

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče

Bakalářská práce

Autor: Blanka Vacková

Studijní program: B0923P240001 – Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Hradec Králové, 2024



Zadání bakalářské práce

| | |
|--------------------------------|---|
| Autor: | Blanka Vacková |
| Studium: | F21BK0169 |
| Studijní program: | B0923P240001 Sociální práce |
| Studijní obor: | Sociální práce v preventivních službách |
| Název bakalářské práce: | Faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče |
| Název bakalářské práce AJ: | Factors affecting the transition of seniors from home care to residential care. |

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat faktory, které ovlivňují rozhodnutí při volbě typu péče o seniory. A to, zda poskytovat péči v domácím prostředí nebo v pobytovém zařízení. Zaměření na toto téma bude z pohledu pečujících osob. Výzkum bude prováděn kvalitativní strategií, formou polostrukturovaných rozhovorů. V jedné vymezené lokalitě.

DUDOVÁ, R., 2015. Postarat se ve stáří. Rodina a zajištění péče o seniora. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 200 s. ISBN 978-80-7419-182-4. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3. DVOŘÁČKOVÁ, D., HROZENSKÁ, M., 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

| | |
|-------------------------------|--|
| Zadávací pracoviště: | Ústav sociální práce, Filozofická fakulta |
| Vedoucí práce: | PhDr. Lenka Neubauerová, PhD. |
| Oponent: | Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D. |
| Datum zadání závěrečné práce: | 26.1.2023 |

Prohlášení

Prohlašuji, že tuto bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce, a všechny použité prameny a literatura jsou zde uvedené.

V Hradci Králové 2.4. 2024

Blanka Vacková

Poděkování

Zde na tomto místě, bych ráda poděkovala PhDr. Lence Neubauerové PhD., za její odborné vedení a důležité podněty k mé bakalářské práci.

Stejně tak bych zde ráda sdělila svůj velký dík všem respondentům, a to konkrétně za jejich ochotu odpovídat na mé otázky a za jejich čas, který mi věnovali.

Anotace

VACKOVÁ, BLANKA. 2024. Faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové. 61 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá faktory, které ovlivňují rozhodnutí při volbě typu péče o seniora. Problematikou přechodu seniora mezi neformálními a formálními typy péče z pohledu pečující osoby se zaměřením na faktory ovlivňující tuto změnu. Tedy co ovlivní poskytování péče i nadále v domácím prostředí anebo který faktor bude rozhodovat o péči o seniora v pobytovém zařízení, za předpokladu naplňování základních potřeb seniora. Teoretická část je věnována přiblížení základních pojmů, jako je stáří, senior a jeho potřeby, dále možnosti druhů péče o seniora a jaký je dopad na rodinu. Dále vymezují sociální práci se seniory, nastíním, kde hledat sociálního pracovníka a definuji jeho roli v práci s rodinou seniora. Praktická část se věnuje zkoumání výzkumného cíle kvalitativním výzkumem za použití metod polostrukturovaných rozhovorů s neformálními pečujícími, kteří pečují o seniora doma nebo ho navštěvují v pobytových zařízeních.

Klíčová slova: senior, pečující osoba, domácí péče, pobytové zařízení, sociální práce.

Annotation

VACKOVÁ, BLANKA. 2023. Factors affecting the transition of seniors from home care to residential care. Hradec Králové: Faculty of Arts, University of Hradec Králové. 61 s. Bachelor thesis.

The bachelor's thesis deals with the factors that influence decisions when choosing the type of care for the elderly. The issue of the senior's transition between informal and formal types of care from the point of view of the caregiver with a focus on the factors influencing this change. That is, what will influence the provision of care in the home environment or in a residential facility, provided that the basic needs of the elderly are met. In the theoretical part, I focus on the introduction of basic concepts such as old age, the elderly, and their needs, as well as the types of care for the elderly and the impact on the family. Furthermore, I define social work with the elderly, outline where to look for a social worker and define his role in working with the family of the elderly. In the practical part the research is conducted using the qualitative strategy and the method of semi-structured interviews with informal caregivers who still provide care or who did provide care in the past.

Keywords: senior, caretaker, home care, residential facility, social work.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 10 |
| I. CÍL PRÁCE | 12 |
| II. TEORETICKÁ ČÁST | 13 |
| 1. Stárnutí | 13 |
| 1.1. Změny ve stáří | 14 |
| 1.2. Potřeby seniorů a kvalita jejich života..... | 14 |
| 1.2.1. Kvalita života seniorů..... | 15 |
| 2. Péče o seniory | 17 |
| 2.1. Sociální služby..... | 17 |
| 2.2. Zdravotní služby | 19 |
| 2.3. Formální a neformální péče | 20 |
| 2.4. Specifika a rizika neformální péče | 21 |
| 2.4.1. Svépomocné skupiny | 22 |
| 2.5. Specifika a rizika formální péče | 24 |
| 3. Sociální práce se seniory | 27 |
| 3.1. Sociální pracovník a jeho pozice | 28 |
| 4. Sociální služby ve vymezené lokalitě..... | 30 |
| 4.1. Ambulantní nebo terénní služby ve vymezené lokalitě..... | 30 |
| 4.2. Pobytové služby ve vymezené lokalitě..... | 32 |
| 5. Shrnutí teoretické části | 34 |
| III. EMPIRICKÁ ČÁST | 35 |
| 6. Metodologie..... | 35 |
| 6.1. Formulace výzkumného cíle..... | 35 |
| 6.2. Použitá výzkumná strategie a výzkumná metoda..... | 35 |
| 6.3. Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek..... | 36 |
| 6.4. Vlastnosti výzkumného souboru | 37 |
| 6.5. Organizace výzkumu a způsob analýzy dat..... | 39 |
| 6.6. Rizika a etika výzkumu | 39 |
| 7. Interpretace výsledků výzkumu..... | 41 |
| 7.1. Dílčí výzkumný cíl 1 | 41 |
| 7.2. Dílčí výzkumný cíl 2 | 43 |
| 7.3. Dílčí výzkumný cíl 3 | 45 |
| 8. Závěrečná diskuze | 49 |
| Závěr..... | 51 |
| Seznam tabulek..... | 53 |

| | |
|---------------------------------|----|
| Seznam použité literatury | 54 |
| Seznam příloh..... | 58 |
| Příloha č. 1 | I |

Seznam použitých zkratk

DVC – Dílčí výzkumný cíl

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

Sb. – Sbírka zákonů

TO – Tazatelská otázka

ZŽP – Základní životní potřeby

Úvod

Bakalářská práce nese název „Faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče“. Záměrem mé práce bude ukázat, jaké faktory ovlivňují změnu typu péče o seniora, a to z pohledu pečujících osob. V období, kdy člověk přestane sám zvládat zajištění svých potřeb a povinností, nastupuje nejdříve na pomoc rodina. Posléze pomoc odborná v podobě organizací poskytujících sociální péči. Pečující o blízkého často nemají prostor přemýšlet o jiných možnostech, proto by jim mohl pomoci i pohled zvenku. V dnešním světě je problematika péče o seniory důležitým tématem, a proto je vhodné se zaměřit a pojmenovat ty faktory, které ovlivňují změny v poskytování péče v domácím prostředí anebo který faktor rozhodl o péči o seniora v pobytovém zařízení. Důležité je samozřejmě naplňování základních potřeb seniora. Tento pohled může ukázat na důležité prvky, na které je třeba se v procesu péče o seniora zaměřit. Zároveň se domnívám, že by bylo současně vhodné si i ověřit, zdali je dostatečné sociální poradenství neformálních pečujících osob. Nejen během celého procesu rozhodování o změně způsobu poskytování péče, ale i během doby poskytování péče osobě blízké jako takové. V průběhu nynějšího studia na vysoké škole jsem začala pracovat na Úřadu práce v oddělení dávek příspěvku na péči a během výkonu této agendy se setkávám s tímto tématem a dotazy ze stran seniorů a pečujících osob. Zároveň jsem v kontaktu s pobytovými zařízeními. Informace z těchto zdrojů jsou inspirací pro můj výzkum.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, první je teoretická a druhá praktická neboli výzkumná část. V rámci první části je práce rozdělena do konkrétních kapitol, které se věnují vysvětlení jednotlivých základních pojmů zvoleného tématu. První kapitola uvede základní pojem mé práce, a to je senior a stáří jako takové. Popisuji zde, jak důležité jsou změny, které ve stáří nastanou a jaké jsou potřeby seniorů s tím spojené a jak toto vše může ovlivnit uspokojování základních potřeb těchto osob. Nastíním také jaký je dopad na kvalitu života seniora a jeho rodiny. Další kapitola popisuje služby pro seniory, tedy sociální a zdravotní služby pro seniory, dále vymezení v rovině formální a neformální, specifika a rizika těchto oblastí. Dalším prvkem této práce je pojem osoba blízká nebo poskytující péči. Tomuto pojmu se budu věnovat též v této kapitole, tak aby postavení pečující osoby, respektive osoby poskytující péči, bylo použitelně vymezeno, zároveň i uvedeny možnosti podpory pečujících osob v domácím prostředí. Třetí kapitola se krátce věnuje sociální práci se seniory. Význam role sociálního pracovníka je z mého

pohledu důležitý, zároveň i načasování kontaktu s ním, s ohledem na potřebu péče o seniora. Tak aby senior či pečující osoba věděli, kde mohou nalézt tuto kontaktní osobu a jaká je možná podpora z jeho strany. Teoretická část práce je ukončena shrnutím.

Empirická část bakalářské práce v první řadě představuje cíl výzkumu a následně se věnuje metodice výzkumu, zvolené metodě sběru dat a výběru výzkumného vzorku. Na konci empirické části je zhodnocení a porovnání dat, zjištěných zvolenou metodou výzkumu. Výzkum má tři dílčí výzkumné cíle. Zjišťuji, jaké jsou faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče. Dílčí cíle mi pomohou v zjištění, jak jsou naplňovány potřeby seniora a jaký má dopad dané prostředí na tyto potřeby a jaký byl případně důvod ke změně, a toto vše v rovnováze s potřebami pečující osoby. Domnívám se, že výzkum by mohl být přínosný i pro moji další práci, tedy jako budoucího sociálního pracovníka ve státních institucích, jako je například Úřad práce České republiky, v podobě více cíleného sociálního poradenství pro tyto účely.

I. CÍL PRÁCE

Hlavní cíl této práce:

Zjistit faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče.

Dílčí cíl 1:

Zjistit, s jakými potřebami a dotazy se potýkají pečující osoby.

Dílčí cíl 2:

Zjistit, zdali je dostatečná podpora služeb pro péči v domácím prostředí.

Dílčí cíl 2:

Zjistit, jaký byl důvod pro vyhledání služby pobytového zařízení.

Výzkum této bakalářské práce bude podpořen kvalitativním výzkumem, za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory budou vedeny s pečujícími osobami, které pečují, či pečovali o seniora v domácím prostředí, nebo je již v pobytovém zařízení.

II. TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se zaměřím na přiblížení pojmů potřebných k pochopení dané problematiky, a to z pohledu odborníků zabývajících se danou tematikou a z pohledu zákonů.

1. Stárnutí

První kapitola vymezuje pojem senior a stáří jako takové a další pojmy zabývající se tímto tématem. Jak důležité jsou změny, které ve stáří nastanou a potřeby seniorů s tím spojené a jaký je dopad na kvalitu jejich života.

V mé práci bude základním prvkem téma senior, stáří a stárnutí. Pojmy, které se na první pohled prolínají, byť ve skutečnosti mohou být chápány odlišně, tedy nejednoznačně. Odborné knihy a učebnice nám nabízejí velké množství teorií a vymezení věkového limitu, který se dá pokládat za počátek stárnutí a stáří, ale i kdybychom se snažili sebevíc pátrat, nedá se přesně vymezit věkové ohraničení pojmu senior. Dá se říci, že není obecně platná definice stáří. Weber (2000) uvádí, že stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého jedince, oproti tomu dle Haškovcové (2010) člověk začíná v podstatě stárnout již v okamžiku narození, ale nejvíce se projevy stárnutí ukazují v poslední třetině života člověka. Dalšími z důležitých milníků jednatelice v procesu stárnutí je osamostatnění dětí, dále nástup do penze a s tím spojené sociální změny. (Dvořáčková, 2012) Ve společnosti je běžně starý člověk charakterizován na základě příslušnosti k určité věkové hranici, kterou tvoří osoby starší 60, respektive 65 let. (Matoušek, 2003) V mé práci se budu zabývat seniory dle této definice.

Víceméně je ale všeobecně známé, že senior je starší člověk a stáří je výsledkem stárnutí. Stárnutí je proces, který má určité zákonitosti a je biologicky dán. Je jedinečný a má spoustu aspektů, které jsou ovlivňovány jednak genetickými dispozicemi, ale například i životním stylem. Jsou to změny, které nastávají postupem času, nerovnoměrně, a to u každého jednotlivce. Změny tělesné, psychické a sociální. Vlivem těchto změn se přechází postupně z produktivního období do období stárnutí a stáří. (Sýkorová, 2007)

1.1. Změny ve stáří

Změny, které se v organismu seniora vyskytují v závislosti na věku lze porovnat jako primární, a to hlavně tělesné, sekundární tedy vedlejší, které nesouvisí vždy jen se seniorním věkem a poslední terciální, kdy je nápadný celkový úpadek, bezprostředně předcházející skonu seniora. (Dvořáčková, Hrozenková, 2013)

Pro každého člověka je rozhodující, jak se sám cítí. Svě stáří vnímá každý jiným způsobem a různě se s ním také vyrovnává, přičemž kalendářní věk není ten zcela rozhodující. Jednotlivec se spíše snaží více přihlížet ke svému zdravotnímu stavu. „Člověk se čím dál více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi.“ (Dvořáčková, 2012, s. 12).

Dvořáčková, Hrozenková, (2013, s. 31) uvádí základní změny ve stáří s odkazem na publikaci Venglářové (2007, s. 12) a popisují jejich stručný výčet:

Tabulka 1: Přehled změn ve stáří

| <i>Tělesné změny</i> | <i>Psychické změny</i> | <i>Sociální změny</i> |
|-----------------------------------|--|------------------------------|
| <i>Změny vzhledu</i> | <i>Zhoršení paměti</i> | <i>Odchod do důchodu</i> |
| <i>Úbytek svalové hmoty</i> | <i>Problematičtější osvojování si nového</i> | <i>Změna životního stylu</i> |
| <i>Změny termoregulace</i> | <i>Nedůvěřivost</i> | <i>Stěhování</i> |
| <i>Změny činnosti smyslů</i> | <i>Snížená sebedůvěra</i> | <i>Ztráta blízkých lidí</i> |
| <i>Degenerativní změny smyslů</i> | <i>Sugestibilita</i> | <i>Osamělost</i> |
| <i>Kardiopulmonální změny</i> | <i>Emoční labilita</i> | <i>Finanční problémy</i> |
| <i>Změny v trávicím systému</i> | <i>Změny vnímání</i> | |
| <i>Změny vylučování moči</i> | <i>Zhoršení úsudku</i> | |
| <i>Změny sexuální aktivity</i> | | |

Zdroj: Venglářová, 2007, s. 12

1.2. Potřeby seniorů a kvalita jejich života

Pokud shrneme současnou situaci naší společnosti, je zřejmé, že status stáří není použitelný ideál. Nevíme tedy, jak ho řádně uchopit a jak podle něj začlenit seniory do

společnosti. Proto je důležité se spíše zaměřit na zajištění podpory ve stáří tak, aby byly co nejvíce podpořeny a udrženy lidské potřeby všech starších osob, a tím i kvalita jejich života v tomto období a sounáležitost všech osob ve společnosti.

Důležitý je také postoj seniora k zvládnutí jeho vlastního stáří, jenž je ovlivněn jeho celým životem a přístupem k němu. Dvořáčková uvádí, že „...*osobnost seniora je utvářena celým jeho předchozím vývojem.*“ (2012, s. 16) Jedná se o velmi rozdílný přístup, a to od strategie aktivní, či pasivní až po odmítavou či nepřátelskou až nenávistnou. Dále je také důležitý postoj společnosti ke stáří. Jak popisuje Dvořáčková „*Sociální struktura každé společnosti je vždy spojena se společenskými vztahy.*“ (2012, s. 13) Proto postoj společnosti k stáří je ovlivněn těmito vztahy.

Situace seniorů v moderní době je postavena na celoživotní roli nezávislosti jednotlivce, který najednou v období stáří musí zásadně změnit svůj životní styl. Namísto pracovního režimu je tu volný čas, menší příležitosti k navazování nových vztahů a větší prostor k osamělosti. Dost často i spojené se ztrátou životního partnera. Lze očekávat, že připravenost každého jednotlivého seniora na tuto novou životní roli, bude velmi důležitý prvek v této nové životní etapě. Nicméně skutečnost ukazuje, že mnoho lidí připraveno není a neumí si naplánovat svoji budoucnost ve stáří. Důležitá je proto pozice celé rodiny, její aktivita a aktivní způsob života seniora a s tím spojené schopnosti se s touto změnou vyrovnat co nejlépe a zvolit správnou strategii do dalšího života. Jak píše autorka „*Ti, kteří žijí doma v rodině, mají více plánů do budoucnosti a žijí relativně šťastně. Naproti tomu senioři žijící v domovech pro seniory upadají často do letargie, nezájmu a sociální izolace.*“ (Dvořáčková, 2012, s. 15)

1.2.1. Kvalita života seniorů

Definici kvality života v postmoderní době Dvořáčková (2012) uvádí jako podstatu kvality života jedince, a to na základě vnímání jedince. Jeho postavení ve světě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije. Dále ve vztahu ke svým očekáváním, cílům, jeho životnímu stylu a zájmům. Zahrnuje uceleným způsobem fyzické zdraví jedince, jeho psychický stav, sociální vztahy a vztah ke klíčovým oblastem jeho okolí. Jako základ pro formování této definice se autorka odkazuje na původní definici zdraví z roku 1946 celosvětové zdravotnické organizace.

Dvořáčková (2012) dále zdůrazňuje, že oproti osobní rovině, je důležitý i faktor vnější, který je neodmyslitelnou součástí hodnocení kvality života, neboť poskytuje odlišná data než výše zmíněná osobní rovina. Autorka popisuje tři úhly pohledu na kvalitu života. Od celospolečenského, dále nejbližšího okolí až na osobní. Dále řadí mezi faktory ovlivňující kvalitu života ty faktory, které mají přímý či nepřímý vliv na lidský společenský rozvoj.

Je nutné také zmínit, že kvalita života seniora je dána rovněž mnohými příležitostmi, službami a podporou, které v naší společnosti mají k dispozici. Dvořáčková (2012) řadí mezi faktory ovlivňující kvalitu života ty faktory, které mají přímý či nepřímý vliv na lidský společenský rozvoj, a to od zdravotních, sociálních až po ekonomické. Během stáří dochází ke zdravotním problémům, jejichž následkem může být omezení či ztráta samostatnosti, která nutně nemusí být jen v oblasti zdraví, ale též může být ovlivněna nevhodným bydlením, špatnou finanční situací seniora a chybějící sociální podporou.

Naše společnost dává prvořadý důraz na to, aby poskytované služby byly v souladu se základními principy, a to v kontextu dodržování lidských práv osob, kterým jsou poskytovány. Tyto osoby mají právo na to, aby jim byly služby poskytovány v souladu se zachováním jejich důstojného života. Poskytovanými službami nesmí docházet k omezování jejich samostatného rozhodování a omezování svobodné vůle. Zároveň musí být podporována snaha o jejich sociální začleňování. (Dvořáčková, Hrozenská, 2013)

Pro to, aby se mohli rodinní příslušníci rozhodnout, jestli o seniora pečovat doma nebo ho umístit do příslušné instituce, musí být obeznámeni s tím, kdy a jakými změnami člověk ve stáří prochází. Zároveň se musí vycházet i z možností jednak jeho vnějšího prostředí, a to rodinné zázemí, dále jaké služby a zařízení jsou k dispozici. Stejně tak důležité je i jeho vnitřní nastavení tedy fyzické, duševní zdraví či subjektivní pohoda. Je to dobré proto, aby si neformální pečující uvědomili, zda budou mít sílu postavit se všem nastávajícím komplikacím (Dudová, 2015).

2. Péče o seniory

Nezbytnou součástí kvalitního a spokojeného života seniora je dostatečná sociální a zdravotní péče, bez níž se ve vyšším věku již senior neobejde. Jednak mu napomáhá při udržení dobrého fyzického a psychického stavu, dále lépe se vyrovnat se vším co stáří přináší a tím pádem jako jedna z podpor, která mu umožňuje co nejdéle setrvat ve svém přirozeném prostředí. Podíváme se tedy nejdříve na všeobecné vymezení sociálních a zdravotních služeb, posléze detailněji v zaměření na seniory.

2.1. Sociální služby

Sociální služby se poskytují osobám dle zákona č. 108/2006 Sb., v němž je specifikováno, komu jsou určeny a jakou podobu mohou mít. A to konkrétně v podobě sociálního poradenství, služeb sociální péče a služeb sociální prevence. Zákon specifikuje i potřebné odborné předpoklady osob, které se zabývají těmito činnostmi. Pokud to chceme zjednodušeně uvést, tak sociální poradenství má za cíl napomoci hledání cest v nepříznivé sociální situaci jedince, sociální služby jsou nástrojem v zajištění soběstačnosti jedince a oproti tomu služby sociální prevence mají za cíl předcházet sociálnímu vyloučení jedince. Tento zákon dále uvádí, že tyto sociální služby se mohou poskytovat jako služby pobytové, to znamená jako služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, dále jako služby ambulantní, za kterými osoba dochází a není zde poskytováno ubytování. Poslední formou je forma terénní, která je poskytována v přirozeném sociálním prostředí této osoby. Jsou zde i vyjmenována zařízení pro poskytování sociálních služeb a základní činnosti těchto zařízení. Mezi zařízení, která se zaměřují na péči seniorům s odkazem na § 34 tohoto zákona, můžu vyzdvihnout centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem. Jako základní činnosti při péči o seniory, dle § 35 tohoto zákona, bychom mohli vyjmenovat podporu při péči v běžných úkonech o svoji osobu, jako je hygiena, strava, aktivizační činnost a sociální poradenství. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Dále tento zákon stanovuje i podobu úhrad za sociální služby. Konkrétně seniorům může být poskytnuto bez úhrady například základní sociální poradenství a sociálně aktivizační služby. Za úhradu jsou například pečovatelské a pobytové služby. Maximální ceny za jednotlivé úkony, rozsah úkonů a služby v souvislosti s poskytováním sociálních služeb stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb. Konkrétní cena za služby musí

vycházet ze smlouvy mezi poskytovatelem služby a klientem. Zajištění sociálních služeb poskytují obce, kraje, nestátní neziskové organizace, fyzické osoby, církevní právnické osoby a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Seznam těchto registrovaných služeb je veden tímto ministerstvem. (zákon č. 108/2006 Sb., vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Konkrétně v pomoci seniorům v jejich přirozeném prostředí lze využívat tedy terénní pečovatelskou službu, kdy pečovatelé dochází ke klientovi na základě jeho potřeb, které jsou ukotveny dle jeho situace ve smlouvě o poskytování sociálních služeb. (Dvořáčková a Hrozenská, 2013) Převážně se jedná o služby placené, přesně vymezené zákonem č. 108/2006 Sb. Může se například jednat o situace, kdy pečovatelská služba seniorovi obstarává donášku jídla, pomáhá s hygienou. Další možností, která se nabízí je osobní asistence. Jejímž smyslem je zprostředkování kontaktu seniora se společenským prostředím a jeho zapojení do volnočasových aktivit. V neposlední řadě jsou nezbytnou součástí péče o seniory v domácím prostředí odlehčovací služby neboli úlevová či respitní péče. Tyto služby umožní pečující osobě na konkrétní dobu odpočinek. Odlehčovací služba může být poskytována v běžném prostředí klienta, v sociální službě nebo jako ambulantní zařízení. Nejdůležitější úkony, které služba nabízí a které jsou podpořeny zákonem č. 108/2006 Sb., jsou cíleny na pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zajištění či poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně a podobně. Další služby, které může rodina využít, jsou centra denních služeb, denní stacionáře a týdenní stacionáře. Tyto služby jsou ambulantní nebo pobytové a slouží k podpoře péče osobou blízkou o seniora v rámci neformální péče. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Jedním z typů zařízení poskytujících sociální služby pobytové pro seniory jsou domovy pro seniory, které poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost, převážně z důvodu věku a je potřeba pravidelné pomoci jiné fyzické osoby. Dalším typem zařízení jsou domovy se zvláštním režimem. V těchto zařízeních se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace rovněž vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Status těchto zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Předposledním z typů pobytových zařízení, využívaných v péči o seniory, jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením, které mají nižší samostatnost z důvodu zdravotního omezení a jejichž situace vyžaduje též

pravidelnou pomoc jiné osoby. Zvláštní a poslední variantou jsou sociální služby poskytované v zdravotnických lůžkových zařízeních jako služby pro seniory, jejichž zdravotní stav nevyžaduje lůžkovou péči, ale zároveň jim neumožňuje zůstat doma. Tyto služby jsou poskytovány do doby, než bude mít senior zajištěnou pomoc od jiné osoby nebo sociální služby. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Zákon č. 108/2006 Sb. § 49. specifikuje, jaké činnosti služba dle typu pobytového zařízení obsahuje. Primárně se jedná o zajištění ubytování, stravy a péče, která je jim poskytována v případě nezvládnutí běžných denních úkonů, jako je pomoc při osobní hygieně, pomoc při základním úklidu bytu, dále pomoc při nákupu, či zprostředkování doprovodu například k lékaři. Další jmenovanou činností je dopomoc při kontaktu s okolím a další vhodné terapeutické a aktivizační činnosti. Vyhláška č. 505/2006 sb. stanovuje rozpětí úkonů jednotlivých činností a maximální výši úhrad. Konkrétní cena za služby musí opět vycházet ze smlouvy mezi poskytovatelem služby a klientem. (zákon č. 108/2006 Sb.; vyhláška č. 505/2006 Sb.)

2.2. Zdravotní služby

Další důležitou součástí péče o seniory je poskytování zdravotní péče. Zákon č. 372/2011 Sb. vymezuje služby a podmínky spojené s jejím poskytováním. Zdravotní péčí se rozumí soubor činností, které jsou mimo jiné spojené s prevencí a léčbou nemoci, jejímž cílem je udržení života a zároveň zlepšení jeho kvality, která vede k prodloužení života jedince. Zdravotní péče se může poskytovat v prostředí určeném pro poskytování zdravotních služeb anebo v přirozeném prostředí jedince. Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, vychází ze zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Je myšleno převážně domácí prostředí pacienta. Tato péče může být konkrétně ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní. Lůžková podoba zdravotní péče, jako možná varianta ve vztahu k seniorům, je zákonem vymezena jako následná lůžková péče, kdy zdravotní stav vyžaduje doléčení anebo jako dlouhodobá lůžková péče, kdy je nezbytná soustavná ošetrovatelská péče. Zákon vymezuje i odborné předpoklady osob, vykonávajících tyto činnosti. (zákon č 372/2011 Sb.)

Domácí zdravotní péči, vykonává kvalifikovaný zdravotnický personál a pokud je předepsána ošetřujícím lékařem, je plně hrazena zdravotním pojištěním. S

ošetřovatelskou péčí souvisí například podávání léků, aplikace injekcí, s rehabilitační péčí souvisí provádění postupů vedoucích k rehabilitaci pacienta v domácím prostředí. Paliativní péče v domácím prostředí je péče o těžce nemocné a jejím smyslem je ulehčování od bolesti a umožnění důstojného umírání pacienta. (Dvořáčková, Hrozenská, 2013)

Kompletní přehled o konkrétních zdravotních službách umožní Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, informační registr veřejné správy, zřízený podle zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (MPSV, 2018; zákon č. 372/2011 Sb.)

2.3. Formální a neformální péče

Dudová (2015) dělí péči o seniory do tří forem, a to péče zajištěná rodinou, zdravotní péči a systém sociální péče. Přičemž zdravotní péče je myšlena především prostřednictvím praktických a odborných lékařů a specializovaných oddělení nemocnic a zdravotnických zařízení. Dále Dudová ve stejné knize dělí péči ještě na formální, myslí při tom péči o seniora v institucích, a neformální a tou je myšlena péče o seniora v rodině. Z tohoto rozlišení budu vycházet ve své práci a v následném výzkumu a zjišťovat důvod užívání dané služby.

Nejprve se podíváme, kdo všechno se na péči o seniora může podílet a jaká je podpora ze strany státu, a to dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Tento zákon stanovuje systém hodnocení a stanovení výše příspěvku na péči. Je v něm uvedeno, že příspěvek na péči se poskytuje osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby při zvládnání svých základních potřeb nutných k životu a brání jim v tom jejich dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Pomoc může být poskytována například ze strany fyzické osoby nebo organizace, které jsou registrovány jako organizace poskytující sociální služby. Zákon dále vyjmenovává deset životních potřeb, u kterých se při stanovení výše příspěvku na péči hodnotí funkční dopad nepříznivého zdravotního stavu na zvládnání těchto potřeb. Podle počtu nezvládaných životních potřeb je stanoven stupeň závislosti a výše příspěvku na péči, s rozdělením dle věku do 18 let a nad 18 let. O příspěvku dle tohoto zákona rozhoduje Úřad práce České republiky. V současné době máme stanovené tyto stupně závislosti:

Tabulka č. 2: Příspěvek na péči - stupně závislosti - dle počtu nezvládaných základních životních potřeb (ZŽP)

| Věk | I stupeň (lehká závislost) | II stupeň (středně těžká závislost) | III stupeň (těžká závislost) | IV stupeň (úplná závislost) |
|-------------------|-------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|
| do 18 let | 3-4 | 4-5 | 6-7 | 8-9 |
| nad 18 let | 3-4 | 5-6 | 7-8 | 9-10 |

Zdroj: vlastní zdroj dle zákona č. 108/2006 Sb.

2.4. Specifika a rizika neformální péče

Domácí péče o seniora v jeho rodině je jednou z nejstarších forem péče o tuto generaci, kdy péči poskytuje osoba blízká. V mnoha kulturách je péče o starší příslušníky rodin považována za přirozenou součást života rodiny. Senior má možnost setrvat v prostředí, ve kterém je zvyklý a cítí se bezpečně a je v kontaktu s blízkými, což podporuje jeho psychické a emoční zdraví. Tato péče je označována jako domácí, laická či neformální péče. Navíc má rodina jako celek k dispozici více prostředků a zdrojů, které mohou být věnovány do péče seniorovi. (Dudová, 2015)

Pro podporu co nejdelšího pobytu seniora v jemu známém prostředí došlo ke koncipování rozsáhlé škály poskytovaných sociálních, zdravotních a dalších služeb jak terénního, tak i ambulantního typu. Uvedené služby jsou konstruovány tak, aby kombinovaly péči a podporovaly osoby nacházející se v nepříznivých životních situacích setrvat v domácím prostředí co nejdéle (Malíková, 2011). Autorky Dvořáčková a Hrozenská (2013) uvádí, že poskytované služby vypomáhají seniorům při obstarávání jejich potřeb, zajišťují podporu rozvoje seniora a alespoň částečné zachování soběstačnosti seniora při aktivitách běžného života. To vše v souladu se zachováním dosavadního způsobu života seniora. Kromě uvedeného je dalším účelem také minimalizace zdravotních a sociálních rizik, jež vyplývají z nepříznivého stavu seniora.

Osoba blízká, označovaná jako osoba pečující, poskytuje péči osobě, která je závislá na pomoci jiné fyzické osobě. Matoušek (2003) uvádí, že pečující osoba je osoba, která pečuje o příbuzného, přítele nebo souseda, bez stanovené úplaty a smlouvy. Péče je

poskytována v rámci blízké rodiny a blízkých přátel. Smyslem této péče je zajištění důstojných životních podmínek pro své blízké. Většinou je vykonávána komplexně jednou osobou. Celkově jde po všech stránkách o náročnou práci, někdy bez dostatečného ocenění nebo pochopení ze strany okolí. Tak aby byla dobře zvládnuta, je třeba nastavit plán péče, dobře zorganizovat podporu celé rodiny, blízkých. Na místě je i spolupráce s praktickým lékařem, navázat kontakt s dostupnými sociálními a zdravotními službami v okolí.

Na základě výše uvedeného je zřejmé, že osoba pečující má velkou potřebu informovanosti, aby se dokázala orientovat ve všem potřebném. Proto je velmi důležitá podpora a pomoc nejen od blízkých, ale i vnějšího světa, zejména od různých organizací, které se profilují ve státní i nestátní sféře. Na základě podpory Evropské unie a projektu z Evropských sociálních fondů MPSV Podpora neformálních pečujících II byla jedním z výstupů pro podporu větší informovanosti osob pečujících příručka pro pečující. Příručka si klade za cíl být spíše rozcestníkem v začátcích a v průběhu péče a vyjmenovává základní rady, na koho a kam se obrátit a jaké jsou kompetence daných institucí. Projekt byl realizován v období od 1. 3. 2017 - 31. 5. 2019 (MPSV, 2018; MPSV, 2022)

2.4.1. Svépomocné skupiny

Zmíním okrajově jednu formu podpory osob blízkých, tedy pečujících, a to svépomocné skupiny. Svépomocná skupina většinou slouží k setkávání lidí, kteří se nachází v podobné náročné životní situaci, kdy si tyto lidé poskytují vzájemnou pomoc a podporu. Zároveň je v těchto skupinách vytvořen prostor pro sdílení zkušeností. Lidé, a v tomto případě je myšleno pečující osoby, se tak mají možnost setkat se s někým, kdo prožívá nebo prožil něco podobně náročného jako je péče o někoho. Stejně tak jako je náročné naplňovat potřeby osoby, která péči poskytuje. Vzájemně si pomáhají tuto svou situaci zvládnout, poradit si s ní a zmírnit pocity odcizení a izolace. Člověk nabývá vyšší kompetence, odpovědnosti, podílu na rozhodování a řízení, a uplatnění se při vyřizování různých záležitostí. Setkávání a vzájemné sdílení může pomoci k naplnění potřeby sociální dimenze „někam patřit“. (Matoušek, Křišťan, 2013) Do svépomocné skupiny může být zapojen i odborník. Jeho přítomnost může podpořit odbornost konzultací a podporu hledání možných řešení problémů. Prostřednictvím tohoto odborníka

z konkrétní organizace, může být tato svépomocná skupina touto organizací zastřešena. A to tím způsobem, že vytváří podmínky pro působení skupiny a napomáhá plnit její smysl. (Matoušek, 2003)

Svépomocné skupiny, jako forma podpory jak samotných seniorů, tak pečujících osob v péči o seniory, nejsou v České republice příliš časté. Převažují spíše skupiny se zaměřením na osoby s určitým typem zdravotního omezení. Nicméně jedním z příkladů konkrétní podpory zájmů a práv osob poskytujících péči v laické, tedy neformální podobě, v přirozeném prostředí funguje v České republice od roku 2015 Unie pečujících. Je to otevřená komunita lidí, kteří se podílejí nebo chtějí podílet na podpoře pečujících osob a požadují změny stávajícího systému. Představitel této zájmové skupiny uvádí ve své výroční zprávě z roku 2022, že se účastní jednání na jednotlivých úrovních státní správy a samosprávy, a mají zastoupení v pracovních skupinách. (MPSV, 2018; Unie pečujících, 2023)

Nicméně péče o seniora má také své rizikové faktory. Členové rodiny neboli neformální pečující osoby, kteří se o seniora starají, se mohou cítit přetíženi. Povinností je najednou moc a toto vše může vést k napětí a stresu v rodinných vztazích jako takových, dost často v podobě ponorkové nemoci. Dalším následkem přemíry povinností a stresu na straně pečující osoby může být syndrom vyhoření. Mlýnková (2011) uvedla základní výčet překážek na straně rodinných příslušníků, při poskytování péče. Uvádí mimo uvedených i nevhodné bytové podmínky, ztrátu soukromí, přílišnou vzdálenost rodiny od seniora. Nejvýznamnější je však trvalá potřeba zaměstnání střední generace a tím pádem nemožnost zůstat doma a plně se starat o své blízké. Souběžná je i povinnost střední generace vůči vlastní rodině, tj. vůči dětem, vnoučatům a domácnosti. Jedním z dalších důležitých faktorů, které omezují samostatný pobyt seniora v domácím prostředí, může být i velmi nízká informovanost seniorů a pečujících osob.

Další slabinou tohoto typu péče je systém sociální podpory od státu, který nezaštiťuje plně všechny osoby pečující o seniory. Nárok na uznání doby péče o závislé osoby se hodnotí jako zaměstnání, a započítává se do důchodového pojištění osobě pečující až od II. stupně závislosti osoby vyžadující péči výše. Stejně tak je hrazeno i zdravotní pojištění za tyto osoby poskytující péči státem. Tak, aby byla doba péče započtena do důchodového pojištění, musíte péči poskytovat blízké osobě nebo osobě, se

kteřou bydlíte ve společné domácnosti. Za osoby blízké pokládá zákon o důchodovém pojištění manžele, příbuzné v řadě přímé, děti, sourozence, zetě, snachu a manžele rodiče kteréhokoli z manželů. Doba péče o osoby, které nejsou osobou blízkou a ani nežijí s pečující osobou v domácnosti, není považována za dobu důchodového pojištění ani náhradní dobu pojištění. (zákon č. 155/1995 Sb., zákon č. 48/1997 Sb.)

Kalvach (2004) zdůrazňuje, že na odchod seniora do dlouhodobé pobytové péče má vliv jednak jeho zdravotní stav, dále pak špatná finanční situace seniora. Další je také nezanedbatelný faktor, kterým jsou členové rodiny, a to jejich obavy a vlastní zájmy, které upřednostňují na úkor zájmů seniora. Navážu-li tedy na výše uvedené a shrnu důležité faktory, které vedou k nesoběstačnosti seniora, tak je to jednak zdravotní stav seniora, a to konkrétně dlouhodobé nebo postupně se zhoršující onemocnění jako je demence, Alzheimerova choroba, onkologická onemocnění či opakující se cévní mozkové příhody. Dále nesmíme opomenout také dopad omezení fyzické aktivity. A poslední ne nevýznamný prvek je určitě i ztráta kontaktů, ztráta někoho blízkého a sociální izolace.

2.5. Specifika a rizika formální péče

Institucionální péče neboli formální péče, je vesměs péče v pobytových zařizováních, které jsou specifikovány zákonem č. 108/2006 Sb. Pobytová zařizování pro seniory jsou koncipována jako dvacetihodinová služba potřebným, a to v souběhu oblasti sociální a zdravotní péče. Obě oblasti jsou stejně důležité a tím pádem je i jedinečnost v oblasti komplexní péče. Dvořáčková (2012) popisuje, že tento typ péče nastává jako důsledek postupnému snižování soběstačnosti seniora. Dále také uvádí, že je to časté řešení nevyhovující životní situace v rodině, pokud senior žil sám ve své původní domácnosti, a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující nebo někdy úplně chybí. Posledním případem je nedostatečná nebo kapacitně přetížená nabídka sítě podpůrných terénních sociálních služeb. Tyto služby napomáhají při specifických potřebách seniora v jeho setrvání v přirozeném domácím prostředí.

Rozhodnutí o změně typu péče o seniora a jeho umístění do pobytového zařizování je mnohdy samo o sobě velmi těžké a komplikované. Jak pro seniora, tak i pro jeho rodinu. Jedná se o rozhodnutí, které je ve většině případů spojené se životem v pobytovém

zařízení po zbytek života seniora. Dojde ke změně přirozeného prostředí, senior tak ztratí pocit bezpečí, jistoty a orientace. Zároveň může být omezen pravidelný kontakt s rodinou. Dvořáčková (2012) zmiňuje, že takto výrazná změna má dopad na psychickou pohodu seniora a může u něho vyvolat úzkostné psychické stavy a strach z toho, že svůj život již nemá pod kontrolou. Všeobecně je adaptace na nové prostředí u seniorů obtížnější a trvá déle. Náročná je i akceptace nových pravidel, nových kontaktů s cizími lidmi a začlenění se do chodu zařízení. Může docházet i ke změně jeho návyků, uzavírání se do sebe a senior najednou nemá potřebu ani vykonávat běžné aktivity, které předtím běžně vykonával ve svém přirozeném prostředí.

Matoušek (1999) uvádí, že se jedná hlavně o ztrátu svého prostoru, své identity, která je nutným negativním faktorem pobytu v zařízení, dále dodržování stanovených vnitřních pravidel, která jsou pro všechny stejná. Díky stereotypnímu způsobu života, se lidé stávají vztahovačnými a zvyšují se jejich negativní emoce. K dalším nepříznivým faktorům patří péče či věnování se pozornosti více lidem najednou a potlačování individuálního přístupu k jednotlivci. Vše toto může bránit přirozené adaptaci seniora na nové prostředí.

Ideální situace je taková, když senior sám chápe a vnímá svou nepříznivou situaci a rozhodne se a vybere si zařízení, do kterého odejde. Může si ho prohlédnout, zjistit informace, seznámit se s programy aktivit, poznat personál. Senior se díky tomu může lépe adaptovat na nové prostředí a prostřednictvím pravidelné a kvalitní péče žije i nadále spokojený plnohodnotný život. Ale toto je možné pouze v některých ojedinělých případech. (Dudová, 2015) Je spíše běžnou praxí, že rodina i samotný senior se bojí mluvit o tomto tématu. Ve společnosti vnímáme, že převládá strach z pocitu, že se již rodina nechce starat o seniora, a to je příčina jeho umístění do zařízení. Obecně asi nelze stanovit správný čas, kdy toto téma začít řešit.

Pro konkrétního seniora znamená tento přechod zásadní změnu prostředí a životního stylu. Shrnuli toto slovy Vágnerové (2000) tak musíme pracovat se třemi tématy, které má člověk umístěný do zařízení poskytující pobytovou péči. Na prvním místě to je ztráta svého prostředí, na druhém místě ztráta jedinečnosti starého člověka a na třetím místě je to pocit blížícího se konce života. Ve výzkumu se na tyto témata zaměřím, v otázce přínosu daného prostředí a naplňování potřeb seniora.

3. Sociální práce se seniory

Třetí kapitola se věnuje sociální práci se seniory. Nejdříve si vydefinujeme pojem sociální práce a poté se zaměříme na její vztah k seniorům. Jaká je role sociálního pracovníka a kde ho najdeme, případně jak může ovlivnit péči o seniora. Téma, které by mělo být důležité, jak pro potřeby informací v rámci péče o seniora, tak i pro potřeby pečující osoby jako takové.

Pokud bychom chtěli definovat termín sociální práce, narazili bychom na nejednoznačnost tohoto termínu, podloženou jejím vývojem. Tento vývoj byl ovlivněn potřebami jednotlivých členů společností a koncepcemi sociální péče a sociální politiky dané společnosti. (Chrenková, Sobková, Vajd'áková in Janoušková., 2007) Pro zjednodušení tedy uvedeme, že cílem sociální práce je zanalyzovat situaci klienta a dle toho s ním prakticky pracovat. (Matoušek, Křišťan, 2013)

Gulová ve své knize označuje sociální práci za specifickou odbornost se spoustou metod, které jsou nastaveny s cílem odborné pomoci a péče potřebným v jejich sociálních situacích. Primárně ve formě podpory klienta a jeho schopností řešit očekávané situace, přijmutí jeho problému a pracovat na jeho dalším vývoji a zlepšení situace. Mezi další cíle sociální práce řadí zprostředkování komunikace s institucemi, které mohou klientovi pomoci, a to ve formě zdrojů nebo služeb. (Gulová, 2011)

Sociální práce se seniory se tedy zaměřuje cíleně na pomoc seniorům při zvládnání každodenních aktivit a na podporu jejich kvality života. Podpora samostatnosti a nezávislosti, a to například prostřednictvím poskytování informací o různých programech a službách, které jsou pro ně dostupné. Kromě toho to může být i podpora při hledání vhodného bydlení seniorům, podpora péče o zdraví a podpora při řešení finančních a právních otázek. Důležitou součástí sociální práce se seniory je také prevence sociální izolace a osamělosti, které mohou mít negativní dopad na zdraví a kvalitu života seniorů. (Dvořáčková a Hrozenská, 2013)

Jak jsem již na začátku této kapitoly zmínila, uvést definici sociální práce není jednoduché. A pokud pod tento pojem řadíme i různorodá zaměstnání, tak je to široké rozpětí od oblastí sociálních služeb a úřadů, až po sociální práci vykonávanou ve

zdravotnických zařízeních nebo třeba probaci a mediaci. Proto je nutné vnímat sociální pracovníky jako ty, kteří usilují o zlepšování životní situace klienta a podporují jeho začleňování a zároveň předcházejí sociálnímu vyloučení klienta. (Tomeš, 2013)

3.1. Sociální pracovník a jeho pozice

Sociální pracovník je podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 vymezen jako osoba, která mimo jiné vykonává sociální šetření, zabezpečuje výkon sociální agendy včetně řešení sociálních problémů a vykonává metodickou a koncepční činnost v této oblasti. Dále se věnuje službám sociální prevence, depistážní činnosti, poskytování krizové pomoci, sociálnímu poradenství a toto vše koordinuje dle potřeb obyvatel v dané lokalitě. Zároveň je prostředníkem mezi občanem a státem v rámci těchto potřeb. (Zákon č. 108/2006) Sociálního pracovníka definují takové vlastnosti jako je důvěryhodnost a empatie, schopnost jít za konkrétním cílem a iniciace nového. Dále vřelost a nápaditost. Toto vše je navíc nezbytné v souladu s odbornými znalosti a otevřenou komunikací. Neměl by mu chybět životní nadhled a smysl pro humor. (Gulová, 2011)

V Česku je možné najít sociální pracovníky v oblasti péče o seniory v různých institucích, jako jsou například domovy pro seniory, pečovatelské služby nebo v rámci zdravotních a sociálních služeb. Zde se s nimi primárně setkáme v případě zájmu o služby tohoto zařízení v podobě poskytnutí sociálního poradenství. Sociální pracovníci se také vyskytují v působnosti státní správy a můžeme se s nimi setkat například v rámci terénních depistáží, které primárně realizují sociální pracovníci pracující na obcích. (Dvořáčková a Hrozenská, 2013) Sociální pracovníky lze nalézt i na kontaktních pracovištích Úřadu práce ČR. Musil (2007) hovoří o tom, že jednou z povinností tohoto pracovníka je poskytovat základní poradenství. Nicméně úskalí tohoto vidí ve způsobu získávání potřebných informací o klientově životní situaci a ve využití sociálního šetření, a to nejen pro posouzení nároku na dávku. Zcela na místě by bylo právě využití získaných informací pro sociální poradenství a doporučení konkrétních služeb či forem pomoci v klientově situaci. Ministerstvo práce a sociálních věcí nabízí registraci do databáze sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Tak aby vznikla Mapa těchto pracovníků. Registrace je ale dobrovolná, proto ne zcela využívaná. V konkrétní vymezené lokalitě města Čáslav a okolí, se mi nepodařilo vyhledat žádného registrovaného sociálního pracovníka. Použitelnější mi spíše připadá seznam institucí a

sociálních pracovníků, který nabízí příručka pro pečující osoby. Byť je již z roku 2018.
(MPSV, 2018; MPSV 2022)

4. Sociální služby ve vymezené lokalitě

Tato kapitola je věnována představení vybraných sociálních, zdravotních či dalších služeb, s kterými senioři přichází do kontaktu v dané lokalitě, což je na úrovni města Čáslav a jeho nejbližšího okolí. Město Čáslav se nachází ve Středočeském kraji, okres Kutná Hora, necelých 80 kilometrů jihovýchodně od Prahy. Dnešní Čáslav je městem střední velikosti, v roce 2008 byla překročena hranice deseti tisíc obyvatel. Od roku 2003 je Čáslav pověřenou obcí třetího stupně. (Městský úřad Čáslav, 2024 a)

4.1. Ambulantní nebo terénní služby ve vymezené lokalitě

Čáslav nabízí poměrně širokou nabídku terénních a ambulantních sociálních služeb pro seniory či osoby se zdravotním postižením. Pokud bychom se primárně zaměřili na potřeby seniorů, jedná se hlavně o společnost Anima o.p.s., kterou dále detailněji popíšu. (Městský úřad Čáslav, 2024 b)

ANIMA Čáslav, o.p.s. poskytuje registrované služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Společnost nabízí pečovatelské služby, stejně tak i denní stacionář a pobytovou odlehčovací službu. Pečovatelská služba terénní je služba poskytovaná v domácnosti klientů, a to především pomoc při zajištění chodu domácnosti, základních potřeb seniora a kontaktu seniora se společenským prostředím. A to například prostřednictvím přepravní služby Taxík Maxík, kterou tato společnost provozuje. Pečovatelská služba ambulantní je služba poskytovaná klientům ve střediscích osobní hygieny. Jsou zde vytvořené podmínky pro osobní hygienu, koupel s asistencí, praní a žehlení prádla a doprovod do zařízení a zpět. A nabízeny i služby jako je pedikúra a kadeřnictví. Denní stacionář je služba poskytovaná klientům především proto, aby se necítili osamoceni a mohli aktivně trávit volný čas ve společnosti svých vrstevníků, za přítomnosti pomáhajícího personálu. Přičemž služba je schopna jim poskytnout alespoň částečnou pomoc v jejich domácím prostředí, ve vymezené denní době. Poslední službou tohoto zařízení je odlehčovací služba pobytová, jedná se o službu zajišťující pobyt klientům v zařízení po dobu maximálně tří týdnů, v předem stanovených termínech. Kapacita je 5 osob. Tento čas mohou pečující osoby využít ke svému odpočinku. Zařízení nabízí i aktivizační služby, a to individuální nebo skupinové. Jedná se například o ruční práce, předčítání knih či pobyt v parku. (Anima, 2023).

Dále je tu Oblastní charita Kutná Hora, která poskytuje podobné terénní charitní pečovatelské služby a sociálně aktivizační služby pro seniory jako organizace v předchozím případě. Navíc proto vyzdvihnu půjčovnu kompenzačních pomůcek. Tato půjčovna nabízí širokou škálu základních pomůcek, včetně polohovacích postelí, chodítek a berlí, za úhradu dle ceníku půjčovného, který zůstává nezměněn od roku 2020. (Oblastní charita Kutná Hora, 2024)

Stejně tak ve městě působí i některé vybrané organizace, které mají dosah v rámci okresu Kutná Hora a nabízejí kombinovanou, tedy nejen sociální, ale i zdravotní péči. Jako je LCC domácí péče s.r.o. Tato organizace nabízí pečovatelskou službu, odborné sociální poradenství, osobní asistenci a domácí ošetrovatelskou péči. Jako příklad domácí ošetrovatelské péče uvádí převazy ran, včetně péče o proleženiny, aplikaci injekcí, kontroly krevního tlaku. Tyto úkony provádí zdravotní personál a klient má svého manažera péče. Jedná se o sestru, rehabilitačního pracovníka či jiného člena týmu, který je ve stálém kontaktu s klientem a pravidelně předává ošetřujícímu lékaři informace o celkovém stavu klienta a současně aktuálně oznamuje potřebné změny v rozsahu indikace výkonů domácí péče. (LCC Domácí péče, 2023)

Poslední vybranou organizací je SC domácí péče, o. p. s., která má opět v nabídce sociální služby terénní v kombinaci s domácí ošetrovatelskou péči. Poskytuje i terénní hospicovou péči zaměřenou na tišení bolesti nemocného. Dále je v nabídce zapůjčení nebo prodej rehabilitačních či zdravotnických pomůcek, bohužel ale bez přesné specifikace nabídky. (SC domácí péče, 2013)

Taktéž velmi důležitou službou pro seniora v domácím prostředí je tísňová péče, kterou například nabízí organizace Život 90, z.ú. prostřednictvím služby Nadosah. Služba je kombinací náramku, který má na sobě tísňové tlačítko, dále senzoru pohybu a ústředny se SIM kartou. V případě detekovaného problému dojde ke spojení ze strany personálu a ověření situace příjemce služby. Služba funguje i obráceně, senior si může aktivovat přes tlačítko spojení s operátorem. Služba je dostupná 24 h denně. (Život 90, 2023)

Poslední vybranou organizací na našem území je organizace Dementia I.O.V., z.ú, která podporujeme neformální pečující i instituce, které poskytují péči lidem trpícím

Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence. Jedná se o službu odborného sociálního poradenství, kterou nazývají Poradny Včera. Tato služba je dostupná na úrovni vymezené lokality a probíhá v ambulantní podobě na poradenském místě. Může být i v terénní formě s dojezdem do domácnosti klienta. Další službou této instituce je organizování pravidelného měsíčního setkávání pro pečující osoby, v podobě svépomocné skupiny. Kromě osob pečujících a zástupců organizace se jich účastní také odborníci z různých oborů zdravotní, sociální či duchovní péče. (Dementia I.O.V, 2023)

4.2. Pobytové služby ve vymezené lokalitě

Tato kapitola je věnována představení vybraných registrovaných pobytových služeb v dané lokalitě města Čáslav a jeho nejbližšího okolí. Zároveň zmíním možnosti zdravotnických zařízení v tomto městě. Tato zařízení jsou využívána pro potřeby seniorů, kteří mohou být součástí tohoto výzkumu, proto je zde uvádím.

Domov důchodců Čáslav, příspěvková organizace města Čáslav, je pobytové zařízení poskytující služby Domova pro seniory. Cílovou skupinou jsou senioři od 60 let výše, kteří z důvodu věku, onemocnění či zdravotního postižení potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby a toto si nejsou schopni zajistit ve svém přirozeném prostředí za pomoci svých blízkých nebo jiných typů služeb. Základní služby, které jsou poskytovány jsou ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost, aktivizační činnost, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí dále fakultativní a doplňkové služby. Mezi zajímavé aktivity domova se řadí canisterapie, ergoterapie a bazální stimulace. Kapacita zařízení je 105 lůžek, jedná se tedy o běžné zařízení se základní nabídkou služeb. (Domov důchodců Čáslav, 2013)

ALZHEIMER HOME z.ú., Filipov, najdeme nedaleko Čáslavi. Jedná se o domov se zvláštním režimem, je to jedno z 33 zařízení této společnosti, jehož kapacita je 95 osob. Koncepce společnosti představuje propojení kompletních a individuálních zdravotních a sociálních služeb v péči o seniory a ostatní nemocné s Alzheimerovou chorobou a ostatními onemocněními způsobující demenci. Jako příklad metod práce s klientem je uvedeno terapeutické vaření a pečení, reminiscenční terapie. Pravidelná je i návštěva pastora v tomto zařízení. (Alzheimer Home, 2023)

NOVUM DOMICILIUM z.ú, Dvůr Karlov, Horky je zařízení, které je opět v nedalekém okolí města Čáslav. Jedná se o pobytové zařízení, které poskytuje služby domova se zvláštním režimem, domova pro seniory a odlehčovací službu. Zařízení disponuje 21 lůžky a jedná se spíše o zařízení rodinného typu. Cílovou skupinou jsou senioři, dále osoby se sníženou soběstačností z důvodů onemocnění Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence. Zařízení navíc rovněž poskytuje odlehčovací službu, která je určena osobám dlouhodobě pečujícím o osoby blízké, jejichž zdravotní či duševní stav vyžaduje stálou péči. Domov Karlov poskytuje i základní paliativní péči. (Novum Domicilium, 2021)

Městská nemocnice Čáslav je příspěvkovou organizací města Čáslav. Organizace poskytuje zdravotní služby ve formě ambulantní, lůžkové a jednodenní péče. Zabezpečuje také sociální služby dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění a v souladu s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 MPSV. Služba je určena pro klienty, kteří již nevyžadují akutní nemocniční péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni být samostatně v domácím prostředí bez pomoci druhé osoby, kterou však nemají k dispozici. Služba je hrazena klientem a je poskytována na základě uzavřené smlouvy mezi ním a zdravotnickým zařízením do doby, než je klientovi zabezpečena pomoc jiným způsobem. V rámci aktivizace klientů je zde pravidelně prováděna canisterapie. (Městská nemocnice Čáslav, 2024)

5. Shrnutí teoretické části

Hlavní myšlenkou, které se nese celou touto prací je proces stárnutí a s tím spojené ztráty soběstačnosti a samostatnosti a zhoršení kvality života. Teoretická část vymezila témata, která jsou s tímto procesem spojené a s nimiž bude následně v praktické části pracováno. V první části to jsou hlavně změny ve stáří a potřeby s tím spojené. Dále jaké formy a podoby může mít péče o tyto osoby a jak pomáhá stát v těchto situacích. Další kapitoly jsou věnovány specifikům a rizikům, která jsou spojeny s určitým druhem poskytované péče. Důležitou součástí teoretické části jsou i kapitoly mapující služby a organizace poskytující potřebné služby v dané vymezené lokalitě. Toto vše je nezbytnou součástí procesu péče o stárnoucí osoby – seniory.

Stárnutí je procesem, který se týká každého jednotlivce, tedy každého z nás. Tento proces je stále stejný. Nedá se zastavit, je to přirozený a zcela nevratný jev. Je to téma pro jednotlivce, ale zároveň i pro celou společnost, neboť celá populace postupně stárne. Dagmar Dvořáčková ve své knize již v roce 2012 uvádí, že „*v následujících letech bude tato problematika z politických, ekonomických, ale i sociálních důvodů stále aktuálnějším a diskutovaným tématem.*“ (2012, s. 7). Aktuální demografická data nás o tom čím dál tím více přesvědčují, a proto je na místě se tomuto tématu věnovat, neboť zrcadlem každé společnosti je to, jak dobře se dokáže postarat o své slabé a zranitelné jedince, což seniři převážně jsou.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

Tato práce se zabývá faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče. V teoretické části jsem se věnovala vymezení všech pojmů a termínů v kontextu cíle mé práce a nyní v praktické části se zaměřím na popsání projektu výzkumu a procesu uvedení zjištěného. Konkrétně nejdříve se budu věnovat metodologii výzkumu a poté interpretaci výsledků výzkumu.

6. Metodologie

V metodologické části je nejdříve formulován hlavní výzkumný cíl a jednotlivé dílčí výzkumné cíle, které povedou k naplnění hlavního výzkumného cíle. Poté přejdu k popisu zvolené výzkumné strategie a metodě sběru dat. Dále následuje operacionalizace dílčích cílů do tazatelských otázek v podobě transformační tabulky. Pak popíšu volbu a vlastnosti výzkumného vzorku. V následujících částech se budu věnovat organizaci výzkumu a zpracování dat. Poslední blok metodologie se věnuje rizikům výzkumu a etice výzkumu.

6.1. Formulace výzkumného cíle

Hlavním cílem výzkumu je zjistit **faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče**. Pomocí metody polostrukturovaných rozhovorů, jsem zjišťovala pohled dotazovaných pečujících osob. Hlavní cíl výzkumu je rozdělen do třech dílčích výzkumných cílů (DVC):

DVC 1: Zjistit, s jakými potřebami a dotazy se potýkají pečující osoby.

DVC 2: Zjistit, zdali je dostatečná podpora služeb pro péči v domácím prostředí.

DVC 3: Zjistit, jaký byl důvod pro vyhledání služby pobytového zařízení.

6.2. Použitá výzkumná strategie a výzkumná metoda

Pro sběr dat byla zvolena kvalitativní strategie výzkumu. Tato strategie je využívána nejčastěji a nejlépe vyhovuje danému tématu. Loučková (2010) definuje výzkum jako sled jednotlivých kroků, které vedou k nalezení odpovědi na výzkumnou otázku. Přesnější definici uvádí Hendl (2016), který tento proces charakterizuje jako jednotlivé na sebe navazující kroky, které vedou k shromáždění informací. Tyto jsou pak

následně vyhodnoceny a výsledkem je stanovení konkrétního závěru. Kvalitativní výzkum je nástroj, který je založen na jedinečnosti, neopakovatelnosti, dynamice a reflexivitě. Jeho hlavní výhodou je jedinečné a subjektivní vnímání daného tématu partnery v komunikaci. (Miovský, 2006)

Na začátku kvalitativního výzkumu je třeba, aby byla stanovena výzkumná otázka. Nicméně, jak Hendl (2016) uvádí, jako charakteristické pro tento typ výzkumu je uvedena možnost modifikace či doplnění výzkumných otázek v průběhu výzkumu. Jedná se tedy o určitou výhodnou flexibilitu, která reaguje na potřeby výzkumu v podobě pružného typu výzkumu. Což mi dovolilo v průběhu rozhovorů reagovat na jedinečné zkušenosti každého z informantů. Také předpokládám, že za pomoci kvalitativního výzkumu lze dosáhnout hlubšího poznání a porozumění problému.

Pro metodu sběru dat jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor. Miovský (2006) uvádí, že se vyznačuje připravenými otázkami, či okruhem témat, které je potřeba položit, ale je zcela na tazateli v jaký okamžik a v jakém pořadí dané téma či otázku zvolí a položí. Výhodou je i možnost doptávání se na konkrétní detaily. Další fakt je ten, že v průběhu dotazování je možné zcela přeformulovat připravené otázky, tak abychom získali taková data, jež opravdu hledáme. Tato zvolená metoda sběru dat eliminuje nevýhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru a umožní vytvořit mezi tazatelem a informantem přirozenější kontakt. Dle stejného autora se jedná o nejrozšířenější metodu sběru dat. Toto všechno jsem brala v potaz, když jsem se rozhodovala o metodě získávání dat.

6.3. Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Pro lepší přehled je zde uvedena následná tabulka, kde jsou transformovány jednotlivé dílčí cíle do použité podoby, tedy do jednotlivých tazatelských otázek .

Tabulka č. 3: Transformační tabulka

| Hlavní cíl: Faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče. | | |
|--|-------------------|--|
| Dílčí výzkumný cíl | Indikátory | Sada tazatelských otázek |
| DVC 1: Zjistit, s jakými potřebami a | | TO 1.1.: Co jste věděli o možnostech péče o seniora? |

| | | |
|---|---|--|
| dotazy se potýkají pečující osoby. | potřeby a sociální situace | TO 1.2: Kde jste získali a kde získáváte informace k péči o seniora? TO 1.3: Co bylo pro Vás rozhodující při přemýšlení o volbě typu péče o seniora? |
| DVC 2: Zjistit, zdali je dostatečná podpora služeb pro péči v domácím prostředí. | důvod užívání služby naplňování potřeb přínos | TO 2.1: Je pro Vás vyhovující poskytovat péči v domácím prostředí? TO 2.2: Jak jsou dle Vás naplňovány potřeby seniora v domácím prostředí? TO 2.3: Jaký přínos měli sociální služby v domácí péči o seniora? |
| DVC 3: Zjistit, jaký byl důvod pro vyhledání služby pobytového zařízení. | důvod užívání služby naplňování potřeb přínos | TO 3.1: Co bylo důvodem, aby šel senior do pobytového zařízení? TO 3.2: Můžete říci, zda jsou v rámci pobytu seniora v pobytovém zařízení naplňovány jeho potřeby? TO 3.3: Jaký přínos měla tato pobytová služba v péči o seniora? |

Zdroj: vlastní zdroj

6.4. Vlastnosti výzkumného souboru

Pro svůj výzkum jsem si vybrala v kvalitativních výzkumech nejvíce využívanou metodu účelového výběru, kdy jsou vyhledáváni informanti s určitými vlastnostmi, které souvisí s cílem práce.

Zvolila jsem si místo výzkumu, a to lokalitu okresu Kutná Hora. S ohledem na typ práce a nedostatek zdrojů není možné zkoumat cíle práce ve větším měřítku. Vybrala jsem si tuto lokalitu, protože poskytuje dostatečnou škálu sociálních služeb pro seniory jak v domácím prostředí, tak v pobytových zařízeních, registrovaných jako domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zároveň je tato lokalita přiměřená, aby výsledný vzorek byl realizovatelný. Dalším důvodem mé volby byla skutečnost, že během nynějšího studia na vysoké škole jsem začala pracovat na kontaktním pracovišti Úřadu

práce České republiky, oddělení dávek příspěvku na péči v Čáslavi a během výkonu této agendy se setkávám s tímto tématem. Zároveň ve svém okolí mám několik blízkých přátel – vrstevníků, kteří řeší podobné situace. Toto vše pro mě byla lepší výchozí pozice při oslovování těchto informantů a také jejich ochota spolupracovat a věnovat mi volný čas na rozhovory.

Osloveno bylo celkem osm informantů. Výsledným vzorkem bylo šest informantů, neformálních pečujících osob, kteří pečují nebo pečovali o seniora v domácím prostředí nebo v pobytovém zařízení. Seniori a informanti byli různého věku, sociálního a ekonomického statusu. Většinou se jednalo o ženy, pouze ve dvou případech o muže, z nichž jeden měl společnou domácnost se seniorkou. Ostatní byli od sebe vzdáleni maximálně do 12 kilometrů, nicméně vzdálenost považovali všichni za přiměřenou. Všichni informanti měli zkušenost s péčí o seniora delší než jeden rok, dva seniori ke konci roku 2023 zemřeli, ale u žádného seniora se nejednalo o poskytování paliativní péče. Můj vzorek byl přínosnější v podobě dvou informantek, které měli zkušenosti v sociální oblasti, získané vzděláním anebo předchozí pracovní zkušeností v tomto oboru.

Informanti (neformální pečující osoby) jsou pro účely výzkumu a pro zachování anonymity označeni jako R1, R2, R3, R4, R5 a R6, a to podle pořadí provedených rozhovorů a jsou uvedeni v následující tabulce se základními identifikačními údaji, které byli vždy poskytnuty na začátku rozhovoru.

Tabulka č. 4: Přehled informantů (neformální pečující osoby)

| Informant | Vztah k seniorovi | Společná domácnost | Vzdálenost pobytu seniora a pečující osoby | Věk seniora | Věk pečující osoby | Celková doba poskytování péče |
|-----------|-------------------|--------------------|--|-------------|--------------------|-------------------------------|
| R1 | dcera | ne | 7 km | 77 let | 48 let | 7 let |
| R2 | dcera | ne | 6 km | 89 let | 60 let | 10 let |
| R3 | syn | ano | x | 80 let | 55 let | 2 roky |
| R4 | dcera | ne | 1 km | 84 let | 47 let | 4 roky |
| R5 | vnučka | ne | 12 km | 89 let | 33 let | 10 let |
| R6 | syn | ne | 5 km | 90 | 62 | 9 let |

Zdroj: vlastní zdroj – identifikace informantů

6.5. Organizace výzkumu a způsob analýzy dat

Jednotlivé fáze výzkumu Reichel (2009) pojmenovává jako fáze přípravy, stanovení metody a realizace. V mém případě došlo v přípravné fázi k určení cíle výzkumu a transformaci hlavního výzkumného cíle do dílčích cílů. Vyhledala jsem odbornou literaturu, potřebnou k teoretické části práce. V metodologické části jsou představeny metody výzkumu, způsoby sběru dat a důvody výběru vzorku. Poslední realizační část je v mém případě pouze o rozpracování časového harmonogramu.

Vybrané informanty jsem oslovila osobně během průběhu přípravy mého výzkumu. A to od října 2023. Poté byl osobní nebo e-mailovou formou domluven termín rozhovoru. Konkrétní rozhovory proběhly během měsíce ledna a února 2024, v neformálním veřejném prostředí, mimo domov pečující osoby či seniora. Celková doba rozhovoru byla různá, nejkratší trval 30 minut, nejdelší 60 minut, a to dle časových možností informanta. Setkání začalo seznámením s touto prací a popsáním cíle této práce. Informantům byla vysvětlena interpretace rozhovorů a využití jejich osobních údajů ve výzkumu. Opakovaně jsem je ujistila o anonymitě výzkumu. Požádala jsem je o udělení souhlasu s poskytnutím rozhovoru, tento mi byl potvrzen. Zároveň jsem je požádala o nahrávání celého rozhovoru, bohužel toto mi bylo všemi informanty odmítnuto. Jejich přání jsem respektovala a rozhovory jsem rovnou doslovně zapsala do záznamových archů ihned na místě během domluveného setkání. Použila jsem metodu přepisu, bez úpravy do spisovného jazyka, jak ji definuje Hendl (2016). Zaznamenala jsem si zároveň i nezbytné základní identifikační údaje jednotlivých informantů.

Záznamové archy s doslovně zapsanými rozhovory jednotlivých informantů, číselně označenými podle pořadí, ve kterém proběhl rozhovor, jsem následně vyhodnotila z obsahového hlediska. Použila jsem otevřené kódování. Napomohlo mi to v pojmenování a vytvoření kategorií a hledání vztahů mezi nimi a jednotlivými výzkumnými otázkami. (Trousil, Jašíková, 2015)

6.6. Rizika a etika výzkumu

Každý výzkum má svá rizika, která je potřeba dopředu znát. Tato rizika jsou ovlivněna vybranou výzkumnou strategií, metodou sběru dat a výběrem vzorku. Jak uvádí Hendl (2016), hlavním rizikem kvalitativního výzkumu je výzkumník jako takový, jeho

neobjektivita, kterou lidský faktor může přinést. Uvádí několik podmínek během výzkumu, tak aby došlo k zajištění kvality. A to v podobě standartu kvality jednotlivých fází, dále jak budou standarty plněny a kdo za ně odpovídá. Naopak jak uvádí Miovský (2006) metoda polostrukturovaného rozhovoru umožňuje výzkumníkovi určitou volnost v nedodržení struktury rozhovoru a zaměření se na data, která potřebuje získat doplňujícími otázkami. Reichel (2009) popisuje etické zásady výzkumníka, uvádí že výzkumník nesmí výzkum zneužít ke svým osobním cílům, musí vykonávat výzkum dle svých nejlepších schopností a být objektivní. Dotazované osoby musí vědět, že jsou zkoumány, musí s tím souhlasit a měly by znát cíl výzkumu. Důležité je, že mají být informováni, že mohou výzkum kdykoliv ukončit. Také je důležité, že mají právo být seznámeni s výsledky výzkumu.

Uvědomuji si, že v tomto výzkumu mohou být rizikem situace rozhovorů s informanty, které osobně znám a znám jejich příběh. Zároveň vnímám, že pokud vidím někoho z informantů poprvé, musíme se více soustředit na úvod, nechat mu větší prostor a případně položit více doplňujících otázek. Také otevřenost této osoby má své limity. Toto mě pomohla eliminovat zvolená metoda polostrukturovaných rozhovorů, kdy jsem se během rozhovorů mohla přizpůsobit konkrétní odpovědi informanta. Šířeji se věnovat a soustředit více otázek tomu podstatnému a zároveň nezacházet do detailů v dotazování u skutečností, které už mi byli známé.

7. Interpretace výsledků výzkumu

V této kapitole se budu věnovat analýze dat získaných z rozhovorů s informanty. Hlavním cílem této práce je zjistit faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče. Dopomohla jsem si stanovením **dílčích výzkumných cílů (DVC)**, s následnými tazatelskými otázkami (TO). Interpretace výsledku byla uvedena v souladu s jednotlivými cíli. V následujících částech budou vždy jednotlivě uvedené.

7.1. Dílčí výzkumný cíl 1

Zjistit, s jakými potřebami a dotazy se potýkají pečující osoby (DVC 1).
Indikátory jsou **potřeby a sociální situace**.

TO 1.1: Co jste věděli o možnostech péče o seniora?

Na tuto otázku většina informantů odpověděla, že jejich informovanost byla skoro minimální. Většinou to byli indicie od známých, kolegů, které je navedli aspoň pro nezbytné první kroky, které jim pomohly v základní péči o seniora. Ukázalo se, že by **potřebovali někoho, kdo by je celkově seznámil s touto novou situací a podpořil je**, poradil jim, jaké jsou možnosti služeb v domácím prostředí, jak provázat s péčí pečující osoby a jak získat finanční zajištění, tak aby zvládali péči v domácím prostředí v dostatečné kvalitě. U respondenta R3 jsem zaregistrovala i nejasnosti kolem péče jako takové ve vztahu ke své matce. Nedokázal nebo nechtěl identifikovat její potřeby v péči. Uvedl „...*nikdy jsem nic podobného neřešil.*“ Zajímavé bylo i zjištění, že muži celkově byli oproti ženám v nevýhodě. Pro ženy je otázka péče více přirozená. Na konec jsem položila všem informantům ještě doplňující otázku, zda vědí **kdo to je sociální pracovník, kde ho vyhledat a v čem by mohl být užitečný**. Odpověď byla u části nesprávná nebo negativní. Velkou výhodu a znalost dané problematiky měli pouze dvě informantky, kteří pracovali či pracují v oboru a situaci snadno zvládli.

TO 1.2: Kde jste získali a kde získáváte informace k péči o seniora?

Tato otázka souvisela se situací, ve které se pečující osoba nacházela. Většinou to byli vždy kusé informace bez provázání na celkové možnosti. Nejčastěji to byla vždy návštěva jednoho **odborného zařízení poskytujícího služby pro péči v domácím prostředí** kde získali základní informace, jak uvedl informant R3 „... *návštěvou*

v pečovatelské službě, tam nám byla řečena, jaká vůbec je možná nabídka jejich služeb a že je možnost příspěvku od státu a podání žádosti.“ U jednoho informanta jsem se setkala s odpovědí, že kontaktoval **pracovníci na odboru sociálních věcí v daném městě**. Také byla zřejmá větší zkušenost s tímto tématem u **informantů žijících v městském prostředí** oproti informantům žijícím v menších obcích, kteří nevyhledali odborné poradenství. Zároveň bylo znát omezení z titulu věku, kdy generace pečujících osob má raději osobní kontakt. V moderních informačních nástrojích se většina respondentů spíše neorientuje.

TO 1.3: Co bylo pro Vás rozhodující při přemýšlení o volbě typu péče o seniora?

Z odpovědí na tuto otázku vyšla jedno hlavní téma, a to bylo **zachování standartu péče a skloubení se zaměstnáním pečující osoby**, pokud to bylo možné. Tak jak uvedla informantka R5 „...bylo to pro nás automatické...nebyla vyžadována denně dvaceti čtyřhodinová péče.“ Velmi důležitý byl ale prvek **propojení potřebných a dostupných služeb jak sociálních, tak i zdravotních, s péčí v domácím prostředí**. To se ukázalo jako jedno z nejdůležitějších prvků, jak sdělil informant R6 „...chtěli jsme zachovat matce dostupnost rodiny...bylo to složité, byla potřeba odborná péče a ta doma ne vždy funguje, ale zkoušeli jsme to...“ V tomto směru neměli výhodu ani informantky s výhodou znalosti dané sociální oblasti, nebyl zřejmý dopad této výhody **na dostatek dostupnosti** potřebných sociálních a zdravotních služeb, či pobytových služeb. Dále jsem v odpovědích na tuto otázku zaregistrovala určitou společnou myšlenku, a to je **otázka pomoci a podpory pečující osobě jako takové, a to při rozhodování a vypořádání se s danou situací**, jako prevence vyčerpání či vyhoření při péči o seniora. Informant R3 zmínil „...nikdo se mě neptal, mrzí mě to do dnes...“, v podobném duchu zazněla odpověď na tuto otázku i u informantky R4 „...já řešila dilema, co má přednost...takže jak to zvládnout...“ stejně tak odpovídal i informant R6 „...nevěděl jsem, jak se s tím vším poprat, jak s ní mám mluvit ...potřeboval jsem odbornou konzultaci, jak to v sobě vše zpracovat ...jak se s tím osobně vyrovnat, a vlastně do dneška mě to trápí...“

Na základě zjištěných dat u **DVC1** můžeme tedy konstatovat, že potřeby a dotazy pečujících osob nebyli uspokojovány dostatečně. Informovanost neformálních pečujících osob v oblasti poskytování péče seniorům se u **daného vzorku ukázala jako nedostatečná**, povětšinou tyto **informace zjišťují až v procesu péče**. Zároveň se k nim

informace dostávají pouze po částech, chyběla komplexnost, celková nabídka všech možných podpůrných služeb, od aktivizací až možnosti vypůjčení pomůcek. Část informantů neměla o tomto povědomí, zároveň že existuje **role sociálního pracovníka**, a to i mimo organizace poskytující sociální služby a že existuje **bezplatné základní sociální poradenství**, kterého mohou využívat a nemusí být odkázáni jen na moderní online prostředí. Zaregistrovala jsem rozdíly v odpovědích na tyto otázky i z pohledů místa, kde informant žije. Nejčastější **potřebou je koordinace kvalitní komplexní sociální a zdravotní péče spolu s vlastním životem pečující osoby**. Možnost osobního poradenství, které je cíleno pro potřeby této osoby, a to třeba v **oblasti psychosociální podpory**, která by jim pomohla zvládnout lépe **jejich situaci**. **Toto vše mohlo vést k vyčerpanosti pečující osoby a nezvládnutí domácí péče jako takové a být jedním z faktorů změny prostředí při péči o seniora.**

7.2. Dílčí výzkumný cíl 2

Zjistit, zdali je dostatečná podpora služeb pro péči v domácím prostředí. (DVC 2). Indikátorem je **důvod užívání služby, naplňování potřeb a přínos.**

TO 2.1: Je pro Vás vyhovující poskytovat péči v domácím prostředí?

Odpověď na tuto otázku byla u většiny stejná. Bylo to pro ně dle jejich sdělení velmi **důležité, zachovat péči v domácím prostředí pro seniora co nejdéle**. Nicméně ale **za podmínky, kdy se to dalo vše zkoordinovat a fungovali služby**, a to hlavně po stránce zdravotní péče, což se ale většinou ukázalo jako nereálné. Jak uvedla informantka R2 „*Nedokázala jsem si představit, že by to ona zvládla někde jinde, ale pak začala postupná ztráta paměti a postupně se nabalovaly ostatní zdravotní problémy a šlo to hůř a hůř, přestávala spolupracovat...*“ Obdobně toto ve své odpovědi uvedla i informantka R1 „*snažili jsme se tatínkovi zachovat domácí prostředí co nejdéle jak to šlo, ale poslední dva roky to bylo dvacet čtyři hodin denně ...*“ U informanta R3, jsem zaregistrovala rovnou negativní **reakci**, při odpovědi na tuto otázku. Jako jediný informant totiž pečoval o matku a zároveň s ní sdílel **společnou domácnost**, byl i svobodný a bezdětný. Vzhledem k nedostatku funkčních služeb odešel ze zaměstnání, aby matce poskytoval osobní péči, tím pádem společně trávili dvacet čtyři hodin denně. Sdělil „*...někdy toho už bylo moc a nebylo kam utéct...*“ Ostatní pečující osoby žili v **přiměřené vzdálenosti** od seniora, která dle jejich sdělení nebyla pro nikoho tou hlavní překážkou v **poskytování**

péče. Doba poskytování v domácím prostředí byla v rozpětí od dvou do deseti let, přičemž hlavní faktor, který délku tohoto období **ovlivnil byla konkrétní otázka omezení na straně seniora, jeho spolupráce a spolupráce navázaných služeb.**

TO 2.2: Jak jsou dle Vás naplňovány potřeby seniora v domácím prostředí?

Většina informantů shodně odpověděla, že domácí prostředí je vhodné, pokud se přizpůsobí a ví se, jak na to. Lépe se **uspokojují běžné potřeby ve známém prostředí.** Nicméně vliv **domácího prostředí může být limitován zdravotním stavem** seniora a schopností pečující osoby a navázaných služeb tyto mantinely přizpůsobit nebo změnit, a to i z **důvodu bezpečnosti seniora.** Informantka R1 uvedla „...*on byl spokojený a maminka také. Provedli jsme i úpravy v bytě...došlo k úpravě vany.... Pořádili jsme i pomůcky na procvičování paměti...*“ Oproti tomu informantka R4 uvedla „*Snažily jsme se zajistit vše na co byla maminka zvyklá, nicméně problém byl v tom že neměla nic doma uzpůsobené, protože to nechtěla.*“ **Hůře se uspokojují ty speciální potřeby,** vyžadující i nějaké fyzické předpoklady nebo odborné dovednosti, například v podobě cvičení, masáže, rehabilitace a třeba dohledu nad užíváním léků. Dle slov informanta R3 byl problém s pečovatelskou službou, která nechtěla řešit zdravotní problémy, dle jeho slov chyběl „...*nějaký odborník, aby to měl pod kontrolou ...*“. Toto vše může být na úkor únavy a vyčerpání pečující osoby. Takže je potřeba více se zaměřit na otázku **lepší koordinace a dostupnosti dalších specifických služeb** podle potřeb seniora či pečující osoby. Nejdůrazněji to vystihla informantka R1 „*Odlehčovací službu, bez poradníku, jak bychom jí průběžně potřebovali...*“

TO 2.3: Jaký přínos měli sociální služby v domácí péči o seniora?

Informanti se shodně doplňovali, že je nutná tato **podpora v doplnění péče o seniora,** v podobě **zkušených odborníků, tak** aby seniori byli ve **svém přirozeném prostředí co nejdéle.** Kromě poskytování péče jako takové informanti sdělovali i další výhodu, a to zprostředkování sociálního kontaktu i s jinou osobou než pečující, či blízkým příbuzným, jak uvedla R4 „...*další sociální kontakt s někým jiným...*“ Doplnuje toto informant R6 „*nebyl jsem na vše sám, a hlavně to byli lidé z oboru, kteří byli zkušení...vědí, jak s ní mluvit, jak se chovat.*“ Shrnula to informantka R5 „*Takže jsme pak měli čas se věnovat více aktivitám, které byli pro nás obě příjemné, prostě jsme si povídali, četli...*“ Rodina mohla i nadále přirozeně fungovat. Negativní zkušenost sdělil

informant R3, dle jeho slov nebylo spolehnutí na pečovatelky, protože sledoval časté změny osoby v této pozici a tím pádem nepředávání správných informací. Jak dále podotkl, je to i otázka ceny za tyto služby. Takže se nabízí otázka, **zdali je vše schopen senior zaplatit sám a jeli případná ochota rodiny se na tom spolupodílet**, jak mi potvrdil informant R4 „...*na víc to mámě nevycházelo...*“ A informant R6 zmínil i **otázku soukromí** „*nesnesla nikoho cizího doma...*“, která je pro starší lidi zvyklé na svůj klid a řád také důležitá. Nicméně na druhou stranu většinou byla potřebná **kombinace sociálních a zdravotních služeb**, bohužel převážně jsou k dispozici služby v oblasti **sociální péče**.

Na základě zjištěných dat pro **DVC2** můžeme tedy říci, že pro setrvání seniora v domácím prostředí je důležitý faktor **kvalitní a dostatečné fungující zdravotní a sociální péče**. Důležitá je i otázka přiměřené **vzdálenosti mezi místem pobytu seniora a pečující osoby**. A posledním faktorem je **dopad omezení na straně seniora a schopnost zvládnout péči v domácím prostředí** i s tímto omezením. Jedním z hlavních důvodů pro setrvání seniora v domácí péči se ukazuje institut domova, **domácího prostředí jako prvek jistoty, pravidel a řádu**. Popisováno bylo toto prostředí jako **motivující pro seniora**, kdy senior dá více na podporu svých blízkých, je také důležitý pobyt v přirozeném prostředí a rodina pospolu, **nevytržení seniora z tohoto prostředí**. Takže je patrné, že velkou výhodou domácí péče o **seniora je rodina jako celek**, byť je hlavní pečující osobou jedna osoba. Ukázalo se, že ovšem pečující osoba ne vždy má dostatečnou podporu pro zvládnání této situace ze všech stran. Ne vždy je **dostupná a finančně realizovatelná** podpůrná služba. Některé potřeby seniora jsou tak specifické a náročné, obzvlášť pokud se k tomu přidají i zdravotní komplikace, že vedou k **únavě a vyčerpání pečujících osob**.

7.3. Dílčí výzkumný cíl 3

Zjistit, jaký byl důvod pro vyhledání služby pobytového zařízení (DVC 3).

Indikátorem je **důvod užívání služby, naplňování potřeb a přínos**.

TO 3.1: Co bylo důvodem, aby šel senior do pobytového zařízení?

Většina informantů se shodla na tom, že **to bylo zhoršení zdravotního stavu**, kdy ve dvou případech předcházela umístění do pobytového zařízení i hospitalizace, z důvodu

zdravotního kolapsu. V jednom případě způsobené špatným dávkováním léků, v druhém pokročilou demencí a nespoluprací seniora. Často zazněla i informace o **vyčerpanosti pečující osoby, která s touto situací souvisela a nemožností pokračovat dále v poskytování péče**. Informantka R1 uvedla „*Velmi rychlé zhoršení zdravotního stavu, samozřejmě i vyčerpání nás všech kolem.*“ Informant R6 ještě doplnil „*...už to nešlo a vlastně jsme už nevěděli co pro ni dělat víc, jen ležela, bylo to fyzicky náročné cokoliv s ní zkoušet udělat...*“ Jednalo se většinou tedy o zhoršení mobility, z důvodu projevu změn zdravotních, souvisejících s věkem či diagnózou. Nejintenzivnější období péče před změnou trvalo, jak sdělili dva informanti, dva roky a bylo to v souvislosti s péčí o seniory, kteří trpěli **nejen tělesným omezením, ale navíc v kombinaci s progresí projevů demence**. Tato kombinace většinou vedla k denní dvaceti čtyřhodinové péči, jak uvedl informant R6 „*...intenzivnější pak zhruba dva roky...pak už to nešlo.*“ Pouze jedna informantka R5 uvedla, že na tuto otázku nemůže odpovědět, protože poskytovali péči pouze doma. „*U nás toto nenastalo, takže nemohu posoudit, babička zemřela doma, tak jak si přála a jak jsme se snažili.*“ Výhodou bylo, že podle jejího sdělení byla seniorka omezena pouze svým vysokým věkem, a proto bylo možné, aby byla zachována **péče v domácím prostředí až do konce**. Další výhodou by se mohla zdát vzdělanost této pečující osoby v tomto oboru a praktické zkušenosti, které aplikovala. Nicméně další informantka se zkušenostmi z tohoto oboru tuto výhodu nepotvrdila, neboť s ohledem na **kombinaci zdravotních problémů seniora v oblasti mobility a demence** možnost domácí péče v dlouhodobém horizontu nebyla a senior byl umístěn do pobytového zařízení. Všichni informanti, kteří měli tuto zkušenost sdělili, že to bylo **nutné rozhodnutí a ne vždy byl prostor na to o tom přemýšlet a v čase kdy to bylo třeba**. Jak sdělila informantka R1 „*...nelze nikdy říci, kdy je ten správný čas, ale už to bylo za hranou..., čekání na přijetí bylo delší, než jsme potřebovali. A to nám hned na začátku v Dementii poradili, abychom si dali žádost do zařízení...*“ Informant R6 navíc ještě uvedl „*...mamka už stejně pomalu nevěděla, kde je...*“ Položila jsem ještě doplňující otázku informantce R5, která poskytovala péči pouze v domácím prostředí, jestli se nějak připravovali na situaci poskytování péče v pobytovém zařízení u seniorky. Sdělila, že se na **tuto situaci rodina připravovala**, a dokonce měli společně v rámci rodiny i se **seniorkou odsouhlasené pobytové zařízení, kde by chtěla být**, pokud by to v domácím prostředí již rodina nemohla realizovat. Bylo to menší zařízení rodinného typu na vesnici, které seniorce připomínalo její domov. Proto souhlasila i s případnou variantou možného pobytu v tomto zařízení. Pokud by to bylo třeba.

TO 3.2.1: Můžete říci, zda jsou v rámci pobytu seniora v pobytovém zařízení naplňovány jeho potřeby?

Informanti, kterých se tato situace týkala potvrdili, že většina **potřeb** seniora je v **pobytovém zařízení pod kontrolou**. Informant R6 uvedl „...je to určitě *jediné řešení je pod celodenní kontrolou a péčí, pravidelně ji vidí doktor... má vše, a hlavně pracují s ní tak jak jsme neuměli.*“ Informant R3 a informantka R4 se navíc shodli ale i na **určité nespokojenosti ze strany seniora**. R3 uvedl „*Ale pobyt v cizím prostředí není pro ni ideální a mamka chce domů.*“ R4 „...*byla nespokojená a vyčítala mi to.*“ Informanti R3, R4 a R6 se shodly i na určité **ztrátě soukromí**. R4 uvedla „...*je to absence domácího prostředí a větší počet klientů na jednom pokoji, takže ztráta soukromí...*“ R6 uvedl „*Vytržení ze svého prostředí, odtržení od rodiny...*“ Informantka R5 uvedla, že na tuto otázku nemůže odpovědět, protože nenastala, obdobně odpověděla informantka R2 „*Já to nemůžu hodnotit, byla tam jen tři dny...*“

TO 3.3: Jaký přínos měla tato pobytová služba v péči o seniora?

Informanti, kteří byli kompetentní na tuto otázku odpovědět, **vyzdvihli hlavně kompletní a profesionální péči po celý den**. Informantka R1 uvedla „*Můžu říci, jedním slovem odborníci a profesionálové, s milým a vstřícným přístupem...pestrý jídelníček...celodenní program jak pečující a rozvíjející, tak i zábavný. Dostupná odborná lékařská péče, rehabilitace, reminiscenční místnosti...Prostě vhodné a rozvíjející prostředí, a to je to hlavní co potřebujeme, jsme nadšení.*“ Obdobně hodnotil tuto situaci informant R6 „...*je to vše komplexně vyřešené, od hygieny počínaje, zdravotní péči včetně rehabilitace doma neřešitelné, je tam spousta aktivit.... je to od nás nedaleko, je to výborné specializované zařízení ...*“ Zároveň tito informanti sdělili, že je to hodně o **zklidnění situace a větším komfortu pro ně jako pečující osoby**, taktéž se jim zlepšili jejich **časové možnosti spojené s jejich rodinným životem a prací**. Informantka R1 uvedla „*Já jsem se zklidnila a odpočinula...i celá rodina se trochu srovnala...tatínek, který je i blízko, a tedy i návštěvy mohou být častěji a není to tak náročné skloubit s mojí prací.*“ Obdobně to vidí i informant R6 „...*mám víc času, mám čas jít na návštěvu k mamce...a neřešit co potřebuje...prostě jen s ní být, jsem klidnější.*“ Oproti tomu informanti R3 a R4 uvedli, že mimo **celodenní zdravotní péče jiný přínos v pobytu seniora v zařízení nevidí**. Jako nejdůležitější uvedla informantka R1 „*Najít vhodné zařízení, kdy člověk potřebuje.*“ Nakonec je třeba zmínit i obavu po **stránce finanční**,

kteřou zmínil informant R6 a informantka R1. R1 uvedla „*Finančně to taky zatím jde.*“ Informant R6 „*Pak také finance by mohl být problém, ještě že mamka měla našetřeno...tak to finančně zvládneme...*“ Informantky R2 a R5 uvedly, že na tuto otázku nemohou zcela odpovědět, protože nenastala. Požádala jsem přesto informantku R2 o doplnění její odpovědi, proč nemůže odpovědět. Sdělila mi „*maminka mi tam umřela hned 3 den... chvíli mi to trvalo, než jsem se smířila s tím, že je to konečná, když tam bude...*“

Na základě zjištěných dat u **DVC3** můžeme tedy konstatovat, že přechodu seniora do pobytového zařízení většinou předchází **celkové zhoršení zdravotního stavu seniora**, kdy v domácím prostředí už nelze poskytovat **adekvátní kompletní celodenní péči** a nelze ji z dostupných zdrojů doma zkombinovat. Dále bylo zjištěno, že toto vše jde **ruku v ruce i s náročností domácí péče, která vede k vyčerpání pečujících osob** bez větších možností úlevy a toto vedlo k umístění seniora do pobytového zařízení. Výzkum ukázal, že velmi důležitý pro kvalitní pobyt seniora v zařízení je **vhodný výběr zařízení, nejlépe dostatečně dopředu a pokud to je možné i s přispěním seniora. Pokud by se dříve došlo k využívání této služby, předešlo by se problémům spojených s vyčerpáním pečujících osob.** Specializovaná zařízení disponují možnostmi, které jsou **cíleně k dispozici individuálním potřebám seniorů**, jako je aktivizace, rehabilitace a jiné. Z výpovědí informantů vyplývá, že přechod seniora do pobytového zařízení u některých vedl k celkovému zklidnění pečující osoby. Hlavní přínos vidí v tom, že mají **více času na svůj život a více času na aktivně strávený čas při návštěvách seniora.** Nicméně někdy to je **na úkor ztráty soukromí a ztráty každodenního osobního kontaktu seniora v rámci rodiny, ztráty domova a objevuje se myšlenka na to, že je to konečný stav.**

8. Závěrečná diskuze

Cílem této práce bylo zjistit faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče, z pohledu pečujících osob. Pro podporu hlavního cíle byly stanoveny tři dílčí výzkumné cíle, a to jaké jsou potřeby a dotazy pečujících osob, zdali je dostatečná podpora služeb v domácím prostředí a jaký byl důvod pro služby pobytového zařízení v péči o seniora. Zjištěno bylo, že hlavním faktorem ovlivňujícím přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče je nezvládnutí péče z titulu nedostatečné koordinované podpory kvalitních zdravotních a podpůrných sociálních služeb v domácím prostředí, a to hlavně při zhoršení zdravotního stavu seniora a s tím je spojený další faktor, a to je únava a vyčerpání osob poskytujících péči. Výzkum také ukázal neméně důležitý faktor, a to je nedostatečná informovanost pečujících osob. A jako poslední faktor se ukázalo vyhledání vhodného typu pobytového zařízení, tak aby umístění seniora bylo přínosné a vhodné pro naplňování jeho potřeb.

Výše uvedené faktory nyní podrobněji popíšu. Odpovědí na první výzkumný cíl se ukázala nedostatečná informovanost neformálních pečujících osob. Je znát zásadní rozdíl, pokud tuto situaci řeší osoba, která má vzdělání či praxi z tohoto oboru anebo laik. Tito narážejí na bariéry, které je vedou ve využívání pouze základních informací a služeb z této oblasti, které mají dopad na zvolené prostředí a dobu poskytování péče. Dalším prvkem, který na tuto situaci navazuje, se ukázala potřeba koordinace péče spolu s vlastním životem pečující osoby. Nedostatečné sociální poradenství, které je cíleno pro potřeby pečující osoby. Pečující velmi okrajově využívají podpory sociálních pracovníků jak pro sebe, tak pro koordinaci poskytovaných služeb. Omezeně, zaregistrovala jsem to pouze v jednom případě, byli využity i služby svépomocné skupiny, pro podporu pečující osoby v době setrvávání seniora v domácím prostředí. Pečující osoby dále uvádějí, že péče o seniora v domácím prostředí je pro všechny velmi důležitá, ale jako další nutný faktor uvádějí fungující a dostupné kvalitní sociální a zdravotní služby. Pokud tomu tak je, je toto prostředí pro seniora motivující a má vliv na kvalitu jeho života a uspokojování jeho potřeb. Další významný faktor je potřeba koordinace služeb a dostupnost služeb, která ve skutečnosti ne vždy kopíruje aktuální potřeby seniora či pečující osoby. Zároveň ne vždy odpovídá uveřejňované nabídce služeb jednotlivých zařízení, tak jak bylo

vymezeno v teoretické části. Vyžaduje to vždy dopředné předvídání a plánování ze strany pečující osoby. Stejně tak tento problém můžeme vztáhnout k odpovědi na třetí výzkumný cíl, a to situaci přechodu seniora do pobytového zařízení, kdy tomu většinou předchází faktor náročné domácí péče, která vede k vyčerpání pečujících osob bez větších možností úlevy. Další faktor je i stav celkového zhoršení zdravotního stavu seniora, kdy v domácím prostředí nelze poskytovat celodenní specifickou zdravotní péči. Velmi důležitý faktor pro kvalitní pobyt seniora v zařízení se ukázal i vhodný výběr zařízení, kdy toto zařízení dokáže lépe reagovat na konkrétní potřeby seniora dostatečně a rychle. No a na konec je potřeba uvést i velmi důležitý faktor, a to je nutnost výběru vhodného pobytového zařízení s dostatečným předstihem. Nabídka se může zdát na první pohled dostatečná, tak jak je pro danou lokalitu popisována v teoretické části. Nicméně skutečnost je taková, že jsou tato pobytová zařízení pro seniory spíše nedostupná v čase potřeby, a proto je potřeba řešit vše s dostatečným předstihem. Velmi důležitá je i otázka finančního zajištění. Ideální situace by byla řešit toto zavčasu, pokud je to možné, a to i ve spolupráci se seniorem.

Závěr

Bakalářská práce se zaměřila na faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče, konkrétně na faktory ovlivňující výběr typu péče o seniora z pohledu pečujících osob. V teoretické části této bakalářské práce jsem vymezila základní pojmy jako je senior, sociální služby a zdravotní služby, sociální práce se seniory a sociální pracovník. Dále jsem uvedla nabídky konkrétních možných sociálních a zdravotních služeb ve vymezené lokalitě. V empirické části této bakalářské práce jsem představila cíl výzkumu včetně jednotlivých dílčích výzkumných cílů, metodiku výzkumu, metodu sběru dat a výzkumný vzorek. Nakonec jsem provedla analýzu a vyhodnocení dat z realizovaných rozhovorů a shrnula zjištěné výsledky.

Mohu konstatovat, že se podařilo zjistit konkrétní faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče. Nicméně výzkum byl proveden a vztahuje se na vymezenou lokalitu a nabídku sociálních a zdravotních služeb v ní poskytovaných, nemůže proto sloužit jako generální výstup pro celkovou praxi v péči o seniory. Z mého pohledu tedy byl cíl této práce naplněn. Stejně tak se i dle mého názoru osvědčila zvolená výzkumná strategie v podobě kvalitativního výzkumu, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, s možností doplňujících otázek. Oproti dotazníku byli odpovědi dle skutečné situace a stavu informanta. Na druhou stranu dotazník by mi pomohl oslovit více respondentů a tím pádem získat větší výzkumný vzorek. Otázkou ale je, jak bych dokázala jako nezkušený výzkumník tento vzorek vytěžit.

Stát se prostřednictvím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách podílí na pomoci osob, kteří jsou závislími na pomoci jiné fyzické osoby. Tento zákon vymezuje nástroje a prostředky k tomu určené a zároveň vymezuje podmínky pro oprávnění poskytování sociálních služeb a jejich kontrolu. Tímto stát řídí jejich dostupnost a kvalitu dle podmínek registrace těchto služeb. To je jeden z hlavních cílů tohoto zákona. Další předmětem tohoto zákona č. 108/2006 Sb., je stanovení podmínek nároku příspěvku na péči, který je poskytován na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob, závislých na pomoci jiné fyzické osoby. Zároveň tento zákon stanovuje, že každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního či odborného sociálního poradenství o možnostech řešení jeho nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Pokud tedy výstupy mého šetření mapují alespoň

zčásti skutečný stav v této lokalitě v oblasti péče o seniory, konkrétně v oblasti jejich potřeb a sociální situaci, tak můžeme uvést, že nejsou využity všechny možnosti, které výše uvedený zákon nabízí. Otázkou tedy je proč tomu tak je, čím je to ovlivněno? Je to způsobeno neznalostí na straně pečujících osob či seniorů? Nebo je to otázkou nedostatečné nabídky kvalitních a komplexních služeb v rovině sociálních a zdravotních služeb pro seniory? Či je to nedostatečná výše příspěvku od státu, který je vyplácen konkrétně ve vztahu k potřebám seniorů?

Výzkum ukázal na celou řadu prvků, které mají dopad na oblast poskytování péče seniorům, respektive shrnul faktory ovlivňující přechod seniorů z domácí péče do pobytové péče. Faktory, na které se můžeme zaměřit a některé zkusit i ovlivnit. Otázkou je kdo a jak konkrétně a zdali je to realizovatelné. Nabízí se zmapování všeobecné vzdělanosti osob v této oblasti, dále zmapování dostatečnosti nabídky kvalitních komplexních sociálních a zdravotních služeb pro seniory a zároveň i pro pečující osoby. Já sama za sebe si z tohoto výzkumu odnáším svůj vlastní cíl, a tím je, že jako možný budoucí sociální pracovník se budu cíleně zaměřovat na podporu individuálního poradenství potřebným, s využitím svých znalostí a informací získaných v rámci depistáží či sociálního šetření. Zároveň věřím, že bych mohla já osobně podporovat i změnu v nastavení role sociálního pracovníka na Úřadu práce České republiky, kde nyní pracuji. Věřím, že můj výzkum by mohl podpořit myšlenku, že tato instituce by se všeobecně mohla daleko více podílet na větší péči věnované pečujícím osobám v podobě více cíleného sociálního poradenství nebo podpory v uplatňování jejich práv. Stejně tak i v podpoře vzniku či fungování svépomocných skupin, kde jak senioři, tak pečující osoby budou v kontaktu s osobami, které se ocitají v podobně těžké situaci a navzájem si budou vytvářet systém podpory. Například ve formě pořádaných seminářů zaměřených na oblast péče o seniory. Nicméně čas ukáže, jak může být můj výzkum a jeho cíl využit či naplněn.

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka č. 1: Přehled změn ve stáří (Venglářová, 2007, s. 12)..... | 13 |
| Tabulka č. 2: Příspěvek na péči (vlastní zdroj)..... | 22 |
| Tabulka č. 3: Transformační tabulka (vlastní zdroj)..... | 34 |
| Tabulka č. 4: Přehled informantů (vlastní zdroj)..... | 36 |

Seznam použité literatury

- ALZHEIMER HOME. 2023. *Výroční zpráva společnosti Alzheimer Home za rok 2022*[online]. Praha: Alzheimer Home. [9.11.2023]. Dostupné z: <https://www.alzheimerhome.cz/wp-content/uploads/2023/11/ALZHEIMER-HOME-z.u.-Vyrocni-zprava-2022-.pdf>
- ANIMA ČÁSLAV. 2023. *Výroční zpráva 2022* [online]. Čáslav: ANIMA. [9.11.2023]. Dostupné z: <https://www.anima-pecovatelska-sluzba.cz/prilohy/vyrocni-zprava-2022.pdf-2>
- DEMENTIA I.O.V. 2023. *Naše služby* [online]. Beroun: Demetia I.O.V. [9.11.2023]. Dostupné z: <https://dementia.cz/>
- DOMOV DŮCHODCŮ ČÁSLAV. 2013. *Povinně zveřejňované informace* [online]. Čáslav: Město Čáslav. [9.11.2023]. Dostupné z: v <https://www.ddcaslav.cz/cz/povinne-informace>
- DUDOVÁ, R., 2015. *Postarat se ve stáří. Rodina a zajištění péče o seniora*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., HROZENSKÁ, M., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada.
- GULOVÁ L. 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada Publishing a.s.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- CHRENKOVÁ M., SOBKOVÁ H., VAJĎÁKOVÁ Z., 2007. *Metody sociální práce, sociální služby a standardy kvality v sociálních službách*. In: JANOUŠKOVÁ, K. et al. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 12 - 13
- KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- LCC DOMÁCÍ PÉČE. 2023. *Sociální služby* [online]. Praha: LCC Domácí péče. [15.11.2023]. Dostupné z: v <https://www.lccdp.cz/kontakt.phtml>

- LOUČKOVÁ, I., 2010. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: GRADA.
- MATOUŠEK, O. 1999. *Ústavní péče*. Praha: SLON.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- MATOUŠEK O. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- MĚSTSKÁ NEMOCNICE ČÁSLAV. 2024. *Povinně zveřejňované informace* [online]. Čáslav: Město Čáslav. [20.11.2023]. Dostupné z: <https://www.nemcaslav.cz/o-nemocnici/povinne-zverejnovane-informace/>
- MĚSTSKÝ ÚŘAD ČÁSLAV. 2024a. *O městě* [online]. Čáslav: Město Čáslav. [20.11.2023]. Dostupné z: <https://www.meucaslav.cz/radnice/mesto/>
- MĚSTSKÝ ÚŘAD ČÁSLAV. 2024b. *Společnosti města* [online]. Čáslav: Město Čáslav. [20.11.2023]. Dostupné z: <https://www.meucaslav.cz/radnice/spolecnosti-mesta/socialni-oblast-zdravotnictvi/>
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada.
- MPSV. 2018. *Jak na péči - příručka pro ty, kteří pečují doma o blízkého člověka* [online]. Praha: MPSV. [25.11.2023]. Dostupné z: <https://drive.google.com/file/d/1o2NQedye7ArI7G-SNEu9hYWBvHeSBRDv/view>
- MPSV. 2018. *Podpora neformálních pečujících* [online]. Praha: MPSV. [25.11.2023]. Dostupné z: <https://www.nepe.cz/nepe2.php>

MPSV. 2022. *Databáze sociálních pracovníků (a pracovníků v sociálních službách)* [online]. Praha: MPSV. [25.11.2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/databaze-socialnich-pracovniku-a-pracovniku-v-socialnich-sluzbach-#:~:text=Prost%C5%99ednictv%C3%ADm%20registrace%20do%20Datab%C3%A1ze%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20pracovn%C3%ADk%C5%AF%20se%20p%C5%99ipoj%C3%ADte,dostupn%C3%BDch%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20pracovn%C3%ADk%C5%AF%20a%20pracovn%C3%ADk%C5%AF%20v%20soci%C3%A1ln%C3%ADc>

MPSV. 2022. *Informace pro pečující osoby – Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV. [25.11.2023]. Dostupné z: <https://rpq.mpsv.cz/informace-pro-pecujici-osoby/>

MUSIL L. 2007. Záleží na sociálních pracovnících, zda žadatelům nabídnou služby napomáhající ke zlepšení života. *Sociální práce/Sociálna práca*. 8 (1), 45-49

NOVUM DOCILIUM. 2021. *Výroční zpráva 2019* [online]. Veltruby: Novum docilium. [25.11.2023]. Dostupné z: <https://www.domovkarlov.cz/wp-content/uploads/2021/03/NOVUM-DOMICILIUM-v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD-zpr%C3%A1va-2019.pdf>

OBLASTNÍ CHARITA KUTNÁ HORA. 2024. *Sociální služby pro seniory* [online]. Praha: Charita Česká republika. [5.12.2023]. Dostupné z: <https://kh.charita.cz/pomahame/sluzby-pro-seniory/>

REICHEL J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.

SC DOMÁCÍ PÉČE. 2013. *Služby* [online]. Čáslav: ANIMA. [5.12.2023]. Dostupné z: <https://www.scdomacipece-kh.com/sluzby/domaci-osetrovatelska-pece/>

SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří; Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.

TOMEŠ I. 2013. Sociální práce ve vztahu k jiným společenskovedním disciplínám. In JANEBOVÁ, Radka, ed. *Spolupráce v sociální práci: sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 21. až 22. září 2012*. Hradec Králové: Gaudeamus

TROUSIL M., JAŠÍKOVÁ V. 2015. *Úvod do tvorby odborných prací*. Hradec Králové: Gaudeamus.

UNIE PEČUJÍCÍCH. 2023. *Závěrečná zpráva 2022*[online]. Brno: Unie pečujících. [5.12.2023]. Dostupné z: v <https://cdn-ms.uniepecujicich.cz/wp-content/uploads/2023/08/zz2022.pdf>

VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Grada.

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

WEBER, Pavel. 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

ŽIVOT 90. 2023. *Výroční zpráva 2022* [online]. Praha: Život 90. [5.12.2023]. Dostupné z: file:///C:/Users/Uzivatel/Downloads/vyrocní-zpráva-za-rok-2022_komprim.pdf

Seznam příloh

Příloha č. 1: Přepis rozhovoru s informantkou R1

Příloha č. 1

Rozhovor R1 - Identifikační otázky:

vztah k seniorovi: dcera

společná domácnost: ne

vzdálenost pobytu pečující osoby a seniora: domov 7 km, nyní 5 km

věk seniora: 77 let

věk pečující osoby: 48 let

délka poskytování péče v domácím prostředí: 6 let

délka poskytování péče v pobytovém/ zdravotnickém zařízení: 6 měsíců

omezení na straně seniora z důvodu věku/tělesného/psychického zdravotního stavu:

Alzheimerova nemoc, omezení pohybu, řeči, omezení pohybu pravé ruky.

Pobytové zařízení: ano, ALZHEIMER HOME Filipov

Tazatelské otázky a jednotlivé okruhy:

1. Potřeby a dotazy pečujících osob.

Co jste věděli o možnostech péče o seniora?

„Když začnu v přímo v okolí tatínka, tak moje maminka neměla mnoho informací a byla i hodně psychicky vyčerpaná, protože se nemohla dlouho srovnat se změnou zdravotního stavu tatínka a pak i s diagnózou. Šli později do důchodu a měli velké plány co vše budou podnikat. Takže jsem musela nastoupit já. Pomáhala jsem s řešením veškerých záležitostí, díky tomu, že jsem v minulosti pracovala v sociální oblasti, informace, kam se obrátit, jsem měla, dále jsem oslovila provázející organizaci, známou neuroložku, kamarádku na úřadu práce oddělení příspěvku na péči, čerpala i rady z internetu.“

Kde jste získali a kde získáváte informace k péči o seniora?

„Čerpala jsem z vlastních pracovních zkušeností, v tom jsem měla velkou výhodu a díky tomu náskok, pak hodně internet, Facebook, přátelé. Sleduji i stránky Nadačního fondu Seňorina, Alzheimer Filipov. Věděla jsem i o možnostech příspěvků, tak jsem podávala žádosti na Úřadu práce na péči a mobilitu a další výhody.“

Co bylo pro Vás rozhodující při přemýšlení o volbě typu péče o seniora?

„Jak to vše zkombinovat a pomoci mamince, aby to zvládla ona doma a já, když přijedu k nim, aby byli spolu, jak jen to je možné. Situace se ze začátku stabilizovala, doma jsem

to zvládali, ale pak ze dne na den následovalo velké zhoršení zdravotního stavu, noční cestování, nevyspání, nestabilita, pády, no a bydlení v patře bytovky s mnoha schody a bez výtahu, je složité. Takže jsme zvažovali pro a proti a snažili se zajistit co nejlepší teda nejschůdnější podmínky jak pro tatínka, tak pro maminku doma za pomoci služeb a pak posléze i mimo domov.“ Možná jediná věc nás trápila, dlouhá čekací doba k přijetí do pobytového zařízení, vhodného k poskytování správného typu péče a dosažitelnosti pro nás, bylo to už akutní a prostě nebylo dostupné.“

2. Podpora poskytování péče v domácím prostředí.

Je pro Vás vyhovující poskytovat péči v domácím prostředí?

„Ano bylo, ale jen do doby, než došlo k celkovému zhoršení zdravotního stavu, což trvalo poslední rok. Snažili jsme se tatínkovi zachovat domácí prostředí co nejdéle jak to šlo. Vzhledem k tomu, že se však situace rapidně zhoršovala a s tím i zdravotní stav maminky, která to vše špatně zvládala a stále nepřijímala, situace začala být neúnosná pro všechny a pro tatínka i nebezpečná, pády, noční blouznění po bytě, kdy neustále pochodoval, aniž by ho někdo mohl ovlivnit, protože prostě už nespolečně pracoval. Asi 6 let, z toho necelé dva roky, dvacet čtyři hodin denně jsme pečovali. Určitě ano, domácí prostředí bylo pro tatínka do doby, než to začalo být oboustranně neúnosné, to nejlepší.“

Jak jsou dle Vás naplňovány potřeby seniora v domácím prostředí?

„ Pokud člověk něco ví o tom, tak to nějaký čas jde a vše funguje, já jsem určité zkušenosti měla, takže jsme se do poslední chvíle snažily, aby péče o tatínka byla co nejdéle zvladatelná v domácím prostředí a on byl spokojený a maminka také. Provedli jsme i úpravy v bytě, dokoupili různé pomůcky pro to, aby se péče dala zvládnout. Například došlo k úpravě vany v koupelně na předělání bezbariérového vstupu do vany. Nákup vhodnějších matrací, aby mohl lépe vstávat. Zajištění nejprve hůlky na oporu při chůzi, později chodítek a pak i vozíku. Pořídili jsme i pomůcky na procvičování paměti, rehabilitaci prostě co jsem znala, jsem zkusila. Problém ale byl, že jsme potřebovali odlehčovací službu, bez pořadníku, jak bychom jí průběžně potřebovali ...tatínka zaopatřit na čas a maminka by si zregenerovala síly...a to prostě bylo nedostupné, nebo se to muselo dlouho dopředu objednávat či plánovat... no to nevím jak..., ale kdyby to bylo, věřím že by tatínek byl doma ještě pár měsíců a nešel by za každou cenu do zařízení, které se nakonec ukázalo jako nevhodné a pak až bylo místo, jsme ho mohli umístit do Filipova.“

Jaký přínos měli sociální služby v domácí péči o seniora?

„Domácí známé prostředí, kdy bylo vidět že byl tatínek klidnější, protože to bylo známé prostředí a maminka byla vedle něho. Zkraje bylo i bezpečné. Nicméně bylo to i svazující, protože tatínek nechtěl maminku nikam pouštět. Měli jsme i příspěvek na péči, který postupně se upravoval dle stavu tatínka a z toho jsme ty služby dle potřeby na smlouvávali. Byla to Anima Čáslav s úklidem a taky jsme párkrát i zkusili denní stacionář, ale bylo to někdy složité plánování dle jejich možností, a ne dle potřeb našich. Pomáhala nám pak i další externí pečovatelka z LCC domácí péče, docházela

pravidelně, a hlavní náplní byla spíše práce s tatínkem, a to procvičování paměti a luštění křížovek a když to bylo možné i čtení knih tedy spíše jejich společně předčítání. Pak i pohlídala tatínka v případě potřeby. Pomáhaly i návštěvy a rady lékařky neuroložky paní doktorky Mandákové, a pak návštěvy v Germedu Pardubice, kde se vyloženě specializují na tyto problémy ve stáří, kolikrát mi stačilo jen zavolat a hned jsem měla radu či pomoc co a jak. A v neposlední řadě moc pomohly i rady přátel s podobnou zkušeností a sledování stránek nadačního fondu Seňorina a Dementia. Velkou pomoc nám také přinesla služba spadající pod Anima Čáslav, a to Taxík Maxík, maminka nikdy neřídila, to vždy tatínek a já, když jsem nemohla byla to velká pomoc. Nakonec stejně přišla únava, vyčerpání pečující osoby, i maminky, prostě to přišlo, i když jsem se snažila tomu předcházet a měla služby... no a pak i nemožnost pokračovat v případě celkového zhoršení zdravotního stavu tatínka i maminky.“

3. Důvod poskytování péče v pobytovém zařízení.

Co bylo důvodem, aby šel senior do pobytového zařízení?

„Velmi rychlé zhoršení zdravotního stavu, samozřejmě i vyčerpání nás všech kolem. Noční nespavost tatínka, pády, ne orientace se v domácím prostředí, už ani nevěděl chvílema kde vlastně je...no, a i jeho velká váha, problém pro nás při péči o něho a pak přišlo ještě zhoršení zdravotního stavu maminky, a to už všechno prostě nešlo dohromady. Je těžké udělat toto rozhodnutí a nelze nikdy říci, kdy je ten správný čas, ale už to bylo za hranou, protože čekání na přijetí bylo delší, než jsme potřebovali. A to nám hned na začátku v Dementi poradili, abychom si dali žádost do zařízení, které by nám vyhovovalo. Zdráhali jsme se, ale nakonec jsme to udělali, hned na začátku stanovení diagnózy. Čekali se díl, než bylo dobré, tatínek musel být v nejdříve dostupném zařízení, a to nebylo ono.“

Můžete říci, zda jsou v rámci pobytu seniora v pobytovém zařízení naplňovány jeho potřeby?

„Aktuálně už ano a úplně všechny, takže jsme také v pohodě. Je pod stálou odbornou kontrolou, zároveň má k dispozici všechno, co teď potřebuje. Já jsem se zklidnila a odpočinula a i maminka, snažíme se jí zdravotně dát dohromady a s tím i celá rodina se trochu srovnala, všichni nám pomáhali v tomto náročném období péče. Samozřejmě se dostavuje i smutek, obavy..., ale uklidňující je vždy návštěva tatínka, který je i blízko, a tedy i návštěvy mohou být častěji a není to tak náročné skloubit s mojí prací.“

Jaký přínos měla tato pobytová služba v péči o seniora?

„ Můžu říci, jedním slovem odborníci a profesionálové, s milým a vstřícným přístupem personálu, jak pečovateli i mužů, tak zdravotních sester. Je tam i pestrý jídelníček, což je taky důležité, a hlavně i celodenní program jak pečující a rozvíjející, tak i zábavný. Dostupná odborná lékařská péče, rehabilitace, reminiscenční místnosti, park a v něm zvířátka. Prostě vhodné a rozvíjející prostředí, a to je to hlavní co potřebujeme, jsme nadšení. Najít vhodné zařízení, kdy člověk potřebuje je velmi důležité. Nejde to vždy hned. Prostě se tomu chvíli bráníte, pak jako že ano, ale zase není kam. Takže se stalo, že když jsme to už opravdu nutně potřebovali, dostali jsme nabídku zařízení, které bylo

docela vzdálené, asi 30 kilometrů od našeho bydliště. Ukázalo se to jako velký problém. A ještě ke všemu nezvládli péči o tatínka. Následovali zranění, hospitalizace, pečovatelky neměly dost sil tatínka zvládnout a muži tam nebyli. Posléze se konečně uvolnilo místo tady ve Filipově, kam jsme původně chtěli, je to blíže asi 5 kilometrů a měli jsme dobré reference od lidí z okolí a tak. No, takže teď vidím už jen jediný úskalí, že tatínek nemá maminku u sebe a ona jeho vedle sebe, ale to už holt teď nejde, ale kdoví...takže se snažíme vynahradiť to častými návštěvami, dá se říci skoro obden, dokud to půjde a bude ta možnost. Finančně to taky zatím jde.