

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Sociálně zdravotní význam pečovatelské služby a osobní
asistence pro rodiny s nesoběstačným seniorem**

Autor práce: Lucie Helebrandová

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Mgr. Benešová Veronika, PhD.

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

Abstrakt:

Pro svou práci jsem si zvolila téma, které se zabývá péčí o nesoběstačné občany v seniorském věku. Téma je mi blízké z toho důvodu, že jsem se během svého života ocitla v situaci, kdy jsem pečovala o své blízké, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a snížené soběstačnosti. Načerpala jsem tak zkušenosti, které se společně se studovaným oborem staly důvodem ke zvolení tématu práce.

Práce obsahuje dvě základní části, teoretickou a praktickou. Teoretickou část jsem rozdělila do čtyř základních kapitol. V první kapitole popisují současný stav seniorské populace, rovněž úlohu státu a postavení seniorů v naší společnosti.

Druhá kapitola navazuje na toto pojednání a zabývá se stárnutím a stářím. Zde popisují všechny možné okolnosti s tím související. Uvádím je jako změny v oblasti biologické, psychologické a sociální. V oblasti biologické se zaměřuji na změny, které postihují tělesné tkáně a orgány. S tímto úzce souvisí pojmy jako jsou zdraví a nemoc, které v této kapitole rovněž zmiňuji a uvádím přehled nejčastěji se vyskytujících nemocí v seniorském věku. Psychologické změny jsou popsány zejména v oblasti smyslových orgánů, v oblasti emočních a intelektuálních schopností. Dochází zde ke změnám v chování či v charakterových rysech osobnosti. Sociální oblast představuje zejména vztahy a vazby s ostatními lidmi a okolnosti mající na tyto vztahy vliv. Za nejdůležitější lze považovat změny sociálních rolí v rodině, změny postavení ve společnosti, odchod do důchodu a případná ztráta životního partnera či ostatních vrstevníků. Toto vše má vliv na mezilidské vztahy a sociální změny ve stáří.

Třetí kapitola se zabývá sociální politikou a systémem sociálních služeb v naší společnosti. V dnešní moderní době nezůstává odpovědnost pouze na rodině, ale i na společnosti, ve které žijeme. Stále dochází k aktualizaci legislativního systému ohledně poskytování sociálních služeb, který ve své práci popisují. Zaměřuji se zejména na úpravu zákona č. 108/2006 Sb. o Sociálních službách, který znamenal mnohé změny a je dodnes aktuální v platném znění. Sociální služby jsou zaměřeny na skupinu osob, která je nějakým způsobem společensky či zdravotně znevýhodněná. Cílem sociálních služeb je zlepšení kvality života a začlenění těchto osob do společnosti. Zde jsem se

zaměřila především na péči, týkající se seniorské populace, neboť souvisí s tématem mé práce. Rovněž tím, jak roste počet seniorů si uvědomuji, jak je tato péče důležitá. Sociální služby jsem rozdělila na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále jsem se zaměřila na sociální služby pro seniory, a to nejen formou ústavní péče, ale zejména formou domácí péče v rodině. S prodlužujícím se věkem se zvyšuje i počet osob, které ztrácejí částečně nebo úplně svou soběstačnost a stávají se na někom závislé. Z těchto důvodů jsem se konkrétněji zaměřila na systémem sociálních služeb jako je pečovatelská služba a osobní asistence. Tyto dvě služby jsem si vybrala z toho důvodu, že jsou nejvíce zacíleny na skupinu klientů, kterou popisuji ve své práci.

Pečovatelská služba je poskytována osobám, které nejsou již plně soběstačné, a to z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního hendikepu. Pečovatelská služba zajišťuje zejména základní životní potřeby osob a chod domácnosti a je nejvíce rozšířenou péčí u nás. Osobní asistence je zacílena na klienty, jejichž situace vyžaduje péči jiné fyzické osoby. Tato péče se většinou poskytuje bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí. Rodiny pečující o seniora, s nějakým druhem zdravotního hendikepu či jiného omezení, nejčastěji využívají právě jednu z těchto dvou služeb.

Ve čtvrté kapitole se v teoretické rovině zabývám významem služeb sociální péče, konkrétně pečovatelské služby a osobní asistence, pro rodiny s nesoběstačným seniorem. Zejména se zaměřuji na to, jakou pomoc obě služby rodinám nabízejí.

Druhá část práce představovala kvalitativní výzkumné šetření, které mi pomohlo dokončit a naplnit cíl mé práce. Předmětem výzkumného šetření bylo zjistit, do jaké míry jsou tyto služby využívány a jaký mají význam pro rodiny s chronicky nemocným nebo jinak znevýhodněným seniorem. Účelem výzkumného šetření bylo získat reakce a odpovědi na výzkumnou otázku: „Jaký je sociálně zdravotní význam pečovatelské služby a osobní asistence pro rodiny s nesoběstačným seniorem.“ Výzkum byl zaměřen na osoby a rodiny, které se starají o své blízké a příbuzné v seniorském věku, kteří jsou částečně nebo úplně závislé na pomoci druhé osoby. Jednalo se právě o takové pečující rodinné příslušníky, které využívají pečovatelskou službu či osobní asistenci. Abych

získala potřebné informace, zvolila jsem metodu individuálního rozhovoru, neboť tak jsem mohla účastníky výzkumu v diskusi nasměrovat k těm tématům, které mi pomohly objasnit cíle mé práce. Celé mé výzkumné šetření vyústilo ve shrnutí výsledků. Výsledky jsem zformulovala na základě zaznamenaných reakcí účastníků nejprve v obecné rovině a potom formou tabulek. Tyto získané poznatky se staly podkladem pro zformulování jasného zhodnocení celého výzkumného šetření. Zde byl také zhodnocen cíl práce odpověď na mou výzkumnou otázku.

Ve většině případů se hlavním významem pečovatelské služby a osobní asistence stalo to, že rodiny mohou zachovat více či méně životní standart nejen svůj, ale zejména pečované osoby. Kvalita života osoby o kterou pečují, je pro rodiny velmi důležitá, a proto se snaží s pomocí sociálních služeb poskytnout seniorům maximum v oblasti zdravotní i sociální. Význam obou uvedených sociálních služeb spočívá rovněž v tom, že nesoběstačný člen rodiny má možnost zůstat v přirozeném domácím prostředí uprostřed svých blízkých. Pečující osoby mají prostor k odpočinku a regeneraci a rovněž čas k vyřízení potřebných osobních a pracovních záležitostí. Sociální služby mohou usnadnit společný život nesoběstačnému seniorovi a celé jeho rodině.

Klíčová slova: nesoběstačnost, osobní asistence, pečovatelská služba, rodina, stáří, sociální služby.

Abstract:

I have chosen a subject matter which is focused on care for seniors who are not self-sufficient as a topic of my bachelor thesis. Due to the fact that I have looked after my relatives whose self-sufficiency was cut down for their health this topic is close to my heart. This gained experience together with the specialisation I have been studying became the main reason I have chosen such topic for my bachelor thesis.

This bachelor thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part was divided into four basic chapters. In the first chapter there are the present state of the population of seniors, the role of the state and a status of seniors in our society described.

The second chapter follows up and is focused on aging and an old age itself. All possible circumstances connected with aging are being described in this chapter. They are stated as changes in biological, psychological and social field. In the biological field I have focused on changes which affect physical tissues and organs. Closely related with this there are concepts such as health and illness, which are in this chapter also mentioned together with an overview of the most common diseases in the senior age. There are psychological changes described in particular in the field of sensory organs in the emotional and intellectual abilities. There has been a change in behavior or personality traits in character. Social area mainly represents relationships and connections with other people and circumstances affecting these relationships. The changes in the family social roles, change of status in society, retirement and a potential loss of the life partner or other contemporaries could be considered as the most important. All this has an impact on interpersonal relationships and social changes in old age.

The third chapter deals with social policy and a system of social services in our society. Nowadays the responsibility remains not only on the family but also on the society we live in. The legislatives focused on the provision of social services and its update is described in my thesis. It aims mainly on the amendment of the Act No. 108/2006 Coll. on social services, which meant a number of changes and is still valid as

amended. Social services deal with a group of people that is socially or physically disadvantaged. The aim of social services is to improve the quality of life and the integration of these people into society. In this part I have focused mainly on care for the senior population as it related to the topic of my thesis. Also, with the rising number of seniors I realized the importance of such care. Social services were divided into social counseling, services of social care and services of social prevention services. I have also focused on social services for the elderly, not only through the institutional care, but especially through the home care. With increasing age, increasing the number of people who lose partially or completely their independence and become dependent on anyone. With increasing life expectancy increases also the number of people who lose partially or completely their self-sufficiency and become dependant. For above mentioned reasons I have specifically targeted on the system of social services such as care service and personal assistance. I have chosen these two services because they were the most targeted at the group of clients described in my thesis.

Care service is provided to persons who are not fully self-sufficient, because of their age, chronic disease or physical disability. Care service provides basic needs of people and the household is the most common type of care in this country. Personal assistance is on the other hand targeted at clients whose situation requires the assistance of another person. This type of care is usually provided without time constraints and in the natural social particular, we focus on what help families provide both services. environment. Families caring for the elderly with some kind of handicap or other health limitations mostly use just one of these two services.

The fourth chapter deals with the theoretical significance of social care services particularly care services and personal assistance for families with seniors who are not self-sufficient. In particular I have focused on what kind of help is provided to families by each of the two services.

The second part of the thesis is a qualitative research which helped to fulfill the objective of this thesis. The subject of the research was to determine the extent to which these services are being used and their relevance for families with chronically ill or

differently disadvantaged seniors. The purpose of the survey was to obtain reactions and responses to the question: "What is the importance of social and health care services and personal assistance for families with seniors who are not self-sufficient." The research was focused on individuals and families who care for their loved ones and relatives of an old age who are partially or fully dependent on the assistance of another person. These were just caring family members who were using a day care or personal assistance. In order to obtain the necessary information I have chosen an individual interview method. Through this I could direct research participants in the debate to the subject matters that had helped to clarify goals of this thesis. The survey has resulted in to the summary of the results. The results were formulated on the basis of the recorded reactions of the respondents at first in general and then in the tables. The acquired knowledge became the basis for the formulation of a clear appreciation of the research.

There was also evaluated the objective of the thesis and given an answer to my research question. In most cases, the main significance of care services and personal assistance was found in the fact that families are more or less able to keep living standard not only of their own but mainly of a caring person. For a family it is usually very important, to keep a good quality of life to the caring person for this reason it tries with the help of social services to provide maximum in health and social area to seniors. The importance of these two social services also lies in the fact that a family member who is not self-sufficient has the option to stay in his natural home environment surrounded by his relatives. Caregivers have space to have a rest and to recover as well as some time needed to process personal and work matters. Social services can make shared lives of the elderly, who is not self-sufficient, and his entire family easier.

Key words: no self-sufficiency, personal assistance, care service, family, old age, social services

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Sociálně zdravotní význam pečovatelské služby a osobní asistence pro rodiny s nesoběstačným seniorem“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdání textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích,

podpis studenta

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Benešové Veronice za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	11
1 Současný stav seniorské populace v naší společnosti	13
1.1 Stáří	13
1.1.1 Biologické změny.....	15
1.1.2 Psychologické změny.....	19
1.1.3 Sociální změny.....	21
1.1.4 Potřeby seniorů.....	22
1.2 Sociální služby a jejich význam pro rodiny s nesoběstačným seniorem	24
1.2.1 Kategorizace sociálních služeb.....	25
1.2.2 Sociální služby pro seniory.....	26
1.2.3 Institucionální ústavní péče.....	26
1.2.4 Domácí péče v rodině.....	28
1.2.5 Sociální služby v legislativním rámci.....	30
1.2.5.1 Příspěvek na péči.....	31
1.2.5.2 Pečovatelská služba.....	32
1.2.5.3 Osobní asistence.....	33
1.2.5.4 Další formy sociální pomoci.....	35
1.3 Význam služeb sociální péče pro rodiny s nesoběstačným seniorem	36
1.3.1 Význam pečovatelské služby.....	40
1.3.2 Význam osobní asistence.....	41
1.4 Cíl práce	43

2 Metodika	44
2.1 Použitá metoda.....	45
2.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	46
2.3 Kategorie témat a otázek.....	48
2.4 Způsob vyhodnocení výzkumu.....	48
2.5 Výsledky	49
3 Diskuse	62
ZÁVĚR	66
Seznam použitých zdrojů.....	69
Přílohy.....	73

Úvod

Stárnutí a stáří je významným fenoménem života a ať chceme nebo ne, týká se každého z nás. Zájem o procesy stárnutí, pátrání po jeho příčinách a snaha o oddálení této části života provází lidstvo po celou dobu jeho existence. Je proto pochopitelné, že by se péče o staré občany měla stát zájmem každé civilizované společnosti. Existují dva hlavní důvody, které vedou ke zvyšování zájmů společnosti i jednotlivců o problémy stárnutí. Prvním je vědecky ověřené poznání, že průběh stárnutí můžeme ovlivnit, a druhým nápadné přibývání počtu starých lidí v celkové populaci.

Se zkvalitněním lékařské péče přibývá starších lidí a jejich počet se zvyšuje. Tento trend bude s největší pravděpodobností i v budoucnosti nadále pokračovat. Je tedy nutné vytvořit vhodné podmínky pro osoby v důchodovém věku, které musí mít možnost se i v této části života dále rozvíjet a udržovat v přiměřené psychické a fyzické kondici.

Každý člověk má určité možnosti, jak si uchovat plnohodnotný život i ve stáří, v této souvislosti hovoří gerontologové o úspěšném stárnutí. Předpoklady tzv. dobrého stáří vidí v dobrém zdravotním stavu, v životosprávě, v dobrých životních podmínkách a v životním stylu. Velkou úlohu zde sehrává rodina, a to zejména v případě, stane-li se senior částečně nebo zcela závislý na cizí pomoci.

V souvislosti s tímto spatřuji jako velmi důležitou úlohu státu zajištění funkčního systému sociálních služeb, který zajistí starým či postiženým občanům potřebnou péči. Zmíněná situace se přirozeně může týkat jednou každého z nás nebo někoho z našich blízkých. Potřeba, seznámit se s touto problematikou a načerpat určité poznatky a zkušenosti, byla hlavním důvodem ke zvolení tématu mé práce.

Text práce je rozdělen do dvou základních částí. První část je teoretická a seznamuje čtenáře se základními pojmy v oblasti stárnutí a s možnými změnami, které v tomto období přicházejí. Umožňuje tak potřebnou orientaci čtenáře, neboť se jedná zejména o objasnění těch oblastí, které s tématem práce nejvíce souvisejí a jsou často používány. Práce dále pojednává o okolnostech spojených se stárnutím a seniorským věkem, jako

jsou biologické, psychologické a sociální změny způsobené stárnutím. V návaznosti na tyto poznatky dále analyzuje situaci ohledně systému sociálních služeb a možnostech využití těchto služeb pro rodiny s hendikepovaným seniorem. Přechází do konkrétnějšího pojednání o sociálních službách významných pro téma mé práce, jako jsou pečovatelská služba a osobní asistence. Zaměřuje se zejména na zhodnocení jejich významu pro rodiny s hendikepovaným seniorem. V závěru první části si stanovují hlavní cíl a výzkumné otázky, ke kterým budu získávané poznatky směřovat.

Druhá část se opírá o kvalitativní výzkum. Po zvážení všech možností jsem si jako nejvhodnější techniku pro mé výzkumné šetření vybrala techniku hloubkového rozhovoru s vybranými respondenty. Výzkumným vzorkem se stali členové rodin pečující o nesoběstačného seniora. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit sociální a zdravotní význam pečovatelské služby a osobní asistence pro rodiny s nesoběstačným seniorem.

Seznam literatury, která byla podkladem pro tuto práci, je uveden v závěru práce. Důležitost a význam publikovaných děl uvedených autorů spatřuji především v tom, že pomocí poznatků a vědomostí osvojených jejich četbou, jsem získala podklady pro zpracování bakalářské práce. Zároveň jsou tyto vědomosti vhodným zdrojem využití v soukromém i pracovním životě. Názorové srovnání jednotlivých autorů je uvedeno v diskusi v závěru druhé části práce.

1. Současný stav seniorské populace v naší společnosti

V současné době dochází k celosvětovému stárnutí populace a s prodlužující se střední délkou života se stále více osob dožívá vysokého věku. Bohužel se vždy tento věk neobejde bez různých zdravotních komplikací, a tak osoby se zdravotním postižením a osoby nesoběstačné představují v naší společnosti rozsáhlou skupinu obyvatel. Zdravotní postižení jako takové se však nepřímo dotýká daleko vyššího počtu obyvatel, neboť většina těchto lidí žije v rodinách. Počet osob, které jsou nějakým způsobem ovlivněny důsledky zdravotního postižení, ať už ve sféře sociální, ekonomické nebo psychologické, je daleko větší. Všichni tyto lidé by měli mít možnost využívat určitou pomoc státu a společnosti, v níž žijí.

Stát a společnost hrají hlavní úlohu při formování politiky, a to nejen proto, že vytváří legislativní rámec sociální péče, ale i proto že mají moc rozhodovat o změnách směrů sociální politiky ve společnosti. Postavení občanů ve společnosti by mělo být rovnoprávné ve všech věkových kategoriích a bez ohledu na to, je-li člověk zcela zdravý či nikoli.

V návaznosti na oblast seniorské populace se nyní budu věnovat okolnostem souvisejícím se stářím, a zaměřím se na příslušné sociální služby.

1.1 Stáří

Přesné věkové hranice vymezující stáří se dle názorů jednotlivých autorů liší, neboť postupem času se na věk pohlíží jinak. Člověk, který by byl v minulosti v určitém věku považován za starce, je dnes označen jako člověk v období střední nebo starší dospělosti. Je samozřejmé, že tyto změny nastaly měnícím se způsobem života a také narůstající délkoužití člověka.¹

¹ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 6. ISBN 80-7368-110-2.

Z těchto důvodů je poměrně obtížné definovat stáří a stárnutí i když od mnohých autorů, zabývajících se touto tematikou, jsou určité formy definic dostupné. Při snaze o vymezení stáří se nejčastěji používá spojitost fyzického stavu a kalendářního (chronologického) věku. Ovšem odlišnosti v projevech stárnutí u konkrétních jednotlivců jsou natolik výrazné, že brání možnosti vytvoření jasných definic. Názory na časové období kdy stáří začíná jsou různorodé. Stárnutí je totiž u každého člověka individuální a závisí na mnoha okolnostech. Všichni stárneme stejně pouze z pohledu chronologického, neboť pro každého z nás má den stejně hodin a rok stejně dnů. Ovšem první příznaky stáří se neobjevují shodně u všech lidí přesně ve stejném věku. Někdo může být psychicky i fyzicky velmi aktivní až do pozdního období svého života, u jiného může dojít k příznakům bránícím tělesné pohyblivosti i psychické svěžesti mnohem dříve.²

Podle jiných autorů je stáří věkové období začínající v současné západní kultuře v 60-65 letech, je to období kdy někteří lidé mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Neplatí však obecně, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpící poruchami paměti a pohybového ústrojí.³

Etapa stáří je stejně důležité období života jako každé jiné a prodloužováním hranice lidského života se otevírá ve stáří zcela nový prostor pro vytváření dalšího osobního růstu. Období lidského života bývá mnoha autory různě periodizováno a těchto výkladů je celá řada. Souhrnem lze říci, že nejčastěji vycházejí odborníci z kalendářního neboli chronologického věku.⁴

Nejpoužívanější je tedy dělení na období ranného stáří a období pravého stáří, v některých zdrojích se také ještě objevuje pojem dlouhověkost. Období ranného stáří je vymezeno od šedesáti do sedmdesáti pěti let. V této fázi převládá problematika adaptace novým podmínkám, zejména v oblasti bydlení, dále volného času a seberealizace. Samozřejmě přibývá četnost onemocnění, což je dáno zejména opotřebením organismu a horší obranyschopností. Jak jsem již zmínila, u každého

² JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 7. ISBN 80-7368-110-2.

³ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha : Portál., 2008. s. 227. ISBN 978-80-7367-368-0

⁴ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 11. ISBN 80-7368-110-2.

jedince to může probíhat odlišně. Hlavní znak nemocnosti je v tomto období polymorbidita, která vyjadřuje větší četnost chronických onemocnění. Zvyšuje se také počet psychických onemocnění v tomto věku. Dnes se předpokládá, že psychická onemocnění postihují kolem 20% starých lidí.⁵

Jako poslední fázi života uvádějí autoři období pravého stáří, u některých můžeme ještě najít označení dlouhověkost nebo-li kmetství, týkající se lidí starších devadesáti let. V tomto pokročilém věku nabývá na významu nutnost sledovat mnohem více soběstačnost starého člověka a zabezpečení jej většinou po všech stránkách.⁶

Všeobecně uznávaný názor prezentuje stárnutí jako komplexní proces, zahrnující biologický, psychologický a sociální aspekt. Je totiž reálnější popisovat psychické a tělesné změny ve stáří jako změnu schopností než jako jejich úbytek. Schopnosti každého jedince jsou totiž individuálnější než skutečný fyzický věk.⁷

Vzhledem k tomu, že obtíže a problémy spojené se stářím jsou neodstranitelné, v pozdějším věku dochází ke změnám pohybového, fyzického a biologického charakteru. Stejně závazné jsou i sociální důsledky vyplývající nejen ze zdravotních obtíží a individuální situace jednotlivce, ale i z hodnotového systému většinové společnosti, který se v přístupu ke starším lidem mnohdy projevuje negativně. I když je nutno podotknout, že v posledních letech se situace stále zlepšuje.⁸

1.1.1 Biologické změny

Z biologického hlediska dochází k tělesným změnám v našem organismu, které ať už přicházejí dříve či později, jsou nevyhnutelné. Biologické stárnutí představují změny v organismu na fyziologické úrovni, postihují tělesné tkáně a orgány. U každého

⁵ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 12. ISBN 80-7368-110-2.

⁶ MŮHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*, 1. vyd. Praha : Portál, 2009. s. 11. ISBN:

⁷ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha : Portál., 2008. s. 226. ISBN 978-80-7367-368-0

⁸ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 15. ISBN 80-7368-110-2.

jedince mohou probíhat zcela odlišně, neboť proces biologického stárnutí je ovlivněn genetickými dispozicemi a životním stylem každého z nás.⁹

Biologické stárnutí souvisí s pojmem biologický věk a v užším slova smyslu se tímto označují všechny vývojové změny probíhající na organické úrovni. Ve stáří dochází obecně ke změnám, jako je např. opotřebenost všech orgánů, zpomalení metabolismu a pokles biologických adaptačních mechanismů. Autoři zabývající se touto tematikou se dále zmiňují o následujících změnách v organismu:

- úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové
- vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci na zátěžovou situaci
- zpomalení většiny funkcí

Dalším rysem biologického stárnutí bývá atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně.¹⁰

S biologickými změnami jistě úzce souvisí pojmy jako je zdraví a nemoc. Zaměříme-li se na autory vymezující zdraví, můžeme v dostupné literatuře nalézt celou řadu pohledů a názorů. Obecně je definováno zdraví jako soulad biopsychosociálních faktorů, to znamená určitý rovnovážný stav tělesné duševní i společenské pohody člověka. Dále se rovněž předpokládá, že zdravý organismus je schopen vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí. Zdraví tedy představuje určitý, vzhledem k věku, očekávaný a žádoucí stav ucelenosti a integrity lidského bytí.¹¹

To znamená, že zdraví nepředstavuje pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Zdraví je určitým ideálem, ke kterému se lze v nejlepším případě přiblížit nebo jej naplnit. Nejedná se však pouze o oblast individuální, ale o oblast celospolečenskou, neboť zdraví jednotlivce je podmínkou jeho participace na společenských aktivitách a umožňuje uspokojovat jeho potřeby. Zdraví není tedy jen biologickou determinantou, ale i významnou individuální a společenskou hodnotou.¹²

⁹ BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. s. 62. ISBN: 978-80-7357-503-8.

¹⁰ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 2002, s. 19. ISBN: 978-80-247-2169-9.

¹¹ MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011. s. 183. ISBN 978-80-7367-859-3.

¹² BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer ČR., 2010. s. 17-18. ISBN: 978-80-7357-503-8.

Existují faktory, které mohou ovlivňovat zdraví směrem negativním i pozitivním, a lze je stručně shrnout do následujících bodů:

- dědičné genetické faktory
- sociální a ekonomické faktory, které představují například profesní aktivity, vzdělání, bydlení, rodinné zázemí, ekonomickou soběstačnost apod.
- životní styl, kam patří fyzické aktivity, kouření, spotřeba alkoholu, fyzické aktivity, péči o svou osobu a sociální kontakty
- pohlaví, rodové dispozice
- kulturní faktory
- politické faktory

Výše uvedené okolnosti mohou ovlivnit naše zdraví pozitivně, jako např. vhodné bydlení, finanční možnosti k nákupu kvalitních potravin, zaměření na preventivní zdravotnickou péči apod. Rovněž mohou být okolnosti negativní, jako například dědičné předpoklady k různým onemocněním, stres z neuspokojivého pracovního i soukromého života, problémy spojené s nezaměstnaností, s ekonomickou situací s bydlením, nevhodný životní styl, zanedbání péče o svou osobu apod.¹³

Za opak zdraví lze v tom nejobecnějším pojetí označit nemoc. Opět dochází k rozličným výkladům vymezení tohoto pojmu. Definice říká, že se jedná o zjištěnou poruchu zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, a kterou lze určit i klasifikovat s tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými nesnáze. Nemoc je tedy vnímána jako porucha zdraví, která nás přiměje vyhledat služby zdravotnických zařízení. Kromě fyzického omezení má onemocnění i sociální důsledky, jako je například izolace jedince, nemožnost účasti na společenských aktivitách apod. Na základě mezinárodní klasifikace nemocí je ke každé diagnóze přiřazen kód, který je důležitý při stanovení výše úhrad zdravotnických služeb.¹⁴

Nemoci, které by byly charakteristické pouze pro stáří neexistují, přesto je v tomto věku člověk k nemocem náchylnější, a to zejména vinnou oslabeného organismu. Lékaři zabývající se léčbou starších lidí, a pracující v oboru geriatry, se zaměřují na globální léčbu, která se nezaměřuje na léčení jediného orgánu. A to proto, že starý

¹³ BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. s. 16. ISBN: 978-80-7357-503-8.

¹⁴ BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. s. 17-18. ISBN: 978-80-7357-503-8.

člověk trpí více nemocemi najednou. Rovněž se zaměřují důsledněji na celkovou péči, neboť hlavní problémy se odehrávají nejen v rámci každodenních, ale i v rámci dlouhodobějších úkonů. Důležitá v tomto věku je i zvýšená prevence a léčba, která nespočívá pouze v neustálém zvyšování dávek léků.¹⁵

Nyní uvedu několik nemocí, které se na základě dostupné literatury nejčastěji ve stáří vyskytují:

Cévní mozková příhoda: tato nemoc je způsobena zastavením krevního oběhu, a to vinou trombózy a embolie nebo prasknutím cévy s následkem krvácení do mozku. Podle toho, které mozkové centrum má pacient zasažené může ochrtnout na různé části těla nebo utrpět ztrátu paměti, řeči, sluchu, zraku nebo psaní.

Artróza: dochází k poškození a opotřebením kloubní chrupavky, což způsobuje větší či menší bolest při pohybu. Může postihnout všechny klouby a v pokročilém věku je to velmi časté revmatické onemocnění.¹⁶

Arteroskleróza: tato nemoc postihuje tepny a projevuje se kornatěním jejich stěn. Příčinou může být kouření, nadměrné množství cholesterolu, obezita nebo jednoduše stáří.

Šedý zákal: jedná se o onemocnění očí, kdy čočka v oku ztrácí průzračnost a zakaluje se. Každý druhý člověk starší šedesáti let je touto nemocí postižen, postupně se mu vše zamlžuje a ztrácí schopnost číst, řídit auto apod. Šedý zákal se dá ovšem dobře operovat.

Demence: demence vzniká vinou pomalého, ale progresivního poškození mozku, které je bohužel nevratné. Všechny rozumové schopnosti se mění, poškození ničí paměť, řeč, soudnost. Jedna z forem demence je Alzheimerova choroba. Postižený člověk je takzvaně duchem nepřítomen a komunikace s ním může být obtížná, je důležité mít dostatek trpělivosti a přizpůsobit se jeho rytmu.¹⁷

¹⁵ PICHARD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. s 58. ISBN 80-7178-184-3..

¹⁶ BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer ČR., 2010. s. 17-18. ISBN: 978-80-7357-503-8.

¹⁷ MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011. s. 186. ISBN 978-80-7367-859-3.

Deprese: touto nemocí může trpět člověk v jakémkoli věku, se starším věkem se však možnost onemocnění zvyšuje, příčinou může být vážná životní krize, jako je třeba úmrtí nebo nemoc. Depresivní pacienti nemohou jíst, spát, ztrácí zájem o cokoli a může dojít k úporným bolestem. Většinou je nutná léčba antidepresivy s doplňující psychoterapeutickou léčbou.¹⁸

Osteoporóza: při této nemoci dochází k řidnutí kostí a úbytku kostní tkáně. Kosti se stávají křehčími a riziko zlomenin se zvyšuje.

Parkinsonova choroba: tato nemoc se projevuje třesem rukou, svalovou ztuhlostí a nepohyblivostí, střídají se stavy, kdy se pacient může a kdy nemůže hýbat.¹⁹

Výše uvedená citace nejčastějších nemocí je pouze příkladem, v práci nelze obsáhnou všechny formy nemocí a možných zdravotních postižení v seniorském věku. V současné době se na zdravotní postižení nahlíží jako na stav který je charakteristický orgánovou či funkční poruchou, kterou nelze úplně odstranit. Takový stav znamená u postiženého člověka výraznou redukci jeho reálných životních možností a šancí. Často omezuje jeho schopnost pracovat a zasahuje do mnoha dalších stránek ovlivňujících jeho kvalitu života.²⁰

1.1.2 Psychologické změny

Stejně jako dochází k biologickým změnám, dochází také i ke změnám v psychice, neboť obě tyto oblasti spolu úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují. Změny psychiky ve stáří jsou rovněž individuální záležitostí, neboť jsou pod vlivem genetiky, osobnostních rysů jedince či různých životních událostí. Z psychologického hlediska dochází většinou k poklesu vitality, ke snížení tvůrčích schopností nebo ke vzrůstu úzkosti či nejistoty. Ovšem pozitivně lze hodnotit, že u mnoha lidí zůstává nezměněna slovní zásoba, jazykové dovednosti či intelekt a některé funkce mohou vykazovat i zlepšení, jako je

¹⁸MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011.s. 93. ISBN 978-80-7367-859-3.

¹⁹ PICAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. s 59-60. ISBN 80-7178-184-3.

²⁰MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011.s. 186. ISBN 978-80-7367-859-3.

např. vytrvalost, trpělivost, či schopnost úsudku. Na kvalitě psychiky ve stáří se podílí výrazně osobnost člověka a rovněž to, jak je schopen člověk přijmout skutečnost, že stáří je tu a naučit se s ním žít.²¹

Ve smyslových orgánech probíhají změny, které mají vliv na přenos informací a jejich centrální zpracování. Reakce na podněty jsou zpomalené a někdy nepřiměřené konkrétní situaci, rovněž dochází k většímu množství úrazů a to vše může mít negativní dopad i na duševní zdraví starého člověka. Může docházet k postupnému odpoutávání se od reality, omezení činnosti může mít na vině depresivní stavy a pocity nudy, z čehož může vyústit pocit nejistoty a strachu.²²

Rovněž intelektuální schopnosti mohou vykazovat pokles, ovšem v této oblasti lze zhoršování poměrně úspěšně oddálit stálým posilováním a aktivní intelektuální činností. Na místě je zejména zájem o aktuální údaje z okolního světa, ve kterém senior žije a rovněž snaha o všeobecnou informovanost.²³

Emoční oblast nezůstává rovněž beze změn a dochází k emoční labilitě. Senioři bývají často citově nestálí a své emoční problémy hůře ovládají. Běžně od okolí čekají větší míru náklonnosti a porozumění neboť jsou citově zranitelnější. Rovněž dochází ke změně ve stupnici hodnot. Od materiálních hodnot se zájem přesouvá na hodnoty duchovní.²⁴

V důsledku všech změn, které u stárnoucího člověka nastávají, musí zákonitě docházet také ke změnám osobnosti. V některých případech se může vlivem změny celé struktury osobnosti i výrazně proměnit její chování. Starý člověk se mění, příliš nerozumí našim požadavkům a našemu chování. Nás naopak dráždí svou pomalostí a svými zestárlými a konzervativními názory. Tento děj však nemusí nastat pouze nevyhnutelným procesem stárnutí. Může být např. také pouhou reakcí na novou životní

²¹ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s 25. ISBN 80-7368-110-2.

²² JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s 27. ISBN 80-7368-110-2.

²³ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s 27-29. ISBN 80-7368-110-2.

²⁴ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s 30. ISBN 80-7368-110-2.

situaci. Proměna těchto vlastností probíhá v rámci celé psychosomatiky. Nejvýraznější změny můžeme zaznamenat v oblasti dvou protikladných pojmů, extraverte a introverze, dále v oblasti přátelskosti anebo přístupnosti novým zážitkům. Většina seniorů se stává uzavřenějšími a nechtějí do svého světa nikoho a nic nového pustit.²⁵

1.1.3 Sociální změny

V sociální oblasti jsou důležité vztahy a vazby s ostatními lidmi. Aby člověk tzv. zdravě stárnul, je velmi důležitá kvalita mezilidských vztahů. Samota a osamělost má vliv jak na kvalitu prožívaného života tak i na délku. Radost a smích je ten nejlepší lék.²⁶

Sociální stáří provází několik změn, je to zejména odchod z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Kdysi se toto období považovalo za neoficiální bránu stáří, neboť s ukončením profese se mění sociální role seniora a společenská prestiž člověka. Starobní důchodce byl někdy společností vnímán jako méněhodnotný či méněcenný.²⁷

Označení starý člověk se zejména v minulosti zakládalo především na konvencích společnosti, která považuje za starého toho jedince, který má v návaznosti na kalendářní věk nárok na starobní důchod. Z této situace vznikala mnohdy mylná představa nejen okolí, ale i důchodce, že je již v životě k ničemu. Přitom mnozí jedinci v tomto věku disponují značnými fyzickými i kognitivními rezervami. Toto období má však i určité výhody, svému okolí můžeme předávat životní moudrost, získané zkušenosti nebo jistou vyrovnanost.²⁸

²⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. s. 347-349. ISBN 978-80-246-1318-5.

²⁶ ROBBINS JOHN. *Healthy at 100*. 1 vyd. Randan House, 2006. 384 p. ISBN 978-1400065219.

²⁷ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta., 2006. s 30. ISBN 80-7368-110-2.

²⁸ SÝKOROVÁ, D. a CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. s.47. ISBN 80-7326-026-3.

V dnešní době je však situace úplně odlišná i proto, že se doba odchodu do penze stále posouvá a lidský věk se prodlužuje. Současná mladá generace půjde do penze až po dosažení sedmdesáti let.

S vyšším věkem rovněž nastávají změny sociálních rolí jako je například postavení v rodině, či již zmíněný odchod do důchodu spojený s ukončováním aktivit v zaměstnání. Dále narůstá možnost ztráty partnera a rovněž ztráty soběstačnosti v souvislosti se zhoršeným fyzickým a psychickým stavem. Strach z osamělosti a opuštěnosti se přirozeně ve stáří zvyšuje. Rovněž musí starý člověk čelit tzv. generační osamělosti neboť mu umírají jeho vrstevníci. Všechny tyto aspekty mohou být ještě ke všemu umocněny představami seniorů, že většina lidí ve společnosti má tendenci segregovat závislé seniory tak, aby péče o ně byla co nejméně zatěžující.²⁹

Pomocť v této situaci mohou jistě dobré mezilidské vztahy a především funkční rodina seniora. Kladné rodinné vztahy působí pozitivně proti osamělosti a depresím ve stáří, kontakty s dětmi a vnoučaty jsou významným zdrojem citového uspokojení.

1.1.4 **Potřeby seniorů**

Potřebu vyvolává nedostatek něčeho, co člověk ke svému životu potřebuje nebo chce. Nejdůležitější jsou tzv. primární potřeby, které zahrnují například potřebu potravy, vylučování nebo odpočinku. Splnění těchto potřeb je nutné k zabezpečení života u všech lidí, tedy u postižených občanů v seniorském věku.³⁰

Maslow vytvořil hierarchickou teorii potřeb, kterou si nyní představíme. Jde o potřeby fyziologické, potřebu bezpečí, sociální, uznání a sebeúcty, a sebeaktualizace. **Fyziologické** potřeby, jak už sám název napovídá, jsou potřeby našeho těla, které nemusí mít psychickou odezvu. Jde například o potřebu spánku, hygieny, výživy, vylučování, dýchání apod. Potřeba **bezpečí** je důležitá při jakémkoli životním nebezpečí

²⁹ SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. s. 146. ISBN 978-80-7367-691-9.

³⁰ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 48. ISBN 80-7368-110-2.

nebo ohrožení. **Sociální** potřeby se vyznačují touhou být milován a někam patřit. Nutnost patřit do nějaké sociální skupiny je velmi důležitým prvkem celé sociální oblasti v životě člověka. Další potřeba se projevuje potřeba **uznání a sebeúcty**, která vzniká hlavně v situacích, které jdou proti nutnosti všeobecného uznávání jejich osoby. Poslední potřebou je **sebeaktualizace**. Ta se projevuje snahou o naplnění života a nalezení jeho smyslu.³¹

Stárnoucí člověk se cítí čím dál tím více ohrožován a musí se smířit s postupnou ztrátou schopnosti se o sebe postarat, což většina lidí nese velmi těžce. Do popředí tak vystupuje zejména potřeba jistoty a bezpečí.³²

M. Vágnerová píše rovněž o potřebách v tomto věku a o relativně nízkém stupni potřeby stimulace u lidí v pozdním stáří. Přesto poukazuje i na menší část populace, která v tomto věku zažívá pocit deprivace z malého množství stimulačních podnětů a jednotvárnost jejich života je ubíjí. Velkou hodnotu v této oblasti mívá činnost, která preventivně zamezuje prožívání nepříjemných pocitů. Lidé dělají něco proto, aby nemysleli na něco jiného. Další potřebu, kterou také autorka zdůrazňuje, je potřeba citové vazby, ale se zachováním své autonomie. Potřeba sociálního kontaktu, zvláště pak úzké citové vazby s blízkou osobou, je v tomto období, jak už bylo řečeno, velmi silná. Důležitost potřeby akceptace a uznání vidíme ve snaze stále dělat něco užitečného nebo si vymáhat pozornost.³³

³¹ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 35. ISBN 80-7368-110-2.

³² JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 32-33. ISBN 80-7368-110-2.

³³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. s. 318. ISBN 978-80-246-1318-5.

1.2 Sociální služby a jejich význam pro rodiny s nesoběstačným seniorem.

Definice sociálních služeb lze vyjádřit ve dvou úrovních. Buď jako forma sociální pomoci prostřednictvím činnosti určité instituce ve prospěch jiné osoby, nebo jako sociální práce ve prospěch lidí v nouzi.

Vzhledem k tomu, že v dnešní moderní společnosti jsou mezigenerační vazby v rodině, stejně jako vnitřní solidarita oslabeny, odpovědnost již neleží pouze na rodině, ale i na společnosti. Posilováním a rozšiřováním organizací poskytujících sociální služby dochází k zabezpečení seniorů nejen zdravých, ale i tělesně a duševně postižených. Dle platných zákonů se sociální službou rozumí činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc nebo podporu osobám v nepříznivé životní situaci. Touto situací je myšleno oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku nebo nepříznivého zdravotního stavu³⁴.

Sociální služby jsou tedy zaměřeny na skupinu osob, která je nějakým způsobem společensky znevýhodněná. Cílem sociálních služeb je zlepšení kvality života těchto osob, případně v co možná maximální míře začlenění do společnosti. Na druhé straně se snaží i určité skupině osob, např. pečující rodině, jejich situaci ulehčit. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak skupiny, do nichž jejichž klient patří.³⁵

Sociální služby v užším pojetí jsou v současnosti v naší republice součástí státního systému sociálního zabezpečení. Z legislativního hlediska patří do oblasti tzv. sociální pomoci, která kromě sociálních služeb zahrnuje také finanční a věcné dávky. Jednoduše řečeno sociální služby chrání postižené tím, že v jejich prospěch něco konají. Poskytují je veřejnoprávní nebo soukromoprávní organizace. Zařízení, které poskytují sociální služby většinou nejsou finančně soběstačné, mají tedy svého zřizovatele. V resortním pojetí to bývají obce nebo kraje a financování zařízení je částečně kryto z jejich rozpočtu. Zřizovatelem mohou být rovněž nestátní neziskové organizace, které mohou dostávat dotace na svou činnost s veřejných rozpočtů obcí a krajů.³⁶

³⁴ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

³⁵ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha : Portál, 2008, 9 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

³⁶ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha : Portál, 2008. s.11-12. ISBN 978-80-7367-368-0.

1.2.1 Kategorizace sociálních služeb

V návaznosti na novou právní úpravu rozlišujeme i jiné dělení sociálních služeb, a to na tři základní druhy a formy:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence³⁷

Sociální poradenství představuje poskytování potřebných informací, které vedou k řešení nějaké nepříznivé sociální situace. Zahrnuje základní a odborné sociální poradenství. Základní poradenství poskytuje lidem potřebné informace k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na konkrétní sociální skupiny, například je klientům poskytováno v občanských, manželských nebo rodinných poradnách.³⁸

Služby sociální péče jsou pro potřeby mé práce stěžejní, neboť představují pomoc osobám při zajištění jejich psychické a fyzické soběstačnosti. Ke snížení soběstačnosti dochází z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Patří sem celá řada různých forem péče a s nimi spojených aktivit. Já se ve své práci zaměřím na osobní asistenci a pečovatelskou službu. Jejich účelem je zejména napomáhat hendikepovaným osobám při zajištění jejich fyzické a psychické soběstačnosti a při zapojení těchto osob do běžného života společnosti.³⁹

Služby sociální prevence pomáhají osobám ohroženým vlastní krizovou sociální situací, která vede ke konfliktu ve společnosti. Do této oblasti patří nežádoucí společenské jevy jako je například trestní činnost či různé druhy závislostí.⁴⁰

Každá ze zmíněných služeb je jasně definovaná zákonem a je poskytována ve třech základních formách, jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby nabízejí klientům ubytování v zařízeních k tomu určených (domovy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory, azylové domy apod.). Ambulantní služby jsou takové

³⁷ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

³⁸ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

³⁹ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

⁴⁰ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

služby, za kterými osoba sama dochází nebo je tam doprovázena. Součástí této služby není ubytování, (centra denních služeb, denní stacionáře, centra sociálně rehabilitačních služeb apod.). Terénní služby jsou poskytovány klientům v jejich přirozeném sociálním prostředí, v jejich domově (pečovatelská služba, osobní asistence).⁴¹

Ve své práci se nadále zaměřím na konkrétní kategorii, a tou jsou sociální služby vhodné pro nesoběstačné osoby v seniorském věku.

1.2.2 Sociální služby pro seniory

Počet starých osob ve vyspělých zemích stále stoupá, proto stoupají i nároky na ekonomické a lidské kapacity, které mají za úkol zabezpečit přiměřenou úroveň péče. Je proto přirozené, že podstatná část prostředků investovaná do sociální péče je investována na sociální služby starým občanům.

Jde o služby podporující soběstačnost klientů zabezpečením základních životních potřeb, zejména zajištění stravy, bydlení, hygieny a kontaktů se společenským prostředím. Hlavním účelem sociálních služeb je posílit soběstačnost osob, která byla oslabena zhoršováním zdravotního nebo psychického stavu. Sociální služby se poskytují buď v domácnostech, nebo mimo domácnosti.⁴²

1.2.3 Institucionální ústavní péče

Dříve byla tato péče, ať již zdravotní či sociální, velmi vítaná neboť nebylo příliš mnoho možností jak se starat o staré a nemocné lidi v domácím prostředí. Institucionální péče byla pro řadu let budována s předpokladem, že dojde k zajištění dostatečného počtu lůžek, které vyřeší problémy starých lidí. Počet starých lidí však stále narůstal a poskytnout jim pouze touto formou veškerou péči z hlediska

⁴¹ PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Aspi, 2007. s. 64-67. ISBN 978-80-7357-255-6.

⁴² MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 202. ISBN 978-80-7367-368-0.

zdravotního, ekonomického, sociálního i lidského se stalo nemožné. Problematika péče o staré lidi nelze řešit pouze umístěním těchto osob do zařízení k tomu určených. Kromě kapacitních důvodů přináší pouze ústavní péče i další problémy. Vážným problémem starých lidí je pocit izolace a odloženosti. Tento pocit je však zbytečný, neboť stáří patří k životu a staří lidé patří do společnosti. Rovněž zde hraje roli stres, který může vyvolat u starého člověka změna prostředí. Starší lidé případným přestěhování a zvykáním si na nové prostředí mnohdy velmi strádají. Bylo tedy třeba hledat nové, efektivnější a účelnější formy péče.⁴³

Lze definovat několik typů pobytových zařízení, jejichž účelem je péče o staré lidi. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Zařízení s označením „**Domov pro seniory**“ poskytuje klientům ubytování a stravu, úklid, praní, žehlení a základní zdravotnickou péči. Rovněž poskytuje řadu sociálních kontaktů a další sociálně terapeutické a aktivizační činnosti.

Do této kategorie patří dále „**Domovy s pečovatelskou službou**“, kde má senior k dispozici byt, v němž je v pronájmu a jsou mu dostupné pouze ve všední dny ty služby, které si objedná. Posledním typem jsou domovy-penziony pro důchodce, poskytující byt naprosto soběstačným klientům.

„**Domovy se zvláštním režimem**“ jsou pobytová zařízení přizpůsobené specifickým potřebám osob, které jsou z důvodu chronického duševního onemocnění, jako je např. stařecká demence nebo Alzheimerova choroba, odkázáni na pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.⁴⁴

Nestátním zdravotnickým zařízeními jsou „**Hospice**“, které fungují na principu paliativní medicíny. Činnost těchto zařízení je zacílená nejen na potřeby umírajícího, ale také na ulehčení situace jeho rodině a blízkým, a to nejen v období umírání, ale i v době po úmrtí pacienta.⁴⁵

⁴³ HAŠKOVCOVÁ, H. et al. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Pyramida, 1990. s.338-340. ISBN 80-7038-158-2.

⁴⁴ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

⁴⁵ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

„Léčebny dlouhodobě nemocných“ jsou nemocniční zařízení, kde jsou vzhledem k nedostatečné kapacitě navazujících ústavních služeb hospitalizováni pacienti se závažným zdravotním postižením a nedostatečným sociálním a rodinným zázemím.⁴⁶

Dostaneme-li se do situace, kdy někdo z našich blízkých není již zcela plně soběstačný není nutné využít výše zmíněných zařízení. Je možné zde člověka hospitalizovat pouze na přechodnou dobu, než přizpůsobíme organizační, prostorové, rodinné a sociální podmínky domácí péči. Je přirozené, že v dobře fungující rodině a mezi svými blízkými se hendikepovaný člověk bude cítit pochopitelně nejlépe. Rozhodneme-li se tedy pro péči o postiženého člověka v domácím prostředí, je možné využít i formu ambulantních služeb.

1.2.4 Domácí péče v rodině

Základní společenskou jednotkou celá staletí zůstává rodina, ovšem postupem let se rodinná hierarchie značně změnila. Ve společné domácnosti žijí většinou společně pouze rodiče a jejich děti. V minulosti bylo přítomné běžné, a to zejména ve vesnicích, soužití tří i více generací pohromadě. Kromě jiných funkcí, byla běžná péče o staré rodinné příslušníky.⁴⁷

V dnešní době nejen že mladí lidé chtějí žít samostatně, ale i velké procento důchodců si nepřeje žít společně s rodinami svých dětí. Důvodem může být touha po klidu a nezávislosti, nebo obava z možných konfliktů vyplývajících se vzájemného soužití. Přesto s přibývajícemi fyzickými či psychickými obtížemi většina seniorů očekává a nárokuje pomoc od svých nejbližších. Člověk, který se celý život učí být nezávislý musí nakonec ve stáří přijmout realitu své závislosti na okolní pomoci. Skloubit požadavky nesoběstačných osob s možnostmi mladých lidí nebývá jednoduché. Povinnost dětí poskytnout péči svým nemocným rodičům či prarodičům je založena především na morálních hodnotách každého člověka, nejedná se o povinnost

⁴⁶ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. s. 90. ISBN 978-80-7367-310-9.

⁴⁷ GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno : Era, 2006. s. 135-144. ISBN: 80-7366-057-1.

zákonnou. Tradiční model rodiny se rozpadl a nový ve smyslu integrace hendikepovaných seniorů do rodin nebyl stále vytvořen. Většina lidí bohužel spoléhá na institucionální zdravotnickou či sociální péči.⁴⁸

Nelze ovšem vždy vykonat pro naše blízké to, co si přejeme, chybí-li k tomu podmínky. Kvalita života je vždy ovlivněna prostředím ve kterém žijeme a u seniorů to platí dvojnásob, zejména je-li jejich soběstačnost omezena. Obytný prostor seniora, který s námi žije ve společné domácnosti musí být uzpůsoben tak, aby zajistil soukromí a zároveň umožnil potřebné sociální kontakty. Stejně jako v exteriéru, tak i v uvnitř bytu je důležité, aby byl prostor bezbariérový v případě tělesného omezení. Senior tak může používat chodítko, nebo invalidní vozík.⁴⁹

Základní jednotkou při péči o starého či nemocného člověka by měla být rodina, neboť když se situace vyvíjí nepříznivě a náš bezpečný svět se ocitne v ohrožení obrátíme se obvykle ke své rodině, od níž očekáváme pomoc. Sociální kontakty ve svém rodinném prostředí jsou velmi potřebné. Ač se zdá, že při péči o nemocného je na předním místě fyzický kontakt, hodnoty skutečných mezilidských vztahů, jsou-li pozitivní, mohou vykonat zázraky. Tak tomu může být nejen v rodině, ale i u ostatních pečujících osob, které přijdou s nemocným člověkem nebo seniorem do styku, například formou různých služeb sociální péče.⁵⁰

Pro potřeby mé práce se v následujících kapitolách zaměřím na ty oblasti sociálních služeb, které může využít rodina, jenž se rozhodla pro péči o postiženého seniora v domácím prostředí.

I rodina, která je schopná velkou část s tímto spojených povinností zvládat sama, má možnost využít nabídku k tomu určených služeb, dostupných v místě bydliště. Kvalitní služby sociální péče jsou pro rodinu velmi významné, neboť jsou flexibilní, účelné a mohou sloužit i při zavádění určité formy paliativní ošetrovatelské péče do domácího prostředí s těžce nemocným člověkem. Spolupráce s ošetřujícími lékaři pacienta by při tom měla být samozřejmostí.⁵¹

⁴⁸ HAŠKOVCOVÁ, H., et al. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha : Pyramida, 1990. S. 227. ISBN 80-7038-158-2.

⁴⁹ GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno : Era, 2006. s. 135-144. ISBN: 80-7366-057-1.

⁵⁰ GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno : Era, 2006. s. 153. ISBN: 80-7366-057-1.

⁵¹ KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010, s. 32. ISBN: 978-980-904516-4-3.

Nabídka těchto služeb, jejich účel, poslání a cíle, stejně tak jako konkrétní práce jednotlivých sociálních pracovníků probíhají vždy v souladu s platnými právními předpisy a aktuální legislativní úpravou.⁵²

1.2.5 Sociální služby v legislativním rámci

Právní úprava sociálních služeb prošla dlouhým vývojem a celou řadou změn, zejména od roku 1989 až po současné legislativní zakotvení. Nový zákon o sociálních službách, společně s dalšími doprovodnými předpisy, přinesl očekávanou změnu v systému sociální péče. Poskytování sociálních služeb v České republice je vymezeno zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006. Dle těchto předpisů má každá osoba nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství, které umožní řešení nepříznivé sociální situace. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc potřebným občanům musí vycházet z individuální situace a potřeb každého jedince a musí podporovat rozvoj jejich samostatnosti. Měla by je motivovat k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé životní sociální situace, ale naopak k jejímu zlepšování. Rovněž by nutně měla posilovat jejich sociální začleňování.⁵³

Vzhledem k tématu mé práce se konkrétněji zaměřím na sociální oblast, která souvisí s péčí o starší hendikepované občany, kteří ztrácejí svou soběstačnost a potřebují v menší či větší míře péči druhé osoby. Osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby se poskytuje finanční podpora tzv. „Příspěvek na péči“ a v oblasti konkrétní pomoci prostřednictvím služeb sociální péče se jedná především o „Pečovatelskou službu“ a „Osobní asistenci“.

⁵² KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. s. 53. ISBN: 978-980-904516-4-3.

⁵³ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 39. ISBN 978-80-7367-310-9.

1.2.5.1 Příspěvek na péči

V souvislosti se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vešla v platnost poměrně nová sociální dávka, která představuje zcela odlišný způsob financování. Dávka je určena především k úhradě základních činností. Poskytuje se klientům, kteří jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu hodnoceny jako osoby, jež potřebují od někoho jiného pomoc při zvládnání běžných životních úkonů a k zajištění soběstačnosti. Nárok na příspěvek má tedy osoba, která z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby, a to při zvládnání základních životních potřeb. Příspěvek je poskytován ve čtyřech úrovních na základě stupně závislosti na jiné osobě. Závislost je definována jako lehká, středně těžká, těžká nebo úplná. Míra této závislosti se posuzuje na základě lékařského a sociálního vyšetření. Příspěvek je vyplácen přímo žadajícím osobám, ovšem má se stát i výraznou pomocí zejména pro pečující rodinné příslušníky. Změna je patrná také v tom, že není omezena výdělečná činnost pečujících osob, jak tomu bylo dříve.⁵⁴

Cílem zavedení příspěvku na péči je zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení péče o vlastní osobu, sjednocení možností pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytujícími péči, zvýšení spoluúčasti občana při řešení jeho tíživé situace a nastartování procesu individualizace péče.⁵⁵

Náklady na příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Finanční částka tohoto příspěvku je určena na pokrytí zvýšených životních nákladů spojených s potřebnou péčí. Předpokládá se však, že k úplné úhradě potřeb budou využity i jiné zdroje, např. starobní důchod, úspory apod.⁵⁶

1.2.5.2 Pečovatelská služba

⁵⁴ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

⁵⁵ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

⁵⁶ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které nejsou již plně soběstačné, a to z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Rozdíl mezi pečovatelskou službou a níže zmiňovanou osobní asistencí je ten, že osobní asistence je více zaměřena na osobní dohled a doprovod a pečovatelská služba zajišťuje zejména základní životní potřeby osob a chod domácnosti. V současnosti je pečovatelská služba nejvíce rozšířenou péčí, poskytuje se ve vymezeném čase nemocným lidem či seniorům, v jejich domácím prostředí nebo v zařízeních sociálních služeb.⁵⁷

Účel této služby spočívá v péči o klienty na základě zajištění následujících úkonů:

Pomoc při péči o vlastní osobu: pomoc při svlékání a oblékání, pomoc při pohybu a prostorové orientaci uvnitř bytu či pomoc při přesunu na lůžko či vozík.

Osobní hygiena: pomoc při běžném mytí či koupání, pomoc při péči o údržbu vlasů a nehtů a pomoc při používání toalety.⁵⁸

Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy: zajištění stravy odpovídající zásadám zdravé výživy a potřebám dietního stravování a její donáška či dovoz. Rovněž pomoc při přípravě stravy a jejím podávání.⁵⁹

Podpora a pomoc při zajištění chodu domácnosti: běžný úklid a zajištění pomoci s domácími pracemi, praní a žehlení, nákupy apod.⁶⁰

Souhrnem lze říci, že pečovatelská služba pomáhá svými úkony zvládnout péči o sebe a o svou domácnost občanům chronicky nemocným nebo nějakým způsobem zdravotně postiženým. Z toho vyplývá, že nejpreferovanější úkony bývají většinou činnosti ohledně zajištění stravy a hygieny, jako jsou dovozy jídel a pomoc při osobní hygieně a úklidu domácnosti.⁶¹

Autoři zabývající se touto problematikou vidí obecný problém v zaměření pečovatelské služby na konkrétní dílčí činnosti a konkrétní úkony, přičemž se postrádá

⁵⁷ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

⁵⁸ SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2008. s.103-104. ISBN – 978-80-7357-316-4.

⁵⁹ SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: ASP., 2008. s.103-104. ISBN – 978-80-7357-316-4.

⁶⁰ SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha : ASPI, 2008. s.103-104. ISBN – 978-80-7357-316-4.

⁶¹ SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha : ASPI, 2008. s.103-104. ISBN – 978-80-7357-316-4.

snaha o komplexní zhodnocení klientovy situace a plánování následné péče. Částečně to souvisí i s kvalifikací pracovníků. Celkové složení týmu, kvalifikace jednotlivých členů, jejich vzdělávání, délka praxe a spolupráce s členy rodiny to vše je při poskytování péče v přirozeném prostředí pacienta velmi důležité.

Pečovatelskou službu mohou využívat nejen senioři bydlící o samotě, ale i ti, kteří bydlí společně s ostatními rodinnými příslušníky. Pracovníci pečovatelské služby mohou rodině pomoci např. s jednotlivými úkony nebo zajistit péči o seniora v době nepřítomnosti rodinných příslušníků.

1.2.5.3 Osobní asistence

V naší společnosti pracovaly i před novou legislativní úpravou svépomocné skupiny pro rodiny pečující o seniory, které mohly úspěšně převzít část zátěže při péči o starého člena rodiny. V souvislosti s tímto můžeme již tenkrát hovořit o tzv. službě osobní asistence, kterou poskytovaly některé neziskové organizace. Jednalo se o formu služby, která se rozvíjela od roku 1989. Asistent se vzděláním či vyškolením v oboru pomáhal lidem s postižením při zvládnání různých úkonů každodenního života. Asistent převzal úlohu manažera péče, udržoval podpůrné vztahy a zprostředkoval mu další služby. Osobní asistence bývá kombinována s dalšími službami, jako např. s podporovaným bydlením. Tato činnost je podobného typu jako pečovatelská služba, je však rozšířena o doprovázení klienta při různých volnočasových aktivitách, jako např. na různé schůzky, úřední jednání, při cestách apod.⁶²

Nová legislativní úprava definuje osobní asistenci jako terénní službu, která je určena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Jedná se o osoby jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Na rozdíl od pečovatelské služby se tato služba poskytuje bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí.⁶³

⁶² MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 92. ISBN 978-80-7367-310-9.

⁶³ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

Osobní asistence je určena těm osobám, které nejsou již úplně soběstačné, z důvodu věku, onemocnění nebo zdravotního postižení. Je poskytována tedy zejména seniorům a osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Přeje-li si to klient, je poskytována časově neomezeně, podle jeho individuálních potřeb. Zpravidla to bývá převážnou část dne, a to zejména při činnostech, u kterých to klienti sami vyžadují. Znamená to, že uživatelé si sami určují, jakou péči a v jakém časovém rozvrhu potřebují. Asistence je plně hrazená klientem a může být poskytována samostatně žijícím klientům nebo může být i kombinována s péčí rodinných příslušníků. Ideálním cílem je to, aby tato služba umožnila člověku se závažným zdravotním postižením žít ve vlastním domácím prostředí takovým životem, který představuje běžný standart nebo se k němu aspoň blíží. Jejím posláním je rovněž umožnit klientovi v závěrečné fázi případné smrtící choroby zemřít doma ve spolupráci s rodinou.

Práce osobního asistenta spočívá v tom, že zabezpečuje ty činnosti, které klient z důvodu určitého hendikepu nemůže vykonávat. Osobní asistent se zabývá činnostmi a úkony, které jsou pro klienta důležité. Jsou to zejména:

Pomoc při péči o vlastní osobu: jedná se o činnosti spojené s podáváním jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání, pomoc při pohybu a prostorové orientaci v bytě nebo pomoc při přesunu na lůžko či vozík.

Pomoc při osobní hygieně: znamená především spolupráci a pomoc při běžných každodenních hygienických úkonech a při použití toalety

Pomoc při zajištění a podávání stravy: jedná se o pomoc při přípravě stravy a nápojů a rovněž případná pomoc při jejich podávání

Pomoc při zajištění chodu domácnosti: představuje především pomoc s úklidem a údržbou bytu a osobních věcí rovněž pomoc při zajištění s tím souvisejících nákupů a pochůzek

Různé výchovné, volnočasové a aktivizační činnosti a zprostředkování kontaktů se společenským prostředím: zde mají místo například aktivity, které podporují socializační začleňování osob, upevňování vztahů či budování nových, upevnění kontaktů s rodinou apod. Rovněž doprovázení k lékaři a k různým zájmovým

a volnočasovým aktivitám, k orgánům a institucím poskytujícím různé veřejné služby, pomoc při obstarávání osobních záležitostí.⁶⁴

Z uvedeného vyplývá, že osobní asistence je komplex služeb, jejichž cílem je pomoci svému klientovi zvládnout ty samé úkony, které by zvládal sám, kdyby se neocítl z důvodu věku nebo zdravotního stavu v nepříznivé situaci.

Osobní asistence nabývá na významu a její dostupnost se postupně zvyšuje. V případě zájmu je třeba se obrátit na organizace, které tento typ služeb poskytují.

1.2.5.4 Další formy sociální pomoci

Seniorům žijícím ve vlastních bytech je dále poskytována služba, která se nazývá podpora samostatného bydlení. Jedná se o pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Na tyto aktivity volně navazují „**Centra denních služeb pro seniory**“, jejichž síť se v posledních dvaceti rovněž rozšířila. Poskytují ambulantní služby osobám a různé druhy programů osobám, které mají sníženou soběstačnost. Některá tato centra zajišťují např. dovoz a rozvoz klientů, což je velkým přínosem jak pro pečující rodinu, tak pro samotného uživatele této služby.

Příležitostnou pomocí mohou být rovněž „**Denní a týdenní stacionáře**“, které poskytují buď ambulantní nebo pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, jejich situace vyžaduje pomoc další osoby.⁶⁵

Neziskové organizace zaměřující se na služby pro staré lidi dále zajišťují služby úlevové péče, která spočívá buď v tom, že v domácím prostředí, kde starý člověk s rodinou žije, přijde asistent, který ho např. několik hodin hlídá, nebo je o klienta postaráno určitou část dne v nějakém zařízení.⁶⁶

⁶⁴ SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2008. s. 102. ISBN – 978-80-7357-316-4.

⁶⁵ Zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

⁶⁶ ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 103. ISBN: 978-80-262-0027-7.

Ostatní zařízení nabízející pomoc nesoběstačným osobám jsou zejména pobytového charakteru a jsou uvedena v předcházející kapitole (kap. 1.2.3.).

1.3 Význam služeb sociální péče pro rodiny s nesoběstačným seniorem

V každé rodině může dojít k situaci, že se některý z jejích členů stane závislým na pomoci ostatních. Tato nesoběstačnost se může projevovat v oblasti fyzické, psychické, ekonomické, sociální nebo právní. Většinou se jedná o kombinaci více možností. Závažným faktorem, který podmiňuje nesoběstačnost, bývá nepříznivý zdravotní stav v důsledků involučních procesů stáří. Proto ve spolupráci s rodinou bývá lékař často první kvalifikovanou osobou, která může rozpoznat hrozící riziko nesoběstačnosti a zajistit potřebnou pomoc.⁶⁷

Služby sociální péče jsou aktivity, které může využít každý z nás, nastane-li skutečnost, v důsledku které se dostaneme do nepříznivé životní či sociální situace. Pokud se nám něco takového přihodí, je přirozené si přát, aby služba byla zajištěna důstojně, na profesionální úrovni a s respektem k naší osobnosti a lidským právům. A v tom spočívá význam pečovatelské služby i osobní asistence.⁶⁸

Ocitne-li se rodina v situaci, kdy se některý s jejích členů stává z různých důvodů nesoběstačný, je nucena tuto situaci řešit. Buď využije možnosti institucionálních pobytových zařízení nebo se přikloní k domácí péči. V tomto případě rodina obvykle využívá dostupných služeb sociální péče, pro řešení její situace je nejvhodnější většinou pečovatelská služba či osobní asistence. Poskytovatel těchto služeb má jasně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady své činnosti. Z toho vyplývá, že klient by neměl mít problém se v nabízených službách zorientovat. Měla by být i jasná představa pečujících osob, pro kterou cílovou skupinu klientů je tato péče určená a tato skupina klientů by měla být v souladu s odborností, vzděláním a schopnostmi personálu.

⁶⁷ ARNOLDOVÁ, A. *Výbrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 22. ISBN 80-246-0197-4.

⁶⁸ ARNOLDOVÁ, A. *Výbrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 24. ISBN 80-246-0197-4.

Skupina uživatelů se obecně určí v souladu se zákonem o sociálních službách jako senioři nebo osoby se zdravotním postižením nebo osoby v nepříznivé sociální situaci.⁶⁹

Souhrnem lze říci, že se jedná o osoby, které potřebují pomoc či podporu buď v části nebo ve většině svých každodenních úkonů. Vzhledem k tématu mé práce budeme za cílovou skupinu považovat seniory se sníženou schopností soběstačnosti a sebeobsluhy v základních životních dovednostech.⁷⁰

Vzhledem k platným zákonům o sociálních službách by rodina neměla mít problém si z této nabídky vybrat. Pro rodiny s nesoběstačným seniorem je vhodná služba typu osobní asistence nebo pečovatelská služba. Poskytovatel těchto služeb vytváří takové podmínky, aby osoby kterým je služba poskytována mohly uplatňovat svá vlastní rozhodnutí při řešení nepříznivé životní situace. Poskytované služby by měly být bezpečné, odborné a zejména by měly respektovat důstojný život klientů.⁷¹

Velkým významem služeb sociální péče se dá v nejobecnější rovině považovat uplatňování vlastní vůle klienta. Tato zásada by měla být prioritou každé sociální služby. V praxi to znamená, že povinností poskytovatele je informovat klienta o jeho právech možnostech a zároveň skutečně znát vůli a přání nesoběstačného seniora. Pokud je tento člověk z jakýchkoli důvodů omezen ve schopnosti verbální komunikace, musí využít jiné prostředky jako například neverbální komunikaci, pozorování či diskusi s rodinnými příslušníky, kteří seniora dobře znají a u nichž je patrné, že mají zájem na jeho maximální spokojenosti. Bohužel někdy nastanou takové okolnosti, že pracovníci pečovatelské služby či osobní asistence musí jednat v rozporu s přáním klienta, a to například jedná-li se o zdravotnické či hygienické návyky seniora. Nebo dojde-li k situaci, že by svým jednáním ohrožoval zdraví, svůj život nebo život dalších osob.⁷²

Za významné lze rovněž považovat, že i během služeb osobní asistence či pečovatelské služby má senior právo a možnost svobodně rozhodovat o sobě a o svých

⁶⁹ SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2008. s. 88. ISBN – 978-80-7357-316-4.

⁷⁰ ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 22. ISBN 80-246-0197-4.

⁷¹ ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 79. ISBN: 978-80-262-0027-7.

⁷² KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. s. 112. ISBN: 978-980-904516-4-3.

záležitostech. V situaci, kdy je nějakým způsobem hendikepovaný člověk omezen, je pro něj pocit svobody a do jisté míry nezávislosti velice důležitý. Samozřejmě, že situaci je nutno posuzovat individuálně. Například člověk s lehčím mentálním postižením je schopen rozhodovat o běžných záležitostech každodenního života. Člověk s těžším postižením sotva dokáže rozhodnout o zdánlivých maličkostech, např. co si dá k pití nebo jídlu, co si obleče. I tato jednoduchá rozhodnutí mají pro něj hluboký sociální význam, neboť mu tím dáváme najevo, že na jeho názoru a přání stále záleží.⁷³

Základní občanská a lidská práva jsou zakotvena ve významných dokumentech, jako je například „Ústavní listina práv a svobod“. Základní lidská práva a svobody vymezují prostor, v němž může jednat člověk na základě svobodné vůle. Jsou to například: právo na ochranu soukromí, právo na ochranu osobního a rodinného života, právo na důstojné zacházení, právo vzdělání, právo vlastnit majetek, právo na léčbu se souhlasem. Z toho jasně vyplývá, že i osobám odkázaným na pomoc a podporu druhých, přísluší stejná práva jako zdravému občanovi. Význam služeb sociální péče je v tom, že tato práva jsou jejich činnostmi naplňována.⁷⁴

Základní lidská práva v rámci osobní asistence nebo pečovatelské služby můžeme rozdělit do několika oblastí:

- Osobní svoboda a svoboda pohybu

Jedná se například volbu místa pobytu, svobodu pohybu, možnost volby a rozhodování o svém čase, rozhodování o tom co bude senior jíst, pít apod.

- Ochrana soukromí

Uživatelé sociálních služeb mají právo na nedotknutelnost svého obydlí, měli by rozhodovat o tom, kdo do jejich bytu vstoupí a kdy odejde.

- Právo na osobní a rodinný život

Znamená především právo osobní, telefonický či písemný kontakt se svou rodinou a se svými přáteli, právo na navazování a zachování vztahů a právo na partnerský a sexuální život.⁷⁵

- Právo na důstojné zacházení

⁷³ ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 81-83. ISBN: 978-80-262-0027-7.

⁷⁴ ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 81-83. ISBN: 978-80-262-0027-7.

⁷⁵ ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 81-83. ISBN: 978-80-262-0027-7.

Zacházení by mělo být přiměřené věku a psychického či fyzického stavu jedince. Se seniory by se mělo jednat s úctou a respektem a ne jako s malými dětmi. Není vhodné používání nepřiměřených přezdivek či oslovení. Rovněž by měla být zachována například intimita jedince při osobní hygieně apod.⁷⁶

Rovněž důležitý je individuální přístup, tzv. individualizace podpory. V praxi to znamená, že osobní asistence či pečovatelská služba jsou přizpůsobeny každému konkrétnímu klientovi. Je zohledněn jeho psychický a fyzický stav, jeho sociální a rodinná situace a samozřejmě jeho práva. Zde je velmi důležitá profesionalita pracovníků, kteří péči vykonávají a schopnost empatie v konkrétní situaci. Je důležité si uvědomit, že neexistuje model, který by vyhovoval všem klientům.⁷⁷

Při práci s nesoběstačným seniorem je možno definovat několik zásadních změn, jejichž postata je obsažena v Bílé knize sociálních služeb v ČR. Jsou jimi zejména:

- nezávislost a autonomie pro uživatele, nikoli závislost
- začlenění a integrace, nikoli sociální vyloučení
- respektování potřeb- služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti
- partnerství – pracovat společně, ne odděleně
- kvalita – záruka kvality zajišťuje ochranu zranitelným lidem
- rovnost bez diskriminace
- standardy národní, rozhodování v místě⁷⁸

Na základě tohoto obecného pojednání o významu služeb sociální péče bych nyní konkretizovala význam pečovatelské služby a osobní asistence.

1.3.1 Význam pečovatelské služby

⁷⁶ ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011. s. 85. ISBN: 978-80-262-0027-7.

⁷⁷ GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno : Era, 2006. s. 111. ISBN: 80-7366-057-1.

⁷⁸ ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 78. ISBN: 978-80-262-0027-7.

Rodiny pečující o chronicky nemocného nebo zdravotně hendikepovaného dospělého člověka nebo seniora jsou přetíženy povinnostmi a jejich život je omezen v mnoha ohledech. V takovýchto situacích je si potřeba uvědomit, že kdyby rodiny neměly dostatek informací o možnostech řešení a pomoci, byla by jejich situace hůře zvladatelná. Je pochopitelné, že se obrátí na organizaci poskytující pomoc formou pečovatelské služby.⁷⁹

Tato služba se zaměřuje na donášku a zajištění stravy a zajištění pomoci s domácími, hygienickými a samoobslužnými činnostmi. V naší zemi velmi rozšířená, a tudíž i významná. Jako velkou výhodou spatřuji to, že je poskytována lidem v jejich přirozeném domácím prostředí, v místě, které považují za svůj domov. To znamená tam, kde se cítí dobře a kde nemají pocit vyčlenění z jejich současného života.⁸⁰

Význam této služby vidím tedy především v péči u těch osob, které bydlí sami a které z jakýchkoli důvodů nechtějí nebo nemohou opustit své domácí prostředí. V tom případě je pomoc při hygieně, oblékání, úklidu bytu a nakupování velmi významná a mnohdy dostatečná. Tudíž i osamocený člověk s pomocí pracovníků pečovatelské služby může žít svůj život stejně nebo velmi podobně jako dosud.

I v tom případě, že klient bydlí v rodině, se mi zdá jako výhodné využívat pečovatelskou službu. Tato pomoc je ideální v tom případě, kdy rodinní příslušníci nemohou být se seniorem celodenně, např. z důvodu pracovních povinností. Kombinace jejich péče a pečovatelské služby může pacientovi zajistit dostatečné podmínky důstojného života. Jak pracovníci služeb sociální péče, tak členové rodiny jsou velmi významní, neboť kromě péče poskytují seniorovi dostatek tolik potřebných sociálních kontaktů.⁸¹

1.3.2 Význam osobní asistence

⁷⁹ MICHALÍK, J. et al., *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 258. ISBN 978-80-7367-859-3.

⁸⁰ MICHALÍK, J. et al., *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 258. ISBN 978-80-7367-859-3.

⁸¹ ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 127. ISBN: 978-80-262-0027-7.

Velký přínos těchto pracovníků spatřuji především v tom, že kromě pomoci při běžných sebeobslužných úkonech vykonává pracovník služby zprostředkovatele nebo manažera dalších sociálních kontaktů a společenských služeb. Například může seniora doprovázet na různá jednání na úřadech, na nákupu, může mu být nápomocen při trávení volného času a při uskutečňování jeho zájmů. Rovněž mu pomáhá navazovat a udržovat vztahy s ostatními lidmi a zabraňuje tak sociální izolaci. Význam osobní asistence představuje rovněž časová variabilita, neboť tato péče je poskytována v podstatě převážnou část dne tak, jak to klienti vyžadují. Podstatné je, je-li tato péče kombinována s péčí rodiny nebo žije-li senior osamoceně. Další pozitivní význam spatřuji v tom, že schopný osobní asistent se může stát velmi oblíbeným společníkem či dokonce přítelem pečované osoby. A protože člověk je tvor společenský může to mít velmi pozitivní vliv na psychické i fyzické zdraví klienta. Velký význam vidím i v časovém rozsahu této služby, který je plně přizpůsoben požadavkům klienta a může být i v trvání 24 hodin denně.⁸²

V dnešní společnosti, dle mého názoru, význam sociální služby osobní asistence stále roste. V případě, že organizace nabízející tyto služby disponují profesionálním a schopným týmem pracovníků, zdá se mi tato forma péče ideální.⁸³

Souhrnem lze říci, že hlavní význam obou uvedených sociálních služeb spočívá v umožnění toho, aby nesoběstačný člen rodiny mohl zůstat v přirozeném domácím prostředí uprostřed svých blízkých. A přitom se necítil své rodině na obtíž. Pečujícími rodinám poskytují tyto služby pomoc potřebnou k odpočinku, regeneraci sil nebo poskytují čas k vyřízení potřebných osobních a pracovních záležitostí. Mohou velmi zkvalitnit společný život nesoběstačnému seniorovi a celé jeho rodině.

⁸² ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011. s. 98. ISBN: 978-80-262-0027-7.

⁸³ ČÁMSKÝ, P., et. al. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 86. ISBN: 978-80-262-0027-7.

1. 4 Cíl práce

Jak jsem již nastínila v úvodu práce, stárnutí a stáří je neoddělitelná součást života, která se týká každého z nás. Před tímto faktem nemá cenu zavírat oči, naopak je důležité, aby se každý jedinec na tuto situaci připravil a uvědomil si, že v seniorském věku život nekončí, naopak začíná nová etapa. I v této fázi je důležité najít smysl života a snažit se vést plnohodnotný život. Vzhledem k měnícímu se zdravotnímu stavu a sociálnímu postavení jistě může dojít k určitému omezení činností, zbytečné je však

rezignovat a vzdávat se úplně všech aktivit a zájmů. Nejen rodina a blízké okolí, ale i společnost ve které žijeme, by měla pomoci umožnit starším, nemocným či jinak hendikepovaným občanům vést plnohodnotný život. To je jistě jeden z důvodů, který dal podnět ke vzniku a stálému vývoji sociálního systému v naší společnosti.

Vzhledem k tématu mé práce, které se zabývá sociálně zdravotním významem pečovatelské služby a osobní asistence pro rodiny s nesoběstačným seniorem, jsem si jako hlavní cíl stanovila pokusit se objasnit všechny pozitivní a případně i negativní dopady, které pro klienty zmíněné služby znamenají. Hlavní cíl je tedy zjistit význam pečovatelské služby a osobní asistence pro rodiny s nesoběstačným seniorem. A to nejen z hlediska zdravotního, ale i sociálního.

K objasnění hlavního cíle mi v průběhu práce budou pomáhat následující výzkumné otázky:

- Jaký je systém sociálních služeb a sociálních dávek v ČR a je-li dostupnost a informovanost dostatečná?
- Jaké sociální služby se zaměřují na pomoc starým, nemocným a hendikepovaným občanům?
- Jaké mají klienti zkušenosti se sociálními službami osobní asistence a pečovatelská služba?
- Jaký význam mají sociální služby osobní asistence a pečovatelská služba pro rodinu s hendikepovaným seniorem?

2. Metodika

V úvodu výzkumného šetření jsem si ujasnila téma výzkumu, vymezila jeho účel a určila výzkumné otázky. Z těchto okolností pak vyplynul výzkumný vzorek a identifikace prostředí, kde výzkum probíhal. Podkladem pro mé výzkumné šetření se částečně staly poznatky a zkušenosti načerpané při zpracování teoretické části této práce.

V rámci výzkumu byla zaměřena pozornost na témata, která souvisela se základními výzkumnými otázkami. Předmětem výzkumu se stala oblast chronicky nemocných či jinak zdravotně znevýhodněných seniorů, jejich začlenění do rodiny a společnosti, jejich spolupráce s pracovníky sociálních služeb. Účelem výzkumu a cílem výzkumného šetření bylo tedy zjistit **sociální a zdravotní význam pečovatelské služby a osobní asistence pro rodiny s nesoběstačným seniorem.**

Po zvážení všech okolností, souvisejících s touto problematikou, jsem se rozhodla pro metodu kvalitativního empirického výzkumu. Kvalitativní výzkum získal postupem času v sociálních vědách rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu. Jednoduché vymezení kvalitativního výzkumu by mohlo znít, že se jedná o výzkumné šetření s absencí čísel a statistických metod. Dle názoru dostupných autorů však nelze situaci takto zlehčovat, neboť kvalitativní výzkum je velmi významný již v tom, že označuje široké označení pro rozdílné přístupy. Jedná se o určitý proces hledání a zkoumání konkrétního sociálního či společenského problému, s využitím různých metodologických tradic a postupů. Výzkum se provádí v přirozených podmínkách a výzkumník má tak dostatek možností orientovat se v přirozeném prostředí a konkrétní situaci účastníků výzkumu. Vytváří si tak komplexní a odpovídající obraz o zkoumaném problému.⁸⁴

Na začátku výzkumu jsem si stanovila pět základních témat a oblastí v kterých se bude výzkum odehrávat. Ke každému tématu jsem si rovněž připravila určitý počet pomocných otázek.

2.1 Použitá metoda

Z důvodu získání potřebných informací pro můj výzkum bylo potřeba si ujasnit, jakým způsobem budu shromažďovat data a jak je budu následně zpracovávat. Hlavní metodu sběru dat v empirickém výzkumu tvoří naslouchání, vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí.

⁸⁴HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 49-50. ISBN 80-7367-040-2.

Vzhledem k potřebě získání co možná nejkonkrétnějších informací a k potřebě hlubší analýzy problému se mi jako nevhodnější forma získání údajů jevil polostrukturovaný rozhovor pomocí návodu. Rozhovor byl vybrán z toho důvodu, že je výzkumnou metodou, která má proti jiným metodám řadu významných možností, potřebných pro získání informací. Tato metoda je založena na přímé kontaktu s respondenty a na přímé sociální interakci. Umožňuje zachytit nejen sdělovaná fakta, a to ve větším množství, ale i hlouběji proniknout do motivů, postojů a názorů respondentů. Je možné sledovat i určité postoje a vnější neverbální reakce respondenta a podle nich usměrňovat další kladení otázek. Rovněž je velmi přínosné mít možnost vysvětlit respondentovi určité okolnosti související s touto problematikou a poskytnout mu potřebné informace. Další výhodou této metody se stala její pružnost, neboť se dá přizpůsobit různým okolnostem, podmínkám a zvláštnostem situací.⁸⁵

Umění vést rozhovor vyžadovalo určitou koncentraci, citlivost, schopnost empatie a porozumění nejen účastníkovi rozhovoru, ale celému problému. Zvláštní pozornost byla proto věnována úvodní části rozhovoru z důvodu prolomení případných psychických bariér a zajištění souhlasu se záznamem. Z těchto důvodů směřovala pozornost zejména k motivování a zaujetí respondentů, na vysvětlení požadavků, na navození osobního vztahu a získání důvěry. Rovněž jsem vysvětlila záměr rozhovoru a snažila se odstranit případné obavy dotazovaných. Rovněž v průběhu rozhovoru bylo důležité mít na paměti to, aby dotazovaný cítil, že jde o oboustrannou rovnocennou komunikaci, pro udržení důvěry jsem se snažila poskytovat zpovídajícímu dostatečné informace o účelu otázky.⁸⁶

Rozhovor probíhal individuální formou vždy s jednou osobou. Vzhledem k potřebě získat konkrétní informace jsem si připravila pět základních témat, souvisejících s cílem mého výzkumu. Z důvodu aktivizace dotazovaného a usměrňování rozhovoru jsem měla ještě ke každému tématu připraveno pět až šest otevřených otázek, které v případě nejasností mohly pomoci respondentovi zorientovat se v problematice. Vzhledem k osobnímu kontaktu mezi výzkumným pracovníkem a respondentem byl patrný předpoklad navázání vhodného vztahu potřebného k získání informací

⁸⁵ KEITH, F. *Úspěšný návrh výzkumu*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. s. 82. ISBN 978-80-7367-468-7.

⁸⁶ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. s. 51-52. ISBN 80-7367-040-2.

a vytvoření otevřené a důvěrné atmosféry. Velmi důležitá je zde dle mého názoru schopnost empatie a získání důvěry.⁸⁷

Z důvodu přesného zaznamenání údajů, a rovněž pro plné soustředění obou stran, byly odpovědi doslovně písemně zaznamenávány. Tyto údaje se staly podstatným produktem rozhovoru a důležitým materiálem pro další zpracování.

Zmíněné rozhovory byly s respondenty realizovány v měsících lednu a únoru.

2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Problém výběru účastníků výzkumu hrál významnou roli neboť výběr měl zajistit do určité míry možnost zobecnění výsledků na populaci, z níž respondenti pocházeli. Použila jsem metodu záměrného výběru. Při tomto výzkumu, kde docházelo k analýze dat pomocí rozhovoru, bylo třeba se rozhodnout jaké jedince oslovím a z jakého budou pocházet sociálního a společenského prostředí. V mém případě byla kritéria pro výběr předem známá, jednalo se o ty osoby, které pečují o nesoběstačného seniora. Pouze jsem se snažila zaměřit na to, aby bylo rovnoměrné generové či věkové zastoupení.⁸⁸

Při oslovování vytipovaných jedinců jsem měla na zřeteli i určité etické zásady, které hrály důležitou roli. Mezi zásadní patřil souhlas od dotazované osoby s tím, že se výzkumu dobrovolně zúčastní. K tomu došlo na základě toho, že jsem účastníky dostatečně informovala o průběhu a okolnostech výzkumu. Jednalo se o pasivní souhlas, tzn. souhlas, který je ústní a nevyžaduje podpis. Rovněž byla účastníkům nabídnuta možnost, že mohou kdykoli přerušit svoji účast ve výzkumu a ukončit tak rozhovor. V případě mnou zvolené techniky, polostruturovaného rozhovoru bylo nemožné zajistit úplnou anonymitu. Identita účastníků mi byla známa, ovšem nesměla být odhalena nikomu dalšímu. Výzkum probíhal na základě souhlasu dotazovaných v jejich přirozeném domácím prostředí, v ideálním případě v prostředí, kde pečují o nemocného. Z těchto důvodů bylo zachování soukromí důležitým požadavkem výzkumu, neboť

⁸⁷ KEITH, F. *Úspěšný návrh výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 63. ISBN 978-80-7367-468-7.

⁸⁸ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 149-151. ISBN 80-7367-040-2.

právo na zachování mlčenlivosti ohledně soukromí účastníků je další etickou zásadou výzkumu.⁸⁹

Pro potřeby tohoto výzkumu bylo osloveno celkem 10 respondentů. Výzkumný vzorek tvořili osoby z rodinného prostředí seniora, který z důvodu věku, nemoci či postižení vyžaduje péči jiné osoby. Vzorek respondentů byl tedy v podobné rodinné sociální situaci. Přesto, že jsem se snažila zajistit generovou různorodost, ve většině případech se jednalo o osoby ženského pohlaví a starší věkové ročníky, jak ukazují následující tabulky.

POHLAVÍ	počet respondentů
Muži	1
Ženy	9

VĚK	počet respondentů
20 - 30 let	0
30 - 40 let	1
40 - 50 let	3
50 - 60 let	6

2.3 Kategorie témat a otázek

Na začátku výzkumného šetření bylo vybráno 5 témat, které korespondují s teoretickou částí mé práce a vycházejí z cíle práce, kterým je **sociální a zdravotní význam pečovatelské služby a osobní asistence pro rodiny s nesoběstačným seniorem.**

V úvodu rozhovoru bylo vždy představeno téma, o kterém budeme diskutovat a v průběhu byly případně pokládány doplňující otázky. Byly charakterizované jako zcela otevřené, umožňující naprostou volnost odpovědí. V případech, kdy nebyl

⁸⁹ KEITH, F. *Úspěšný návrh výzkumu*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. s. 86-87. ISBN 978-80-7367-468-7.

schopen respondent najít vhodnou odpověď, nebo se nemohl vyjádřit, bylo mu poskytnuto další vysvětlení a další doplňující otázky. Někdy byly rovněž nabídnuty možné alternativy odpovědí, které mohli účastníci rozhovoru dále objasnit a vysvětlit. V tomto jsem spatřovala velký význam techniky individuálního polostrukturovaného rozhovoru.

Témata a oblasti, ve kterých byl rozhovor veden jsou uvedeny v příloze. U každého tématu zmiňuji ještě doplňující otázky, které mohly, ale nemusely, být použity.

2.4 Způsob vyhodnocování výzkumu

Na základě zaznamenaných odpovědí jsem získané informace kódovala a sdružovala do charakteristicky podobných skupin, ze kterých jsem vyvodila závěr. Vzhledem ke kvalitativnímu výzkumu nebyl výsledek zobecněn v procentech, ale na základě posouzení odpovědí respondentů byly stanoveny určité teorie, ze kterých byly zpracovány přehledné tabulky.

2.5 Výsledky

Nejprve jsem se zaměřila na odpovědi respondentů v jednotlivých tématech, a to podle písemných záznamů. Pokusila jsem se o souhrnné hodnocení nastíněné situace, tak že jsem odpovědi okódovala prostřednictvím tabulek a poté vyhodnotila ještě formou obecných teoretických poznatků. V závěru této kapitoly jsem uvedla celkový souhrn a zhodnocení celého výzkumu, a to zejména v návaznosti na hlavní cíl práce.

Téma č. 1:

Jaká je podle Vás dostupnost a informovanost v oblasti sociálních služeb týkající se péče o staré postižené občany, jako je např. „asistenční a pečovatelská služba“?

Vyhodnocení:

Tabulka č. 1:

	Získání prvotní informace	Spokojen s informovaností a dostupností
Respondent č.1	- z médií - z tisku	- spokojenost - informovanost i dostupnost dostačující
Respondent č.2	- od pracovníků Úřadu práce, kde je i sociální odbor	- velká spokojenost - informovanost je dobrá, dostupnost v místě bydliště
Respondent č.3	- v místě bydliště, na obecním úřadu	- velká spokojenost s informovaností - dostupnost není v místě bydliště
Respondent č.4	- od ošetřujícího lékaře	- velká spokojenost s informovaností i dostupností informací
Respondent č.5	- z regionálních novin	- spokojen - informace lehce dostupné
Respondent č. 6	- z internetu - ze stránek Úřadu města	- spokojen
Respondent č. 7	- od lékařů v nemocnici - na sociálním odboru	- pouze částečně spokojen - dostupnost informací průměrná
Respondent č. 8	- od kolegy z práce - od známých	- informovanost malá - dostupnost minimální
Respondent č. 9	- od sousedky a následně na sociálním odboru	- informovanost i dostupnost nedostačující

Respondent č. 10	- měl jsem problém ji získat, nikdo nevěděl	- informovanost i dostupnost nulová
---------------------	--	-------------------------------------

K tomuto tématu většina dotazovaných uvedla, že potřebné informace získala přímo v místě bydliště, a to na příslušném úřadu. Prvotní informaci o tom, na který úřad se mají obrátit, jim poradil buď někdo z příbuzných či známých nebo sami věděli, kde požadovanou službu vyhledat. V praxi to znamenalo, že lidé bydlící ve větších městech, např. v Českých Budějovicích, se informovali na Úřadu práce, kde je pracovníci již nasměrovali správným směrem. Rovněž prostřednictvím běžně sledovaných médií, jako je např. tisk, televize nebo internet již věděli, že sociální odbory, zabývající se touto tematikou, sídlí na úřadech práce. Pracovníci těchto odborů již jim nabídli příslušné sociální dávky, popřípadě jim dali kontakty na pracovníky pečovatelské služby či osobní asistence. Ve všech případech uvedli respondenti, že pracovnice úřadů byly schopny odpovědět na jejich dotazy, odkázat je na potřebné organizace a vysvětlit jim jejich možnosti v rámci našeho sociálního systému. Informace, které účastníci rozhovoru získali na internetu byly pochopitelně velmi rychle dostupné, bez ohledu k místu bydliště. Za přínos to považují pouze v prvotní fázi, kdy získají potřebné teoretické informace či kontakty. Pro potřeby objednávky služeb v praxi většinou stejně příslušný úřad či organizaci musí navštívit.

Rovněž účastníci výzkumu uváděli, že informace o tom, kam se obrátit a jak situaci řešit získali přímo od zdravotnického personálu. Většinou obvodní lékař, který zná klienta delší dobu, diagnostikoval situaci jako závislost na péči jiné osoby, nebo byla informace získána od lékařů a zdravotnického personálu v nemocnicích, kde byl pacient hospitalizován.

Dále si účastníci rozhovoru zjišťovali informace prostřednictvím tisku, a to zejména regionálních příloh či městských nebo obecních novin. Např. město České Budějovice vydává ve svém deníku pravidelně seznam služeb pro staré a hendikepované občany. Tímto směrem se zaměřují především starší lidé, kteří nemají možnost, přístup nebo nechtějí využít internetová média.

V minimálním počtu případů uvedli účastníci výzkumu, že informovanost je špatná, lékař ani zdravotní personál není schopen jim poskytnou potřebné informace a musí si naprosto ve všem poradit sami.

Z uvedeného vyplývá, že dostupnost služeb je většinou bezproblémová ve větších městech či obcích, respondenti bydlící na venkově uvedli, že v místě bydliště nejsou tyto služby dostupné, musí za nimi dojet. Souhrnem lze říci, že obyvatelé větších měst mají několik organizací zabývajících se pečovatelskou službou či osobní asistencí, v malém městě či ve vsi se počet těchto služeb snižuje, či zcela chybí. Všichni však mají povědomí o tom, ve které spádové oblasti se nacházejí a na jaký úřad ve kterém městě se mají obrátit.

Téma č. 2:

Jaké důvody Vás vedly nebo vedou k tomu, že jste začal/a tyto služby využívat?

Vyhodnocení:

Tabulka č. 2:

	Hlavní důvod pro využívání pečovatelské služby a osobní asistence	Vedlejší, méně podstatné, důvody
Respondent č. 1	- vážné a náhlé onemocnění - stále se zhoršující zdravotní stav	- nedostatečné časové možnosti, nutnost chodit do zaměstnání - péče i o ostatní rodinné příslušníky
Respondent	- zhoršující se zdravotní stav	- časté hádky

č. 2	- ztráta soběstačnosti	
Respondent č. 3	- psychické i fyzické problémy - nezvladatelnost situace	- odreagování se u svých zájmů
Respondent č. 4	- stáří a nesoběstačnost	- potřeba pomoci s domácími pracemi
Respondent č. 5	- vážné tělesné omezení	- nezvládání manipulaci s nemocným
Respondent č. 6	- na přání nemocného, nechce mě zatěžovat	- náročné aktivity v soukromém i pracovním životě
Respondent č. 7	- mé pracovní a profesní vytížení - klesající schopnost seniora se o sebe postarat	- nedostatek času
Respondent č. 8	- potřeba sociálních kontaktů seniora s jinou osobou - časté hádky s nemocným člověkem	- zlepšení rodinných vztahů
Respondent č. 9	- obava, že to nezvládnou, nedostatečné profesní zkušenosti v této oblasti	- žádné
Respondent č. 10	- z toho důvodu, že nejsem profesionál - strach abych neublížil	- částečné přenesení odpovědnosti

Z rozhovorů vyplynulo, že nadpoloviční většině případů bylo důvodem zhoršení psychického i fyzického stavu, situace byla již tak neúnosná, že přiměla pečující osoby využít zmíněné sociální služby. Důvodem nebylo to, že by péči o nemocného nebyli schopni sami zvládnout, ale to, že např. sami nebyli ještě v důchodovém věku a chodili do práce. Ve většině případů tak nechtěli, a vzhledem k finanční situaci třeba ani nemohli, pečující osoby opustit zaměstnání. Ve většině případů finančně částečně zabezpečovali i další členy rodiny a podíleli se svou mzdou na rodinném rozpočtu. Proto nemohli poskytnou dlouhodobou nebo celodenní péči, tudíž v době nepřítomnosti

využívají buď pečovatelskou službu nebo asistenční službu. Jedná se zejména o všední dny v dopoledních hodinách.

Rovněž část pečujících osob přiznala, že odchod do práce nebo za svými zájmy a prožívání části dne v kolektivu kolegů, přátel či známých je určitá forma relaxace a odreagování se od jejich mnohdy tíživé situace.

Souhrnem lze říci, že účastníci rozhovorů se v podstatě shodli v tom, že tyto sociální služby využívají z časových či existenčních důvodů, a ne z toho důvodu, že by sami péči nezvládli. Rovněž kontakt s jinou osobou, než je člen rodiny, se jim zdá jako přínosný pro hendikepovanou osobu. Zprostředkovává dle nich určitý kontakt s okolním světem a společností lépe, než rodinný kruh. Senior se necítí tolik izolovaný. Jako další velkou výhodu spatřovali možnosti komunikace s novým člověkem, sociálním pracovníkem. Neboť z mnohaleté komunikace pouze se členy rodiny mohou vyústit určité verbální i neverbální komunikační stereotypy, u kterých bude sociální pracovník vítaným rozptýlením.

V menšině byli takové případy, kdy bylo důvodem k využívání zmíněných služeb osobní přání nesoběstačného seniora. Přesto, že rodina neměla pocit, že by zmíněné služby chtěla využít, senior si prosadil své přání. A to hlavně z těch důvodů, že nechtěl být svým blízkým na obtíž a jakýmkoli způsobem je zatěžovat. Přesto, že se jednalo o plně funkční rodiny, které by péči nejspíš zvládli bez cizí pomoci, respektovali tak přání seniora a sociální služby kontaktovali

V minimálním počtu případů se respondenti domnívali, že nemají potřebné odborné předpoklady a bojí se s nemocným jakkoli manipulovat. A to je důvod k využívání nabízených sociálních služeb. V tomto malém počtu případů hrálo velkou roli to, jaký byl typ a míra postižení u nemocného, a byl-li jeho charakter fyzický či psychický. Ve velmi těžkých případech lze jistě ocenit to, že rodina nevyužila možnou ústavní péči nabízenou státem a o postiženého se stará sama, neboť i ve spolupráci se sociálními službami je podíl péče rodinného příslušníka obrovský.

Téma č. 3:

**Jaké máte s těmito službami zkušenosti a jak jste s jejich nabídkou spokojen/a?
Splňují pracovníci těchto služeb Vaše představy a očekávání?**

Vyhodnocení:

Tabulka č.3:

	Zkušenosti s pečovatelskou službou a osobní asistencí	Spokojenost s těmito službami	Charakteristika pracovníků těchto služeb
Respondent č. 1+2 (shoda)	- nedávné - od doby kdy pečuji - s pečovatel. službou	- spokojen velice	- ochota - pracovitost - důvěra - sociální cítění
Respondent č. 3	- od doby kdy pečuji - s pečovatel. službou	- spokojen velice	- důvěra - pracovitost - empatie
Respondent č. 4	- poslední 2 roky - s pečovatel. službou	- spokojen	- hodné pečovatelky - milý přístup
Respondent č. 5	- dlouholeté - s pečovatel. službou	-spokojen průměrně -podle pracovníků	- dostatek času - vhodná komunikace - střídání pracovníků
Respondent č. 6	- pouze 1 měsíc - s pečovatel. službou	-spokojen průměrně	- málo s pacientem mluví - omezují se pouze na služby
Respondent č. 7	- od té doby co pečuji - 1,5 roku - s pečovatel. službou	-spokojen částečně	- pracovitost - někdy nedostatečná komunikace
Respondent č. 8	- starám se o matku 3 roky - s pečovatel. službou	- někdy spokojen	- důvěra -nedostatečná

		- někdy drobné nedostatky	profesionalita
Respondent č. 9	-zkušenosti dlouholeté - s osobní asistencí	- spíše nespokojen	- povinnosti zvládají, ale ne vždy příjemné jednání
Respondent č. 10		- nespokojenost	- nesplnili očekávání - neprofesionalita - neochota

Všichni respondenti se shodli v tom, že se sociálními službami tohoto typu mají zkušenosti až od té doby, kdy se starají o postiženého člena rodiny. Do té doby je příliš nenapadlo o těchto službách přemýšlet a hodnotit je. A to ani v teoretické rovině. Až konkrétní situace je přiměla sociální služby nejen využít, ale i se zamyslet nad jejich funkčností a významem.

V konkrétním hodnocení činnosti vyjádřila většina respondentů (přibližně dvě třetiny) svou spokojenost, a to nejen s nabídkou pečovatelských služeb či služeb osobní asistence, ale i s chováním konkrétních pracovníků. V rozhovoru dále uvedli, že si uvědomují, že v této rovině velmi záleží na individualitě a osobních hodnotách jednotlivých pracovníků. Je to profese, kde hraje tzv. lidský faktor velký význam. Spokojenost se sociálními službami vidí zmíněný počet účastníků rozhovoru rovněž v tom, že splnily jejich očekávání. To znamená že zajistily v praktickém životě to, co opravdu potřebují. Tím je především donáška jídla, zajištění nákupů, pomoc při osobní hygieně či celodenní péči v případě asistenčních služeb. Velkou výhodou spatřují rovněž v poskytnutí tolik potřebných sociálních kontaktů, v ideálním případě se dle nich stane pracovník sociálních služeb blízkým člověkem a přítelem pečovaného. Velmi kladně rovněž hodnotili komunikaci mezi pracovníky sociálních služeb a rodinou postiženého, rovněž oceňovali profesionalitu, odborné znalosti a zkušenosti pečovatelů.

V minimálním počtu případů byla vyjádřena nespokojenost se sociálními službami konkrétních organizací. Pracovníci sociálních služeb naprosto nesplnili očekávání

klientů. Ve většině případů za tento negativní názor mohl konkrétní přístup a chování jednotlivých pracovníků služeb sociální péče. Respondenti si stěžovali na jejich neochotu při vykonávání požadovaných činností, na jejich nevhodnou komunikaci s nemocným, jako je například ponižování a nevhodné oslovování nemocného. Jako negativní rovněž viděli hrubé slovní či fyzické zacházení nebo pesimistický postoj k celé situaci. Dle názoru účastníků výzkumu je v těchto případech chování jednotlivce naprosto v rozporu s účelem a cíly organizace nabízející sociální služby a takový pracovník by dle nich neměl tuto profesi vůbec vykonávat. Bohužel na základě těchto negativních zkušeností je důvěra respondentů v pracovníky sociálních služeb poměrně otřesena. Jako možnou příčinu nevhodného chování pracovníků vidí, kromě špatných osobnostních rysů a hodnot, nedostatečné finanční ohodnocení.

Souhrnem lze říci, že ve většině případů plní zmíněné sociální služby svůj význam a rovněž naplňují očekávání klientů. Pracovníci těchto služeb nedbají jen na to, aby byly uspokojeny přání a potřeby klienta, ale i se stávají vítaných společníkem, sociálním kontaktem či rozptýlením. Jak jsem již zmínila, to je pouze otázka tzv. lidského faktoru, takže v některých případech je bohužel vinou nevhodného lidského přístupu hlavní význam pečovatelské služby a osobní asistence zcela popřeny. Naštěstí se jednalo o minimální počet respondentů.

Téma č. 4:

Vidíte nějaké nedostatky v nabízených službách? Pokud ano, jaké?

Vyhodnocení:

Tabulka č. 4:

	Nedostatky v nabízených službách
Respondent č. 1 – 9 (shoda)	- finanční náročnost v případě dlouhodobé péče - zátěž rodinného rozpočtu
Respondent č. 10	- naprosto žádné nedostatky - finanční částka nijak neomezuje

Diskuse v rámci rozhovoru se přirozeně místy prolínala s předchozím tématem. Tudíž stejní účastníci rozhovoru vyjadřovali opětovně svou nespokojenost či nespokojenost s chováním pracovníků.

V oblasti konkrétních nedostatků došlo k naprosté shodě u všech účastníků výzkumu. Jako největší a jediný opravdu závažný nedostatek vidí respondenti ve finanční částce, která je nutná na pokrytí těchto služeb. I když se jim průměrná částka přibližně 100,-Kč/hod. nezdá přemrštěná, v celkovém součtu potřebných hodin se stává zatěžující pro rodinný rozpočet. Někteří uvedli, že při dlouhodobé péči a se zvyšujícím se počtem hodin péče může pro rodinu natolik likvidační, že některý člen rodiny stejně opustí zaměstnání nebo své zájmy a většinu péče o postiženého převezme. S tím souvisí i to, že většina respondentů by si bez využití sociální dávky „Příspěvek na péči“ či bez finančního příspěví z důchodu nemocného, nemohla tyto služby vůbec dovolit. Situace je pochopitelně nákladnější v případě celodenní péče např. při osobní asistenci. Nutno podotknout, že v oblasti finančních příjmů rodiny se účastníci výzkumu svěřili s tím, že patří do kategorie osob, jejichž příjmy jsou hluboce pod celostátním průměrem. U rodin s příznivější finanční situací jistě není pomoc sociálních služeb tolik zatěžující.

Pouze v jediném případě si účastník rozhovoru nevybavil vůbec žádné nedostatky, jeho zkušenosti byly velmi pozitivní a spokojenost se sociálními službami byla maximální. Finanční částka se mu zdála odpovídající a jakékoli zatížení rodinného rozpočtu nepocíťoval.

Souhrnem lze říci, že v této oblasti jsou názory individuální. Rozdílnost má původ v tom, s jakým přístupem se klienti setkaly ze strany pracovníků sociální péče a jaká je finanční a materiální rodinná situace.

Téma č. 5:

Jaký hlavní význam má pro rodinu podle Vás využití těchto služeb? Zaznamenáváte nějaké změny v rodině kde dochází k využíváním těchto služeb? Popište prosím jaké.

Vyhodnocení:

Tabulka č. 5:

	Hlavní význam pečovatelské služby a osobní asistence	Zaznamenané změny
Respondent č. 1 – 2 (shoda)	- zachování určitého životního standardu - zachování lidské důstojnosti - znalosti, vědomosti a dovednosti pracovníků	- rodina je klidnější - stav pacienta se zlepšil
Respondent č. 3	- nemusí opouštět domácí prostředí - sociální kontakty i mimo rodinu - radost ze společnosti jiných lidí	- více času - rodina je klidnější
Respondent č. 4	- profesionální jednání - zajistí možnost věnovat se svým zájmům	- nemocný lépe komunikuje - lepší organizace
Respondent č. 5	- více času pro pečující osoby - možnost pečujících zůstat v zaměstnání	- více času - pocit jistoty
Respondent č. 6	- odborný přístup - odborná péče - sociální kontakty i mimo rodinu	- více času - rodina je klidnější
Respondent č. 7	- úklid bytu, domácí práce - znalosti, vědomosti a dovednosti pracovníků - zachování lidské důstojnosti - nemusí opouštět domácí prostředí	- pocit jistoty - méně konfliktů
Respondent č. 8	- zajištění hygieny - zajištění stravy - úklid bytu, domácí práce	- méně konfliktů - lepší organizace - lépe uklizeno
Respondent č. 9	- úklid bytu, domácí práce - zajištění stravy - zajištění stravy	- lepší organizace
Respondent č. 10	- pouze dovážka stravy	- žádné

Celý rozhovor byl situován tak, aby ve svém závěru vyústil k nejdůležitějšímu tématu. Reakce účastníků výzkumu pro mě znamenaly materiál, na základě kterého jsem získala odpověď na výzkumnou otázku. Zároveň byly tyto informace v souladu s tématem a cíly mé práce.

V rámci tohoto tématu bylo nutné si během rozhovoru uvědomit, kolik aspektů klientovy situace jsem musela brát v úvahu a že všechny z nich bylo potřeba nějakým způsobem zhodnotit. Jedině tak jsem mohla vystihnout význam sociálních služeb pro celkový stav hendikepovaného seniora.

Obecně řečeno bylo ve většině případů za hlavní význam považováno to, že díky pečovatelské službě či osobní asistenci mohou obě strany více či méně zachovat dosavadní standart svého života. A to jak nemocný člověk, tak pečující členové rodiny. Nemocný nemusí opouštět rodinné či sociální prostředí, je mu zachována určitá lidská důstojnost, může stále dodržovat své hygienické a stravovací návyky a je v kontaktu s různými osobami. V případě osobní asistence, umožňuje-li mu to zdravotní stav, se může věnovat dále určitým zájmovým a volnočasovým aktivitám.

Rovněž z hlediska psychiky nemocného je význam služeb obrovský. Hendikepovaný člověk se necítí tak osamocen a bez smyslu života, když si může s někým promluvit. Pečující osoby uváděly, že nemocný se raduje hlavně ze společnosti jiných lidí než jsou pouze rodinní příslušníci. Rovněž jejich informace a pokyny bere mnohem vážněji, představují pro něj jistě větší autoritu než např. dcera, s kterou se stále dohaduje. S tím souvisí i profesionalita sociálních pracovníků, odborné rady od specialisty si vezme senior spíše k srdci než od člena rodiny. Obecně zmiňovali respondenti velký význam v časté komunikaci mezi sociálním pracovníkem a pacientem. Člověk je tvor společenský a komunikace s ostatními lidmi je velmi důležitá. V některých případech zmiňovali respondenti jako pozitivní také to, že nemocný člověk se necítí být tolik na obtíž mnohdy vytíženým členům rodiny a raději přijme péči od pracovníků sociálních služeb.

Zajímavé bylo, že většina dotazovaných nepovažovala za nejvýznamnější přínos služby jako je zajištění stravy, pomoc při hygieně, oblékání, úklidu apod. I když jsou

tyto činnosti pro ně nutné a nesmírně důležité, neboť bez nich by péče nefungovala, prvořadý význam je podle respondentů sociálního a psychického charakteru. A to zejména z toho důvodu, že postižený člověk není většinu dne sám. Má možnost se setkat s někým jiným než s rodinou, má možnost ke komunikaci a i ke společenským kontaktům. Tráví-li čas i s jinými lidmi než je rodina, necítí se tolik vyčleněn ze společnosti.

Důležitým významem se pro pečující osoby dále stalo to, že nemocný je v rukou odborníků a profesionálů, kteří jsou schopni i v určitých krizových situacích zajistit potřebnou pomoc a péči. Zodpovědnost za nemocného je jakoby rozptýlena mezi více osob, a to může mít na pečující rodiny pozitivní vliv.

Pečující členové rodiny mají rovněž díky sociálním službám určitý časový prostor a určitou část dne pro sebe. Většinou se jednalo o to, že nemusí opustit své zaměstnání, které jim zajišťuje seberealizaci, finanční pomoc nebo uspokojování zájmů. Dále získávají potřebný čas, který mohou věnovat ostatním členům rodiny, svému partnerovi a svým dětem. Rovněž je to vítaný prostor pro koníčky, zájmové či volnočasové aktivity. Často také pečující osoby uváděly, že celá rodina je klidnější a spokojenější. Jsou si vědomi, že jim pomáhají pracovníci specializovaných služeb a část odpovědnosti za nemocného je tak i na nich.

3. Diskuse

Pečující rodiny se shodly v tom, že by mohly mít často pocit, že jsou sociálně i ekonomicky diskriminovány oproti běžným rodinám, nebo rodinám, které své blízké umístili do trvalé ústavní péče. Zcela jistě to pro ně znamená zásah do kvality života a omezení v mnoha oblastech života. Negativně se tato situace promítne i do osobní, sociální, rodinné a profesní stránky jejich života a přinese s sebou mnohdy změnu postojů k životu. Přesto, že život těchto rodin je v mnoha ohledech omezen, vzhledem k určité společenské podpoře a k možnostem využití sociálních služeb, většinou tuto situaci zvládají a svého rozhodnutí nelitují.

Z výše uvedeného hodnocení jednotlivých oblastí lze udělat jasný a přehledný souhrn názorů všech účastníků výzkumu. Zároveň je tento souhrn v souladu s hlavním i dílčími cíly mé práce a je odpovědí na mou výzkumnou otázku.

Zaměřila jsem se zejména na to, jaký je význam pečovatelské služby a osobní asistence z hlediska zdravotního a sociálního. Na základě reakcí účastníků výzkumu vyplynulo, že kvalita života osoby, o kterou účastníci pečují, je pro ně prvořadá. Tuto kvalitu posuzovali jako pojem komplexní a brali v úvahu jak ukazatele objektivní (tělesné a duševní zdraví, prostředí kde člověk žije, závislost na péči jiné osoby) tak subjektivní (spokojenost v rodinném životě, pocit domova, pocit bezpečí). S tímto se shoduje např. Glosová, D., která zdůrazňuje důležitost sociálních kontaktů ve svém rodinném prostředí.

Oblast zdravotní se nutně prolíná s oblastí sociální a bereme-li v úvahu celkovou spokojenost pacienta, nelze tyto dvě oblasti oddělovat. A právě proto hlavní význam zmíněných služeb sociální péče vidí pečující osoby v jejich komplexnosti, kdy vše

souvisí se vším. Bude-li o člověka dobře postaráno po fyzické stránce a nebude-li trádat nedostatkem určité fyzické potřeby, i jeho psychika se zlepší. Např. bude spokojený, nebude-li mít hlad či žízeň a nebude-li ho něco bolet. Všechny tyto zmíněné okolnosti mají velký vliv a dopad i na sociální situaci, na postavení nemocného v rodině či na kontakty se svým okolím.

Právě zde je třeba zdůraznit význam sociální opory, tedy spolehlivého a motivujícího rodinného zázemí, z kterého vyplývá, že se nemocný nemusí obávat svého dalšího osudu, že lidé kolem něj jsou informováni o specifikách jeho stavu a budou mu nápomocni v jeho situaci. Spoluúčast rodinných příslušníků a pečujících osob na zvyšování kvality života představuje nejen jejich vlastní péči a pomoc, ale i zajištění odpovídajících sociálních služeb, které jsou pro ně velmi potřebné a významné. Nejvýznamnějším hodnotícím prvkem při posuzování práce sociálních pracovníků byla pro dotazované schopnost zaměřením se na potřeby klienta. Předpokládali vysokou míru empatie a vstřícnosti vůči pacientovi. Od sociálního pracovníka očekávali úspěšné zvládnutí své role. K tomu mu dle respondentů pomohou nejen odborné znalosti, ale také dostatečný přehled o příčinách a důsledcích postižení svého klienta. Rovněž by měl mít rétorické dovednosti potřebné pro zvládnutí specifik komunikace se zdravotně postiženými osobami. Sociální pracovník by měl disponovat činnostmi, které jsou cíleně zaměřeny na potřeby klienta a na poskytování podpory a pomoci.

Odbornost pracovníků a kvalita služeb sociální péče by měly být tedy komplexní. Jenom tak je dopad těchto služeb pro nemocného pozitivní ve všech stránkách lidské osobnosti. Podaří-li se tento předpoklad naplnit, je to hlavní význam pečovatelské služby a osobní asistence.

Myšlenky a názory v mé práci vycházely z literatury citovaných autorů. V prvních částech práce, kde jsem popisovala okolnosti provázející stáří a stárnutí, se výsledky mé práce a názory autorů poměrně shodují. Shodu si zdůvodňují tím, že názory na stáří a na změny biologické a psychologické, které přicházejí společně se stářím jsou bez ohledu na názory starších či mladších autorů totožné. A to z těch důvodů, že změny, které u stárnoucích lidí probíhají, jsou z hlediska biologického a psychologického dlouhodobě

stejně. Pouze názory na časové období, kdy stáří začíná, jsou různé. Všichni stárneme stejně jen z pohledu chronologického, jak píše Jarošová /2006/, někdo může být jak fyzicky, tak i psychicky velmi aktivní až do pozdního období života. Vzhledem k vývoji lékařské vědy, který má jistě pozitivní dopad na seniory, lze minimalizovat či oddálit některé zdravotních problémy.

V sociální oblasti dochází k drobným odlišnostem u novějších a starších publikací. To lze odůvodnit tím, že práce je psaná v dnešní době a publikace některých autorů jsou staršího data. V posledních dvaceti letech se změnilo nejen postavení rodiny, ale i celé společnosti. Vliv na kvalitu života starých občanů měla nejen změna politického a sociálního systému po roce 1989, ale i kvalitní zdravotní péče a její zásluhou se prodlužující věk. Například pro mnoho seniorů již není odchod do důchodu takový mezník jako dříve a jsou schopni být ve společnosti stejně aktivní jako předtím. Rovněž jejich okolí je již neposuzuje jako někoho, kdo má život za sebou. Mnoho lidí v důchodovém věku je schopno pracovat a vykonávat své zájmové aktivity.

V další části práce se zmiňuji o systému sociálních služeb. Hlavní rozdíly v názorech mých a i v názorech jednotlivých autorů vidím v odlišném popisování sociální politiky, vzhledem k časovému vývoji. Z důvodu průběžného vývoje a aktualizace legislativního systému sociálních služeb, je nutné zaměřit se na názory autorů publikujících v posledních pár letech. S těmi se ve své práci shoduji. S názory autorů publikujících např. před deseti až patnácti lety jsem se seznámila, ale ve své práci je nepoužila. Přirozeně mezi jejich tehdejšími a mými současnými názory nelze dojít ke shodě, z důvodu naprosto odlišné situace ve společnosti a změny systému sociálních služeb, dle nové legislativy.

V názorech na možnosti využívání pečovatelské služby vidím rozdíl např. v tom, že mnoho autorů vůbec nezmiňuje finanční stránku rodiny, ale pouze popisuje, co tato služba nabízí. O okolnosti významné při péči o postiženého člověka z hlediska materiálního se zmiňuje Jan Michalík. Píše o rozdílech v rodinách, např. má-li rodina nadbytek finančních prostředků nebo je-li ve stavu hmotné nouze. Posuzuje, rozdílnost situace a je dle něj velmi důležité, pokud má rodina finanční prostředky na využití služeb nebo nemá. Dále např. Matoušek uvádí, že určitým motivačním prvkem je

přiznání příspěvku na péči pro osobu, která ji potřebuje, a tím jí umožňuje setrvávat ve svém přirozeném prostředí i s určitým hendikepem. S tím se shodovali účastníci výzkumu, kteří finanční situaci rodiny považují také za velmi důležitou v souvislosti péče o nesoběstačného seniora.

V praktické části práce jsem zpracovala kvalitativní výzkumné šetření, v rámci kterého jsem použila metodu rozhovoru s rodinnými příslušníky pečujícími o své blízké, postižené seniory. Podkladem pro výzkumné šetření se pro mě stala literatura Jana Hendla. Porovnáám-li jeho názory s názory ostatních autorů a názory mými, opět se shodují v základních metodách a aplikacích kvalitativního výzkumného šetření. Zde v této oblasti jsou mezi autory rozdíly opravdu nepatrné a mé názory plně korespondují s publikacemi Jana Hendla, jehož literatura se stala hlavním podkladem pro výzkumné šetření.

Souhrnem lze říci, že porovnáám-li obecné názory a výsledky mé práce s obdobnými názory a výsledky autorů, nejsem si vědoma žádných závažných rozdílů. Žádný z citovaných autorů neměl v rámci zmiňované problematiky natolik odlišný názor od mého, že bych se s ním neztotožnila.

Závěr:

Sociální rozvoj, uspokojivější životní a pracovní podmínky, pokroky v medicíně a prosazování sociálních práv vedou k tomu, že méně lidí dnes umírá předčasně. Získané roky života jsou hodnotou samy o sobě. Více lidí má možnost prožít delší život než v minulosti a starší lidé tak tvoří významnější část populace než kdykoliv v minulosti. Stáří se stává přímou zkušeností většího počtu lidí. Stárnutí populace je nejcharakterističtější rysem demografického vývoje České republiky i dalších rozvinutých zemí Evropy. Tento demografický vývoj bude v dalších letech pokračovat. Přispěje k němu zestárnutí populačně silných ročníků a v dalším období zejména prodlužující se pravděpodobná doba dožití. Demograficky řečeno bude česká populace stárnout shora věkové pyramidy. Statistické údaje odhadují, že podle střední varianty demografického vývoje by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. Poměrně rychle bude docházet k nárůstu nejstarších osob. Jedna z nejzásadnějších otázek při přípravě společnosti na stárnutí a vytváření věkově různorodé společnosti je zabránění diskriminace na základě věku. Proto je důležité poukázat na potenciál a přínos starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti a dále je rozvíjet a podporovat.

Stárnutí a stáří je zákonitý fyziologický proces, vyznačující se nástupem rozvojem nezvratných specifických změn, omezujících zdatnost, výkonnost a odolnost. Je to proces značně individuální, závislý na genetických faktorech i vlivech prostředí. Ať již dříve, či později bohužel u stárnoucích osob dojde k určité změně, která je způsobena nemocí či zdravotním postižením. Osoby se zdravotním či jiným postižením představují v naší společnosti poměrně početnou skupinu obyvatel a jejich postavení v České

republiky lze v posledních letech charakterizovat jako stabilizované, podpořené existencí sociálního systému. V naší společnosti je pomoc znevýhodněnému bližnímu podporována obecným uznáním základních lidských práv, mezi které spadají i práva sociální. Dalším důvodem k tomu, aby se společnost zabývala potřebami znevýhodněných občanů, může být i skutečnost, že ignorování určitých problémů vede k závažným konfliktům a nestabilitě v celé společnosti. Stát se proto pokouší chránit své občany tím, že jim nějakým způsobem poskytuje péči a ochranu.

V této práci jsem se zabývala především okolnostmi, které provázejí staré, chronicky nemocné či zdravotně postižené občany, kteří ztratili svou soběstačnost. Situaci jsem nejen popisovala v rovině teoretické, ale věnovala jsem se jí i v rovině praktické. V rámci teorie jsem popsala stáří, změny, které v tomto období přicházejí a možnou pomoc ze strany sociálních služeb. Vzhledem ke kategorii postižených seniorů, o které jsem psala, jsem za prioritu považovala pečovatelskou službu a osobní asistenci. Předmětem praktické části bylo kvalitativní výzkumné šetření, kde jsem formou rozhovoru získala potřebné informace od rodinných příslušníků pečujících o postiženého seniora. S pomocí dostupné literatury, na základě poznatků a vědomostí získaných v teoretické i praktické části práce, jsem byla schopna odpovědět na výzkumné otázky a naplnit hlavní cíl mé práce, kterým bylo zjistit význam pečovatelské služby a osobní asistence pro rodiny s nesoběstačným seniorem.

Zhodnotím-li dosažené výsledky, podpořené metodikou výzkumu, dojdou k následnému závěru:

Pacienti a členové rodin prožívají těžká období plná emocí, zažívají úzkost nebo strach o své blízké. Pokud jsou ochotni přijmout pomoc od profesionálních poskytovatelů péče, může to být pro nemocného člověka, ale i pro ostatní účastníky rodiny, vítaná změna k lepšímu. Je přirozené využít každou příležitost k poskytnutí pomoci nejen svým blízkým, nacházejícím se v tíživé životní situaci, ale i sobě. V případech péče o postiženého seniora za velmi potřebné a významné považují služby sociální péče, o kterých jsem psala ve své práci. A těmi jsou pečovatelská služba a

osobní asistence. Ovšem pouze za předpokladu, že představa rodiny o činnosti sociálních pracovníků v těchto službách bude odpovídat skutečnosti, a že přístup těchto pracovníků bude profesionální. Význam spočívá rovněž ve včasné, cílené a odborné pomoci, která může omezit vznik a působení druhotných problémů psychosociálního charakteru. V tom případě je význam těchto služeb obrovský ve zdravotní i sociální rovině.

Doporučení, které může vyplynout z mé práce, je platné pro všechny čtenáře. Neboť každý z nás se může dostat nejen do situace, kdy bude o postiženou osobu pečovat, ale i do situace, kdy se sám postiženou osobou stane. Ve všech případech výzkum prokázal, že postižení a nemocní lidé, kteří jsou seznámeni s aspekty své situace a jsou vhodně motivováni a mají podporu blízké osoby, si vytvořili systém hodnot a dostupných cílů znamenajících pro ně určitou životní perspektivu. Proto bychom si měli uvědomit, že i v takovém případě má život smysl a uzavření se do sebe či odmítání pomoci není řešení. Podobná rezignace ublíží nejen člověku samotnému, ale i jeho okolí. Proto bych doporučila snažit se dále žít i s určitým omezením, najít si takové zájmy, které mohou vykonávat a využít nabízené pomoci sociálních služeb.

Celkový přínos práce do zdravotně sociální oblasti vidím v tom, že si případní čtenáři uvědomí, jaké mají možnosti v případě situace, kdy se budou starat o postiženého člena rodiny.

Seznam použitých zdrojů:

ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – sociální péče*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 426 s. ISBN 90-246-0197-4.

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.0

ČÁMSKÝ, P., J. SEMBDNER a D. KROUČILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: Era, 2006. 180 s. ISBN 80-7366-057-1.

HAŠKOVCOVÁ, H., et al. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Pyramida, 1990. 365 s. ISBN 80-7038-158-2.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.

KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. 134 s. ISBN 978-980-904516-4-3.

KEITH, F. *Úspěšný návrh výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 230 s. ISBN 978-80-7367-468-7.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 280 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 368 s. ISBN 80-7169-195-X.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 309 s. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MILLER, T. *Systemtheorie und Soziale Arbeit: Entwurf einer Handlungstheorie*. 2. auf. Stuttgart: Lucius und Lucius, 2001. 261 s. ISBN 3-8282-0168-7.

NAKONEČNÝ, M. *Obecná psychologie*. 3. vyd. Praha: Academia, 1995. 438 s. ISBN 80-200-0525-0.

NAVRÁTIL, P., JANEBOVÁ, R. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 196 s. ISBN 978-80-7435-038-2.

PALA, G., et.al. *Volný čas seniorov na pociatku 21. storočia*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita, 2009. 169 s. ISBN 978-80-8068-949-0.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Aspi, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 208 s. ISBN 978-80-2471-174-4.

ROBBINS, J. *Healthy at 100*. 1. vyd. Randan House, 2006. 384 p. ISBN 978-1400065219

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2008. 424 s. ISBN – 978-80-7357-316-4.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3.

ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: MIKADAPRESS, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 400 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁVROVÁ, S. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

ZGOLA, M., J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

Přílohy:

Témata a doplňující otázky použité v rozhovoru:

Jaká je podle Vás dostupnost a informovanost v oblasti sociálních služeb týkající se péče o staré postižené občany, jako je např. „asistenční a pečovatelská služba“?

Otázky:

- Zjišťoval/a jste informace o těchto službách?
- Jakým způsobem?
- Kde nebo od koho jste se dozvěděl/a potřebné informace?
- Podařilo se Vám je získat rychle?
- Jsou pro Vás tyto služby dostupné?

Jaké důvody Vás vedly nebo vedou k tomu, že jste začal/a tyto služby využívat?

Otázky:

- Nemáte dostatek možností se o postiženého starat?
- Chodíte do zaměstnání?
- Vykonáváte časově náročné zájmové aktivity?
- Staráte se i ostatní členy rodiny?
- Bojíte se s nemocným manipulovat?
- Myslíte si, že k tomu nemáte profesní a odborné předpoklady?

Jaké máte s těmito službami zkušenosti a jak jste s jejich nabídkou spokojen/a?

Splňují pracovníci těchto služeb Vaše představy a očekávání?

Otázky:

- Jak se pracovníci sociálních služeb chovali k Vám a k nemocnému?
- Jak na Vás celkově působili?
- Jaká byla komunikace mezi nimi a nemocným?
- Vysvětlili Vám potřebné okolnosti těchto sociálních služeb?
- Korespondovala nabídka sociálních služeb se skutečnou činností v praxi?
- Odpovídala finanční částka nabízeným službám?

Vidíte nějaké nedostatky v nabízených službách? Pokud ano, jaké?

Otázky:

- Nastala situace, kdy Vás něco negativně překvapilo?
- Potřeboval/a by jste ještě nějaké doplňující služby a jaké?
- Stěžoval si na něco postižený člen rodiny?
- Byla péče pracovníků na požadované a odpovídající úrovni?
- Je podle Vás finanční částka za poskytované služby vysoká?

Jaký hlavní význam má pro rodinu podle Vás využití těchto služeb? Zaznamenáváte nějaké změny v rodině kde dochází k využíváním těchto služeb? Popište prosím jaké.

Otázky:

- V čem nejvíce Vám pracovníci těchto služeb pomáhají?
- Jaký účinek má jejich péče z fyzického, psychického a sociálního hlediska na nemocného?
- Je něco, co by jste bez nich nezvládl/a?
- Z čeho se nemocný raduje v přítomnosti těchto pracovníků?
- V čem je to přínos pro celou vaši rodinu?
- Došlo k nějakým změnám od té doby co využíváte pečovatelskou službu nebo osobní asistenci?

