí.³¹

Např. Kalvach³² soudí, že pády seniorů často vedou ke vzniku závažných stavů a uvádí, že alespoň 1x za rok upadne 30 % seniorů, žijících v domácím prostředí. Posouzení jejich domácnosti je tedy vhodnou pomůckou pro zmapování stávající situace a na základě zjištěných informací je možné provést jednoduché intervence, které usnadní život ve vlastním sociálním prostředí.³³

²⁸ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1998, s. 44

²⁹ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 82-83

³⁰ HOLMEROVÁ, I. *Testovník – soubor testů pro gerontologii*. 2. doplněné vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, s. 3

³¹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematiké situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 48-49

³² KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E., *Senior a já... já a senior?* 1. vyd. Společnost přátelská všem generacím, 2005, s. 21

³³ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1994, s. 43

Změny ve stáří se týkají jak tělesných změn, tak i změn v oblasti psychiky. Holmerová³⁴ doporučuje soustředit se při posuzování psychického stavu na dva největší problémy vyššího věku – demenci a depresi. K vyhodnocení schopnosti kognitivních funkcí doporučuje např. MMSE (Mini-Mental State Examination) dle Folsteina s testem kreslení hodin, k hodnocení rizik a odhalení přítomnosti deprese geriatrickou škálu deprese dle Yessavage.

Formální hodnocení kognitivních funkcí seniora s demencí, provedené odborníky, může být výchozím materiálem pro pečující osoby, které tak mohou získat realistickou představu o jeho schopnostech. Opakovaná a soustavná pozorování a hodnocení změn paměti, jazyka, vnímání pozornosti a jiných funkcí ukazují postup změn a hlavně umožňují pečujícím pochopit schopnosti seniora.³⁵

Z uvedených skutečností vyplývá, že v nepříznivé situaci je zhodnocení seniora a posouzení jeho funkčního stavu významným prvkem, neboť na základě posouzení funkčního dopadu nemoci může být vhodně nastavena forma a rozsah pomoci.

1.3 Senior v nepříznivé sociální a zdravotní situaci

Senior je „významově neutrální pojem, který nahrazuje specifické označení starého člověka z pohledu různých vědeckých disciplín (např. medicíny, psychologie, sociologie)“³⁶.

Definovat stáří a určit, kdy je vlastně člověk starý, není snadné. Shodují se na tom odborníci na problematiku stárnutí, např. Stuart Hamilton³⁷ nebo Pacovský³⁸, který uvádí, že jednou z nejdůležitějších charakteristik určení stáří je věk. Zmiňuje se o chronologickém věku, který je dán datem narození, a věku funkčním, který odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka. Upozorňuje na fakt, že u osob nad 75 let se vyskytuje nejvíce klinických problémů, proto se mluví o křehkém a zranitelném stáří.

³⁴ HOLMEROVÁ, I. *Testovník – soubor testů pro gerontologii*. 2. doplněné vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003, s. 3

³⁵ ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, s. 51

³⁶ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 9

³⁷ STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s. 18-19

³⁸ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1994, s. 12-13

Nejčastěji je užívána věková kategorizace doporučená Světovou zdravotnickou organizací. Opírá o patnáctileté periody lidského života³⁹:

- 45–59 let - střední věk, zralý věk
- 60–74 let - vyšší věk, rané stáří
- 75–89 let - pozdní věk, stařecký věk, senium
- 90 let a výše - dlouhověkost

Za dolní hranici vyššího věku se považuje věk 60 nebo 65 let.⁴⁰

Pro stanovení definice seniora pro účel této práce se opírám o věkovou hranici stáří 60 let. Za seniora v nepříznivé sociální a zdravotní situaci bude považován člověk, který dosáhl 60 let věku a současně má stanoven stupeň závislosti I., II., III. nebo IV., tzn. že potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při stanoveném počtu úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Senior je tak závislý na pomoci jiné osoby.

Pro nepříznivou sociální a zdravotní situaci budu používat souhrnný pojem nepříznivá situace.

1.4 Potřeby ve stáří a v nepříznivé zdravotní situaci

Péče o seniora v nepříznivé situaci vyžaduje pochopení a respektování jeho potřeb a požadavků, ať už jde o péči neformální, poskytovanou ze strany rodiny a okolí, nebo o péči institucí. Je nutné dbát především na jeho vůli, zachování důstojnosti. Na tyto celosvětově uznávané principy přístupu upozorňuje např. Kalvach⁴¹. Dodává, že senior má mít možnost podílet se na rozhodování o tom, jakou podobu bude mít jemu poskytovaná dlouhodobá péče.

Není-li si schopen senior zabezpečit základní potřeby sám, saturaci může zajistit neformální síť, nebo přichází na řadu pomoc formálních institucí. Základem je, aby pečující uměli potřeby rozpoznat. Pojem potřeba má více významových rovin. Vidovičová interpretuje Nakonečného a soudí, že „potřeby se projevují jako

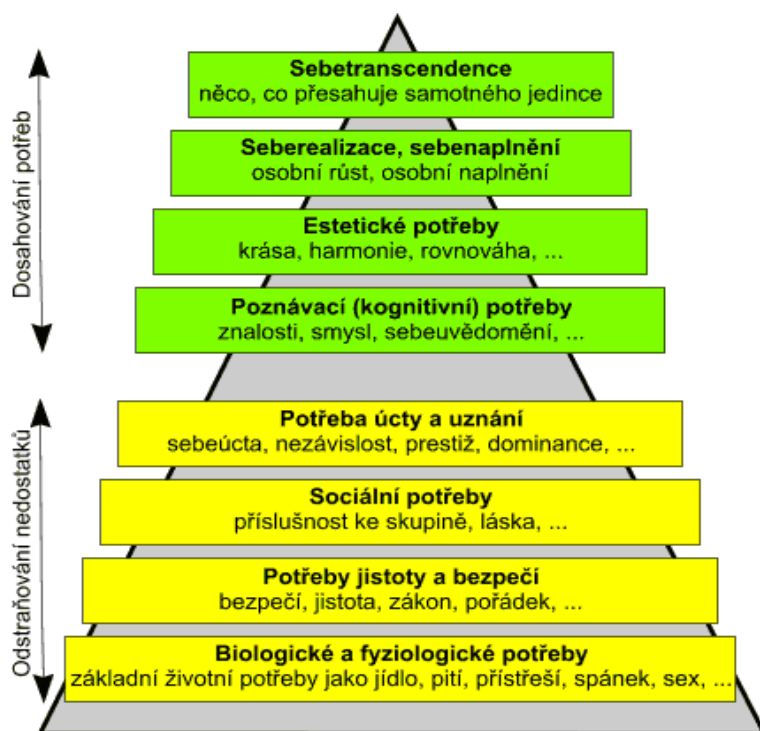
³⁹ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1994, s. 12

⁴⁰ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 12

⁴¹ KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, s. 12

objektivně či subjektivně pocítované nedostatky na úrovni fyzické i sociální existence jedince⁴², a dodává, že jejich naplňování má sociální povahu.⁴³

Z teorií, které se zabývají potřebami, je jednou z často citovaných psychologická motivační teorie A.Maslowa. Podle ní bývá systém potřeb ilustrován hierarchicky ve formě pyramidy. Zjednodušeně lze říci, že nejprve dochází k naplnění biologických a fyziologických potřeb, přičemž jejich zajištění je podmínkou pro zachování života. Teprve pak jsou uspokojovány potřeby na vyšších úrovních. Chování je poté určováno potřebami neuspokojenými.⁴⁴



Maslowova hierarchie potřeb

Dostupné z http://www.vedeme.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=85:teorie-motivace&catid=65:teoriemotivace&Itemid=214 [cit. 19.10.2009].

⁴² NAKONEČNÝ, M. in NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998, s. 23 [cit. 19.9.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.

⁴³ NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998, s. 23 [cit. 19.9.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.

⁴⁴ NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998, s. 23 [cit. 19.9.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.

Z těchto závěrů vychází i vysvětlení problematického chování u seniorů, zvláště u osob s poruchou kognitivních funkcí, s demencí. Zgola tvrdí, že problematické chování seniora trpícího demencí ukazuje na „nedostatek souladu mezi potřebami osoby a schopností prostředí těmto potřebám vyhovět“⁴⁵, a je vlastně často výsledkem hledání bezpečí, identity či smysluplné činnosti.⁴⁶

Znatelný je rozdíl v prioritách potřeb u lidí se závažným onemocněním. Seniorům, kteří se ocitnou z důvodů závažného onemocnění v nepříznivé situaci, se může prioritita potřeb měnit. Tento fenomén popisuje např. Svatošová⁴⁷. Při pojmenování potřeb těžce nemocného odvozuje čtyři okruhy – biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby. Říká, že zpočátku mohou být prvořadě potřeby biologické, ale v závěrečné fázi bývají v popředí, kromě požadavku zvládnutí bolesti, potřeby spirituální.

V důsledku změn, které stárnutí doprovází, se může stát naplňování potřeb obtížnějším. Senioři často některé potřeby téměř nepocítují (např. málokdy žádají o tekutiny) nebo se za jejich požadavkem může skrývat hlubší potřeba.⁴⁸ Mnohdy je také neumějí, nemohou nebo nechtějí signalizovat. Mohou to být senioři, kteří byli propuštěni z nemocnice a jejich zdravotní a sociální situace je nadále neuspokojivá, nebo ti, kteří jsou odkázáni na péči rodiny či žijí ve dvojici vzájemně silně závislých křehkých lidí.⁴⁹

V případě zhoršení funkčních schopností a soběstačnosti senior ztrácí možnost plně zabezpečit potřeby vlastními silami. Začíná být částečně či plně odkázán na pomoc jiných osob, a z jeho strany se může objevit požadavek pomoci. Vohralíková a Rabušic poukazují na výzkum Kopecké a publikují výsledky šetření, z nichž vyplývá, že „asi 25 % respondentů se o sebe nedokáže postarat zcela samostatně. Potřeba dopomoci v sebeobsluze přitom progresivně stoupá s věkem. Ve věkové skupině 65 až 69 let deklarují potřebu pomoci 3 % seniorů, ve věku 70 až 74 let 8 %, z

⁴⁵ ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, s. 67

⁴⁶ ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, s. 86

⁴⁷ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vyd. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2008., s. 19

⁴⁸ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1998, s. 35-36

⁴⁹ JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODÝMOVÁ, P.(eds.) *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005, s. 172

kategorie 75 až 79 let vyžaduje pomoc 11 %, ve věku 80 až 84 let 16 %, ve věku 85 až 89 let 28 % a ve věkové skupině nad 90 let už celých 80 % seniorů⁵⁰.

Základním úkolem rodinných pečujících i profesionálních pomáhajících je zmapování situace seniora v oblasti potřeb – tělesných, psychických, sociálních i duchovních, a stanovení rozsahu pomoci.

Rozsah péče má být takový, aby pečující neposkytoval více péče, než je zapotřebí. Přemíra péče demotivuje, mohou zanikat sebeobslužné návyky. Pravidlem by mělo zůstat, že pečující umožní člověku, kterému pomáhá, aby si co nejvíc věcí dělal sám.⁵¹

Při saturaci potřeb seniorům s nepříznivým zdravotním stavem by veškeré intervence ze strany formální i neformální pomoci měly sledovat udržení jejich autonomie⁵², a zabezpečení nižších i vyšších potřeb by mělo být v rámci péče vyvážené⁵³.

Naplnění základních potřeb je nezbytným předpokladem pro existenci člověka. Seniorům nepříznivá situace, ve smyslu omezení funkční či duševní schopností nebo zdravotního omezení, mnohdy ztěžuje potřeby naplnit. V roli pomáhajících mohou být jak rodinní příslušníci, tak formální poskytovatelé. Pozitivním jevem je, že se ve společnosti objevuje trend uznání nároků starších lidí na kvalitní život a respektování jejich důstojnosti. Dokladem jsou vyhlášené programy⁵⁴ nebo nová politická opatření v oblasti sociální či zdravotní politiky (zákon o sociálních službách, zahájení komunitního plánování)⁵⁵.

⁵⁰ KOPECKÁ in VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra* [online]. Brno: VÚPSV, v.v.i, 2004, s. 69 [cit. 19.10.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf.

⁵¹ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1998, s. 42

⁵² Tématice autonomie se rozsáhle věnuje Sýkorová v publikaci *Autonomie ve stáří*. Upozorňuje mimo jiné na to, že i sociální pracovníci profesně zaměřeni na péči o seniory mají tendenci vidět je jako nekompetentní a vesměs neberou v úvahu samostatné rozhodování seniorů. Srov. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007, s. 231

⁵³ KALVACH, Z. *Pečujeme doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 15 [cit. 8.1.2010]. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.

⁵⁴ Srov. s kapitolou 2.1 této práce.

⁵⁵ Srov. s kapitolami 2.2 a 2.3 této práce.

Tímto je uznána legitimita uspokojování potřeb a vysloven „požadavek součinnosti generací, součinnosti jedinců a institucí a spolupráce veřejného, neziskového a komerčního sektoru při jejich dosahování.“⁵⁶

⁵⁶ NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998, s. 29 [cit. 19.9.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.

2 Péče o seniory

Vzhledem k demografickému stárnutí populace bude s narůstajícím počtem osob pravděpodobně narůstat počet seniorů, kteří budou závislí na pomoci jiných. Jako optimální způsob péče o seniora je považována péče v jeho vlastním prostředí, poskytovaná rodinou, případně za pomoci formálních institucí.⁵⁷

Jarošová⁵⁸ se zamýšlí, že koncipování služeb by mělo probíhat na základě akceptování heterogenity seniorské populace.

2.1 Perspektivy péče o seniory

V demografické struktuře obyvatelstva České republiky dochází ke stárnutí populace. Stále více lidí se dožívá vysokého věku, prodlužuje se délka života a klesá počet narozených dětí. Mění se vzájemný poměr věkových skupin populace.⁵⁹ „Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání se 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let (31,3 %).“⁶⁰ Demografické stárnutí s sebou nese zvýšení počtu osob, kterým bude třeba zajistit péči. Jeřábek⁶¹ uvádí, že v české populaci v roce 2005 potřebovaly každodenní péči asi 2 % lidí nad 65 let věku a asi 8 % osob nad 80 let, což představuje celkem 0,76 % obyvatel (asi 75 tisíc starých lidí). Vyslovuje předpoklad, že v roce 2030 bude potřebovat každodenní péči již 1,5 % všech obyvatel (asi 140 až 150 tisíc starých lidí).

Stárnutí populace vede i ke zvyšujícím se nárokům na ekonomické zajištění starých lidí a zabezpečení v oblasti poskytování sociální i zdravotní péče. Na nastávající

⁵⁷ Srov. s kapitolami 2.1 a 2.3 této práce

⁵⁸ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 43

⁵⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ v Brně, 2002, s. 12-15

⁶⁰ *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. 1. vyd. MPSV ČR, 2008, kap. 1.2, s. 9 [cit. 28.9.2009]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf. Odkazuje na zdroj: Střední varianta projekce populačního vývoje ČSÚ. Počet obyvatel nad 85 let k 1. lednu 2006.

⁶¹ JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 10 [cit. 19.11.2009]. Dostupný z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf.

problémy v souvislosti se stárnutím populace upozorňuje např. Stuart Hamilton⁶², který vyslovuje obavu, že „šednoucí“ populace přinese pro ekonomiku 21. století velké finanční nároky. Jarošová⁶³ uvádí, že vlivem nárůstu počtu starých osob dochází k novému jevu – geriatrizaci medicíny, což znamená, že se zvyšují počty seniorů ve všech medicínských oborech. Zavázalová⁶⁴ upozorňuje na sociologické a sociálně psychologické důsledky demografického stárnutí, které se projevují např. měnícími se postoji a chováním mladší generace vůči seniorům či změnami v charakteru rodiny a bydlení (větší podíl jednogeneračních rodin, osamělých osob ve vyšším věku).

Pro společnost znamenají změny v demografické struktuře nutnost zaměřit se na budoucí zajištění péče o seniory. O potřebě zajistit dostupnou a kvalitní péči o nemocné a nesoběstačné seniory se zmiňuje Haškovcová⁶⁵, která vidí perspektivu péče v účelné decentralizaci služeb. Popisuje potřebu přechodu od institucionální lůžkové péče k péči v terénu, ve kterém spatřuje „těžiště péče o staré lidi“.⁶⁶ Jarošová⁶⁷ poukazuje na nezbytnost individualizovaného přístupu k potřebám seniorů a uvádí podle Kalvacha, že institucionální i neinstitutonální formy péče by měly vycházet z principů deklarovaných na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří v r. 1982⁶⁸:

- **Demedicalizace** klade důraz na kvalitu života seniora, na jeho autonomii.
- **Deinstitutonalizace** znamená omezení ústavní péče a rozvinutí terénních forem péče.
- **Desektorializace** vede k propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče.
- **Deprofesionalizace** znamená zapojení rodiny do péče o seniora, podpora sousedské výpomoci, zapojení dobrovolníků, seniorskou svépomoc.

⁶² STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s. 14

⁶³ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 20

⁶⁴ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 24

⁶⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 338-344

⁶⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 340

⁶⁷ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 73-74

⁶⁸ KALVACH, Z. in JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 73-74

Seniorské otázce je, vzhledem k demografickému stárnutí, věnována pozornost v celé Evropě. Dokladem jsou vyhlášené programy, které směřují převážně k podpoře zdravého stárnutí, ale také hledají perspektivu zajištění péče o seniory. Příkladem může být dokument OSN **Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí**, přijatý 12.4.2002 v Madridu, z jehož závěrů vzešel **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003–2007**.⁶⁹ Na program navazuje **Kvalita života ve stáří, Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012**. Byl přijat usnesením vlády České republiky 9.1.2008⁷⁰. Mezi jeho cíle patří např. podpora solidarity a soudržnosti mezi generacemi a zájem o situaci starších lidí. V pasážích programu⁷¹ se např. objevuje požadavek, aby součástí zdravotní politiky byla strategie rozvoje dlouhodobé péče, která má přispět ke kvalitě a důstojnosti, možnosti volby mezi formální a neformální péčí a mezi ústavní a domácí péčí. Program obsahuje výzvy a konkrétní návrhy opatření a nabádá k jejich realizaci zástupce měst a obcí. Je tak legislativně navržen směr rozvoje různých oblastí.

Jak vyplývá z výše uvedených skutečností, je úkolem společnosti do budoucna zabezpečit, aby se o stárnoucí populaci měl kdo postarat a aby vznikla funkční přiměřená struktura sociálních a zdravotních služeb. Jednou z cest je funkční regionální komunitní plánování sociálních služeb⁷² a podpora formálních pečujících, která by měla být podložena udržováním a vylepšováním mezigeneračních vztahů.

2.2 Historický vývoj péče o seniory

Tradiční formou péče o staré lidi byla rodinná péče, ale ne všem starým a nemocným se potřebné pomoci dostávalo. Začala se proto rozvíjet charitativní forma péče, která byla organizována a spravována církvemi, bohatými lidmi,

⁶⁹ KLEVETOVÁ, D. Stáří 21. století v České republice. In KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2008, s. 14-15

⁷⁰ *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. 1. vyd. MPSV ČR, 2008, kap. 1.10, s. 11 [cit. 28.9.2009]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf.

⁷¹ *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. 1. vyd. MPSV ČR, 2008, kap. 6.12, s. 37 [cit. 28.1.2010]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf.

⁷² Komunitní plánování je postup, který má zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji. Vytváření plánu pak probíhá na základě vyjednávání mezi uživateli sociálních služeb, poskytovateli služeb a představiteli veřejné zprávy (zadavateli sociálních služeb). Vyjednává se budoucí podoba sociálních služeb. Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 113-114

feudály. Péče však nebyla garantována, měla nahodilý a nesystematický charakter. Proto byly v raném středověku zakládány chudobince, starobince, mající azylový charakter a chorobince, které se později transformovaly na špitály. Od doby vlády Josefa II. je rozvíjena cílená péče o staré podle tzv. farní chudinské ústavy. Podle chudinského práva z r. 1863 se o chudé a nemocné starala domovská obec. Později vyhlášené domovské právo významně ovlivnilo zajištění péče potřebným, kteří již nezůstávali závislí jen na nahodilé dobročinnosti.⁷³

Na počátku institucionalizované profesionální péče o seniory stála tedy chudinská péče. Postupně převzal dohled nad tímto druhem zabezpečení stát a v systému poskytování péče provedl úpravy. Přejít od poskytování chudinské péče, která reagovala na poptávku, k soustavě, která nabízela určitý typ zabezpečení, znamenal zvrát. Otevřely se legální cesty k dostupné péči a původní rodinná péče, jako jedna z možných alternativ, se rozšířila o další, institucionalizovaný způsob zabezpečení seniorů.⁷⁴

Během první republiky dochází k rozvoji sociální péče. Začínají vznikat nová zařízení pro staré lidi a na poli péče mají své místo i dobročinné organizace a církve (např. Charita, Diakonie, Československý červený kříž).⁷⁵

Péče o staré a nemocné byla v druhé polovině 20. století rozdělena na péči zdravotní a sociální. Postupně se však ukázalo, že oddělovat zdravotní a sociální péči přináší obtíže, neboť starý a nemocný člověk potřeboval dlouhodobější a ošetrovatelskou péči.⁷⁶

V sedmdesátých letech začínají vznikat oddělení, kam jsou umísťováni staří nemocní lidé a v osmdesátých letech se rozvíjí specializovaná geriatrická ambulantní i ústavní péče. Po roce 1989 dochází k rozvoji nových služeb a forem péče. V roce 1990 začínají poskytovat služby seniorům domácí ošetrovatelské péče a pět let poté vzniká první hospicové zařízení.⁷⁷

⁷³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuál sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ v Brně, 2002, s. 32-33

⁷⁴ REMR, J. Institucionální péče o seniory. In JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi* [online].

1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 72 [cit. 19.11.2009]. Dostupný z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf

⁷⁵ STAŇKOVÁ, M. in JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 40

⁷⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuál sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ v Brně, 2002, s. 33-35

⁷⁷ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 40-41

Matoušek s Koldinskou⁷⁸ uvádí, že v druhé polovině 20. století chyběl v české právní úpravě prostor k rozvoji sociálních služeb, nadále se kladl důraz na ústavní péči, poradenství a tehdy jedinou terénní sociální službu – pečovatelskou službu.

Ještě v počátku 90. let se systém sociální péče a právní úprava sociálních služeb jeví jako nevyhovující, zastaralé. Péče nebyla individualizovaná, směřovala k zajišťování péče a stavěla tak klienta do pasivní role. Zásadní změnou byl rok 1989, kdy se připravuje reforma celého systému sociální péče a na poli sociálních služeb začínají působit nestátní neziskové organizace a občanská sdružení. Tyto organizace rozvíjí činnost ve službách neústavního charakteru, nebo začínají provozovat chybějící azylová pobytová zařízení a hospice. V roce 2006 je přijat nový zákon o sociálních službách, který přináší očekávanou změnu systému sociální péče - sociální služby mají být individualizované, kvalitní, poskytované s důrazem na zachování důstojnosti člověka.⁷⁹

Z výše uvedeného vyplývá, že úroveň, možnosti a přístup k zajištění péče o seniory se měnily s vývojem společnosti. V současné době je legitimně nastaven požadavek poskytovat formální péči individualizovanou, respektující potřeby seniorů.

2.3 Péče o seniory v nepříznivé situaci

Za optimální způsob péče o seniora je považována jeho možnost setrvat co nejdéle v domácím prostředí, a úlohou společnosti je umožnit mu vést pokud možno samostatný život. Jsou ale okolnosti, za kterých může být obtížné, aby senior zůstal doma. Tento názor vyslovují mnozí autoři, zabývající se seniorskou tématikou (srov. Závázalová⁸⁰, Jarošová⁸¹, Kalvach⁸²). Jedním z důvodů je např. nepříznivá zdravotní a sociální situace, ve které narůstá potřeba laické i odborné pomoci. Péči může seniorovi poskytnout rodina, instituce, nebo je pomoc vzájemně

⁷⁸ MATOUŠEK, O., KOLDINSKÁ, K. Trendy v historickém vývoji sociálních služeb. In MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 29

⁷⁹ KOLDINSKÁ, K. Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR. In MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 35-39

⁸⁰ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 58-59

⁸¹ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 41

⁸² KALVACH, Z. *Pečujeme doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 21 [cit. 8.1.2010]. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.

kombinována. Např. Kalvach⁸³ uvádí, že senior, jehož stav vyžaduje poskytování „dlouhodobé péče“⁸⁴, by rozhodně neměl být pouze v péči rodiny nebo jen v péči odborných institucí, a prolínání obou způsobů péče, formální i neformální, vidí jako vhodnou alternativu.

Možnosti v postupu řešení situace a způsobu zajištění o seniora v domácím prostředí vyjadřuje Veselá: „Uspokojení životních potřeb seniorů se sníženou soběstačností v jejich domácím prostředí lze v současné době zabezpečit několikerým způsobem. Konečná volba je podmíněna především mírou zachovaných schopností dotyčného seniora, ale např. i rozsahem a charakterem nabízených sociálních služeb, možnostmi a preferencemi pečovatелů z řad rodinných příslušníků apod. V zásadě pak jde o rozhodnutí, zda využít služeb příslušné instituce, zabezpečit potřebnou péči rodinou nebo zkombinovat jmenované možnosti“⁸⁵.

Současným trendem je komunitní péče, při níž jde o směřování k takovému uspořádání zdravotních a sociálních služeb pro skupiny osob (osoby hendikepované, seniory, duševně nemocné atd.), aby mohly zůstat ve své komunitě i se svým hendikepem, a nebyl jim tak odepřen plnohodnotný život.⁸⁶

Pečování o seniora v nepříznivé situaci by mělo předcházet posouzení jeho situace a funkčního omezení. Zůstane-li senior ve svém přirozeném prostředí, v péči rodiny, potřebuje pomoc v různém rozsahu a v různém stupni naléhavosti potřeby péče.

Péče poskytovaná rodinnými příslušníky se pak dělí na podpůrnou, neosobní a osobní péči. Podpůrnou péči potřebuje senior, který má tak malé omezení v soběstačnosti, že není třeba časově náročné pomoci, pouze občasné, např. opravy v domácnosti, dovoz k lékaři apod. Častější a časově náročnější je neosobní péče, obsahem které jsou činnosti související s péčí o domácnost. Nejnáročnější je

⁸³ KALVACH, Z. *Pečujeme doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 21 [cit. 8.1.2010]. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.

⁸⁴ Dlouhodobá péče je chápána jako péče poskytovaná dlouhodobě za současné přítomnosti chronického funkčního zdravotního postižení (odborně disability), které seniora omezuje v aktivitě, soběstačnosti, případně sebeobsluze. Srov. KALVACH, Z. *Pečujeme doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 10-11 [cit. 8.1.2010]. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.

⁸⁵ VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2003, s. 5 [cit. 30.11.2009]. Dostupný z: <http://praha.vupsv.cz/fulltext/slusen.pdf>.

⁸⁶ KINKOR, M. Komunitní práce. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003, s. 255

osobní péče. Jsou to činnosti, týkající se intimní péče o seniora - osobní hygiena, krmení, změny poloh aj. Péče je časově nákladná, fyzicky a psychicky náročná. Je to cyklická, v podstatě nepřetržitá pomoc.⁸⁷

Péče o seniora v nepříznivé situaci vyžaduje vzhledem k jejímu dlouhodobému charakteru zapojení jak rodinných pečujících, tak zdravotních či sociálních služeb nebo jejich vzájemnou kombinaci. Preferováno je setrvání seniora v jeho přirozeném prostředí. Zhorší-li se ale zdravotní stav a soběstačnost seniora a není-li nadále možné zajistit péči doma, nastupuje péče ústavní.

2.4 Neformální péče

Stěžejní pilíř pomoci seniorům tvoří rodina spolu s dalšími neformálními zdroji, a to i v případech poskytování dlouhodobé péče o nesoběstačné seniory.⁸⁸ Neformální péče je poskytována „převážně nezištně na základě osobních vazeb, nejčastěji členy rodiny nebo blízkými přáteli či sousedy“⁸⁹.

Haškovcová⁹⁰ poukazuje na to, že podle sociologických výzkumů pokrývá rodinná a sousedská péče 70-80 % opodstatněných potřeb starých nemocných lidí. Podrobná data uvádí Zavázalová⁹¹, podle níž se rodina stará o 80 % starých osob, kolem 15 % starých lidí využívá péči rodiny společně s péčí sousedů a 3-5 % má péči zajištěnu pečovatelskými službami. Výzkumy postihují také očekávání pomoci v případě závislosti seniora na pomoci jiných osob. Např. Veselá uvádí, že z „výpovědí seniorů vyplývá, že přibližně polovina z nich by si přála v případě závislosti v důsledku nemoci nebo stáří žít ve své domácnosti, ať již za pomoci dětí nebo instituce poskytující pečovatelské služby“⁹². Veselá⁹³ také sleduje, zda

⁸⁷ JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 11-12 [cit. 19.11.2009]. Dostupný z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf.

⁸⁸ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 25

⁸⁹ NEŠPOROVÁ, O. Výzkum nestátních neziskových organizací. In NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998, s. 66 [cit. 19.9.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.

⁹⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuál sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ v Brně, 2002, s. 43

⁹¹ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 74

⁹² VESELÁ, J. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2002, s. 11 [cit. 30.11.2009]. Dostupný z <http://praha.vupsv.cz/fulltext/detsen.pdf>.

s pomocí neformální sítě počítají i lékaři primární péče, kteří se jako první setkávají se seniorem pozbývajícím soběstačnost. Lékaři se často snaží řešit situaci ve spolupráci s rodinou, případně doporučí pečovatelskou službu. Jako variantu pomoci doporučují seniorům i získávání kontaktů na sousedy, kamarády a přátele.

Pokud seniorům poskytuje péči rodina a prostředím výkonu péče je domov, jedná se o neformální péči. Pečujícími jsou neplacení členové rodiny, partneři nebo bližší přátelé. Mohou pomoc poskytovat nebo organizovat.⁹⁴

Neformální péče je tedy poskytována seniorům v přirozeném prostředí. Tento pojem vymezuje zákon o sociálních službách, kde se rozumí „přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým (podle § 116 občanského zákoníku), domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity“⁹⁵.

Zvláštní skupinu tvoří lidé poskytující pomoc také nezištně a dobrovolně – dobrovolníci. Dobrovolníci poskytují svým charakterem pomoci spíše neformální péči, ale protože jejich působení organizuje, zprostředkovává a mnohdy i organizuje nestátní sektor, který tímto formalizuje jejich činnost, řadí se do pomoci formální.⁹⁶

Neformální a především rodinná péče je pro seniory oporou, jednou z nejdůležitějších sociálních jistot a hlavním zdrojem očekávané pomoci.⁹⁷

2.4.1 Rodina v roli poskytovatele péče

Rodinná péče o staré lidi má svou tradici. Klasický model pečující rodiny byl však narušen medicinalizací a institucionalizací seniorské péče.⁹⁸ Rodina i dnes prochází

⁹³ VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2003, s. 35-36 [cit. 30.11.2009]. Dostupný z: <http://praha.vupsv.cz/fulltext/slusen.pdf>.

⁹⁴ LEVINE, C. in BARTOŇOVÁ, J. *Modely rodinné péče o starého člověka*. In JERÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 31 [cit. 19.11.2009]. Dostupný z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf.

⁹⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 3

⁹⁶ NEŠPOROVÁ, O. *Výzkum nestátních neziskových organizací*. In NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998, s. 66 [cit. 19.9.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.

⁹⁷ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 41

⁹⁸ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 41

mnoha změnami, čímž se mění charakter rodinné péče. Vývoj rodiny se měnil od původních klanů přes širší příbuzenskou rodinu až po rodinu nukleární, která se stala více samostatnou, méně závislou na širší rodině. Dvacáté století přináší postupné rozdělování členů rodiny, rozpadá se vícegenerační soužití. Vývoj rodiny je velmi dynamický, klade se důraz na individualitu jedince. Sílí tendence odděleného života jednotlivých generací, uvolněním tradičních rodinných vazeb dochází k prohloubení názorových rozdílů, ke změně hodnotového systému. Fungující rodina je jedním z předpokladů pro zachování tradičního modelu péče o staré a chronicky nemocné.⁹⁹

Přesto, že se vývoj rodiny ubírá tímto směrem, jsou zřetelné snahy státu poskytnout pečujícím rodinám podporu. Dokladem jsou nová sociální opatření ke zlepšení situace pečujících¹⁰⁰ či národní programy¹⁰¹, usilující o zlepšení mezigenerační soudržnosti a solidarity.

Pichaud a Thareauová¹⁰² uvádí, že za slovem rodina se skrývají všichni její členové. Mohou to být nejbližší příbuzní – syn, dcera, partner nebo sourozenci. Charakteristické je, že tito lidé mají vůči starému člověku rozdílnou pozici, např. ve vzájemném vztahu či v geografických podmínkách. Rodinu definují jako „komplexní systém jednotlivých prvků a vzájemných vztahů mezi nimi“¹⁰³.

Klvetová¹⁰⁴ se domnívá, že dobře fungující rodina poskytuje svým členům pocit bezpečí, pochopení a vzájemnou pomoc, a pak je přirozeným jevem zachovávaní respektu a úcty ke starším. K výčtu funkcí rodiny používá klasifikaci Jiřího Výrosta a uvádí, že rodina plní funkci¹⁰⁵:

⁹⁹ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2008, s. 75-83

¹⁰⁰ Malým příkladem je opatření, uvedené v novelizaci zákona o sociálních službách. Pečující mají možnost doplnit si znalosti a nabýt dovednosti ve vzdělávacích programech, určených pro cílovou skupinu neformálně pečujících, tj. lidí, kteří pečují o své blízké doma. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 117, písmeno a)

¹⁰¹ *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. 1. vyd. MPSV ČR, 2008 [cit. 28.9.2009]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf.

¹⁰² PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1998, s. 69-70

¹⁰³ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1998, s. 69

¹⁰⁴ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2008, s. 80

¹⁰⁵ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2008, s. 76

- reprodukční
- materiální
- výchovnou
- emocionální, která je nezastupitelná právě v oblasti podpory, pomoci, přijetí.

Významem rodinné péče se zabývá např. Vohralíková a Rabušic a na základě výsledků výzkumu dokládají, že „rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu. Ve stáří pak dobře fungující rodina znamená záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné, a to i v případě nesoběstačnosti starého člověka“¹⁰⁶.

Rozhodnutí rodinných pečujících, zda budou dlouhodobě a plně poskytovat péči seniorovi, který vzhledem ke svému funkčnímu nebo duševnímu omezení vyžaduje každodenní pomoc, ovlivňují různé okolnosti. Každá rodina má individuální možnosti a i při její nejlepší vůli se mohou objevit úskalí. Pečující se mohou dostat do situace, kdy si neví rady, vidí svůj problém jako neřešitelný. Již při rozhodování se, zda se stanou pečujícími, vyslovují obavy, což dokládá ve studii Veselá¹⁰⁷. Potencionální pečující se obávají dopadu na svůj osobní život a život rodiny a objevuje se pochybnost, zda dokáží poskytnout dostatečně odborně erudovanou péči. Dalšími okolnostmi, které jsou rozhodující pro to, zda rodina poskytne seniorovi péči doma, je postoj jejich partnera k omezením, která by vznikla v souvislosti s poskytovanou péčí, a také ochota sourozenců podílet se na péči. Dalšími faktory jsou rodinný stav pečujícího i rodiče, jejich pohlaví, vzdělání, vzdálenost bydliště, přítomnost nezaopatřených dětí v rodině, bytové podmínky apod.

Podobné závěry činí Sýkorová¹⁰⁸. Říká, že rozhodující roli hraje v organizaci pomoci geografická vzdálenost bydliště dětí či pomáhající rodiny, možnost kontaktů, i telefonických (domlouvání péče), disponibilní čas související s pracovními povinnostmi a s povinnostmi ke členům vlastní rodiny, dále charakter pomoci a ve vztahu k pomoci kompetence péči poskytnout. Důležitým aspektem je adekvátnost

¹⁰⁶ VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra* [online]. Brno: VÚPSV, v.v.i., 2004, s. 57 [cit. 19.10.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf.

¹⁰⁷ VESELÁ, J. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2002, s. 7-8 [cit. 30.11.2009]. Dostupný z: <http://praha.vupsv.cz/fulltext/detsen.pdf>.

¹⁰⁸ SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007, s. 195-199

zdrojů, ve smyslu zdraví a dostatku materiálních prostředků. Význam má kvalita vzájemných vztahů rodičů a dospělých dětí, kdy do hry může vstupovat prvek reálného či předvídaného podílu dědictví.

Důležitá je motivace a snaha rodiny poskytovat péči. Rozhodnutí pečovat ovlivňuje také společenské klima, morálka, etické normy, tradice, legislativní a ekonomická podpora rodiny.¹⁰⁹ Podle Haškovcové rodinám obvykle občasná péče o seniora nepůsobí potíže. Většina rodin se starat chce, naučí se zorganizovat si činnosti, čas a zvládat základní úkony, které pečování o seniora obnáší. Říká, že „platí, že rodina musí chtít, umět a moci“¹¹⁰ se o seniora postarat. Tyto tři podmínky jsou základem péče o nesoběstačného seniora. Pacovský¹¹¹ rozvádí, v čem tkví podstata péče a jak mohou být podmínky splněny. Aby rodina *chtěla*, to je výsledkem motivace, uznávaných hodnot, rodinné mravní výchovy. Aby rodina *mohla*, potřebuje k tomu podmínky, např. prostor, ekonomické zajištění, pomoc rodiny a blízkost jejích členů. Aby rodina *uměla*, to s sebou nese potřebu získání odborných znalostí a nabytí dovedností v péči.

Dlouhodobé pečování o seniora, který je závislý na pomoci jiné osoby, je fyzicky i psychicky náročné a představuje pro rodinného pečujícího vysokou zátěž. Rizikem je mimo jiné rozvoj zdravotních a ekonomických problémů pečujícího.¹¹²

Jak uvádí Janečková¹¹³, dlouhodobá péče o seniora v domácím prostředí může zhoršit ekonomickou situaci rodiny tím, že se výrazně zvyšují životní náklady seniora (na služby, léky, kompenzační pomůcky apod.). Někdy pečující, případně jiný člen rodiny, přerušuje zaměstnání a přichází o zdroj příjmů. Proto je důležité informovat rodiny o nárocích na sociální dávky.

Významným momentem v rozhodování o způsobu a místu pečování o seniora je přítomnost závažné nemoci, která vede k chronické nemoci a přináší s sebou

¹⁰⁹ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2008, s. 85

¹¹⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ v Brně, 2002, s. 43

¹¹¹ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1994, s. 111-112

¹¹² JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 42

¹¹³ JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODÝMOVÁ, P.(eds.) *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005, s. 173

výraznější funkční omezení s potřebou náročnější dlouhodobější péče. Kalvach¹¹⁴ tvrdí, že povaha a priority laické péče závisí na povaze onemocnění a definuje obecné principy, o které by měl rodinný pečující usilovat:

- **Spokojenost** seniora, která ukazuje na to, zda senior se závažným zdravotním problémem netrpí. Základním nástrojem je komunikovat s ním, reagovat na jeho přání.
- **Bezpečnost a jistota** seniora, což předpokládá vytvoření bezpečného prostředí, zajištění možnosti kontaktu pro případ pádu či zhoršení stavu.
- **Dodržování léčebného a rehabilitačního plánu a složitějších ošetrovatelských úkonů**, což obnáší např. kontrolu a ošetřování chronických ran odbornými zdravotnickými pracovníky, využití poradenství.
- **Zajištění základních ošetrovatelských povinností**, např. podávání přiměřeného příjmu potravy a tekutin, vyměšování, hygieny, úpravy lůžka.
- **Zajištění animace, nabídky aktivit, komunikace a smyslových podnětů**
- **Vypracování „krizového scénáře“**, návodu, podle kterého by pečující byl schopen rozpoznat vznikající komplikace u seniora a věděl, jak v případě jejich vzniku postupovat.

Poskytování péče by tedy mělo vycházet z potřeb seniora a pečující by měl seniorovi pomáhat pouze s činnostmi, které sám nezvládne. Při nadměrném poskytování péče se hovoří o hyperprotektivním syndromu. Na druhé straně se v rodinách vyskytuje vůči seniorům i neochota, nezájem, ztráta respektu vedoucí až k fyzickému a psychickému násilí.¹¹⁵

Péče o seniora v nepříznivé situaci, který zůstává ve svém domácím prostředí, klade na neformální pečující zvýšené nároky a mohou nastat situace, kdy i fungující rodina potřebuje využít pomoc odborných institucí.

¹¹⁴ KALVACH, Z. *Pečujeme doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 17-18 [cit. 8.1.2010]. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.

¹¹⁵ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2008, s. 85-86

2.4.2 Problematické situace v péči o seniory

Rozhodování o tom, jaký způsob péče bude vhodnější alternativou pro seniory v nepříznivé situaci, může být určováno mnoha okolnostmi. Jedná se zejména o specifika chorob a jejich zvláštnosti ve stáří, mezi které patří především polymorbidita, multimorbidita a koprevalence.¹¹⁶ Polymorbidita a chronický charakter chorob pak mohou být limitem v setrvání seniora v neformální péči. Např. Zavázalová¹¹⁷ uvádí, že zároveň s chronicitou roste i frekvence komplikací těchto nemocí. Důsledkem může být vznik bezmocnosti, která vyžaduje pomoc druhé osoby či institucionalizovanou odbornou pomoc s převahou dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Na nejčastější ošetrovatelské problémy, se kterými se mohou setkat osoby pečující o seniora, upozorňuje např. Jarošová¹¹⁸. Uvádí, že typickým problémem, se kterým se senioři s nepříznivým zdravotním stavem potýkají, je **instabilita**, která je důsledkem zhoršené funkce kosterního a svalového systému a oslabeného prostorového vnímání. Jejím projevem je nejistota při chůzi. Instabilita je také jednou z příčin pádů seniorů. **Pády** vedou následně k poraněním, případně ke zlomeninám. Senior může být omezen v pohybu a ohrožen vznikem dalších komplikací, např. vznikem dekubitů, zánětem plic, zácpou. Mezi ošetrovatelské problémy, které mohou limitovat pobyt seniora doma, patří **dekubity** (proleženiny). Vznikají často jako důsledek nedostatečné hygieny a dlouhodobého působení tlaku na kůži.

Vytvořením bezpečného prostředí a používáním ošetrovatelských pomůcek lze předcházet vzniku uvedených problémů. Např. Kalvach¹¹⁹ navrhuje v domácnosti odstranit překážky, o které by senior mohl zakopnout, instalovat nástěnná madla, k chůzi používat vhodné pomůcky aj. Doporučuje mít zavedenou tísňovou péči k signalizaci pádu nebo jiného ohrožení seniora. Dekubitům lze předcházet změnami polohy seniora – postavováním, posazováním, polohováním na lůžko spolu s použitím antidekubitních pomůcek a správnou technikou pohybu (ne tahem po prostěradle). Základním opatřením je péče o pokožku seniora a péče o lůžko.

¹¹⁶ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1994, s. 72-78

¹¹⁷ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 23-24

¹¹⁸ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 80-81

¹¹⁹ KALVACH, Z. *Pečujeme doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 33-43 [cit. 8.1.2010]. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.

Mezi závažné komplikace, kterými mohou být senioři v nepříznivé situaci ohroženi, patří **poruchy příjmu tekutin a poruchy výživy**. Důsledkem sníženého příjmu tekutin je dehydratace, která může u seniora zapříčinit zmatenost, bolest hlavy, závratě s pády aj. Výraznější dehydratace může vyžadovat až intervenci odborníků (podání infuzí).¹²⁰

Pro setrvání seniora v domácím prostředí může být určitou komplikací také výskyt některé z psychických poruch. Jarošová¹²¹ uvádí názor Holmerové, podle níž jsou nejčastějšími psychickými poruchami ve stáří demence, delirium a deprese. Psychické poruchy výrazně zhoršují kvalitu života seniora a kladou nároky na pečující. Mezi ošetrovatelsky a pečovatelsky nejnáročnější řadí Kalvach¹²² péči o seniora trpícího syndromem demence. Poukazuje na to, že neformální péče má v případě pokročilé fáze demence i při maximálním zájmu rodiny své limity, např. vyčerpání kapacity pečujících. V této chvíli je následnou variantou dlouhodobá formální péče. K tématu demence se vyjadřuje také Jiráček¹²³. Zmiňuje, že demence vede k postupné degradaci duševní činnosti, zhoršující se schopnosti být samostatný a v konečném důsledku k odkázanosti na formální nebo neformální péči.

Přítomnost **demence** je pro samostatný život seniora značnou komplikací. Senioři s demencí jsou postiženi zhoršováním kognitivních funkcí, zhoršuje se jim postupně paměť s prohlubující se tendencí, nastupuje ztráta schopnosti orientace v čase, prostoru, v osobě.¹²⁴

Pečování o seniora trpícího demencí není snadné, neboť jeho chování je často těžko pochopitelné až nesrozumitelné a nepředvídatelné. Klade stále tytéž otázky, zapomíná, ale nepřízná to. Nepamatuje si, co se stalo nedávno, ale vzpomínky a prožitky z minulosti si vybaví snadno. Postupně ztrácí nabyté mechanické

¹²⁰ KALVACH, Z. *Pečujeme doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 31-32 [cit. 8.1.2010]. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.

¹²¹ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 79

¹²² KALVACH, Z. *Pečujeme doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 64-70 [cit. 8.1.2010]. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.

¹²³ JIRÁK, R. a kol. *Demence*. Praha: MAXDORF s.r.o., 1999, s. 8

¹²⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ v Brně, 2002, s. 48

dovednosti i schopnost komunikovat. Nápadným rysem je zhoršující schopnost se o sebe postarat.¹²⁵

Pečující jsou v tu chvíli v těžké roli, obávají se, jak zvládnou péči. Zátěží pro ně může být nedostatek pochopení od rodiny a okolí, nedostatek ocenění za mnohdy léta trvající péči. Žádost o pomoc přitom mohou vnímat jako své selhání.¹²⁶

Nejrozšířenější formou je **demence Alzheimerova typu**¹²⁷, při které dochází k mnohočetným kognitivním poruchám. Zgola¹²⁸ vychází z definice Americké psychiatrické asociace a uvádí, že u demence Alzheimerova typu jde o vývoj kognitivních poruch projevujících se jako poruchy paměti, přítomna může být porucha řeči či schopnosti vyvinout pohybovou činnost, neschopnost rozlišovat předměty, porucha plánování, organizování činností. Tento stav je nezvratitelný.

Péče o seniora s Alzheimerovou chorobou s sebou nese specifická úskalí. Dá se jim předcházet vytvořením vhodných podmínek v domácím prostředí. Toto s sebou může nést i finanční náklady.

Změny v prostředí by měly především usnadnit život seniora i celé rodiny. Úpravy obnáší např. upevnění úchyťů k usnadnění pohybu, opatření neklouzavé podlahy, umístění branky ke schodům apod.¹²⁹

Úprava prostředí, která sleduje individuální postižení seniora, má významný vliv na zachování jeho funkčních schopností, bezpečí, podporuje emoční zdraví seniora. Domov je vhodné upravit také podle potřeb pečovatele a ostatních členů rodiny tak, aby mohli mít své soukromí.¹³⁰

Další okolností, která může mít negativní vliv na schopnost seniora zajistit si základní potřeby, je **deprese**. Deprese výrazně zhoršuje kvalitu života zvláště tím, že narušuje běžné životní funkce a negativně ovlivňuje průběh tělesných onemocnění. Rizikem je, že její příznaky mohou být u seniorů méně viditelné, a

¹²⁵ BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006, s. 19-37

¹²⁶ BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006, s. 113-115

¹²⁷ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*. Opravené vyd. Praha: Pfizer, 2004, s. 8

¹²⁸ ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, s. 19-20

¹²⁹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*. Opravené vyd. Praha: Pfizer, 2004, s. 60-66

¹³⁰ ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, s. 140-146

proto se často zaměňují za běžné známky stáří. Včasným odhalením příznaků a zahájením léčby lze chorobu vyléčit. K seniorovi je nutné přistupovat empaticky a i přes případný odmítavý postoj s ním udržovat komunikaci, kontakt, vyjádřit mu podporu, pochopení. U seniorů je v tomto stavu reálné riziko sebevraždy.¹³¹

Pro všechny duševní poruchy, zvláště poruchy organického původu, je typické, že se jejich průběh může zhoršovat působením faktorů, mezi něž patří rozsah organického poškození, celkový aktuální somatický a psychický stav seniora, jeho osobnostní nastavení. Ze sociálních vlivů je nejvýznamnějším faktorem změna prostředí, stupeň sociální izolace nebo podpory a přítomnost podnětů, které způsobují zmatenost.¹³²

Při poskytování péče seniorům s různou formou demence se mohou rodinní pečující setkávat s potížemi, s nimiž si neví rady. Proto je již v počátku velmi důležitá spolupráce s odborníky, kteří poskytují základní a odborné poradenství. Tím se rodinní pečující seznámí se základními charakteristikami duševních poruch a pravidly, jak předcházet problematickému chování a konfliktům. Díky poradenství je pak péče v domácím prostředí snadněji zvládnutelná.

Vhodnou alternativou je také využití potencionálu svépomocné skupiny, ve které mohou pečující pohovořit o svých problémech a sdílet své pocity s těmi, kteří mají podobné zkušenosti.¹³³ Variantou je také využití formálních pomoci, např. terénní sociální a zdravotní služby, denního stacionáře nebo je možné seniora umístit na přechodnou dobu do pobytového zařízení.

Velmi náročnou situací pro rodinné pečující je **péče o umírajícího**. V tomto období záleží především na rodině, zda umožní seniorovi, aby mohl prožít závěr života ve svém prostředí.

Senior v tuto chvíli potřebuje někoho, kdo mu bude nablízku, kdo bude při doprovázení vnímat a naplňovat jeho potřeby a respektovat jeho individualitu. Péče o umírajícího je velmi často spojena s potřebou mírnit příznaky, které mohou

¹³¹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 18-23

¹³² VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 23-25

¹³³ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*. Opravené vyd. Praha: Pfizer, 2004, s. 91

umírání doprovázet (např. bolest, zvracení, dušnost), a proto je třeba zajistit i odbornou ošetrovatelskou nebo lékařskou péči.¹³⁴

Sláma¹³⁵ doporučuje rodinným pečujícím nebát se oslovit i širší rodinu nebo přátele, kteří mohou při dlouhodobějším pečování vystřídat alespoň na chvíli hlavního pečujícího, aby si mohl odpočinout a načerpat nové síly. Dále uvádí, že lze požádat také o odbornou pomoc, ale zároveň upozorňuje, že přítomnost formálních terénních služeb v domácnosti (tzn. přítomnost někoho cizího) může být pro seniora i pečujícího nepříjemná, a proto je vhodné zvážit, jestli je kombinace neformální a formální péče přínosem.

Neformální pečující pravděpodobně nemohou být připraveni na všechny situace, které přináší dlouhodobá péče o seniora v nepříznivé situaci. Rozhodne-li se senior a jeho rodina preferovat neformální péči, může být jejich volba limitována. Příčinou může být např. nedostatek terénních služeb v regionu, případně jejich návaznost. Barvíková¹³⁶ dokládá, že v terénu chybí poradenství zaměřené na problematiku péče o seniory a půjčovny pomůcek. Problémem je také nedostatečné spektrum výkonů terénních služeb včetně nedostačující kapacity odlehčovacích služeb. Závěr výzkumu Veselé¹³⁷ svědčí o tom, že existující problém - malá dostupnost terénních služeb - může být pro seniora důvodem k „dobrovolnému“ odchodu do pobytového zařízení.

2.5 Formální péče

Formální péče je druhou z možných variant poskytování péče seniorům v jejich nepříznivé situaci.

V péči o seniory sehrává většinou klíčovou úlohu rodina a další neformální síť, ale dojde-li k vyčerpání jejich možností, např. z časových důvodů, vytíženosti rodinných

¹³⁴ DRBAL, J. Co prožívá a co potřebuje nemocný v závěru života. In SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Umírání doma*. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 11-12 [cit. 12.2.2010]. Dostupný z: http://zdar.domaci-hospic.cz/LinkedDocuments/Umrir_doma.pdf.

¹³⁵ SLÁMA, O. Praktické rady pro péči o nevyлéčitelně nemocného. In SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Umírání doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 36-37 [cit. 12.2.2010]. Dostupný z: http://zdar.domaci-hospic.cz/LinkedDocuments/Umrir_doma.pdf.

¹³⁶ BARVÍKOVÁ, J. Rodinná péče a profesionální péče. In JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 68 [cit. 19.11.2009]. Dostupný z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf.

¹³⁷ VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2003, s. 45 [cit. 30.11.2009]. Dostupný z: <http://praha.vupsv.cz/fulltext/slusen.pdf>.

pečujících nebo se vyskytne požadavek odborné zdravotní pomoci, je do pomoci zapojena formální složka pomoci.¹³⁸ Dominantní zastoupení mají sociální a zdravotní služby, které sledují cíl podpořit zdraví seniora, posílit autonomii a soběstačnost, zajistit základní životní potřeby a podpořit co nejdelší setrvání seniora v jeho přirozeném prostředí. Je-li i tato péče v domácím prostředí nedostačující, nastupuje pomoc dalších specializovaných organizací a institucí.¹³⁹

Formální péči pro účel práce tedy označují institucionalizovanou odbornou sociální a zdravotní péči, která je zajišťována prostřednictvím služeb státního i nestátního sektoru. Služby mohou být poskytovány přímo v institucích (např. domovy pro seniory, nemocnice), mohou být zajištěny ambulantními službami (např. denní stacionář) nebo jsou poskytovány prostřednictvím terénních služeb v domácnosti seniorů (např. domácí zdravotní péče, pečovatelská služba).

2.5.1 Sociální služby pro seniory

Vhodnou alternativou při doplňování pomoci rodinám, které se starají o seniora v domácím prostředí, jsou terénní a ambulantní sociální služby, které mohou oddálit umístění do rezidenčních zařízení. Pobytové služby pak využívají senioři, kteří se stali nesoběstačnými, samostatný pobyt ve vlastním přirozeném prostředí jim činí potíže, nebo mají nedostatečnou podporu od rodinných příslušníků.¹⁴⁰

Zřizovateli zařízení sociálních služeb mohou být obce, kraje a MPSV. Služba může být zřízena jako jejich vlastní organizační složka, nebo má formu příspěvkové organizace. Dalším zřizovatelem a poskytovatelem mohou být nestátní neziskové organizace, mající formu občanských sdružení, obecně prospěšných společností a církevních právnických osob a také fyzické osoby.¹⁴¹

¹³⁸ NEŠPOROVÁ, O. Výzkum nestátních neziskových organizací. In NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998, s. 60 [cit. 19.9.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.

¹³⁹ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 44

¹⁴⁰ SVOBODOVÁ, K. Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory. In NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998, s. 20-23 [cit. 19.9.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.

¹⁴¹ KOLDINSKÁ, K., MATOUŠEK, O. Úvod. Trendy v historickém vývoji sociálních služeb. In MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 12-14

Obsah a kvalitu činnosti poskytovatelů sociálních služeb upravuje mimo jiné zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o sociálních službách). Upravuje také podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb. Důležitým prvkem zákona je nová dávka, příspěvek na péči. Ten je určen osobám, které vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují ke zvládnání běžných životních úkonů pomoc od jiné osoby. Příjemci příspěvku se mohou rozhodnout, jak příspěvek využijí ve smyslu „nákupu“ služeb a zda zvolí péči od neformální sítě nebo formální instituce. Zde se však promítá skutečnost, zda existuje v dané lokalitě dostatečně pestrá nabídka sociálních služeb. Pro poskytovatele sociálních služeb vyplývají ze zákona povinnosti, např. chtějí-li poskytovat sociální službu, musí získat registraci u krajského úřadu a zaručit standardní kvalitu poskytovaných služeb.¹⁴² Sociální služby jsou poskytovány bez úhrady, nebo za úhradu, jejichž maximální výši stanovuje vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Poskytovatel sociálních služeb a osoba, které bude služba poskytována, uzavírají smlouvu. Pokud ale nemá zařízení dostatečnou kapacitu nebo zdravotní stav osoby vylučuje poskytnutí služby, může uzavření smlouvy odmítnout.¹⁴³

Poskytovatelé sociálních služeb zajišťují základní činnosti¹⁴⁴ nebo fakultativní činnosti. Jednotlivé služby mohou být mezi sebou vzájemně kombinovány, je možný také souběh poskytování formální péče s péčí v rodině.¹⁴⁵

Díky nové koncepci sociálních služeb je umožněno, že systém reflektuje individuální potřeby seniorů a umožňuje poskytovat službu nejen v ústavních zařízeních, ale také v pestřejší nabídce ve vlastním, domácím prostředí. Sociální služby jsou poskytovány v pobytové, ambulantní nebo terénní formě¹⁴⁶ :

¹⁴² KOLDINSKÁ, K. Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR. In MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 39-42

¹⁴³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 91

¹⁴⁴ např. pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí atd. Srov. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 36

¹⁴⁵ *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb.* [online]. MPSV ČR, s.10 [cit.1.12.2009]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf

¹⁴⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 33

- Pobytové služby jsou spojené s ubytováním (např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem).
- Ambulantní služby mohou využít senioři v nepříznivé situaci, kteří zůstávají ve svém přirozeném prostředí a potřebují pomoc jiné osoby. Za těmito službami senioři dochází nebo jsou dopravováni (např. denní stacionáře).
- Terénní služby se poskytují v přirozeném sociálním prostředí (např. pečovatelská služba, osobní asistence).

Na zajištění sociálních služeb seniorům v nepříznivé situaci se mohou podílet všechny zákonem stanovené typy služeb¹⁴⁷ – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Základní sociální poradenství¹⁴⁸ poskytují bezplatně všechny druhy sociálních služeb. Cílem je nalézt variantu řešení situace seniora, poskytnout informace o možnostech výběru sociálních služeb aj. Hartl¹⁴⁹ uvádí, že základní poradenství by mělo být dostupné i lidem žijícím v menších obcích. Navrhuje, aby sociální pracovníci, zprostředkovávající odbornou pomoc, měli vytvořený manuál s konkrétními situacemi a doporučením postupu. Senioři mohou využívat i odborné sociální poradenství¹⁵⁰, které je zaměřeno na speciální poradenskou činnost a součástí je půjčování kompenzačních pomůcek.

Významnou úlohu v poskytování péče mají služby sociální péče, které napomáhají seniorům „zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“¹⁵¹. Rozhodnou-li se senioři v nepříznivé situaci zůstat v domácím prostředí, mohou kombinovat služby podle svých individuálních potřeb. Vzhledem k cíli této práce uvádím podrobněji ty služby, které pro ně mohou mít podstatný význam. Vycházím ze znění zákona o sociálních službách¹⁵² a doplňuji další informace:

¹⁴⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 32

¹⁴⁸ Vyhláška 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 3

¹⁴⁹ HARTL, P. Poradenství. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003, s. 84

¹⁵⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 37

¹⁵¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 38

¹⁵² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 39-42, § 44, § 46-47

- **Osobní asistence** je terénní služba určená osobám, které pro svou sníženou soběstačnost potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Služba podporuje osoby v činnostech, které si nemohou vykonat samy.¹⁵³ Výhodou je poskytování služby bez časového omezení.
- **Pečovatelská služba** je terénní nebo ambulantní služba poskytující úkony osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Úkony jsou poskytovány ve vymezeném čase a taxativně uvedeny v prováděcím předpise¹⁵⁴. Hlavním cílem je zajistit seniorům základní životní potřeby, umožnit jim zůstat v přirozeném sociálním prostředí, zajistit sociální kontakt.¹⁵⁵ Nevýhodou je zaměření na jednotlivé úkony a skutečnost, že je služba limitována časem.
- **Tísňová péče** poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci. Může zlepšit pocit bezpečí a zajistit pomoc v situacích, které jsou pro seniory ohrožující, např. pád, zhoršení zdravotního stavu.
- **Průvodcovské a předčitatelské služby** se poskytují osobám se sníženou schopností v oblasti orientace nebo komunikace. Pomáhají uplatňovat práva, obstarávat osobní záležitosti.
- **Odlehčovací služby** mají formu terénní, ambulantní nebo pobytovou, a jsou zaměřeny na osoby, o které je jinak pečováno doma. Cílem služeb je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Matoušek¹⁵⁶ je nazývá úlevovými a uvádí, že za seniorem přichází na několik hodin do bytu asistent nebo je o něho po část dne postaráno v zařízení.
- **Denní stacionáře** poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost nebo chronické duševní onemocnění a potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Výhodou je možnost specifického zaměření (např. demence) a umožnění zprostředkování společenského kontaktu. Limitem je časová omezenost péče, služba není nepřetržitá.

¹⁵³ *Diakonie ČCE-středisko ve Valašském Meziříčí* [online]. 2009. [cit. 19.1.2010]. Dostupný z: <http://www.diakonievm.cz/12-osobni-asistence.html>

¹⁵⁴ Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 6

¹⁵⁵ *Diakonie ČCE-středisko ve Valašském Meziříčí* [online]. 2009. [cit. 19.1.2010]. Dostupný z: <http://www.diakonievm.cz/14-pecovatelska-sluzba.html>

¹⁵⁶ MATOUŠEK, O. A KOL. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 91

- **Týdenní stacionáře** poskytují služby jako denní stacionáře, s rozdílem, že zajišťují ubytování. Maximální doba pobytu je obvykle omezena, přesto může být služba dobrou alternativou péče o seniora v době, kdy např. pečující rodina odjíždí na dovolenou.¹⁵⁷

Význam v překonání nepříznivé sociální situace a zabránění sociálnímu vyloučení seniorů mají služby sociální prevence¹⁵⁸, např. tlumočnické služby určené osobám s poruchami komunikace, způsobené smyslovým postižením, nebo sociálně aktivizační služby pro seniory.

Sociální služby mohou pomoci jak seniorům nacházejícím se v nepříznivé situaci, tak jejich pečujícím rodinám. Forma pomoci zaručuje zachování lidské důstojnosti a přihlíží k individuálním potřebám seniora. Každá sociální služba zajišťuje zdarma základní poradenství a tím směřuje seniora k vhodným typům služeb. Ten si potom může zvolit pro něj přijatelnou formu. Za zvolené služby platí, maximální výše úhrad je stanovena vyhláškou. V případě, že je uznán závislým na pomoci jiné osoby, může získat příspěvek na péči, za který si služby „nakupuje“. Služby jsou koncipovány tak, aby sloužily různým cílovým skupinám, probíhají na základě uzavřeného smluvního vztahu a musí odpovídat normám kvality. Zákonem o sociálních službách je vymezen rozsah a forma základních sociálních služeb. Některé mohou být kombinovány mezi sebou, a také se mohou kombinovat s péčí neformálních pečujících. Limitem v poskytování sociálních služeb je časové omezení služby, místo poskytování, zaměření na určitou cílovou skupinu, daný rozsah činnosti, výše úhrad za poskytnuté služby a kapacita zařízení.

2.5.2 Zdravotní služby pro seniory

V České republice hrají roli v poskytování zdravotních služeb a jejich organizaci stát, kraje, obce i města. Na úrovni státu je řešena oblast zdravotní péče, legislativy, zdravotního pojištění, lékové politiky. Kraje mají podíl na koncipování a uplatňování krajské zdravotní politiky, zřizují, provozují a registrují zdravotnická zařízení. Role obcí a měst spočívá především v podpoře komunitní péče a garanci dostupnosti

¹⁵⁷ SVOBODOVÁ, K. Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory. In NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998, s. 21 [cit. 19.9.2009]. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.

¹⁵⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 53

zdravotní péče. Převážná část zdravotní péče je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění.¹⁵⁹

Rozsah a podmínky poskytování zdravotní péče upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů¹⁶⁰, podle něhož má zdravotní péče formu ambulantní nebo ústavní. Ambulantní zahrnuje primární a specializovanou zdravotní péči a zvláštní ambulantní péči. Primární zdravotní péče je zajišťována praktickými lékaři. Z výčtu zvláštní ambulantní péče chci jmenovat především domácí zdravotní péči a zdravotní péči v zařízeních sociálních služeb. Ústavní péče je poskytována v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. Jako zvláštní ústavní péče¹⁶¹ je definována paliativní péče o osoby v terminálním stavu, poskytovaná v hospicích.

Členění zdravotních služeb pro seniory podává přehledně Jarošová¹⁶²:

Geriatrické ambulance mají význam především v koordinaci návaznosti akutní a následné péče, v konziliární a poradenské činnosti pro pečující i odborníky. **Geriatrické oddělení** slouží ke specializované péči o seniora s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti. Má ústavní nemocniční charakter. Cílem je zlepšení zdravotního stavu a návrh optimálního postupu péče. Do **zařízení následné péče** jsou překládáni senioři po odeznění akutní fáze onemocnění, cílem je zlepšení soběstačnosti a schopnosti nezávislého života. **Ošetřovatelské oddělení** je součástí ústavní péče. Je indikováno u seniorů, jejichž stav je stabilizovaný nebo neovlivnitelně progredující, a tak vyžaduje především ošetřovatelskou péči, jejíž rozsah není možné zajistit **domácí péčí**. Pobyt přes den, s možností poskytnutí zdravotní péče, je možný v **geriatrických denních centrech**. Zvláštní formou ošetřovatelského ústavu jsou **hospice** poskytující vedle paliativní péče také péči respitní.

¹⁵⁹ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 17-18

¹⁶⁰ Zákon č.48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, § 18-23

¹⁶¹ Zákon č.48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, § 22a

¹⁶² JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 45-47. Jarošová v odkazu uvádí, že členění je zpracováno podle:

Návrh struktury optimální sítě zdravotní péče MZ ČR Praha, 2004.

KUBALČÍKOVÁ, K. *Sociální služby pro seniory v Brně a jejich rozvoj*. Brno, 2001.

ŠPATENKOVÁ, N. *Sociologie očima seniorů a senioři očima sociologie*. Brno, 2004.

Nezastupitelnou roli v péči o seniora má však stále rodina a přátelé. Jarošová¹⁶³ říká, že domov je seniory vnímán jako životní centrum, a to i v případě přítomnosti chronické nemoci. Proto vidí prvek odborné pomoci seniorům i rodinám v komunitně orientované péči, která sleduje, mimo jiné cíle, poskytování péče v domácím prostředí.

Pokud tedy zůstává senior v nepříznivé situaci ve svém přirozeném prostředí, nabývají na významu, kromě již jmenovaných sociálních služeb, primární zdravotní péče a terénní zdravotní služby:

- **Praktický lékař** zajišťuje primární, komplexní léčebně preventivní péči.¹⁶⁴ Poskytuje návštěvní službu v domácnosti, která je u seniorů se zhoršenou soběstačností potřebná. Péče je hrazena zdravotními pojišťovnami formou kapítace a platbou za provedený výkon.¹⁶⁵ V případě, že je seniorům poskytována domácí zdravotní péče, praktický lékař úzce spolupracuje s agenturou domácí zdravotní péče.
- Terénní zdravotní služby jsou zajišťovány především **agenturami domácí péče**. Začaly vznikat po roce 1989, jsou zřizovány jako nestátní zdravotnická zařízení.¹⁶⁶

Domácí zdravotní péče je odborná zdravotní péče, poskytovaná na základě doporučení lékaře ve vlastním sociálním prostředí. „ Je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“¹⁶⁷

Péči poskytují všeobecné sestry. V týmu mají své místo i jiní odborní pracovníci, např. psychiatrické sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové. Vzhledem k indikační skupině klientů je žádoucí zajištění nepřetržité dostupnosti péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Limitem poskytování péče je legislativně vymezený obsah,

¹⁶³ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 32

¹⁶⁴ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 32

¹⁶⁵ JURAŠKOVÁ, B. Efektivita a návaznost jednotlivých systémů péče o geriatrického pacienta. *Zdravotnické noviny, příloha Lékařské listy* [online]. 2008, č. 19 [cit. 1.12.2009]. Dostupný z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/efektivita-a-navaznost-jednotlivych-systemu-pece-o-geriatrickeho-389723>

¹⁶⁶ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 91

¹⁶⁷ Česká asociace sester. *Sekce domácí péče*. Dostupný z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/> [cit. 9.1.2010].

rozsah a počet výkonů. Výkony jsou dány novelou vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., obsahující seznam výkonů s bodovými hodnotami. V seznamu zdravotnických výkonů jsou výkony domácí péče zahrnuty pod odbornost 925, sestra domácí zdravotní péče. Jedná se např. o monitorování fyziologických funkcí, aplikaci injekcí, inzulinu nebo o aplikaci terapie k zajištění hydratace nebo léčby bolesti, ošetření stomií, ošetření chronických ran, rehabilitační ošetřování. Časový rozsah, frekvenci a obsah ošetřovatelské návštěvy stanoví indikující lékař. Možný časový rozsah péče je 15, 30, 45 a 60 minut. Návštěva může být indikována 3x denně. Domácí zdravotní péče, pokud je indikována lékařem, je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění.¹⁶⁸

Jarošová¹⁶⁹ poukazuje na vhodnost poskytování domácí zdravotní péče seniorům i po propuštění z ústavního léčení, protože ta doplňuje a navazuje na léčebnou péči praktických lékařů i na léčbu ve zdravotnických zařízeních.

Základem domácí péče je princip subsidiarity. Jarošová jej vysvětluje jako „aktivní péči a pomoc ke svépomoci s podporou a rozvojem všech zbytkových potenciálů klienta.“¹⁷⁰

V širším pojetí je domácí péče chápána jako součást komunitní péče, která je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb poskytovaných občanům určité komunity. Komunitní péče zahrnuje spolupráci rodinných pečujících, dobrovolníků, zdravotnických i sociálních pracovníků a významným prvkem je integrace zdravotní a sociální péče.¹⁷¹

Zavázalová¹⁷² podotýká, že zdravotní a sociální péči o seniory nelze striktně oddělovat, neboť zdravotní problémy často doprovází i problémy sociální. Zdůrazňuje nezbytnost propojení těchto dvou typů péče.

¹⁶⁸ Česká asociace sester. *Sekce domácí péče*. Dostupný z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/> [cit. 9.1.2010].

¹⁶⁹ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 61

¹⁷⁰ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 61

¹⁷¹ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 25-27

¹⁷² ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 74

3 Sociální a zdravotní služby pro seniory v Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko

Seniorům, kteří se nachází v nepříznivé situaci a chtějí zůstat ve vlastním sociálním prostředí co nejdéle, mohou vedle neformální péče napomoci terénní, případně ambulantní a pobytové odlehčovací služby. Na území Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko (dále jen mikroregion) působí několik poskytovatelů sociálních i zdravotních služeb, kteří charakterem služeb reagují na potřeby seniorů v nepříznivé situaci.

Mikroregion vznikl za účelem rozvoje regionu, založen byl 7.11.2001 a má formu dobrovolného svazku obcí.¹⁷³ Mezi jeho deklarované činnosti patří mimo jiné i společná řešení sociálních služeb a zdravotní péče. I když prozatím nezahájil komunitní plánování, má zpracován Strategický rozvojový plán na období 2008–2016, mezi jehož priority rozvoje patří také plánování a zajištění optimální struktury sociálních a zdravotních služeb. Mikroregion se nachází v severozápadní části okresu Vsetín a má rozlohu asi 180 km². V 16 obcích zde žije více než 42 tisíc obyvatel. Převažují menší obce s počtem obyvatel kolem 1000. Více než 1800 obyvatel mají města Valašské Meziříčí, Kelč a obce Lešná, Zašová. Do mikroregionu dále patří Branky na Moravě, Choryně, Jarcová, Kladeruby, Kunovice, Loučka, Mikulůvka, Oznice, Podolí, Police, Střítež nad Bečvou, Velká Lhota.¹⁷⁴

3.1 Síť formální pomoci v Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko

V mikroregionu je formální pomoc seniorům dostupná prostřednictvím sítě institucí, ovšem každá z těchto institucí má rozdílné možnosti a limity. Informace o nich jsou dostupné v Katalogu sociálních služeb Zlínského kraje¹⁷⁵ a Katalogu sociálních služeb města Valašské Meziříčí¹⁷⁶. Tyto zdroje využívám k výčtu poskytovatelů, kteří

¹⁷³ *Portál regionálních informačních servisů. Mikroregion Valašskomeziříčsko-Kelečsko.* Dostupný z: <http://www.risy.cz/vyskakovaci/mikroregiony.php?id=282&idkraj=14> [cit. 1.12.2009].

¹⁷⁴ *Mikroregion Valašskomeziříčsko-Kelečsko. Strategický plán rozvoje na období 2008-2016* [online]. Rozvojová agentura Via, 2007 [cit.1.12.2009]. Dostupný z:

http://www.agenturavia.eu/down/Strategicky_plan_rozvoje_Mikroregionu_Valasskomeziricsko_Kelecsko_na_obdobi_2008-2016.pdf.

¹⁷⁵ *Katalog sociálních služeb Zlínského kraje. Sociální služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.* Aktualizované 1. vyd. Zlínský kraj, 2009.

¹⁷⁶ *Katalog sociálních služeb města Valašské Meziříčí.* 1. vyd. Město Valašské Meziříčí, 2008.

mohou zabezpečit potřeby těm seniorům v nepříznivé situaci, kteří chtějí zůstat ve vlastním přirozeném prostředí. Čerpám i z webových stránek institucí a z vlastních znalostí, neboť pracuji v organizaci poskytující terénní a sociální a zdravotní služby.

Diakonie ČCE – středisko ve Valašském Meziříčí, nestátní nezisková organizace, poskytuje terénní a ambulantní sociální a zdravotní služby. Provozuje půjčovnu pomůcek, usnadňujících pečování o osoby se zhoršenou soběstačností.

- Denní stacionář pro seniory je určen seniorům se zdravotním postižením a s poruchami paměti z celého území mikroregionu. Úzce spolupracuje s dobrovolnickým centrem Adra a využívá při své službě pomoci dobrovolníků. Má kapacitu pro 10 klientů.
- Osobní asistence je určena seniorům se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Je poskytována nepřetržitě, v domácím prostředí. Úkony si určuje senior dle aktuální potřeby. Působnost má ve Valašském Meziříčí a okolí. Kapacita - tři klienti denně.
- Ošetrovatelská a pečovatelská služba je terénní zdravotní a sociální služba, určená seniorům a lidem se zdravotním postižením. Je poskytována za účelem umožnit těmto osobám co nejdelší pobyt v domácím prostředí, případně pomoci rodinám s péčí o seniora i v terminálním stadiu života. Pečovatelská služba nabízí pomoc při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu (oblékání, hygiena, dovoz a podání jídla aj.) a pomoc při zajištění chodu domácnosti. Kapacita této sociální služby je 130 klientů denně. Působí především ve Valašském Meziříčí a okolí. Ošetrovatelská služba má formu domácí zdravotní péče, je poskytována na základě indikace lékaře. Mezi výkony patří aplikace inzulínu, injekcí, převazy, ošetrovatelská rehabilitace, péče o ležící osobu na lůžku, aj. Působnost je určena smlouvami se zdravotními pojišťovnami, služba pokrývá celý mikroregion.

Charitní pečovatelská služba Kelč je součástí nestátní neziskové organizace, Charity Valašské Meziříčí. Působí v části mikroregionu, v okolí města Kelč. Poskytuje terénní sociální služby - pečovatelskou službu a osobní asistenci. Služby jsou určeny seniorům, kteří nejsou schopni zvládat vlastními silami péči o sebe a o domácnost. Podporu poskytuje i rodinám, které o ně pečují. Služba má svou půjčovnu pomůcek. Kapacita je 10 klientů denně.

Domácí zdravotní péče a pečovatelská služba je instituce, která má sídlo mimo mikroregion, v Rožnově p. Radhoštěm. Svou působností zasahuje do mikroregionu okrajově, ve dvou vesnicích. Poskytuje komplexní domácí péči (integrovanou zdravotní a sociální péči), tzn. domácí zdravotní péči a pečovatelskou službu.

Diakonie ČCE - hospic Citadela, nestátní zdravotnické zařízení, je provozováno nestátní neziskovou organizací. Zajišťuje pobytové zdravotní i sociální služby a poskytuje dva typy služeb, z nichž jedna, odlehčovací péče, je významným prvkem pomoci seniorům v nepříznivé situaci.

- Hospicová paliativní péče je určena osobám v terminálním stadiu onemocnění a nabízí služby pastorační a doprovázení v umírání.
- Sociálně zdravotní ošetrovatelská péče¹⁷⁷ je určena seniorům s nepříznivými symptomy chronických onemocnění a sníženou soběstačností, z nichž část čeká na umístění do domova pro seniory, nebo na návrat zpět k pečujícím rodinám. Tento typ zahrnuje i odlehčovací službu. Klienty jsou senioři, o které se starají jejich blízcí doma. V rámci této péče jsou senioři krátkodobě umístěni na lůžko, kapacita je 8 lůžek. Cílem služby je pomoci rodinám načerpat nové síly k dalšímu pečování. Délka pobytů je časově omezena a je určena především seniorům se stupněm závislosti II., III. a IV.

Občanská poradna je provozována nestátní neziskovou organizací a je zaměřena na osoby v nepříznivé sociální a životní situaci. Uvádím ji proto, že vzhledem k jejímu cíli, poskytování informací a poradenství, může být pomoci i seniorům.

Ve výčtu uvádím i **tísňovou péči pro seniory Dorkas**, jejímž provozovatelem je Slezská Diakonie. Sídlo má v Ostravě, ale nabízí službu i pro seniory v mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko.

Z uvedeného přehledu vyplynulo, že na celém území mikroregionu mohou senioři ve svých domácnostech využívat pečovatelskou a ošetrovatelskou službu (domácí zdravotní péči), neboť ve vesnicích a městech mikroregionu má působnost vždy alespoň jeden poskytovatel terénních sociálních nebo zdravotních služeb. Možnost poskytnout službu seniorům je však limitována kapacitou jednotlivých zařízení.

¹⁷⁷ Diakonie ČCE. Hospic Citadela. Dostupný z: <http://www.citadela.cz/html/szp.html> [cit. 1.12.2009].

4 Empirická část

4.1 Popis cíle

Cílem této bakalářské práce je zachytit podobu formální a neformální péče ve vlastním sociálním prostředí seniora a poukázat na to, že adekvátní kombinací formálních služeb a pečující rodiny lze vytvořit takové podmínky, aby senior i v nepříznivé sociální a zdravotní situaci mohl setrvat ve vlastním přirozeném sociálním prostředí co nejdéle. Empirické šetření by mělo potvrdit, případně vyvrátit, že tento nastolený předpoklad je oprávněný. Vycházím z teoretických východisek, že seniorům by mělo být umožněno zůstat ve svém prostředí (srov. Haškovcová¹⁷⁸, Jarošová¹⁷⁹) a měla by jim být poskytnuta pomoc, nejlépe rodinná, doplněná profesionální péčí, která vychází ze zdravotněsociální situace a potřeb seniorů (srov. Kalvach¹⁸⁰, Zavázalová¹⁸¹). Institucionální péče by měla být až následným, doplňkovým řešením (srov. Haškovcová¹⁸², program Kvalita života ve stáří¹⁸³).

Mým zájmem je zmapování možností v poskytování formální péče seniorům v Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko. Jednotlivé instituce, které jsou zdrojem pomoci rodinám v péči o seniora ve vlastním sociálním prostředí, popisují již v teoretické části.

Výzkumnou otázkou je, jaké zdroje pomoci hledají senioři, aby mohli zůstat i v nepříznivé situaci doma co nejdéle a jaké k tomu používají strategie. Cílem empirického průzkumu je zjistit, jaký typ formálních služeb využívají, zda participuje na poskytování péče neformální sítí a zda jim prolínání a kombinace obou typů péčí napomáhá setrvat v přirozeném sociálním prostředí. K dokreslení situace chci také zjistit, jaká očekávání mají senioři, kteří se ocitnou v roli příjemce péče, zda deklarují potřebu zůstat doma, v péči rodiny. Zajímá mne i postoj pečujících k poskytování péče seniorům v nepříznivé situaci a podoba jejich pomoci.

¹⁷⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 192

¹⁷⁹ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 41

¹⁸⁰ KALVACH, Z. *Pečujeme doma* [online]. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008, s. 21 [cit. 8.1.2010]. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.

¹⁸¹ ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001, s. 59

¹⁸² HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 338-342

¹⁸³ *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. 1. vyd. MPSV ČR, 2008, s. 35-43 [cit. 28.9.2009]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf.

4.2 Popis vzorku

Zkoumaným vzorkem byli senioři s přiznaným stupněm závislosti I, II, III a IV, kterým byly v roce 2009 poskytovány terénní sociální nebo zdravotní služby. Při výběru vzorku seniorů jsem vycházela z evidence klientů pečovatelské a ošetrovatelské¹⁸⁴ služby organizace Diakonie ČCE – středisko ve Valašském Meziříčí. Na tuto organizaci jsem se zaměřila proto, že má působnost na území mikroregionu a zajišťuje terénní i ambulantní sociální a zdravotní služby, určené především seniorům v nepříznivé situaci. K výběru vzorku jsem zvolila metodu náhodného výběru a ze seznamu 119 klientů pečovatelské a ošetrovatelské služby jsem náhodně vybrala 60 dokumentací. Toto šetření bylo doplněno o analýzu rozhovorů se šesti seniory a jejich rodinnými pečujícími, kteří byli vybráni ze souboru dokumentací taktéž náhodným výběrem. Určujícím kritériem byla ochota obou aktérů k účasti na rozhovoru. Rozhovory mají spíše ilustrativní funkci, ale informace, které jsem tímto způsobem získala, mají důležitou výpovědní hodnotu.

4.3 Metody a techniky

Při výběru techniky, která může přiblížit zkoumaný problém, jsem zpočátku zvažovala metodu dotazníkového šetření. Tuto metodu jsem později vyloučila, neboť jsem získala osobní zkušenost, že senioři i rodiny nemají v oblibě vyplňování dotazníků. Druhým, stěžejním důvodem byl fakt, že se zaměřuji i na seniora se stupněm závislosti IV, který by pro své omezení duševních a smyslových schopností nemusel dotazníku dobře rozumět. Proto jsem se rozhodla využít kombinace dvou technik – analýzy dokumentace a polostandardizovaného rozhovoru. Rozhodnutí zvolit analýzu dokumentace pečovatelské a ošetrovatelské služby předcházelo zjišťování, zda je dokumentace obsahově vedena tak, že skutečně bude zdrojem relevantních informací. Předpokládám, že senior, který není plně schopen se sám o sebe nebo o domácnost postarat, bude mít zajištěnu péči od rodiny, jiné pečují osoby nebo instituce, nebo bude využívat vzájemné kombinace formální a neformální péče. Dále předpokládám, že senior v nepříznivé situaci, který se navrátí po hospitalizaci zpět do domácího prostředí, bude potřebovat navýšit péči. Z dokumentace jsem chtěla proto zjistit, které výkony byly seniorům poskytovány

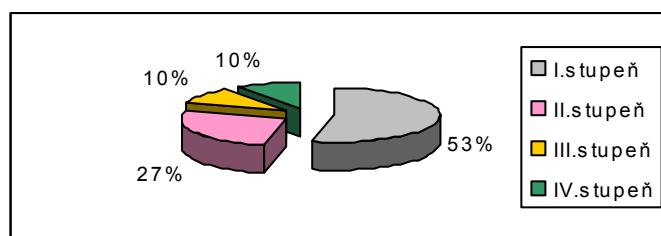
¹⁸⁴ Diakonie ČCE, středisko ve Valašském Meziříčí, používá pojem ošetrovatelská služba pro domácí zdravotní péči. Dostupný z <http://www.diakoniev.cz/13-osetrovatelska-sluzba.html> [cit. 18.1.2010].

v rámci pečovatelské a ošetrovatelské služby, zda se podílí na péči i neformální síť a zda dochází u seniorů po hospitalizaci k navyšování péče. Výsledky, které jsem získala z analýzy dokumentace, doplňuji dílčím šetřením v rodině seniora. Cílem šetření bylo ověřit data z analýzy dokumentace a doplnit informace, které není možné z analýzy získat. Dílčí šetření bylo provedeno polostandardizovanými rozhovory. Zjišťovala jsem především podobu pomoci v rodině a postoje a očekávání seniorů a jejich neformálních pečujících o způsobu pomoci seniorům v nepříznivé situaci.

4.4 Výsledky analýzy dokumentace a jejich interpretace

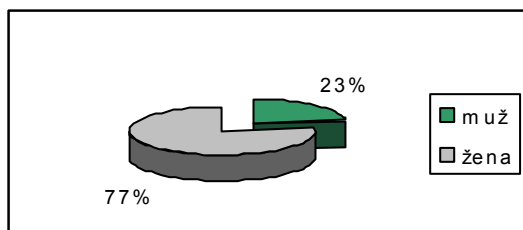
K analýze jsem zvolila 60 dokumentací pečovatelské a ošetrovatelské služby. Předem jsem si stanovila body, které jsem chtěla zjistit, a získaná data zpracovala do tabulek. Každá tabulka představuje jeden bod. Výsledky jsou uváděny v absolutních číslech a procentech. Tabulky jsem převedla do grafické podoby včetně legendy. Čísla grafů korespondují s čísly tabulek, tyto jsou součástí příloh.

Graf č. 1: Přiznaný stupeň závislosti



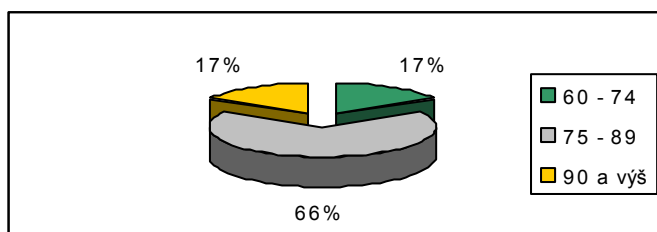
Z celkového počtu 60 analyzovaných dokumentací je senior uznán závislým na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni I (lehká závislost) v 53 % (32 seniorů), ve stupni II (středně těžká závislost) ve 27 % (16 seniorů), ve stupni III (těžká závislost) v 10 % (6 seniorů) a ve stupni IV (úplná závislost) v 10 % (6 seniorů). Při sběru údajů jsem vycházela z aktuálního stavu, ke dni 31.12.2009, nebo k datu úmrtí seniora.

Graf č. 2: Pohlaví



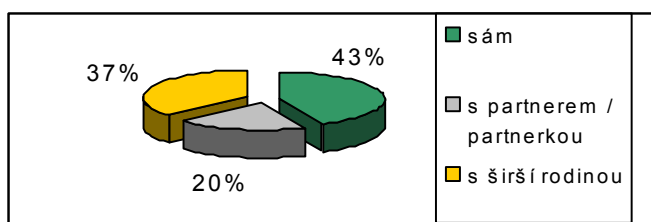
Z celkového počtu 60 seniorů je podíl mužů 23 % (14 mužů) a žen 77 % (46 žen).

Graf č. 3: Věk



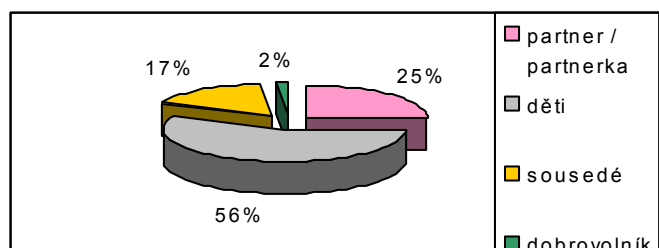
Z celkového počtu 60 seniorů je 17 % (10 seniorů) ve věku 60–74 let, 17 % (10 seniorů) ve věku 90 let a výš, výrazně dominuje počet seniorů ve věkové škále 75–89 let . V této kategorii je 66 % (40 seniorů).

Graf č. 4: Způsob bydlení



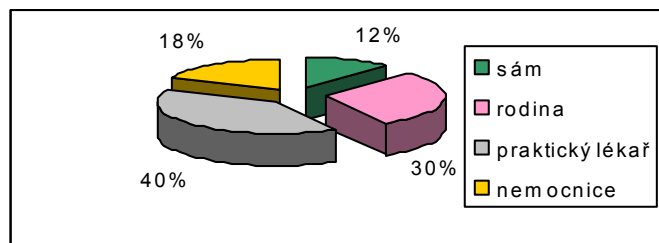
Senioři ze sledovaného vzorku bydlí nejčastěji sami, a to ve 43 % (26 seniorů). S partnerem/partnerkou bydlí 20 % (12 seniorů) a s širší rodinou bydlí 37 % (22 seniorů). Jedná se o aktuální údaj, platný k datu 31.12.2009.

Graf č. 5: Pečující osoba



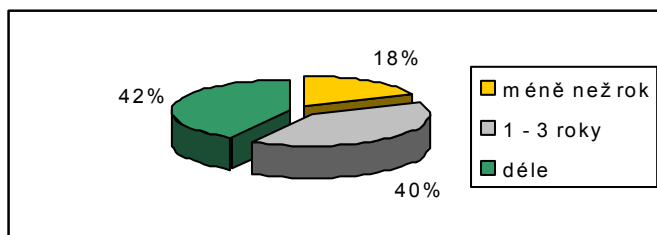
Z celkového počtu 60 analyzovaných dokumentací byla uvedena jako pečující osoba ve 25 % (15 osob) partner nebo partnerka. Největší pečující skupinou jsou děti seniorů, o svého rodiče se starají v 56 % (34 osob). Sousedé jsou jako pečující osoba uvedeni v 17 % (10 osob) a jednou, tedy ve 2 %, byl uveden i dobrovolník. Zbývá ještě dodat, že podle zjištěných údajů z dokumentace se dobrovolník a šest sousedů podílí na péči spolu s rodinou, ve čtyřech případech jsou sousedé hlavní pečující osobou. Hlavní pečující osobu vymezují jako osobu, kterou senioři uvádí při zavedení formální péče, a tato úzce spolupracuje s formálními službami. Nemusí jít o osobu, která byla uvedena v žádosti o přiznání příspěvku jako poskytovatel péče. Koho skutečně senior určil jako poskytovatele, se z dokumentace nepodařilo zjistit.

Graf č. 6: Kdo žádal o formální péči



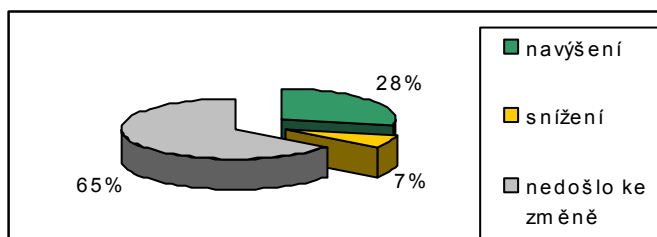
Ve většině případů byl žadatelem o péči u seniora v domácím prostředí praktický lékař. Jeho podíl je 40 % (u 24 seniorů). O péči žádali také jiní odborní pracovníci - sociální pracovníci nebo lékař z nemocnice, v 18% (u 11 seniorů). Důvodem vysokého počtu žádajících odborníků je charakteristický rys podmínky zahájení ošetrovatelské péče, neboť se jedná se o zdravotní péči, která musí být indikována lékařem. V pořadí druhým žadatelem o péči je rodina seniora, v 30 % (u 18 seniorů) a senioři sami žádali o péči ve 12 % (7 žadatelů).

Graf č. 7: Délka doby poskytování formální péče



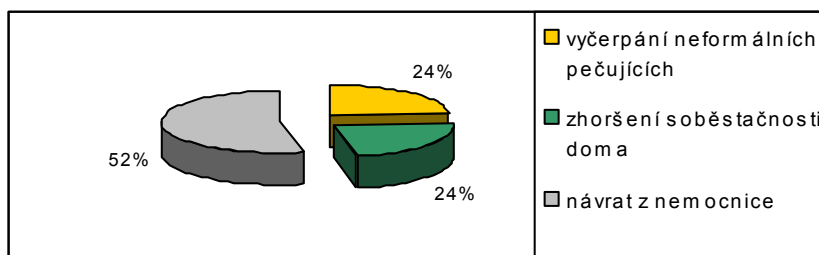
Z celkového počtu vzorku 60 seniorů je poskytována formální péče déle než 3 roky ve 42 % (25 seniorů), v rozmezí 1–3 roky ve 40 % (24 seniorů) a v 18 % (11 seniorů) je poskytována formální péče méně než rok. Uvedená data se vztahují k formální péči poskytované pečovatelskou nebo ošetřovatelskou službou, přidružení jiných typů formální péče sleduji v bodu 9. V průběhu poskytované péče docházelo k jejímu přerušení, což sleduji v bodech 12 a 12a.

Graf č. 8: Změna rozsahu formální péče v roce 2009



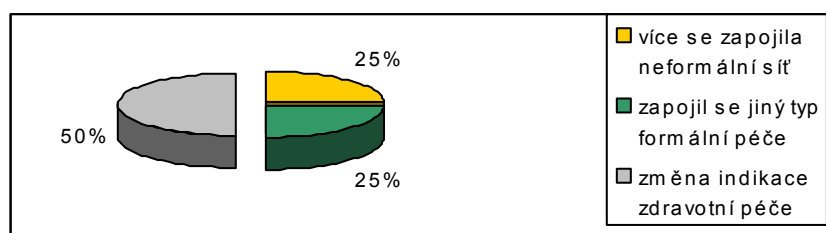
K navýšení rozsahu péče, poskytované pečovatelskou nebo ošetřovatelskou službou, došlo v roce 2009 u sledovaného vzorku seniorů ve 28 % (17 seniorů), ke snížení rozsahu péče došlo v 7 % (4 seniori). Ve zbývajících 65 % (39 seniorů) nedošlo ke změně. Analýzu jsem dále zaměřila na důvody, které vedly ke změnám v rozsahu péče, uvádím je v bodu 8a a 8b.

Graf č. 8a: Důvod navýšení formální péče



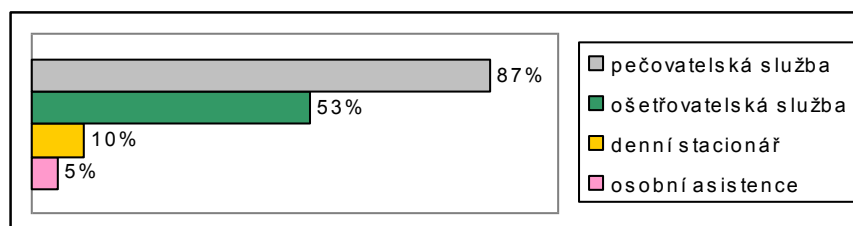
K navýšení rozsahu péče došlo z celkového počtu analyzovaných 60 dokumentací u 17 seniorů. Nejčastějším důvodem byl návrat z nemocnice v 52 % (u 9 seniorů). Další důvody, které byly uvedeny v dokumentaci, byly zastoupeny ve stejné míře 24 % (u 4 seniorů). Jednalo se o vyčerpání neformálních pečujících a zhoršení soběstačnosti seniora, bez nutnosti hospitalizace.

Graf č. 8b: Důvod snížení formální péče



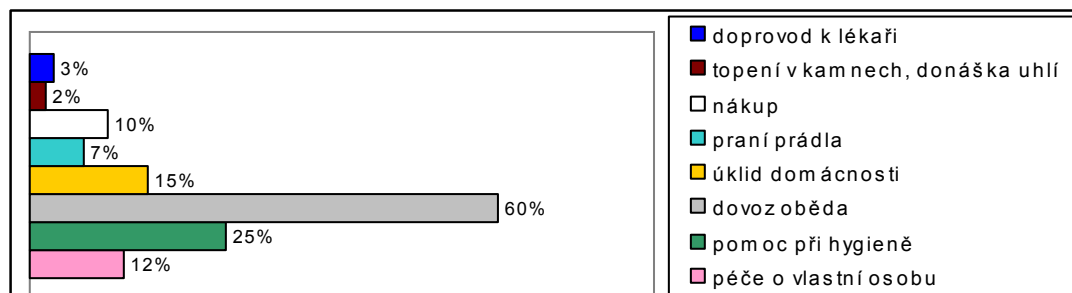
Ke snížení péče došlo z celkového počtu analyzovaných 60 dokumentací u 4 seniorů. U dvou seniorů se snížil rozsah péče z důvodu změny indikace zdravotní péče. V dokumentaci byly uvedeny další důvody - v jednom případě se do péče více zapojila neformální síť (sousedka) a jedenkrát jiný typ formální služby (osobní asistence).

Graf č. 9: Využívání jednotlivých typů služeb



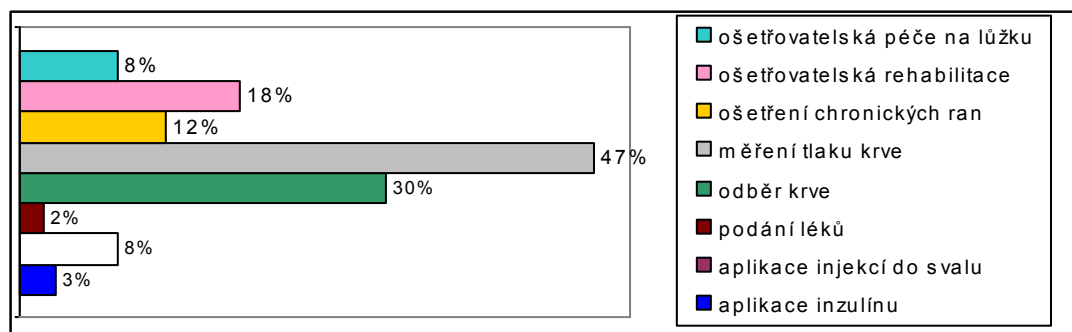
Při analýze 60 dokumentací jsem zjistila, že senioři využívají různé typy služeb, nebo volí jejich vzájemnou kombinaci. Pečovatelskou službu využívá 87 % (52 seniorů), ošetřovatelská služba je poskytována 53 % (32 seniorům). Paralelně tedy využívá pečovatelskou a ošetřovatelskou službu 24 seniorů. Vedle ošetřovatelské, pečovatelské nebo vzájemné kombinace těchto typů služeb využívá 10 % (6 seniorů) také služby denního stacionáře a 5 % (3 senioři) službu osobní asistence.

Graf č. 10: Poskytované úkony v pečovatelské službě v roce 2009



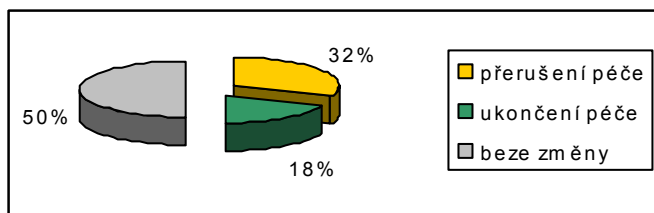
Ze zkoumaného vzorku 60 seniorů, kterým je poskytována sociální a zdravotní péče, je z nabídky úkonů pečovatelské služby seniory nejčastěji využíván dovoz oběda v 60 % (36 seniorů) a pomoc při hygieně v 25 % (15 seniorů). Dalším, v pořadí třetím úkonem je úklid domácnosti v 15 % (9 seniorů). Následuje péče o vlastní osobu (oblékání, chůze aj.) ve 12 % (7 seniorů), nákup v 10 % (6 seniorů), praní prádla v 7 % (4 seniory). Doprovod k lékaři požadují 3 % (2 seniory) a topení v kamnech spojené s donáškou uhlí požaduje jeden senior. Výčet úkonů je vyšší než 60, neboť u sledovaného vzorku seniorů dochází i k souběhu úkonů.

Graf č. 11: Poskytované výkony v ošetrovatelské službě v roce 2009



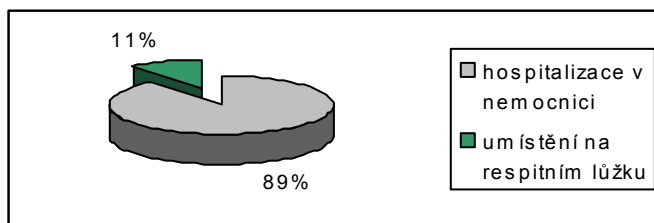
Ze zkoumaného vzorku 60 seniorů, kterým je poskytována sociální a zdravotní péče, jsou nejfrekventovanějšími výkony měření tlaku krve v 47 % (28 seniorů) a odběr krve v 30 % (18 seniorů). Ošetrovatelská rehabilitace je prováděna v 18 % (11 seniorů) a ošetření chronických ran ve 12 % (7 seniorů). Ošetrovatelská péče na lůžku je poskytnuta v 8 % (5 seniorů), stejný podíl je u aplikací injekcí do svalu. Aplikace inzulínu je poskytována ve 3 % (2 seniory). U sledovaného vzorku seniorů dochází i k souběhu výkonů.

Graf č. 12: Změna průběhu formální péče v roce 2009



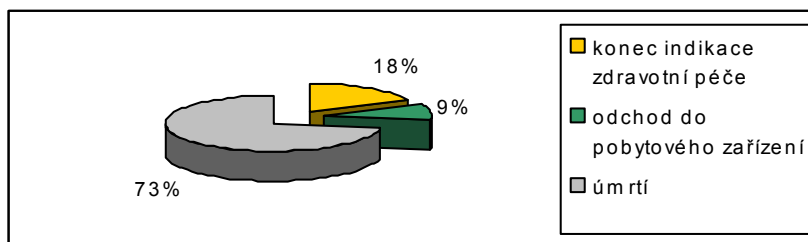
V průběhu roku 2009 došlo u sledovaného vzorku 60 seniorů v 32 % (19 seniorů) k přerušeni péče v domácím prostředí, u 18 % (11 seniorů) byla péče ukončena. Důvody popisují v bodu 12a a 12b.

Graf č. 12a: Důvod přerušeni formální péče



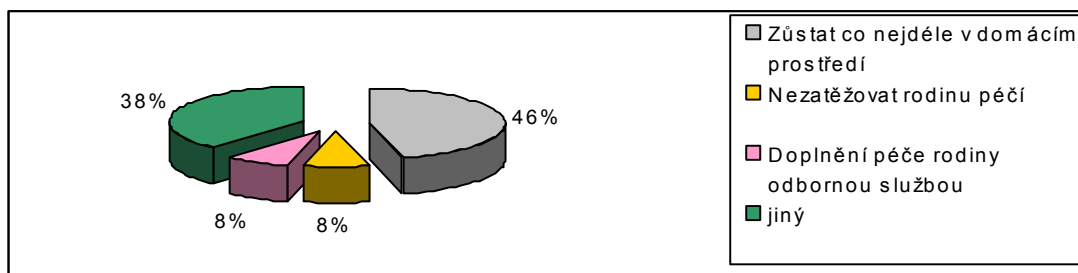
Důvodem přerušeni formální péče v domácím prostředí byla v 89 % (u 17 seniorů) hospitalizace v nemocnici, přičemž se následně 14 seniorů vrátilo zpět domů a znovu byla zahájena formální péče v domácím prostředí. Dva seniori (11 %) byli v průběhu roku umístění ke krátkodobému pobytu na respitní lůžko do pobytového zařízení, a také se vrátili zpět. Jiné důvody přerušeni formální péče v domácím prostředí do analýzy nezahrnují, neboť byly statisticky nevýznamné (např. jednorázová odvolání péče).

Graf č. 12b: Důvod ukončení formální péče



V průběhu roku 2009 došlo u sledovaného vzorku 60 seniorů v 11 případech k ukončení péče. Důvodem byla v 18 % (u 2 seniorů) ukončená indikace zdravotní péče. Jeden senior se přestěhoval do pobytového zařízení, 8 jich zemřelo.

Graf č. 13: Deklarovaný individuální cíl klientů pečovatelské služby



Při analýze dokumentace jsem se zaměřila na seniory deklarované individuální cíle péče, kteří využívají pečovatelskou službu. Individuální cíl péče tak sleduji v 52 dokumentacích. Senioři v 46 % (24 seniorů) vyslovili jako svůj individuální cíl péče „zůstat co nejdéle v domácím prostředí“. Ve stejném podílu, v 8 %, deklarovali čtyři senioři cíl péče „nezatěžovat rodinu péčí“ a další čtyři senioři „doplnění péče rodiny odbornou službou.“ 38% vyslovilo jiné cíle, např. zmírnit sociální izolaci, zlepšit zdravotní stav atd. Znamená to tedy, že senioři často očekávají, že kombinace formální a neformální péče napomůže tomu, aby mohli zůstat doma co nejdéle, a formální služba napomůže zmírnit zátěž pečující rodiny.

4.5 Výsledky polostandardizovaných rozhovorů a jejich interpretace

Rozhovor se seniory a jejich rodinnými pečujícími jsem vedla v šesti domácnostech. Otázky jsem měla předem připraveny na formuláři, pojímala jsem je jako témata, aby se rozhovor mohl případně rozvinout. Seniory i jejich rodiny jsem předem telefonicky seznámila se svým záměrem, a pokud s rozhovorem souhlasili, domluvila jsem si schůzku. Před rozhovorem jsem rodiny i seniory ubezpečila, že získané údaje budou použity pouze pro účel mé bakalářské práce a budou evidovány anonymně, pod označením S (senior) a R (rodina). Zeptala jsem se, zda souhlasí s tím, že rozhovor bude nahráván na diktafon z důvodu autentického zachycení sdělení. Při rozhovoru jsem dbala na vytvoření klidné a důvěrné

atmosféry a mimo připravené otázky jsem poskytovala seniorům i rodinám prostor k vyjádření toho, co je pro ně významné.

Otázky pro seniory:

- **Od koho byste chtěl/a mít zajištěnou pomoc?**
- **Přejete si zůstat doma?**
- **Pomáhá Vám, když za Vámi dochází služba?**
- **Která konkrétní služba Vám pomohla?**
- **V čem konkrétně Vám služba pomohla?**
- **Co jste postrádal/a?**
- **Stačí Vám na zaplacení služby peníze?**
- **Víte, na koho se ještě můžete obrátit?**
- **Přemýšlel/a jste, kdo se bude starat dál?**

Otázky pro rodinu:

- **Kdo by se měl obecně, podle Vás, postarat o seniora, který je závislý na pomoci jiné osoby?**
- **Jak dlouho o Vašeho příbuzného pečujete?**
- **Jakou péči poskytujete?**
- **Střídáte se s někým v péči?**
- **Pomáhá Vám poskytovaná péče ze strany instituce?**
- **Která konkrétní služba Vám pomohla?**
- **V čem konkrétně Vám služba pomohla?**
- **Co jste postrádal/a?**
- **Víte, na jakou instituci se ještě můžete obrátit?**
- **Přemýšlel/a jste, kdo se bude starat dál?**

Rozhovory byly doplněny o mé pozorování, zaměřené na gestikulaci, mimiku a na okolí dotazovaného, k pozorování jsem také získala souhlas. Rozhovory trvaly v rozmezí šedesát až devadesát minut. Data jsem převedla ze zvukové nahrávky do textové podoby a uvážlivě je redukovala, ve smyslu vynechání nepodstatných

výrazů. K označení seniora S a rodiny R doplňuji číselný kód 1 – 6 podle pořadí rozhovoru. V úvodu přepisu rozhovoru jsem uvedla charakteristiku seniora i pečující osoby, jejich způsob bydlení a délku poskytování rodinné péče, včetně údajů o poskytované formální péči. Popsala jsem, jaká má senior omezení, který stupeň závislosti mu byl přiznán. Protože chci respektovat důvěrnost údajů a zachovat anonymitu seniorů a rodin, zpracovala jsem tyto charakteristiky do souhrnu, který uvádím níže. Konečná textová podoba rozhovorů proto charakteristiku již neobsahuje. Z kapacitních důvodů přepisy do této práce nepřikládám, budou však u mne k dispozici pro případné doložení.

Seniorům, které jsem navštívila za účelem dílčího šetření, je poskytována formální i neformální péče v různé kombinaci. Nejdelší doba rodinné péče byla 30 let, nejkratší jeden rok. V období, kdy jsem prováděla šetření, využívali senioři služeb denního stacionáře, ošetrovatelské služby a pečovatelské služby. Rozsah formální péče byl také různý, senioři využívali péči ve frekvenci třikrát týdně až několikrát denně. Stěžejními pečujícími osobami byly ve dvou případech partnerky, v ostatních případech syn, dcera, snacha a vnučka. Při šetření jsem zjistila, že všichni senioři používají v domácím prostředí řadu pomůcek, které jim napomáhají v péči o vlastní osobu nebo usnadňují pečování rodinám. Tři senioři mají polohovací postel s hrazdou, jeden z nich používá samostatnou hrazdičku k posteli. Častými pomůckami byly toaletní židle, chodítka, invalidní vozíky. Jedna seniorka má nainstalováno stropní zvedací zařízení, určené pro přemísťování nepohyblivých osob.

V začátku rozhovoru jsem chtěla zjistit, zda si senioři přejí zůstat doma, ve svém prostředí. Také mne zajímalo, jaký postoj k pečování o seniora zaujímají rodinní pečující, kdo by se měl obecně, podle jejich názoru, postarat o seniora, který je závislý na pomoci jiné osoby.

Senioři se k otázkám, zda by **chtěli zůstat doma a od koho by chtěli mít zajištěnu pomoc**, vyjadřovali velmi podobně. Ve většině odpovědí zaznělo, že by nejraději zůstali doma v péči partnera nebo rodiny.

„...Nejradši to mám od našich, protože vím, že vědí, kde co je a co jak se dá dělat.“ (S4)

„...Víte, doma je doma. Doma si můžete tak jak chcete poležet.“ (S3)

„...Chtěla bych být doma. Dokud mě nevynesou.“ (S4)

Jejich rodinní pečující vyjadřovali názor, že obecně by se měla o seniora, který je závislý na pomoci jiné osoby, postarat především rodina.

„...Kdyby to šlo, tak ta rodina, protože tomu člověku je ... , každý je rád doma, že?“ (R2 – pečující manželka)

„...Tak pokud je možnost v té rodině, tak určitě ta rodina by se měla starat. Ale je to ideální, když to nevisí zas jenom na té rodině, aby se nevyčerpal ten, který se stará... Je určitě dobré, když je to skloubené s profesionální pomocí...“ (R1 – pečující dcera)

„...Měla by to být rodina, určitě. Myslím si, že to by měl být ...základ. Jedině až v krajním případě, kdyby ten člověk potřeboval stálou lékařskou pomoc, nějakou péči, tak potom... je to blbě, ale není zbytí.“ (R3 – pečující syn)

Ve výpovědích rodinných pečujících se téměř současně se souhlasným stanoviskem „pečovat doma“ objevuje **výčet okolností**, které ovlivňují rozhodnutí, zda je nadále možné poskytovat péči doma. Častou obavou je, že rodina nezvládne péči kvůli zhoršení zdravotního stavu seniora. Pojmenovávaným limitem je také zaměstnání pečujícího, jeho zdravotní stav, rodinný stav, geografická vzdálenost. Pečující v rozhovorech naznačili, že při déletrvajícím péči mohou mít pocit vyčerpání.

„...Třeba rodina není schopna se starat, nebo senior je v takovém stavu, že už ta rodina se nemůže o něj postarat, třeba zdravotně.“ (R5 – pečující vnučka)

„...Jo jo, to bych nezvládla jen tak sama. Při zaměstnání ne.“ (R5 – pečující vnučka)

„... No taky šéf mi vychází maximálně vstříc. Naštěstí mám volnou pracovní dobu.“ (R3 – pečující syn)

„...Těž jsem měla mozkovku, tak mám někdy potíže s rukou... Ještě jsem zhubla... tak to těž nepřidá. To byly nervy.“ (R6 – pečující manželka)

„...Musím být zdravá. Nebo když bych se zhoršila a nemohla, tak by tam potom musel jít. Někam ležet.“ (R2 – pečující manželka)

„...Je to takový běh na dlouhou trať, ta péče. Ono se to jakože nezdá, ale když má člověk tu povinnost pět, šest, sedm roků, tak už to může začít být únavné.“ (R1 – pečující dcera)

Limity vnímají i senioři, nejčastěji vyslovují obavu, jak pečující zvládne skloubit péči se zaměstnáním.

„...Zvykla jsem si na to, že... jistě, mladí musejí odejít do práce, tak že jsem tu sama dopoledne.“ (S5)

„...Už se mi i vnučka nabízela, že by se starala, ale teď jak chodí do práce... ale v sobotu vždycky přišla.“ (S3)

Odpovědi seniorů a jejich pečujících ilustrovaly, **jakým způsobem se s limity vyrovnávají**. V péči o seniora, který je závislý na pomoci, často participují i jiní příslušníci rodiny, sousedé nebo placené osoby a pro doplnění využívají formální pomoc. Jedna pečující osoba je na péči sama a využívá jen formální pomoc.

„...V sobotu a v neděli ráno sem chodí dvě holky brigádnice. To je pět roků asi... I moje dcery chodí. V podstatě se fakt prostřídáme.“ (R1 – pečující dcera)

„...Řeknu sousedům. Máme dobré sousedy, ale to víte, nejde to pořád.“ (R2 – pečující manželka)

„...Mám totiž čtyři nevlastní dcery a hodnou snachu, ta mě chodí koupat... v poledne přijede Diakonie a pak naši.“ (S5)

Rozhodování o způsobu péče úzce souvisí s tím, **v jaké finanční situaci** se senior nachází, jakou finanční částku platí osobám nebo formální instituci za poskytnutou péči. Seniori nebo jejich rodiny, které seniorům zajišťují hospodaření s penězi, vypovídali, že je velkou pomocí příspěvek na péči. Polovině seniorů dostačuje na pokrytí formálních služeb a neformální pomoci ze strany sousedů a placených osob. Souběžně se ale dva rodinní pečující zmiňují, že kdyby příspěvek senior nedostal, jeho důchod by byl nedostačující a musela by se péče hradit i ze zdrojů rodiny. Ve výpovědích zaznívají také stížnosti seniorů i rodinných pečujících na výši příspěvku a na obecnou finanční situaci seniora.

Další výzkumné otázky byly zaměřeny na zjištění, **jakou podobu má péče** o seniora ve vlastním prostředí, jakou péči potřebuje. Výpovědi seniorů i rodinných pečujících byly různorodé. Společným prvkem však bylo, že seniori dostávají pomoc a podporu buď od rodiny, nebo od formálních institucí. Z výpovědí zaznívalo, že **sociální opora** má význam i pro rodinné příslušníky, zvláště pokud dlouhodobě

pečují o seniora, který je na jejich péči závislý.¹⁸⁵ Významem vzájemné pomoci a sociální opory se zabývá Špatenková a uvádí přehled podle Mareše¹⁸⁶, který hovoří o emocionální, instrumentální a informační opoře, dále o opoře poskytované společenstvím a opoře potvrzením platnosti. O těchto jednotlivých formách sociální opory hovořili i senioři a rodinní příslušníci.

Senioři nejčastěji zmiňují potřebu poskytování **instrumentální, praktické pomoci**, neboť plně nezvládají péči o vlastní osobu nebo o domácnost. Především potřebují připravit jídlo, provést hygienu, pomoci obléct, obout. Tuto osobní péči poskytují seniorům převážně rodinní příslušníci, i několikrát denně. Jedna seniorka otevřeně hovoří o tom, že jí syn zajišťoval pomoc i po vyprázdnění stolice. Běžně obstarávají také praní prádla, žehlení, úklid. Hygienu však často poskytuje i formální služba, což koresponduje s výsledky analýzy dokumentace (srov. graf č.10). Senioři také uvádí, že mají potíže s pohybem a se vstáváním, se změnou polohy či s chůzí. Pomoc druhé osoby je v těchto případech nezbytná. S chůzí jim pomáhají rodinní pečující i formální služba, včetně zajištění přepravy do stacionáře. Senioři pozitivně hodnotí, že mají v domácím prostředí možnost využít odborných služeb, např. ošetřovatelskou rehabilitaci, převazy ran a další odborné zdravotní výkony.

„...V sobotu a neděli, tak to je celodenní práce, tak ráno hygiena... vařím oběd a chystám svačiny a... prádlo, žehlení a tak.“ (R4 – pečující snacha)

„...On (syn) mně musí všechno udělat, všechno... Někdy i vnučka z města přijde a jde mě vykoupat. Nebo ji syn doveze. Do té koupelky jdeme spolu, oni mě musí oba držet, on mně umyje záda... ona mně pak obuje papuče a já košili.“ (S3)

„...My vstaneme ráno. Tak ho ráno osprchuju... Pak ho musím obléct. Při snídani udrží hrnek v ruce, tak mu připravím ten chleba nebo něco.“ (R2 – pečující manželka)

„...Když jsou svátky, nebo víkendy, tak chodíváme a zajišťujeme to ráno. Pak polohujeme, v poledne to jídlo, zvedneme ji a pak zas někdo odpoledne přijde. Pak zajišťujeme úklid, taky nákup. To je asi všechno. No taky prádlo vyprat, a tu hygienu.“ (R1 – pečující dcera)

„...Důkladnou očistu mám tam ve stacionáři.“ (S1)

„...Ony (sestry domácí zdravotní péče) mně ty nohy převazovaly.“ (S3)

¹⁸⁵ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 37

¹⁸⁶ MAREŠ, P. In ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 38

„...Jednak mně pomohla měřit tlak, masáže (Diakonie)... já přitom, jak ležím, tak prakticky nemám nic odležené, to mám všechno masírované, to dělají ty masáže. Pokud potřebuju třeba něco podat, tak mi to podají v poledne.“ (S5)

„...Pocvičíme, tak je to dobrý. Pomáhají mi cvičit, chodit (ukazuje na chodítka), dneska umývali, sprchovali (Diakonie).“ (S6)

Z rozhovorů vyplynulo, že **informační opora** napomáhá seniorům i rodinám najít vhodné řešení v jejich situaci. Senioři i rodiny zmiňovali, jak konkrétně jim poskytnutí rady pomohlo lépe zvládnout nebo vyřešit problém. Jedna pečující partnerka využila na základě poskytnutých informací respitní péči a plánuje, že ji využije opakovaně.

„...Oni (pracovníci Diakonie) to průběžně nabízeli, do toho stacionáře... s tou paní vedoucí stacionáře jsem mluvila, že nevím, jestli ještě vůbec bude moct zůstat doma. A ona tenkrát byla optimistka a řekla... *„jó, to se zvládne, to bude všechno dobré“*, ty služby že se dají rozšířit.“ (R1 – pečující dcera)

„...Když jsem přišla z té nemocnice, neteř mi říkala... *„ty máš jenom jeden jediný úkol, naučit se chodit na záchod a zpátky“* a tak to tu mám (ukazuje na toaletní židli vedle postele), tu se chytím a šupnu a už sedím.“ (S3)

„...Ale jak byl můj v hospici (respitní pobyt), tak nám řekli, že to není možné, aby nedostal víc peněz (příspěvek na péči). Tak se odvolali, tak čekáme.“ (R6 – pečující manželka)

„...Tož syn mně ty nohy promaže, jak mu sestřičky (pracovníci Diakonie) poradí, jakou mastičku tam dát ... Je rád, že je to taková porada.“ (S3)

Konkrétní doporučení postupů dostávali senioři jak od rodiny, tak od odborných pracovníků. Z výpovědí seniorů i rodinných pečujících také zaznělo, jak jsou pro ně důležité kompenzační pomůcky, např. hrazdičky, toaletní židle, polohovací postel, zvedací zařízení.

„...Jé, no to je pomoc. Jejda, si to neumím představit, bez toho zvedáku.“ (S1)

„...Taky to chodítka je pomoc... Dřív chodila o francouzských holích, ale to byla nejistota.“ (R3 – pečující syn)

O emocionální opoře a opoře poskytované společenstvím senioři příliš otevřeně nehovořili. Přesto z jejich výpovědí vyplývalo, jak je kromě praktické pomoci důležitá i emocionální podpora, která pro ně znamená vyjádření respektu a pocitu sounáležitosti, ujišťuje je o jejich ceně.

„...Dobrá vůle. Ta mi pomohla. Že mně nedávají najevo, že jsem na přítěž... Já si toho hrozně cením, vážím, že se o mě tak mají (seniorka hovoří o přístupu rodiny).“ (S4)

„...Na tu bídu, s tím zdravím a ležením, jsem spokojená a že mám hodně lidi kolem sebe.“ (S5)

„...Já jim to kolikrát řeknu *„moje děti, já vám tolik přítěže nadělám“* a oni mě potěší *„ale babičko, vždyť jste naša“*.“ (S4)

Opora potvrzením platnosti napomáhá snižovat případný pocit, že je osoba mimo normu a umožňuje osobě vnímat, že je okolím akceptována.¹⁸⁷ Při rozhovorech vyjádřil jeden rodinný pečující, že vnímá jako akceptující přístup formální instituce, která poskytuje pomoc jeho mamince v domácím prostředí.

„...Tady u nás(doma) je to úplně jiný přístup (než v nemocnici), sestřička... je příjemná, poradí, řekne *„paní... podře, projdeme se... a to nevadí, zkusíme jinak“*...“ (R3 – pečující syn)

„...Já nevím, jak dalece oni (pracovníci Diakonie) jsou se mnou spokojení.“ (S5)

Potvrzením toho, že někteří senioři dostávají od svých pečujících kromě praktické pomoci i emocionální podporu, jsou také např. vyslovené představy rodinných pečujících **o budoucím zajištění péče o seniora**. Často projevovali snahu řešit situaci ve prospěch seniora, chtěli respektovat jeho přání nebo spolu s ním uvažovali o možných variantách péče. Dílčí šetření ukázalo, že někteří senioři, pokud jsou závislí na pomoci druhé osoby, nevyjadřují jasně své potřeby, neprosazují svůj zájem a očekávají, jak se zachová jejich pečující rodina. Na otázku, zda přemýšleli, kdo se o ně bude starat dále, často odpovídali, že neví, jak bude

¹⁸⁷ MAREŠ, P. In ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 38

péče v budoucnu probíhat. Také připouštěli, že existují varianty ústavní péče, ale z výpovědí vyplývalo, že doufají, že budou moci zůstat doma.

„...Bud' bych zůstala doma, nebo by mamka šla do pečovatelského domu, jo, protože to by nešlo... To by nešlo, aby byla sama.“ (R1 – pečující dcera)

„...Tak já, bydlím tady s mamkou, mám dobrou práci, ne ne ani zatím nijak neuvažujeme.“ (R3 – pečující syn)

„...Kdyby se babičce nelíbilo jezdit do stacionáře, tak jsme jí říkali dvě nebo tři možnosti... souhlasila s tím stacionářem... Je dobré, že je to stabilizované... dejme tomu, že to tak zůstane. Pokud ne, tak osobní asistenci.“ (R4 – pečující snacha)

„...Neuvažujeme jinak. Vždycky se to zatím nějak vyřešilo. Když nemůžu já, tak vím, že půjde tatka... a taky ta služba, když doveze oběd. To já nevím, jak bych to jinak dělala, to bych asi musela zůstat doma.“ (R5 – pečující vnučka)

„...Tož kdyby to nemohl syn, tak bych musela jít někde jinde... Já nevím, jak by se to dělalo. To já už bych nechala na synovi... ale já si myslím, že tu nebudu věčně... Já se bráním nemocnici a tak ...“ (S3)

„...Nad tím jsem neuvažovala... Jsem ráda, že jsem doma. Co můžu, jim finančně pomůžu.“ (S4)

„...Dokud to jde, tak... já se toho bojím, jít někam do domova. Já nevím, jak bych snášela další dva nebo tři spolubydlící.“ (S5)

„...Moja (manželka). Nic jiného.“ (S6)

4.6 Shrnutí

Analýza dokumentace umožnila získat přehledné údaje o druhu poskytovaných služeb, které senioři využívají, o úkonech, které jsou jim poskytovány, a odkryla další souvislosti s poskytovanou péčí.

Charakteristickým rysem výběrového vzorku seniorů byl přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Největší podíl seniorů měl přiznán stupeň I, celkem 53 %. Stupeň II mělo přiznáno 27 % seniorů. Podíl seniorů, s přiznaným stupněm závislosti III a IV byl shodný, 10 %. Věk seniorů jsem sledovala dle klasifikace

vyššího věku¹⁸⁸. Ve výběrovém vzorku dominuje podíl seniorů ve věkové škále 75–89 let, v této kategorii je 66 % seniorů. Jak se uvádí v literatuře¹⁸⁹, období 75–89 let, senium, je charakteristické vyšším výskytem klinických problémů. S tímto poznatkem koresponduje zjištěný údaj o vysokém podílu seniorů, kteří se nachází v této věkové kategorii a jsou pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav uznáni závislími. Senioři uváděli jako hlavní pečující osobu v 56 % své děti, ve 25 % partnera. Na péči participuje spolu s formálními službami i širší neformální síť. Sousedé byli jako pečující osoba uvedeni v 17 %, z toho ve čtyřech případech výlučně, jedenkrát z důvodu osamělosti seniora, třikrát z důvodu neshod s dětmi. Jako pečující osoba byl jednou uveden i dobrovolník.

Při mapování podoby formální péče jsem nejprve zjišťovala, kdo byl jejím žadatelem. Ve většině případů jím byl praktický lékař. O péči žádali i jiní odborní pracovníci, sociální pracovníci nebo lékař z nemocnice, a to v 18 %. Častěji než senioři sami žádala o péči jejich rodina. Formální péče byla poskytována seniorům v jejich domácím prostředí zpravidla dlouhodobě, u téměř 42 % déle než 3 roky. Senior, který se nachází v nepříznivé situaci, potřebuje pomoc v různých úkonech péče o vlastní osobu. Ty mohou být zajištěny neformální sítí, formálními službami nebo dochází ke vzájemnému prolínání. Senioři žádali po pečovatelské službě nejčastěji dovoz oběda a péči o vlastní osobu včetně hygieny. V pečovatelské službě je pravidlem, že má senior vytvořen individuální plán péče. Při zahajování i v průběhu formální péče tedy senior vyslovuje individuální cíl, tzn. co od služby očekává. Z počtu 52 dokumentací pečovatelské služby si téměř polovina seniorů stanovila individuální cíl péče „zůstat co nejdéle v domácím prostředí“. I další deklarované cíle „nezatěžovat rodinu péčí“ a „doplnění péče rodiny odbornou službou“ ukazují na to, že senioři chtějí zůstat ve svém přirozeném prostředí. Zároveň očekávají od formální péče, že jim zabezpečí základní potřeby, které sami nezvládnou (např. dovoz oběda, hygienu, oblékání), a zmírní zátěž neformálních pečujících. Těmi jsou často děti, které chodí do práce, a proto nemohou zajistit celodenní péči. Kombinace formální a neformální péče je mnohdy nezbytnou podmínkou k tomu, aby senior mohl zůstat doma. Z analýzy zřetelně vyplývá, že senioři často potřebují zajistit také ošetřovatelskou péči a odborné zdravotní výkony,

¹⁸⁸ Srov. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1994, s. 12

¹⁸⁹ Srov. s kapitolou 1.3 této bakalářské práce

kteří zpravidla nemohou provádět rodinní příslušníci, protože jde o výkony kvalifikované. Jde např. o ošetřovatelskou rehabilitaci, která byla formální službou poskytnuta v 18 %, nebo o ošetření chronických ran poskytnutých ve 12 %. Odborným výkonem je také komplexní ošetřovatelská péče na lůžku prováděná 8 % seniorů, kteří jsou pro svůj nepříznivý zdravotní stav a funkční omezení upoutáni na lůžko. Ošetřovatelská služba tak umožňuje, aby měl senior zajištěnu odbornou ošetřovatelskou a zdravotní péči v domácím prostředí, a nemusel být umístěn do nemocnice či jiného zařízení.

V průběhu poskytování formální péče v přirozeném prostředí seniora docházelo ke snižování i navyšování jejího rozsahu, k přidružování jiných typů formální péče nebo k přerušení, event. ukončení péče. Důvodem snížení péče byla ve dvou případech změna frekvence návštěv sester ošetřovatelské služby. Navýšení rozsahu péče nastalo v 28 % případech. Nastávalo nejčastěji po návratu seniora z nemocnice, v důsledku zhoršení jeho soběstačnosti v domácím prostředí, nebo když se neformální pečující cítili vyčerpaní (dle záznamu v dokumentaci). Tyto údaje vypovídají o tom, že senior, případně i rodina, nejsou mnohdy schopni zabezpečit potřeby v plném rozsahu vlastními silami. Aby se senior mohl vrátit z nemocnice zpět nebo nadále zůstat v domácím prostředí, je jedním z řešení navýšení formální péče nebo různorodá kombinace formálních zdravotních a sociálních služeb. Ta může vytvořit příznivější podmínky k tomu, aby mohl zůstat doma, např. zajištěním péče v době, kdy jsou neformální pečující v práci. Seniori z výběrového vzorku využívali jak terénní, tak ambulantní služby. Např. kombinaci pečovatelské a ošetřovatelské služby volí 24 seniorů, třem je paralelně poskytována osobní asistence a šest seniorů využívá denní stacionář.

Přerušení formální péče v domácím prostředí bylo v roce 2009 zaznamenáno u 19 seniorů. Dominujícím důvodem byla hospitalizace v nemocnici (17 seniorů), z toho se 14 seniorů vrátilo zpět do přirozeného sociálního prostředí. Jeden senior se v roce 2009 přestěhoval do pobytového zařízení, tím byla péče ve vlastním sociálním prostředí ze strany pečovatelské a ošetřovatelské služby ukončena. Ve sledovaném roce 2009 zemřelo 8 seniorů.

Dílním šetřením se podařilo doplnit informace a ilustrovat situaci u jednotlivých seniorů. Seniorům z výběrového vzorku je poskytována formální i neformální péče v různé kombinaci. Ve většině případů nejprve pečovala rodina, formální péče se zapojila až následně. Rozsah a frekvence její pomoci byly velmi individuální,

formální péči senioři využívali třikrát týdně až několikrát denně. Péči usnadnila úprava prostředí, ve všech případech bylo nezbytné používání kompenzačních pomůcek. Při výpovědích seniorů zaznělo, že by nejraději zůstali doma v péči partnera nebo rodiny. I když senioři i rodiny pojmenovávali limity rodiny, kterými byly nejčastěji zaměstnání pečujícího, jeho zdravotní stav a také zdravotní stav seniora, rodinní pečující hledali možnosti, jak se s nimi vyrovnat. Řešením bylo např. zapojení dalších osob do péče z řad rodiny nebo sousedů, nebo širší zapojení formální pomoci. Pokud byl senior propuštěn z nemocnice a jeho stav vyžadoval nadále poskytování odborné zdravotní péče, doporučil formální terénní péči praktický lékař. Poskytnutí informací od odborníků napomohlo rodinám snadněji najít způsob řešení a většinou vyjadřovali, že formální služby vnímají jako velký prvek pomoci. Dva rodinní pečující zmínili, že kdyby neměli možnost využívat terénní formální pomoci, museli by zůstat doma, aby se o seniora mohli postarat. Jedna pečující partnerka využila a i do budoucna plánuje využít krátkodobé respitní péče.

Senioři v nepříznivé situaci potřebují nejčastěji instrumentální pomoc, především jde o přípravu jídla, hygienu, pomoc při oblékání, obutí, poskytnutí podpory při chůzi a zajištění chodu domácnosti. Péči o osobu i domácnost poskytují seniorům převážně rodinní příslušníci, i několikrát denně. Hygienu často poskytuje formální služba. Dva senioři využívají služeb stacionáře, kde mají zajištěnu časově delší péči. Jeden senior byl krátkodobě umístěn na respitním lůžku a vrátil se zpět domů.

Kombinace rodinné, neformální péče a formální pomoci napomohla k vytvoření podmínek, aby měl senior zajištěnu péči, kterou si pro převážně funkční postižení není sám schopen zajistit. Jak bude péče o seniora dále probíhat a kdo o něj bude pečovat, byla pro většinu rodin otázka, na kterou nešlo jednoznačně odpovědět. Někteří rodinní pečující už v předstihu uvažovali, jak by postupovali v případě zhoršení zdravotního stavu seniora, u všech rodinných pečujících byla zřetelná snaha respektovat jeho přání. Senioři ve většině případů vyjádřili, že by chtěli zůstat doma, i když konečné rozhodnutí by někteří ponechali na rodinných pečujících.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zachytit podobu formální a neformální péče ve vlastním sociálním prostředí seniora a poukázat na to, že adekvátní kombinací formálních služeb a pečující rodiny lze vytvořit takové podmínky, které umožní seniorovi v nepříznivé situaci setrvat ve vlastním přirozeném prostředí co nejdéle. Mým zájmem bylo zmapovat, jaké možnosti využití formální péče mají senioři v Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko.

V úvodní části bakalářské práce vymezuji pojmy senior v nepříznivé situaci, nepříznivá sociální a zdravotní situace. Tématu péče o seniory se podrobně věnuji v kapitole 2, kde zdůrazňuji především aspekt rodinné péče a charakterizuji úlohu formální sociální a zdravotní péče. Nejprve však uvádím perspektivy péče a historický vývoj, následně současné možnosti i limity poskytování péče seniorům v nepříznivé situaci, kteří chtějí zůstat doma co nejdéle. V poslední kapitole sleduji, jaké typy formální pomoci mají k dispozici v Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko senioři, kteří zůstávají ve svém prostředí.

V empirické části práce jsou zpracovány výsledky analýzy dokumentace ošetrovatelské a pečovatelské služby a uvedeny závěry polostandardizovaných rozhovorů se seniory a jejich rodinnými pečujícími. Zajímalo mne, jaké strategie používají senioři k tomu, aby mohli zůstat doma, jaké volí zdroje pomoci. Záměrem bylo zjistit, zda prolínání a kombinace neformální a formální péče napomáhá seniorům setrvat v přirozeném sociálním prostředí co nejdéle. Chtěla jsem zjistit, zda senioři deklarují potřebu zůstat doma i v nepříznivé situaci, zajímal mne i postoj pečujících k poskytování péče seniorům v nepříznivé situaci.

Z obou šetření vyplynulo, že senior s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem není schopen zabezpečit si potřeby sám, a proto potřebuje péči od rodiny nebo instituce, nebo je péče kombinována. Způsob, jakým má senior zabezpečenu péči, není jednotný. Podoba se odvíjí od možností rodiny, od zdravotního stavu seniora a míry jeho funkčního omezení. Vždy je pomocí úprava prostředí včetně použití pomůcek k péči. Pokud jsou vyčerpány možnosti rodin pečovat o seniora samostatně, zapojením formální pomoci se mohou vytvořit lepší podmínky pro to, aby mohl zůstat co nejdéle ve vlastním prostředí. Téměř vždy je základem rodinná péče, v úkonech péče o vlastní osobu často participují terénní nebo ambulantní služby – pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář. Jsou-li potřeba

odborné výkony, zajišťuje formální služby domácí zdravotní péče. Senioři, kterým se zhoršila soběstačnost nebo zdravotní stav, se po hospitalizaci v nemocnici většinou navrací zpět domů a často požadují po formální službě navýšení rozsahu péče. Navýšení požadují i při vyčerpání neformálních pečujících. Téměř polovina seniorů vyjádřila, že by chtěla zůstat doma i v nepříznivé situaci. Postoj pečujících k tomu, kdo by se měl obecně postarat o seniora v nepříznivé situaci, jsem zjišťovala u malého vzorku, proto nelze výsledek považovat za statisticky významný údaj, ale pouze za doplňující informaci. Přesto od téměř všech oslovených pečujících zaznělo, že by to měla být pokud možno rodina.

Na základě těchto získaných informací vysuzuji, že stanovený cíl práce se podařilo naplnit. Zdrojem informací byla odborná literatura, týkající se stáří, nemocí ve stáří, jejich specifických projevů, a dále problematiky pečování o seniora s potřebou dlouhodobé péče. Získané poznatky jsem využila při realizaci empirického šetření, které ukázalo individuální podobu pomoci v nepříznivé situaci a ilustrovalo očekávání seniorů a postoje rodin k pečování o ně v domácím prostředí. Rozšířila jsem si odborné znalosti a získala komplexnější pohled na tuto problematiku.

Závěry této bakalářské práce chci využít ve svém profesním působení v terénních sociálních a zdravotních službách a v pracovní skupině Senioři, která se účastní komunitního plánování sociálních služeb ve Valašském Meziříčí. Závěry mohou sloužit jako podnět pro poskytovatele služeb a pro samosprávu obce, která může podpořit rozvoj služeb v celém Mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko.

Seznam použitých zdrojů

Literatura:

- BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ v Brně, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- HOLMEROVÁ, I. *Testovník – soubor testů pro gerontologii*. 2. doplněné vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 26 s. ISBN 80-86541-11-8.
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*. Opravené vyd. Praha: Pfizer, 2004.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
- JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- JIRÁK, R. a kol. *Demence*. Praha: MAXDORF s.r.o., 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6
- KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E., *Senior a já... já a senior?* 1. vyd. Společnost přátelská všem generacím, 2005. 70 s.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODÝMOVÁ, P.(eds.) *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vyd. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 96 s. ISBN: 978-80-247-2170-5.
- ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
- ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Další použitá literatura:

- Katalog sociálních služeb Zlínského kraje. Sociální služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Aktualizované 1. vyd. Zlínský kraj, 2009. 343 s.
- Katalog sociálních služeb města Valašské Meziříčí. 1. vyd. Město Valašské Meziříčí, 2008. 71 s.

Právní normy:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č.48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje:

- JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005. Dostupný z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf. ISSN: 1801-1519.
- KALVACH, Z. *Pečujeme doma*. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008. Dostupný z: http://www.domovkamarad.cz/dokumenty/pecuj_doma.pdf.
- *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. MPSV ČR, 2008. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf.
- NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 1998. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.
- SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Umírání doma*. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008. Dostupný z: http://zdar.domaci-hospic.cz/LinkedDocuments/Umrit_doma.pdf.
- VESELÁ, J. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2002. Dostupný z: <http://praha.vupsv.cz/fulltext/detsen.pdf>.
- VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2003. Dostupný z: <http://praha.vupsv.cz/fulltext/slusen.pdf>.
- VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV, v.v.i., 2004. Dostupný z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf.
- www.agenturavia.eu

- www.citadela.cz
- www.diakonievm.cz
- www.mpsv.cz
- www.risy.cz
- www.sekcedomacipece.cz
- www.vedeme.cz
- www.zdn.cz

Seznam tabulek a grafů

- č. 1 Přiznaný stupeň závislosti
- č. 2 Pohlaví
- č. 3 Věk
- č. 4 Způsob bydlení
- č. 5 Pečující osoba
- č. 6 Kdo žádal o formální péči
- č. 7 Délka doby poskytování formální péče
- č. 8 Změna rozsahu formální péče v roce 2009
- č. 8a Důvod navýšení formální péče
- č. 8b Důvod snížení formální péče
- č. 9 Využívání jednotlivých typů služeb
- č. 10 Poskytované úkony v pečovatelské službě v roce 2009
- č. 11 Poskytované výkony v ošetřovatelské službě v roce 2009
- č. 12 Změna průběhu formální péče v roce 2009
- č. 12a Důvod přerušování formální péče
- č. 12b Důvod ukončení formální péče
- č. 13 Deklarovaný individuální cíl klientů pečovatelské služby

Přílohy

1. Stupně závislosti na pomoci jiné osoby
2. Úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti
3. Tabulky - obsahová analýza dokumentace pečovatelské a ošetřovatelské služby

Příloha č. 1 – Stupně závislosti na pomoci jiné osoby

Ve znění § 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Příloha č. 2 – Úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Ve znění § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

(1) Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemísťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,
- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

(2) Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,

- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- i) mytí nádobí,
- j) běžný úklid v domácnosti,
- k) péče o prádlo,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Příloha č. 3 – Tabulky – obsahová analýza dokumentace pečovatelské a ošetřovatelské služby

Tabulka 1

Přiznaný stupeň závislosti	počet	%
I.stupeň	32	53,33
II.stupeň	16	26,66
III.stupeň	6	10
IV.stupeň	6	10

Tabulka 2

Pohlaví	počet	%
muž	14	23,33
žena	46	76,66

Tabulka 3

Věk	počet	%
60 - 74	10	16,66
75 - 89	40	66,66
90 a výš	10	16,66

Tabulka 4

Způsob bydlení	počet	%
sám	26	43,33
s partnerem / partnerkou	12	20
s širší rodinou	22	36,66

Tabulka 5

Pečující osoba	počet	%
partner / partnerka	15	25
děti	34	56,66
sousedé	10	16,66
dobrovolník	1	1,66

Tabulka 6

Kdo žádal o formální péči	počet	%
sám	7	11,66
rodina	18	30
praktický lékař	24	40
nemocnice	11	18,33

Tabulka 7

Délka doby poskytování formální péče	počet	%
méně než rok	11	18,33
1 - 3 roky	24	40
déle	25	41,66

Tabulka 8

Změna rozsahu formální péče v r. 2009	počet	%
navýšení	17	28,33
snížení	4	6,66
nedošlo ke změně	39	65

Tabulka 8a

Důvod navýšení formální péče	počet	%
vyčerpání neformálních pečujících	4	23,53
zhoršení soběstačnosti doma	4	23,53
návrat z nemocnice	9	52,94

Tabulka 8b

Důvod snížení formální péče	počet	%
více se zapojila neformální síť	1	25
zapojil se jiný typ formální péče	1	25
změna indikace zdravotní péče	2	50

Tabulka 9

Využívání jednotlivých typů služeb	počet	%
osobní asistence	3	5
denní stacionář	6	10
ošetřovatelská služba	32	53,33
pečovatelská služba	52	86,67

Tabulka 10

Poskytované úkony v PS v roce 2009	počet	%
péče o vlastní osobu	7	11,66
pomoc při hygieně	15	25
dovoz oběda	36	60
úklid domácnosti	9	15
praní prádla	4	6,66
nákup	6	10
topení v kamnech, donáška uhlí	1	1,66
doprovod k lékaři	2	3,33

Tabulka 11

Poskytované výkony v OS v roce 2009	počet	%
aplikace inzulínu	2	3,33
aplikace injekcí do svalu	5	8,33
podání léků	1	1,66
odběr krve	18	30
měření tlaku krve	28	46,66
ošetření chronických ran	7	11,66
ošetřovatelská rehabilitace	11	18,33
ošetřovatelská péče na lůžku	5	8,33

Tabulka 12

Změna průběhu formální péče v r. 2009	počet	%
přerušeni péče	19	31,66
ukončení péče	11	18,33
beze změny	30	50

Tabulka 12a

Důvod přerušeni formální péče	počet	%
hospitalizace v nemocnici	3+14*	89,47
umístění na respitním lůžku	2*	10,53

* s návratem zpět do domácího prostředí

Tabulka 12b

Důvod ukončení formální péče	počet	%
konec indikace zdravotní péče	2	18,18
odchod do pobytového zařízení	1	9,10
úmrtí	8	72,72

Tabulka 13

soubor 52 seniorů

Deklarovaný individuální cíl klientů PS	počet	%
Zůstat co nejdéle v domácím prostředí	24	46,15
Nezatěžovat rodinu péčí	4	7,69
Doplnění péče rodiny odbornou službou	4	7,69
jiný	20	38,46