

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE A ANDRAGOGIKY

**SÍŤ TERÉNNÍCH SLUŽEB POSKYTUJÍCÍCH DOHLED NAD
NEMOCNÝM SENIOREM V BRNĚ**

**NETWORK OF THE FIELD SERVICES PROVIDING
SUPERVISION
OVER DISABLED SENIOR IN BRNO**

Bakalářská diplomová práce

PETRA STÁVKOVÁ

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Olomouc 2010

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

V Brně dne _____

Jméno a příjmení: Petra Stávková

Vedoucí: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Název práce: Síť terénních služeb poskytujících dohled nad nemocným seniorem v Brně

Název práce v anglickém jazyce: Network of the field services providing supervision over disabled senior in Brno

ANOTACE

Cílem této bakalářské diplomové práce je zjistit, jaké formy pomoci poskytují organizace ve městě Brně v oblasti dohledu nad nemocným seniorem. Účelem je zmapovat organizace poskytující služby v oblasti dohledu se zaměřením na terénní formu těchto služeb.

V empirickém šetření bylo zjištěno, že nejméně pomoci v oblasti dohledu nad nemocným seniorem naleznou klienti trpící Alzheimerovou chorobou a klienti zcela imobilní.

ABSTRACT

The aim of this bachelor thesis is to find out about forms of help provided by organizations of the City of Brno in the sphere of the supervision over and a handicapped senior. The purpose is to map the organizations providing this type of services with the emphasis on the street form of these services.

In the empirical research we have found out that the clients suffering from the Alzheimer disease and the clients totally immobile are least provided with the help in the sphere of the supervision over an a handicapped senior.

Klíčová slova: nemocný senior, pečující osoba, dohled, odlehčovací služby

Key words: disabled senior, care provider, supervision, respite care

OBSAH

Úvod	6
1. <i>Laický pečovatel – jeho potřeby a požadavky</i>	10
1.1. Rodina – tradiční formy péče a současnost	10
1.2. Nemocný senior jako „příjemce péče“	13
Stáří a stárnutí.....	13
Změny ve stáří.....	15
Důsledky stárnutí a stáří, soběstačnost.....	18
Nemoc, polymorbidita.....	20
Umírání a smrt.....	21
1.3. Pečující osoba jako poskytovatel péče.....	23
Zátěž způsobená péčí	23
Potřeby pečující osoby	24
Syndrom vyhoření a jeho prevence.....	26
2. <i>Organizace jako poskytovatel dohledu nad nemocným seniorem ve městě Brně</i>	29
2.1. Zdravotní oblast.....	29
2.2. Sociální oblast.....	30
2.3. Odlehčovací služby.....	33
2.4. Odlehčovací služby pobytové.....	34
2.5. Odlehčovací služby terénní.....	34
2.6. Organizace ve městě Brně poskytující služby dohledu nad nemocným seniorem	34
3. <i>Praktická část</i>	40
3.1. Metodika šetření	40
3.2. Metoda a strategie.....	40
3.3. Formulace hypotéz.....	41
3.4. Rozhodnutí o populaci a vzorku	42
3.5. Pilotní studie	42
3.6. Rozhodnutí o technice sběru informací	43
3.7. Konstrukce nástrojů pro tento sběr	43
3.8. Výsledky šetření a jejich interpretace	43
1. modelová situace:.....	44
2. modelová situace:.....	46
3. modelová situace:.....	47
4. modelová situace:.....	48
5. modelová situace:.....	49
6. modelová situace:.....	51
Interpretace výsledků šetření.....	522
Závěr	53
Seznam použité literatury a pramenů	55
Seznam Příloh	58
1. <i>Demografická očekávání stárnutí populace</i>	58

2. Příloha.....	59
3. Seznam grafů	67

ÚVOD

„Vracela jsem se dom z lékárny, bylo otevřené okno, mám to za rohem, za chvíli su zpátky a už na ulici sem ho slyšela, jak volá a křičí: Alko, Alko...Sousedky stály před barákem, ani mě nepozdravily, jen se votočily zádama a pomlůvaly. Když jsem odemkla dveři, tak jsem začala bečet, jak já to všechno vydržím...Karel seděl na posteli , byl celé polité čajem, měl sundanó plínku, no co Vám mám vykládat...jináč von tó dobó spává, ale nic mu není po chuti, jen furt nadává. Už jsem Vám byla tak unavená , že se mě v kostele vo vánocích udělalo špatně a spadla sem. Co s ním bude, až já nebudu moct, dyť já si taky musím vodpočnót a ten žlučník už musí ven, říkal doktor...už zas pořádně tři dni nejím.“

(úryvek z rozhovoru s klientkou poradny)

K výběru tématu bakalářské diplomové práce mě inspirovala moje vlastní pracovní zkušenost z oblasti péče o nemocné seniory. Pracuji jako sociální pracovnice v brněnském Hospici sv. Alžběty a téměř v každém pracovním dnu se setkávám s lidmi, kteří se přicházejí poradit, neboť se stali účastníky životního příběhu podobného tomu, který je popsán v úvodním odstavci.

Ze dne na den se mění jejich rodinná situace, jsou postaveni před nelehké rozhodnutí, které nelze odkládat, je třeba jej učinit. Zůstat doma a stát se pečovatelem na plný úvazek? Co takové rozhodnutí obnáší? Zvládnou to? Jak to bude s příjmem, kolik peněz dostanu? Jak se to dělá? Naučím se to? S těmito a mnohými dalšími otázkami přicházejí a hledají pomoc.

Stále častěji se setkávám s pečujícími, kteří již doma delší dobu o svého nemocného seniora pečují a uvítali by zvýšení kapacity jednotlivých pobytových zařízení. Mezi přáními se začínají objevovat požadavky na zřízení odlehčovací služby terénního charakteru.

V zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jsou odlehčovací služby vymezeny jako terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek¹.

¹ § 44, zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Posláním odlehčovací služby pobytového charakteru je jednak zajištění komplexní péče o uživatele po dobu nezbytného odpočinku pečujících, jednak poskytování poradenství, emoční podpory a povzbuzení osobám pečujícím, a tím i podpora jejich schopnosti pečovat nadále v domácím prostředí.²

Cílem terénní odlehčovací služby je ulehčovat situaci rodinám, které o svého seniora pečují v domácím prostředí, odlehčovací služba umožňuje seniorovi zachovat si důstojné životní podmínky, život ve svém přirozeném domácím prostředí a překonávání osamění. Nejedná se zde o pečovatelskou službu, jejímž těžištěm je zajištění domácnosti.³

Ambulantní odlehčovací služby poskytují péči pouze seniorům s vysokou mírou soběstačnosti, kteří jsou schopni samostatného pohybu mimo své přirozené prostředí, při minimálním dohledu jiné osoby. Z vlastní zkušenosti vím, že uživatel je dopraven do denního zařízení, kde je mu poskytnuta komplexní péče, některá zařízení zajišťují i dopravu klienta. Z uvedeného důvodu se ambulantním odlehčovacím službám nebudu v této práci věnovat.

Pečovatelé chtějí svého nemocného udržet co nejdéle v domácím prostředí, uvědomují si jeho nesporné přednosti. Mnohdy hraje roli obava ze zhoršení psychického i fyzického stavu nemocného při změně pobytu. Zátěž, která leží na bedrech zpravidla jednoho pečovatele, je však trvale neúnosná a ohrožuje pečovatele na zdraví fyzickém i psychickém. Častým přáním je: „Kdyby mě mohl někdo na pár hodin v týdnu vystřídat, přijít tam, abych mohl/a na chvíli pryč“.

Vedení Hospice sv. Alžběty se stejně jako mnoho jiných organizací rozhodlo pečující všemožně podpořit a tak je v současné době poskytována odlehčovací služba pobytovou formou na dvou lůžcích v souladu s § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Vzhledem k trvalému převisu poptávky nad nabídkou však musíme mnoho žadatelů odmítat. Přestože v loňském roce byla rozšířena kapacita této služby, budeme i nadále nuceni odmítat některé nemocné seniory, protože požadavky některých laických pečovatelů nebudeme schopni uspokojit. Proto musíme mít určitá kritéria výběru klientů. Tato kritéria mají podobně jako Hospic. Sv. Alžběty nastaveny i ostatní organizace zaregistrované jako poskytovatelé odlehčovacích služeb podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Otázkou zůstává, zda požadavky laických pečovatelů mohou být uspokojeny stávající nabídkou služeb.

² http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=58 ze dne 21.1. 2010

³ <http://www.cssp2.cz/index.php?k=4> 21. 1. 2010

Cílem mé práce je tedy zjistit, jaké formy terénní pomoci poskytují organizace ve městě Brně v oblasti dohledu nad nesoběstačným seniorem. Za organizace poskytující dočasný dohled nad nemocným seniorem v Brně budu považovat organizace, které poskytují dohled nad seniorem v rozsahu větším než 1 hodina a kratší než 3 měsíce. Za dočasný dohled považuji celkovou péči o nemocného seniora, která bude přechodná a bude navazovat na domácí péči laického pečovatele.

Dočasným dohledem nad nemocným seniorem budu ve své práci mínit dohled odlehčovací služby pobytové a terénní, dle § 44 zák. č. 108/2006 Sb. , o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v rozsahu větším než 1 hodina a kratším než 3 měsíce, které jsou určeny cílové skupině seniorů. K poskytovatelům dočasného dohledu řadím také fakultativní⁴ službu dohledu nad dospělou osobou poskytovanou pečovatelskými službami.

Roli laického pečovatele považuji stále za nedoceněnou, málokdy se o těchto lidech mluví, jejich často neviditelná každodenní práce není mediálně zajímavým tématem. Ráda bych poukázala na jejich nelehkou situaci a pokusila se najít možná řešení jejich požadavků, která by alespoň malou měrou přispěla k řešení jejich problémů.

Domnívám se, že je třeba stále hledat nové formy pomoci, jednou z nich jsou již výše uvedené odlehčovací služby.

Tyto služby mohou být poskytovány, jak jsem již uvedla, formou ambulantní, pobytové nebo terénní. Terénní forma odlehčovacích služeb může být vhodnou alternativou pomoci, v komunitním plánu města Brna v oblasti péče o seniory je tato alternativa zastoupena pouze dvěma organizacemi. Dle informací z procesu komunitního plánování sociálních služeb města Brna na období 2010 – 2013, je v plánu pracovní skupiny „senioři“ pomocí opatření 2.3. rozšířit terénní odlehčovací služby. Služba tohoto typu v současné době ve městě Brně nedostačuje, přičemž rozšíření této služby umožní setrvání seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí.⁵

Komunitní plánování je dle Matouška postup, který má zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji (organizacemi, veřejnými prostředky, které se vynakládají nebo mohou být vynaloženy na službu). Subjekty komunitního plánování jsou také uživatelé sociálních služeb, poskytovatelé sociálních služeb a zadavatelé sociálních služeb.⁶

⁴ Nezávazná, nepovinná, možná (<http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/fakultativni>)

⁵ <http://www.kpss.brno.cz/download/osp/1256022581.pdf> ze dne 18.1. 2010

⁶ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby, legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s.113

V teoretické části práce se nejprve zaměřím na problematiku týkající se osoby laického pečovatele a jeho potřeb, rodinu a životní situaci, ve které se ocitl. Zmíním se také o syndromu vyhoření, kterým jsou dlouhodobě pečující osoby ohroženy.

V dalších kapitolách se budu věnovat tématu seniorů a situaci, kterou přináší nemoc. Situaci popíšu z hlediska důsledků, které stárnutí člověku přináší, především bych se chtěla zabývat sociálně zdravotními důsledky a osobními důsledky stárnutí a stáří –nesoběstačností a problémům z ní plynoucím. Zmíním se také o závěru života a tématu umírání. K dalším tématům patří syndrom vyhoření u pečující osoby a jeho prevence. Dále se budu zabývat formami možné pomoci pečujícím o nemocné seniory ve městě Brně. Uvedu možnosti, které nabízí zákon o sociálních službách, a druhy služeb, které jsou v současné době ve městě Brně k dispozici.

V empirické části budu u vedoucích organizací zjišťovat, jak jsou jejich organizací nabízené služby dostupné (finančně, časově, kolik mohou uspokojit žadatelů o službu, apod.). V dotazníku se za pomoci modelových situací, sestavených na základě mojí pracovní zkušenosti, zaměřím na situace, se kterými se v praktickém životě setkávají rodinní pečující.

Výsledky mého šetření mohu využít ve své poradenské praxi a následně při účasti na setkání pracovní skupiny „senioři“ při tvorbě komunitního plánu města Brna na další období.

1. Laický pečovatel – jeho potřeby a požadavky

První kapitulu své práce věnuji hlavním aktérům péče o nemocného seniora. Jsou jimi laičtí pečovatelé, kteří dennodenně a dlouhodobě⁷ pečují o svého rodinného příslušníka. Nejprve porovnam podobu rodinné péče v tradičním pojetí s podobou péče dnešní a nastíním potřeby pečujících. Další poměrně obsáhlá část kapitoly bude určena seniorům, kteří výrazně ovlivňují život laických pečovatelů. Podrobně analyzuji specifika, která seniory determinují.

Skutečnost domácí péče staví rodinu do situace, kdy je třeba zvažovat možnosti a limity a proto popisu této skutečnosti dávám prostor na konci první kapitoly spolu s problematikou pečujících osob a popisem syndromu vyhoření.

1.1. Rodina – tradiční formy péče a současnost

V dostupných zdrojích literatury můžeme nalézt mnoho definic rodiny, pro účely této práce, vzhledem k aspektu mezigenerační solidarity a vzájemné pomoci uvádím Hartlovu definici. Rodina je dle Hartla definována jako: „společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.“⁸

Také Holmerová chápe rodinu jako základní prvek společnosti, který integruje všechny věkové kategorie. S tím souvisí také potřeba vytvoření systému podpory pečujících rodin.⁹

Nezákladnější funkce rodiny (reprodukční, ekonomická, výchovná, ochranná a duševně hygienická funkce) jsou propojeny s funkcí rodiny jako zdroje morálních hodnot a zdroje citové výchovy v rodině.¹⁰ V této kapitole bych ráda nastínila bezpochyby jednu z nejdůležitějších funkcí rodiny – pomoc svému nemohoucímu, oslabenému členu. Starý, nemocný člověk, který se stal v důsledku svého onemocnění nesoběstačným, potřebuje pomoc. Primárně ji bude nejprve hledat ve své rodině. Domnívám se, že spoléhá především na svého životního partnera a děti, na svoji rodinu. Jaká je současná rodina? Dovede poskytnout péči nemocnému seniorovi? Není lehké na tuto otázku hledat odpověď.

⁷ Termínem dlouhodobě budu označovat péči, která trvá nepřetržitě déle než 6 měsíců.

⁸ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000, s. 512

⁹ HOLMEROVÁ, I. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd., Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003, s. 30

¹⁰ CIBULEC, J. *Soužití tří generací*. 1. vyd., Praha: Práce, 1980, s. 39 - 46

Tradiční formy rodinné péče o seniory prošly během 20. století velkými změnami. Haškovcová zmiňuje jednu z forem na příkladu tzv. výměnkářského systému, který byl zvykem na venkově. Staří členové rodiny uzavřeli smlouvu, kde měli taxativně zaručeno základní živobytí, pomoc v nemoci a stáří, odešli bydlet do výměnku. Mladá generace převzala hospodářství a o rodiče se postarala. Realita však přinášela i komplikace jako neúrodu, nemoc střední generace, války, a to znamenalo pro výměnkáře konec.¹¹ Lidé v minulosti umírali daleko dříve, lékařská věda dnešní doby má mnohem větší možnosti k intervenci a tak se zvyšuje průměrný věk dožití. Pečování o nemocného seniora může být dlouhodobé a zátěž, kterou toto rozhodnutí přináší, je značná. Mění se role a vztahy mezi pečujícími a nemocným. Pečující se často ocitá v sociální izolaci, což zintenzivňuje zátěž, podpora rodiny je nutná a žádoucí.¹² Moderní rodina současnosti je velmi křehká, je založena především na citových vazbách, ekonomické důvody již nejsou rozhodující. Nukleární rodina (rodiče a jejich děti) žijí samostatně v důsledku atomizace rodiny. Společné soužití generací bývá výjimkou (převládá spíše na vesnicích), rodiny jsou schopny spíše jen intermitentní (občasné) péče o seniory.¹³

Funkce rodiny se v souvislosti se společenskými změnami vyvíjely, moderní rodina některé z nich pozbyla. Zejména poválečné období v Československé republice přineslo podcenění významu rodiny a změněné chápání její funkce. Docházelo k ústupu reprodukční a výchovné funkce. Převládala funkce spotřebitelská. Výrost uvádí čtyři základní funkce moderní rodiny :¹⁴

1. Funkce reprodukční.
2. Funkce materiální – v minulosti byla významnější, nyní s rozvojem systému sociální podpory tato funkce slábne, slabší členové nejsou tolik závislí na silnějších členech rodiny.
3. Funkce výchovná – skrze rodinu je dítěti poskytována základní orientace ve světě.
4. Funkce emocionální – zde je rodina jedinečná a nezastupitelná, rodina uspokojuje všem svým členům řadu emočních potřeb (podpory pomoci, přijetí, plánů apod.).

Členy vícegenerační rodiny jsou zpravidla prarodiče, rodiče a děti. V rodině, která dobře funguje, se dostává všem členům pocitu bezpečí, pochopení a vzájemné pomoci v případě

¹¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002, s. 42

¹² TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009, s. 172

¹³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002, s. 42 - 43

¹⁴ VÝROST, J. In KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 76

potřeby. Můžeme zde pozorovat přirozenou úctu ke starším, respekt a podporu práv a nároků mladších členů rodiny. Takové soužití bývá postaveno na demokratických principech, solidaritě a lásce (sourozenecké, rodičovské). Důležité je vzájemné pochopení a rozdělení rolí. V dobře fungující rodině musí být zachována schopnost rozhodovat sám o sobě a nést za sebe odpovědnost. V různých národních kulturách nacházíme značné rozdíly, jak tento proces probíhá. V zemích západní Evropy a v Americe dochází k separaci mladých rodin, např. rodiny v zemích jižní Evropy můžeme pozorovat jako tradičně vícegenerační.¹⁵

I když transgenerační citové vztahy obohacují soužití dětí a prarodičů, v praxi dochází ke generačním střetům, které mohou etické klady soužití znehodnocovat. Skrze uvolnění tradičních rodinných vazeb, které 20. století přineslo, ubývá v moderní rodině mezigeneračního soužití a společného sdílení rodinných vazeb. Prohlubují se názorové rozdíly mezi generacemi, dochází k citovému oslabení a vážně důvěrnější mezigenerační komunikace členů rodiny. S tím úzce souvisí postavení jednotlivých členů rodiny, přijetí a vymezení jejich rolí.¹⁶

Je třeba brát v potaz také rodiny dysfunkční, postižené rozvodem manželství, kdy stárnoucí osamělý rodič, který od rodiny dříve odešel, zůstává zpravidla bez pomoci dětí. Toto může působit jako optický klam, že moderní rodina je necitlivá k seniorům. Podle zjištění sociologických výzkumů však bývá uspokojováno 70-80 % opodstatněných potřeb nemocných seniorů.¹⁷

Další sociologická šetření uvádějí, že převládá odmítavý postoj ke společnému soužití, mladí a staří chtějí žít samostatně, ale v blízkosti, aby si mohli v případě potřeby pomoci.¹⁸

S touto skutečností se často v praxi setkávám, je to určitý znak zachování mezigenerační solidarity, která je nutným předpokladem k tomu, aby stárnoucí rodiče, které v důsledku nemoci postihla ztráta nebo omezení soběstačnosti, mohli setrvávat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí.

Jakých podob bude nabývat mezigenerační solidarita v současné společnosti obecně? Touto otázkou se zabývala Přidalová ve své studii, dle jejích poznatků je mezigenerační solidarita zcela nepochybně ovlivněna prodlužováním věku odchodu do důchodu, nízkou porodností, ale také konceptem aktivního stárnutí, který zdůrazňuje potřebu a schopnost autonomie starého člověka. To vše ovlivňuje politika sociálního státu, která podporu různých

¹⁵ KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, s. 80

¹⁶ KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 82

¹⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002, s. 43

¹⁸ KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 77

institucí a systémem opatření, může posilovat nezávislost seniorů na vlastní rodině nebo pomáhat těm, kteří se rozhodli pečovat. Existuje také možnost omezením podpory vytvořit tlak na rodinu, aby převzala svoji společenskou zodpovědnost bez ohledu na svoji situaci.¹⁹

1.2. Nemocný senior jako „příjemce péče“

Další kapitola mé práce se vztahuje ke stáří a nemoci. Nastíním zde problematiku stárnoucího jedince, který prochází komplexními změnami v oblasti biologické, psychické i sociální. V průběhu stáří často přichází nemoc, která může výrazným způsobem změnit stav člověka. Škála těchto změn může zahrnovat stavy od ztráty soběstačnosti až po umírání. Pokusím se nahlédnout na jednotlivé aspekty provázející tyto změny. Domnívám se, že v příštích letech se tato problematika bude stávat závažným celospolečenským tématem.

Stáří a stárnutí

Na počátku této kapitoly bych chtěla stručně přiblížit termíny stáří a stárnutí, a to vzhledem k tomu, že se budu zabývat problematikou nemocného nesoběstačného seniora.

Stáří a stárnutí není oblíbeným tématem hovorů ve společnosti. Mnozí z nás si své vlastní stáří dlouho nepřipouští a do chvíle, než se setkají ve své vlastní rodině s problémy, které stáří přináší, o něm nepřemýšlí.

Kdo je vlastně starý člověk a jak o něm přemýšlet?

„Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je vlastně cestou do stáří, jež je poslední ontogenetickou periodou lidského života“²⁰, tvrdí Weber.

Stárnutí patří k závěrečné fázi lidského vývoje a je třeba jej posuzovat jako součást kontinuální proměny. Avšak právě proto, že je to proměna kontinuální, je nelehké nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve které končí střední věk a začíná stáří. Nejčastějším měřítkem stárnutí je **chronologický (kalendářní) věk** (údaj, jak je člověk starý). K dalším běžně používaným mírám patří **sociální věk**, ten je vztahován k společensky očekávanému chování přiměřenému určitému biologickému věku. **Biologický věk** vypovídá o objektivním stavu fyzického vývoje či degenerace.²¹

Studujeme-li stárnutí jedince, jde nám o určení reálného stupně zestárnutí a pro tento účel je kalendářní věk kritériem nedostatečným. Nevystihuje individuální rozdíly v průběhu stárnutí. Skutečný stupeň reálného individuálního zestárnutí lze však objektivně měřit.

¹⁹ <http://www.genderonline.cz/view.php?cislocclanku=2006072201> ze dne 31. 1. 2010

²⁰ WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno: 1 vyd. Brno: IDVPZ, 2000, s. 15

²¹ STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s. 18 - 22

Mluvíme o měření biologického věku člověka. Měřítka reálného stupně zestárnutí má význam praktický, a to například tehdy, hledáme-li odpověď na otázku, zda byl běh stárnutí ovlivněn životním prostředím, výživou či životním stylem. Znalost skutečného stupně zestárnutí je důležitá i pro volbu vhodného lékařského přístupu. Celkově je úsilí gerontologů orientováno na nalezení měřítka hodnocení celkové úrovně postupu stárnutí. A tímto měřítkem může takzvaný biologický věk být. Stáří organismu se nejčastěji kvantifikuje průměrným kalendářním věkem, který v populaci odpovídá průměrnému stavu organismu daného stáří, nijak však nereflektuje individuální rozdíly mezi jedinci.²²

Haškovcová upozorňuje, že než se člověk skutečně stane evidentně starým, prožívá relativně dlouhé období, kdy je nomenklaturně i sociálně za starého považován, i když se tak necítí.²³

Mühlbacher uvádí v poslední době stále častěji se uplatňující dělení stáří:²⁴

- 65 - 74 mladí senioři (převládá problematika adaptace na vlastní penzionování);
- 75 - 84 staří senioři (dochází ke změnám funkční zdatnosti, převládají medicínská specifika);
- 85 a více velmi staří senioři (zde je kladen důraz na sledování soběstačnosti a zabezpečení).

Dle Mühlbachera se jako uzlový ontogenetický bod v životě jedince jeví věk kolem 75 let.

Stuart – Hamilton popisuje také dělení na kategorie třetího a čtvrtého věku. „Třetí věk“ označuje aktivní a nezávislý život ve stáří, zatímco „čtvrtý věk“, znamená období, kdy je člověk odkázán na pomoc druhých při zajišťování základních potřeb.²⁵

Vzhledem k probíhajícím změnám ve společnosti v souvislosti se stárnutím, kdy se stále více lidí dožívá věku 75 a více let, které Mühlbacher označuje za staré a velmi staré seniory a Stuart – Hamilton je označuje jako „čtvrtý věk“, uvádím v příloze č. 1 demografická očekávání stárnutí populace. Považuji za důležité nastínit vývoj demografických očekávání stárnutí populace, neboť problematika seniorů se během příštích desetiletí bude stávat závažným sociálně politickým tématem.

²² <http://vademecum-zdravi.cz/proc-starneme/> ze dne 24.1.2010

²³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1989, s. 21

²⁴ MÜHLPACHER, P. *Základy gerontologie*. 1.vyd. Brno: MSD, 2008, s.21

²⁵ STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s. 20 - 21

Změny ve stáří

Zde se zmíním o změnách provázejících stáří, které se podílí na celkovém stavu seniora, a tím mohou značně ovlivnit jeho způsob života a míru pomoci, kterou bude potřebovat.

Tělesné změny jsou prvním vizuálně zachyceným signálem. Můžeme pozorovat typické znaky stáří, jako jsou šedivé vlasy, vrásky, změny pigmentace a proporcí těla. Dochází k celkové atrofii, a zhoršení základních smyslových funkcí, zraku a sluchu. Klesá tělesná síla a pohybová koordinace, dochází ke zpomalení rychlosti a pohotovosti. Tempo biologického stárnutí je ovlivněno genetickými vlastnostmi a životním stylem člověka, probíhá značně individuálně.²⁶

Tělesné změny jsou provázeny také **změnami v oblasti lidské psychiky**. Vzhledem k tématu práce bych se zde zaměřila především na změny psychiky starého a nemocného člověka, které bývají trvalé a vůlí neovlivnitelné. Značnou zátěž představuje úpadek kognitivních funkcí, projevující se ztrátou soudnosti a obtížností domluvy. Komunikace s takto nemocným člověkem je značně obtížná, narušena bývá také celkovým zpomalením starých lidí a změnou jejich prožívání času. Toto může být provázeno nižší tolerancí k zátěži, kdy problémem se stávají i zcela běžné, každodenní události. Starý a nemocný člověk se tak cítí ohrožen, jeho chování bývá mnohdy nepřiměřené. Tento prožitek obav starého člověka od ostatních izoluje. Omezené bývá i sebeovládání. Může docházet k sebestřednosti a projevům zdánlivého sobectví starých lidí. Tyto projevy můžeme chápat jako symptomy psychického i somatického úpadku. S tím souvisí také změna emočního ladění, kolísavost nálad, podrážděnost, úzkost a depresivita. Postupně může změnu v chování provázet i ztráta nezbytných sebeobslužných návyků. Tato situace může být náročná zejména ve vztahu k zachování míry osobní autonomie.²⁷

Ve stáří lze také pozorovat významné změny paměti a učení, dochází k nižší koncentraci pozornosti, hůře se udrží v paměti nové informace, naopak staré poznatky a informace si staří lidé pamatují dobře.²⁸ Psychomotorické zpomalení se projevuje zpomalením pohybů především při chůzi. Energie a vitalita starého člověka klesá,

²⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, s. 238 - 243

²⁷ BAŠTECKÝ, J.; MATĚJČEK A DÝTRYCH; PICHAUD A THAREAUOVÁ In VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, s. 289 – 290

²⁸ KOZÁKOVÁ, Z. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Univerzita Palackého v Olomouci: Olomouc, 2006, s. 14

senzomotorická koordinace bývá zpomalena, starý člověk potřebuje ke zvládnání veškerých činností delší dobu.²⁹

Dle Vágnerové se starý člověk obtížněji čemukoliv novému hůře přizpůsobuje. Zátěž pro něj představuje jakákoliv změna, i taková, která může být chápána jako pozitivní. Staří lidé dávají přednost rutině a stereotypu, nechť k novotám je dána větší náročností jejich zpracování a obtížnější adaptací.³⁰

Domnívám se, že vzhledem k těmto skutečnostem je třeba při plánování a realizaci sociálních služeb co nejvíce zohlednit tato specifika předpokládaných uživatelů (nemocných seniorů) sociálních služeb a upřednostnit tak terénní odlehčovací služby před pobytovými.

Pacovský připomíná, že ve stáří nedochází pouze ke změnám sestupného charakteru ve smyslu zhoršení, některé funkce jsou nezměněny (slovní zásoba, intelekt a jazykové schopnosti), jiné mohou vykazovat i zlepšení (vytrvalost, trpělivost, životní stereotypie, schopnost úsudku). Dle Pacovského se většina českých psychologů shoduje na velkých inter- a intraindividuálních rozdílech psychického stárnutí.³¹

Významná česká gerontoložka Iva Holmerová se vyjadřuje k pozitivům stáří: „Stáří přináší také určitou zkušenost, schopnost odstupe a reflexe, ucelenou znalost a pochopení systémů a směrů, které v minulosti vedly či nevedly k úspěchu, trpělivost.“³²

Změny v **oblasti socializace** mají individuálně specifický průběh, bývají nápadnější až v průběhu pozdního stáří. Senioři prožívají své stáří v rámci několika sociálních skupin. Je to především rodina a kontakt s rodinami dětí, či sourozenců. Přátelé a známí ze sousedství jsou zdrojem dalších sociálních kontaktů, umožňují udržet člověku mnohé sociální kompetence. Jako další možnost je společenství obyvatel určité sociální instituce (domov pro seniory apod.). Identita starého člověka je naplněna hlavně rolmi vztaženými k rodině. Změny rolí bývají podmíněné biologicky i sociálně. Dochází k proměně sociální role, ztrátě sociální prestiže spojené s odchodem ze zaměstnání, charakteristická profesní role je nahrazena anonymitou důchodce. Důchod někdy může být chápán jako období, které nemá jasně vymezený obsah a obecně platný smysl. Člověk si jej musí najít sám, je však často limitován (zdravotním stavem, omezenějšími zdravotními schopnostmi, nedostatkem financí). Postoj k důchodu i jeho sociální dopad je genderově podmíněn, muži změnu nesou hůře, ženám

²⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, s. 95

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 454

³¹ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, s. 40

³² <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/iva-holmerova.php?itemid=3418> 28.5.2009

zůstává uplatnění v domácnosti a péči o rodinu. Odchodem do důchodu dochází k větší sociální izolaci, život se odehrává zejména ve vlastní rodině. V průběhu stáří se rozšiřuje skupina seniorů, kteří nepřekračují hranice rodiny, bytu, či nejbližšího okolí. Dochází ke snížení požadavků na jejich sociální orientaci a společenské chování. K běžným ztrátám rolí ve stáří řadíme úmrtí partnera, které člověku vnucuje roli vdovy/vdovce. K negativním rolím patří také role nemocného či nesoběstačného seniora, která je zatěžující i svými společenskými důsledky.³³

Strach z osamělosti a opuštěnosti může být ovlivňován různými faktory, izolací od společnosti nebo změnami okolního světa, který se může starému člověku jevit cizí a nepochopitelný. Dochází ke kumulaci mnoha faktorů jako: sociální situace seniora (ovdovění), jeho fyzický stav (závažné onemocnění, postižení zraku a sluchu) a psychický stav (úbytek paměti, změny osobnosti, deprese, demence).³⁴

Podrobněji se budu zabývat sociálními důsledky stárnutí v následujících kapitolách.

„Doslova platí, že také o stáří, jeho přijetí a kvalitě rozhoduje z velké míry především člověk sám. Na prahu stáří buď stojí zralá osobnost, nebo třtina větrem se klátící“.³⁵

Domnívám se, že lidé různě reagují na své stáří, čímž se řadí k různým skupinám. Dle Bromleyho můžeme rozeznávat různé strategie adjustace na stáří :³⁶

- Konstruktivní přijetí stáří – člověk je vyrovnán se svým stářím, je spokojený, otevřený, tolerantní. Přijímá reálně budoucnost stáří, bez sebelítosti, optimisticky hodnotí dosavadní život.
- Strategie závislosti – člověk spoléhá na druhé, očekává, že bude zabezpečen materiálně i citově. Není nijak ctižádostivý, má rád klidné rodinné zázemí, vítá odpočinek, klid.
- Strategie obranného postoje – zaujímají ji hlavně lidé, kteří žili především pro práci, měli aktivní podíl na společenském dění. Ztráta sebevědomí a prestiže, tím jsou nejvíce ohroženi. Bojí se závislosti, odchod do důchodu odkládají.
- Strategie nepřátelství – jsou to jedinci, kteří se projevují mrzutostí, nepřátelstvím, svalují vinu za svůj nepodařený život na druhé, závidí mladým. Může se u nich projevovat agresivita, podezřívavost.
- Strategie sebenenávisti – tito staří lidé hledají chyby stále u sebe, nemají se rádi a pohrdají svým životem. Častými pocity jsou osamělost a zbytečnost.

³³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* Praha: Karolinum, 2007, s. 350 - 366

³⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* Praha: Karolinum, 2007, s.415

³⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří.* 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 116

³⁶ BROMLEY, D.B. In HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří.* 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s.114 -116

K těmto strategiím bych také ráda připojila pohled na stáří dle významného psychologa Erika Eriksona, který se zabýval psychosociálním vývojem člověka od narození do stáří. Erikson rozděluje vývoj osobnosti do osmi stádií a v každém stadiu popisuje důležitou potřebu, která by měla být naplněna. Kvalita a způsob naplnění konkrétní životní potřeby v průběhu daného stadia je ovlivněna stádii předchozími a bude ovlivňovat také stadia budoucí, ať již pozitivně nebo negativně.³⁷

Eriksonovo poslední stádium je nazváno integrita versus zoufalství, týká se toho, jak jedinec čelí konci života. Život v osmém stadiu zahrnuje retrospektivní účtování s dosavadním životem člověka, záleží na tom, nakolik přijímá člověk svůj život za dobře prožitý. Pokud prožívá lítost ze zmeškaných příležitostí, pak se zvyšuje stupeň nechtě a zoufalství, které člověk zažívá. Erikson připomíná: „Zoufalství vyjadřuje pocit, že času je nyní málo, příliš málo, abychom se pokusili začít jiný život a pokusili se vydat jinou cestou...“³⁸

Starý člověk zažívající mnohé ztráty (partnerů, přátel a někdy i dětí) je konfrontován se smutkem a také jasným sdělením své vlastní konečnosti. Pokud se dokáže vyrovnat se všemi těmito překážkami a přijme souvislosti mezi minulostí a přítomností, neopuštěn základní důvěrou, naplněn silou bytí – zůstává naděje, je důvod žít.³⁹

Vzájemná provázanost jednotlivých životních fází dle Eriksona nás může ujistit o tom, že vše v našem životě má svůj čas a význam...

Důsledky stárnutí a stáří, soběstačnost

V této kapitole se zaměřím na soběstačnost a důsledky stáří a stárnutí.

Soběstačnost můžeme dle Zavázalové chápat schopnost samostatné existence seniora v daném prostředí. Je to schopnost postarat se přiměřeným způsobem sám o sebe a svoji domácnost. „Soběstačnost zahrnuje složku fyzickou (především pohyblivost), psychickou (zejména schopnost zařizovat si své věci samostatně), ekonomickou (dostačující příjmy), sociální (úroveň integrace s rodinnou a společností).“⁴⁰

Odborníky bývá rozlišováno pět základních stupňů soběstačnosti starého člověka⁴¹:

³⁷ KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*, 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 25

³⁸ ERIKSON, E. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1999, s. 108

³⁹ ERIKSON, E. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny., 1999, s.108 -109

⁴⁰ ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001, s.26, 31

⁴¹ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 42-43

1. *Člověk uspokojuje své potřeby sám.*

2. *Jedinec nemůže uspokojit sám své fyziologické potřeby* – pomáhající se starají o fyziologické potřeby, hierarchicky vyšší potřeby zvládá daná osoba sama. Je třeba respektovat autonomii starého člověka, častou chybou pečujících je přístup, kdy „víme co je pro starého člověka nejlepší“.

3. *Člověk může uspokojit zčásti své fyziologické potřeby.* V těchto situacích poskytuje pomoc pečující osoba v denních činnostech. V tomto stádiu pomoci je důležité nedělat za starého člověka všechno, a naopak nežádat příliš. Je důležité sledovat stav osoby, který se neustále vyvíjí.

4. *Člověk může uspokojit své fyziologické potřeby, za předpokladu, že je veden.* Toto platí zejména v situaci dezorientovaných lidí. V těchto situacích pomáhající naznačuje dotyčné osobě co dělat (např. podávat jednotlivé kusy oděvu ve správném pořadí, ale nechat dotyčného obléci sám).

5. *Jedinec už nemůže uspokojit své potřeby, a ani nepůsobí tak, že by byl schopen sám rozhodnout o tom, co potřebuje* – pomáhající zajišťuje jedincovy tělesné potřeby a zároveň za něj rozhoduje.

Stáří s sebou nese řadu problémů a nepříznivých důsledků. Mohou to být především:⁴²

- Snížení a ztráta soběstačnosti, které souvisejí s problémy v zajištění základních všedních činností, v oblasti péče o sebe a domácnost.
- Zhoršující se zdravotní stav, dochází k postižení funkcí, které jsou významné pro udržení soběstačnosti.
- Zajištění přiměřených finančních prostředků, které jsou třeba k zabezpečení slušné životní úrovně.
- Problémy spojené se změnou životního programu po odchodu do důchodu – naplnění volného času, vytvoření denního rozvrhu, rozvoj všestranné aktivity.
- Zabezpečení správné výživy.
- Zabezpečení adekvátního bydlení odpovídajícího potřebám starého člověka.
- Jedním z největších problémů v životě starých lidí je jejich omezená **soběstačnost**.

Poruchu v některých oblastech soběstačnosti nazýváme dysaptibilitou. Můžeme ji pozorovat převážně s rostoucím věkem, kdy dochází k jejímu zhoršování, ke kterému přispívá také sdružování defektů vedoucích k dysaptibilitě. Více převažuje a rychleji nastupuje u žen. Charakterizuje ji pokles funkčních schopností a problémy se zabezpečením sebeobsluhy. O

⁴² ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001, s.25 -26

zabezpečení seniora můžeme hovořit v případě, že se starému člověku dostává pomoci, která mu umožňuje žít v navyklém, případně upraveném prostředí.⁴³

Dalším neméně důležitým problémem seniora je **osamělost**. Pichaud a Thareauová se zmiňují o faktorech vedoucích k samotě a izolaci⁴⁴:

1. Životní podmínky, věk starého člověka, je-li senior vdovec či vdova;
2. Fyzický stav seniora související s pohybem (zda jej ovlivňuje nemoc, handicap) nebo smyslovým postižením;
3. Psychický stav seniora (ztráta blízkého člověka, poruchy chování);
4. Ekonomické a sociální jevy (vykořenění, nedostatek aktivit, prostředků).

Od obecných změn doprovázejících stáří, přejdu nyní k problematice stáří doprovázeného nemocí a zmíním také problematiku umírání.

Nemoc, polymorbidita

Z vlastní pracovní zkušenosti odvozují, že zdraví je jedním z hlavních aspektů, které ovlivňují kvalitu života ve stáří, senioři jej staví často na přední místo svých přání.

Kdy můžeme hovořit o seniorovi jako o zdravém? Pacovský považuje seniora za zdravého, není-li přítomna zjevná choroba, pokud sám senior se za zdravého považuje a je spokojený s kvalitou svého života, když je soběstačný a vyvíjí-li přiměřenou psychickou a fyzickou aktivitu i sociální kontakty.⁴⁵

Nemoci seniorů mají často přímý vztah k vyššímu věku, zvláštnostmi chorob ve stáří se zabývá lékařský obor geriatric. Geriatrickou medicínu můžeme charakterizovat jako **medicínu pěti „i“**, (**instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy, iatrogenní poškození**).⁴⁶

U nemocných seniorů může docházet k výskytu více nemocí najednou, tedy **polymorbiditě**. Mnohdy jedna choroba je spouštěčem dalších problémů a dochází k řetězovitému vzniku dalších chorob. Ve stáří se onemocnění stávají často chronickými, některá jsou považována za „únosnou bídu“, pokud umožňují soběstačný život, postižený člověk se s nimi naučí žít. Nejvíce obav vzbuzují onemocnění, která ohrožují **praktickou soběstačnost** a nebo přímo vedou k plné závislosti na druhých lidech. Haškovcová přirovnává

⁴³ ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001, s. 31

⁴⁴ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998, s. 79

⁴⁵ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, 1994, s. 70

⁴⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně: 2002, s. 29

ztrátu praktické soběstačnosti k trýzni. Okolí člověka postiženého ztrátou soběstačnosti tuto situaci často popisuje jako neštěstí. Tlak moderní společnosti favorizující mládí, funkčnost a plnou nezávislost zvyšuje obavy seniorů ze ztráty praktické soběstačnosti.⁴⁷

K nejčastějším potížím patří mimo somatická onemocnění také potíže psychického rázu, poruchy chování, úzkosti, demence a deprese. Zvláště demence s sebou nese výrazné negativní důsledky pro postiženého a celou jeho rodinu⁴⁸.

Nemocné stáří ovlivňují také sociální faktory, jako jsou nevhodné bydlení, nízký příjem, osamělost, úmrtí partnera, umístění v sociálním zařízení atd. Dle Haškovcové je třeba o seniory pečovat komplexně, dynamicky zahrnovat zdravotní i sociální složku péče.⁴⁹

Umírání a smrt

V této kapitole se budu zabývat tématem smrti a umírání, domnívám se, že jej nelze od problematiky nemocných seniorů oddělit. V mnoha případech nemoc postupně progreduje do terminálního stádia, kdy již nemůže být vyléčena. V těchto situacích je senior odkázán na péči svého okolí. Považuji za nutné zmínit se o specifčnosti této situace.

Téma smrti a umírání patří k údělu člověka. Je to jediná lidská jistota, zneklidňující a zahalená do nejistoty: nikdo z nás neví, kdy se tak stane a jakým způsobem se tak stane. Přejeme si zemřít ve spánku, v pozhnaném věku, bez toho, že budeme zrápeni těžkou bolestnou chorobou, takové přání má bezesporu většina z nás. Ve středním věku spojujeme myšlenky na smrt se stářím, na úvahy o smrti je ještě čas, a ani o stáří se nám nechce přemýšlet. A tak se dnešní společnosti stalo, že vytěsnila umírání a smrt ze svých myslí, ale ne ze svého života. Ve chvíli, kdy se tak stane a dojde k setkání se smrtí, jsme zděšení, na vině je nejen tabuizace smrti, její vytěsnění a popření, ale také víra ve „vítěznou uzdravující medicínu.“⁵⁰

Z rozhovorů s mnohými klienty hospicové poradny, kteří hledají pomoc, mohu odvodit, že si nepřejí, aby jejich blízký zemřel v nemocnici. Umírání se často odehrává v institucích, za přítomnosti lékařů a sester, v neosobním, sterilním prostředí, kde si přejeme tu chvíli co nejvíce oddálit a nevědomky v nás živí touhu „zachraňovat umírajícího do poslední

⁴⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně: 2002, s. 13, 29

⁴⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně: 2002, s. 29 - 30

⁴⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně: 2002, s. 29 - 30

⁵⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 351 -352

chvíle.“ Již několikátá generace neviděla umírat své předky doma, nevíme proto, jak se chovat, co říkat, bývá těžké pro nás vyslovit, že někdo zemřel, je snadnější říci, že odešel nebo usnul.

Stejně tak jako je těžké určit hranici mezi zdravím a nemocí, není jednoduché rozlišit stav pokročilé nemoci od umírání. Vlastní umírání je konečnou fází lidského života, může trvat několik minut i několik dnů. Z patofyziologického hlediska dochází k postupnému nebo náhle vzniklému nevratnému selhávání funkčních systémů lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus) a poruše regulace těchto systémů. Je-li stav nemocného lékařem zhodnocen jako umírání, pak by se mělo stát hlavním a jediným cílem, aby nemocný trpěl co nejmenším dyskomfortem. Tímto se také zabývá koncept „dobré smrti“, který nabízí novou perspektivu, zajistit důstojné umírání a smrt, při které je odstraněno nebo zmírněno všechno ovlivnitelné utrpení a stres pacientů a jejich blízkých a také těch, kteří o pacienta pečují. Vše se děje s respektem k přání pacienta a jeho rodiny a v rozumné míře jsou respektovány klinické, kulturní a etické standardy.⁵¹

Na konci života by nikdo neměl zůstat osamocen, umírající touží po někom skutečně blízkém, kdo s ním bude sdílet jeho pocity, kdo bude v jeho blízkosti, kdo mu bude naslouchat. Doprovázení umírajícího v jeho nejtěžších chvílích by mělo být naplněno opravdovým vztahem k druhému, respektem a tolerancí, důvěrou, svobodou, otevřenou komunikací, smířením a odpuštěním spolu s opravdovou láskou⁵².

Pro pečujícího, který má na starosti nemocného seniora, jehož nemoc postoupila do terminálního stadia, je každodenní konfrontace s vlastním procesem umírání nevyhnutelná. Může však nastat situace, že jednotlivé fáze umírání, tak je popsala E. Kübler – Rossová budou probíhat u umírajícího a jeho rodiny odlišně, každý bude procházet jinou fází, komunikace a péče o nemocného bude velmi náročná. Pomocí a podporou může v této situaci být domácí hospicová péče, která vychází z potřeb nemocného a jeho rodiny. Tuto péči poskytuje multidisciplinární tým odborníků, který je k dispozici nemocnému a jeho rodině 24 hodin denně po 7 dnů v týdnu. Jedná se o komplexní péči, která plně pokrývá potřeby biologické, psychické, sociální i spirituální jak umírajícího, tak jeho blízkých. Cílem péče je

⁵¹ KOLEKTIV AUTORŮ. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. 1.vyd. Praha: Cesta domů, 2004, s. 11 -10

⁵² SLÁMA,O., DRBAL,J., PLÁTOVÁ,L. *Dožít doma*. 2.vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2009, s. 12 -15

udržet co nejvyšší kvalitu života nemocného, nastavit léčbu bolesti a specifických symptomů doprovázejících umírání⁵³.

Z vlastních zkušeností práce v hospici vidím vzrůstající zájem rodin pečovat o své blízké doma, kdy počáteční obavy, že to nezvládnou, jsou často rozptýleny a nahrazeny posilující vědomím, že se rodina dokázala postarat. Tato situace mnohdy rodinu posílí, členové mobilizují své síly a poskytují si vzájemnou pomoc a oporu. Věřím, že dnešní rodiny, pokud budou „chtít, moci a umět,“ dokážou s odbornou podporou důstojně dochovat své blízké.

1.3. Pečující osoba jako poskytovatel péče

V této kapitole se zmíním o zátěži způsobené péčí, o vstupu do role pečovatele, kdy na počátku stojí vždy nelehké rozhodnutí doprovázené obavami z toho, zda lze doma odbornou péči zvládnout. Zmíním se zde o různých formách zátěže, se kterými se pečující setkává, dále se zaměřím na potřeby pečující osoby a pokusím se zachytit nejčastější problémy pečujících osob. V závěru nastíním problematiku syndromu vyhoření, s kterým se mohou pečující setkat.

Zátěž způsobená péčí

Tošnerová zdůrazňuje roli pečovatele jako velmi důležitou, dle ní „je jen málo lidí připraveno převzít odpovědnost a úkoly související s péčí o staré lidi.“⁵⁴

Péče o nemocného seniora s sebou nese značnou tělesnou, citovou, finanční, sociální zátěž a zátěž, která může pocházet z okolního prostředí. Pociťovaná zátěž bezesporu ovlivňuje schopnosti pečovatele poskytovat péči na potřebné úrovni.

Běžná **tělesná zátěž**, jako je úklid domácnosti, nakupování, vaření, praní a údržba prádla, bývá ještě zvýšená v případě péče o nemocného seniora, který má značně omezenou hybnost nebo je zcela ležící. Častá manipulace s takto nemocným člověkem, zvedání, koupání a úkony osobní hygieny, které pečovatel koná ve dne i v noci, mohou nakonec samotného pečovatele v případě dlouhodobé péče ohrozit na zdraví, případně způsobit poranění nemocnému. Tato péče může být též ztížena v situaci, kdy nemocný je postižen nějakou formou inkontinence. Situace bývá komplikovaná také při péči o osoby postižené nějakým druhem demence, kdy osobní péče a medikace nemocného může být ztížena jeho odporem.

⁵³ Osobní konzultace s Mgr. Ludmilou Plátovou, koordinátorkou Domácího hospice Tabita, ze dne 29. 10. 2009

⁵⁴ TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 3. vyd. Ambulance pro poruchy paměti, ÚLE 3. LF UK Praha: s. 10

Je důležité brát v potaz také **zátěž plynoucí z okolního prostředí**, tedy z místa, kde je péče nemocnému poskytována. Bytové podmínky, uzpůsobení koupelny a toalety, instalace madel, bezbariérovost bydlení, to vše může pomoci ke zvládnutí péče nebo naopak při nemožnosti některých změn vést k rozhodnutí péči ukončit⁵⁵.

Sociální zátěž plyne z izolace, do které se pečující osoba dostává. Zejména pokud poskytuje péči 24 hodin denně, pak může být izolována od své rodiny, přátel a společenského života. Značná únava může vést k tomu, že pečující se cítí příliš vyčerpaný a tedy i neschopný mít „večerní volno“, alespoň jednou týdně, někdy i měsíčně. Toto může působit vztek a odpor k nemocnému, který je příčinou ztracených kontaktů. Další důležitou zátěží je také **finanční zátěž**, pokud se pečující osoba vzdává svého zaměstnání, leží zvýšená finanční zátěž na partnerovi, který se tak stává hlavním živitelem rodiny. Služby, které mohou pečující rodině ulevit, bývají hrazeny z příspěvku na péči (pečovatelská služba, respitní péče apod.).⁵⁶

Vysoká **citová zátěž** je vyústěním všech typů zátěží. Pečovatel ztratil možnost svobodně hospodařit se svým vlastním časem, je konfrontován s velkou zodpovědností a to vše může pečovatel vnímat jako zvýšenou závislost na nemocném a zpětně to ovlivňuje jeho citový vztah k němu⁵⁷.

Potřeby pečující osoby

Výše uvedené formy zátěže se zcela jistě promítají do možností uspokojení základních lidských potřeb. Předpokládám, že potřeby pečující osoby jsou naplňovány pouze zčásti, některé vůbec.

Nakonečný hovoří o potřebách jako o motivech vyjadřujících nedostatky na úrovni fyzické i sociální existence člověka. Cílem lidského chování je redukce těchto potřeb, ta je prožívána jako různé druhy uspokojení (nasycení, odpočinek, pocit jistoty atd.).⁵⁸

Nejnámější a nejčastěji používanou je psychologická motivační teorie A. Maslowa. Maslow potřeby uspořádává hierarchicky od potřeb nižších k potřebám vyšším. Tvrdí, že

⁵⁵ TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 3. vyd. Ambulance pro poruchy paměti, ÚLE 3. LF UK Praha: s. 11-12

⁵⁶ TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 3.vyd. Ambulance pro poruchy paměti, ÚLE 3. LF UK Praha: s. 11 -12

⁵⁷ TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 3.vyd. Ambulance pro poruchy paměti, ÚLE 3. LF UK Praha: s. 11 -12

⁵⁸ NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 1.vyd. Praha: Academia, 1995, s. 125 -126

chování určují neuspokojené potřeby, jejich relativní síla slábne s tím, jak se pohybujeme od nižších potřeb k potřebám vyšším. Maslow definuje především tyto potřeby ⁵⁹:

A. Základní potřeby:

- a) fyziologické potřeby (uspokojení hladu, žízně, sexu);
- b) potřeby bezpečí (vystupují v situacích vyvolávajících ztrátu pocitu jistoty, v situacích nebezpečí, ekonomického selhání);

B. Psychologické potřeby:

- a) potřeby přináležitosti a lásky (být milován druhými, být akceptován a patřit někomu)
- b) potřeby uznání (potřeba výkonu, kompetence, respektu, důvěry, získání souhlasu);

C. Potřeby sebeaktualizace: potřeby realizovat své schopnosti (svůj duševní potenciál – „být tím, kým mohu být“), osobního růstu, zahrnující kognitivní a estetické potřeby (potřeby objevovat, tvořit, uspořádat).“

Jeřábek uvádí, že nejčastějším modelem pečující osoby je manželka, která pečuje o svého stárnoucího nemohoucího muže. Jako druhou situaci popisuje, že péči poskytují děti svým nemohoucím rodičům. Z dětí jsou to nejčastěji dcery. Zde se dostáváme znovu k problematice žen – pečovatelek, jsou to nejčastěji manželky, dcery, snachy. V menším množství případů pečuje společně vícegenerační rodina o své nesoběstačné seniory. Jeřábek popisuje 4 kritické momenty péče o nemocné seniory v rodině ⁶⁰:

1. zdravotní problémy pečující osoby;
2. osamělost pečující osoby;
3. dlouhodobá osobní péče nachází nejméně pomoci od státu;
4. traumata rodin, které musely předat starého člověka do institucionální péče.⁶¹

Fyzicky i psychicky vyčerpané pečující osoby, trpící ztrátou kontaktů a mnohdy i nezájmem okolí, mají často malou možnost dozvědět se o existující nabídce pomoci. Pomoc spočívající v donášce jídla, úklidu či nákupu nemůže z domácího pečovatele sejmout břemeno vytrvalé osobní péče i v těch nejintimnějších situacích, krmení, tišení bolesti a lidského soucitu. A tak na konci této náročné cesty stojí vyčerpaný pečující před nelehkým a často bolestným rozhodováním, zda využít služeb institucionální péče.

⁵⁹ MASLOW, A. In NAKONEČNÝ, M. Psychologie osobnosti. 1. vyd. Praha: Academia, 1995, s. 130. ISBN 80-200-0525-0.

⁶⁰ http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf ze dne 21.9.2009

⁶¹ http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf ze dne 21.9.2009

S tímto Jeřábkovým tvrzením, že pečující osoby trpí ztrátou kontaktů a mnohdy i nezájmem okolí, mohu souhlasit. Domnívám se, že informovanost o pomoci pečujícím je stále velmi nízká, pečující by měli dostávat více informací od praktických lékařů, kteří jsou často první a mnohdy jedinou možností získat nějaké informace týkající se pečování.

Na tomto místě bych se ráda zmínila také o situaci dospělých dětí, zejména dcer, které se dostávají do velmi náročné situace. Také Přidalová ve své studii uvádí, že nejčastěji jde o dcery v pozdně středním či ranně důchodovém věku, u kterých dochází ke kumulaci péče o rodiče s péčí o prokreační rodinu a prací v zaměstnání. Brody používá pojem „women in middle“, ženy uprostřed svého života sevřeny v kruhu mezi prací, potřebami stárnoucích rodičů a potřebami svých manželů a dětí.⁶²

Vzhledem k tomu, že dochází také ke změně rolí, role dospělých dětí a starých rodičů již nejsou rovnocenné, jejich relace ztrácí symetrii⁶³.

Dle Vágnerové se pečující lidé zejména střední generace musí přizpůsobovat nově vzniklým požadavkům péče o rodiče (mění svůj denní program, event. i způsob trávení volného času). Pečující dospělý je nucen dosáhnout rovnováhy mezi zaměstnáním, osobním a rodinným životem a narůstajícími nároky rodičovské domácnosti. Ve chvíli, kdy se tato péče stává časově, psychicky i fyzicky příliš náročnou, lze ji považovat za zátěž i zdroj konfliktů (např. s partnerem). Stává se tak, že pečující osoba se dostává do situace, kdy nemůže splnit požadavky všech, buď proto, že se nedají zvládnout, nebo proto, že se navzájem vylučují. Dochází k nárůstu pocitů viny, vlastní neschopnosti a životní nespravedlnosti⁶⁴.

Závěrem mohu souhlasit s konstatováním Přidalové, která o pečovatelské zátěži hovoří, jako o těžko zachytitelné proměnné, která je úzce propojena s faktory jako: vývoj zážitku pečovatelského, posuzování vlastního příběhu, a s adaptací na těžkosti, které na počátku provázely poskytování péče až po výkyvy v opakující se rutíně⁶⁵.

Syndrom vyhoření a jeho prevence

„Nikdo nemůže setrvat ve funkci pečovatele navždy, toto povolání je příliš namáhavé a stresující⁶⁶“, tvrdí Tošnerová.

⁶² http://ivris.fss.muni.cz/workingpapers/pdfs/ivriswp005_pridalova_pecujici_dcery.pdf ze dne 24.2. 2010

⁶³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, s. 225

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, s. 225

⁶⁵ http://ivris.fss.muni.cz/workingpapers/pdfs/ivriswp005_pridalova_pecujici_dcery.pdf ze dne 26. 2. 2010

⁶⁶ TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 3. vyd. Ambulance pro poruchy paměti, ÚLE 3. LF UK Praha: s. 38

Z praxe mohu potvrdit, že pečující osoba má své oprávněné potřeby, výše uvedené druhy zátěže však naplňování těchto potřeb ztěžují nebo zcela znemožňují. Nedokonalé naplnění těchto potřeb se zcela jistě odrazí na kvalitě péče o nemocného seniora a může vyústit v kritický moment, kdy z důvodů jejich dlouhodobého nenaplňování dojde k „vyhoření pečující osoby“.

Syndrom vyhoření (burn out) popisuje psychický stav vyčerpání, který tvoří řada symptomů na úrovni fyzické, psychické i sociální. Škála příznaků může být velmi různorodá, v případě pečující osoby se může projevit těmito příznaky: trvalou podrážděností, tenzí, únavou, nespavostí, dupáním, křikem, záchvaty pláče, ztrátou vztahu k nemocnému, obviňováním nemocného ze své izolace, odmítáním vynakládat prostředky na péči pro nemocného. Trvalý stres zhoršuje 70-90 % všech zdravotních potíží, zhoršuje stav pečovatele, pokud trpí úzkostí, depresí nebo psychickými problémy jiného druhu. Pokud pečující osoba u sebe pozoruje souběžné působení některých výše uvedených příznaků, můžeme hovořit o „obrazu vyhořelého pečovatele“ a měl by nastat čas změny. Pro „dobro“ pečující osoby i nemocného je čas péči ukončit. Pečující osoba by k sobě měla být upřímná, začít hledat alternativy péče, pátrat po dosažitelné pomoci a zůstat bez výčitek, ne vždy, ale tato situace nastane⁶⁷.

Přidalová tento moment v péči nazývá legitimní hranicí, popisuje jej jako „rozhodnutí spojené výhradně s osobou konkrétního pečujícího, který ji stanovuje podle svých hodnotových měřítek a podle svého svědomí.“ Pro pečujícího je důležité, aby se svým rozhodnutím mohl dále žít. „Stanovení a dodržování legitimních hranic je velmi ambivalentní (promítá se zde ocitnutí v roli, sdílení a prožívání role), kvůli této ambivalenci řada pečujících tyto hranice nerespektuje a dále překračuje.“⁶⁸

Pokud se však pečující osobě nepodaří nalézt dostupnou formu pomoci, ať již z důvodů nedostatku informací, nedostačující kapacity pobytových zařízení nebo z důvodu její trvalé sociální izolace, může se dostavit špatné zacházení s nemocným seniorem nebo dokonce týrání nemocného. Dle Tošnerové je špatné zacházení většinou způsobeno přepracovaným pečovatelem, členem rodiny, který týrá slabou a závislou starší osobu⁶⁹.

Z rozhovorů s pečujícími, kteří vyhledali pomoc v hospicové poradně, mohu odvodit, že mnohé pečující osoby jsou v zajetí předsudků a stereotypů, obávají se reakce okolí, že

⁶⁷ TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 3. vyd. Ambulance pro poruchy paměti, ÚLE 3. LF UK Praha: s. 38

⁶⁸ http://ivris.fss.muni.cz/workingpapers/pdfs/ivriswp005_pridalova_pecujici_dcery.pdf ze dne 26.3. 2010

⁶⁹ TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvode pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. 2. vyd. Ambulance pro poruchy paměti, ÚLE 3. LF UK Praha: s.17

odložily svého nemocného seniora do domova pro seniory, do léčebny dlouhodobě nemocných, domnívám se, že zvláště na venkově je tlak sociálního okolí velmi silný a zároveň je zde menší možnost najít dostupnou formu pomoci pečující osobě.

Pečující osoba by se tedy měla o sebe starat stejnou měrou jako o nemocného seniora, musí také pečovat o své zdraví a nacházet způsoby jak se vyrovnávat se svojí situací. Důležitý je dostatek informací o dostupné pomoci a pomůckách, které mohou usnadnit péči. Podporu může pečujícím poskytnout např. svépomocná skupina pečovatelů, která může pomoci se zvládnutím stresu, výměnu zkušeností a podporu od ostatních členů.⁷⁰

Dalšími zdroji pomoci je stanovení reálných cílů v péči. Důležité je také umět požádat o pomoc, neopomíjet komunikaci s rodinou a přáteli, využívat vnějších služeb, hledat náhradní zdroje pomoci a relaxovat⁷¹.

Ve městě Brně se v září 2009 realizoval cyklus praktických seminářů pro pečující laiky „Pečuj Doma“, který měl za úkol podpořit pečující osoby - pro velký zájem se bude znovu opakovat v průběhu měsíce dubna 2010.⁷² Velmi oceňuji tuto možnost ucelených informací, které mohou podpořit pečující osoby v jejich náročné práci.

Určitou alternativou péče v domácnosti je dočasný pobyt seniora mimo přirozené prostředí z něhož se senior vrací zpět domů. Formy dohledu nad nemocným seniorem, které se nabízejí uvedu v následující kapitole.

⁷⁰ TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 3.vyd. Ambulance pro poruchy paměti, ÚLE 3. LF UK Praha: s. 16

⁷¹ TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 3.vyd. Ambulance pro poruchy paměti, ÚLE 3. LF UK Praha: s. 16-17

⁷² <http://www.pecujdoma.cz/kalendar/kurzy-a-seminare-ms-kruh/details/21-peuj-doma.html> ze dne 3.2. 2010

2. Organizace jako poskytovatel dohledu nad nemocným seniorem ve městě Brně

V této kapitole se budu zabývat formami možné pomoci osobám, které pečují o dlouhodobě nemocného seniora ve městě Brně. Zmíním se o pomoci ve zdravotní oblasti, která zahrnuje především agentury domácí péče. V sociální oblasti se budu opírat především o možnosti dané legislativně zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Detailněji se budu zabývat především možnostmi odlehčovacích služeb v oblasti dohledu nad dlouhodobě nemocným seniorem a jejich nabídkou ve městě Brně.

2.1. Zdravotní oblast

Cesta hledání pomoci obvykle začíná v ambulanci **praktického lékaře pro dospělé**, měl by být důležitým pomocníkem, který podpoří rozhodnutí pečující osoby a bude jí průvodcem ve zdravotnickém systému. Od praktického lékaře se očekává, že bude nemocného navštěvovat v domácím prostředí a dle jeho stavu zdravotní péči o něj koordinovat. V jeho možnostech je předepisování léků, některých zdravotních pomůcek (např. inkontinenčních), indikace domácí péče, odeslání k odbornému vyšetření⁷³.

Agentury domácí péče poskytují zdravotnické služby za pomoci všeobecných zdravotních sester, které přicházejí do domácnosti a poskytují sesterské zdravotní výkony. Péči a jednotlivé úkony předepisuje praktický lékař, tato péče je hrazena zdravotními pojišťovnami. Maximální rozsah frekvence domácí zdravotní péče, která je hrazena z fondu zdravotního pojištění, je stanoven na 3 x 1 hodinu odborné péče denně. Domácí péče musí být dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Pro dlouhodobě nemocného je výhodou, že mu může být poskytována zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí. Příklady úkonů, které agentury poskytují: podávání léků různou formou, převazy ran, ošetření a prevence dekubitů, odběry krve, měření tlaku, podávání infuzí, pohybová terapie (cvičení se zdravotní nebo rehabilitační sestrou). Mnohdy bývá domácí péče

⁷³ WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, s. 29 - 35

komplexní a zahrnuje také péči sociální (některé úkony pečovatelských služeb). V současné době můžeme také pozorovat rozvoj **Domácí hospicové péče**, která nabízí komplexní zdravotní, sociální, psychologickou a duchovní péči spolu s lidskou podporou těžce nemocným a jejich rodinám. Specifickým rysem této péče je, že všichni členové týmu spolu s rodinou vytváří v domácím prostředí specializované pracoviště hospicového typu při současném působení všech prvků, které domácí prostředí nemocnému poskytuje. Tyto služby jsou hrazeny individuálně, formou nízkých příspěvků. V současné době probíhá proces zařazení domácí hospicové péče do hrazených úkonů péče zdravotními pojišťovnami⁷⁴.

2.2. Sociální oblast

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. byl dlouho očekávaným a rozhodujícím zákonem, který komplexně řeší problematiku poskytování sociálních služeb.

Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči⁷⁵.

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení⁷⁶.

Dle výše uvedeného zákona sociální služby zahrnují⁷⁷:

- a) sociální poradenství
- b) služby sociální péče
- c) služby sociální prevence.

Sociální služby mohou mít formu pobytovou, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, ambulantní služby jsou takové služby, při kterých osoba dochází, je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí není ubytování. Terénní služby jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí⁷⁸.

Domnívám se, že při zahájení péče o nemocného seniora by mělo být vyhledání služby sociálního poradenství zpravidla prvním krokem, který pečující osoby učiní. Důležitou roli zde hrají ošetřující lékaři, kteří mohou pečujícího nasměrovat např. k sociální pracovníci

⁷⁴ SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Dožít doma*. 2. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2009, s. 47

⁷⁵ 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

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

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

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

nemocnice, Léčebny dlouhodobě nemocných, případně znát kontakt na agenturu domácí péče v okolí. V praxi se tak setkáváme s tím, že zdravotní a sociální péče zejména u této skupiny klientů není zcela oddělitelná a pro dobrý výsledek péče je třeba vzájemné kooperace.

Poradny odborného sociálního poradenství vznikají často při některých sociálních a zdravotnických službách. Poskytují informace o sociálně právním systému a přehled sociálních služeb v daném regionu. Toto poradenství je bezplatné. Při některých poradnách mohou být přidružené také půjčovny kompenzačních pomůcek, mohou být zaměřeny na určitou skupinu nemocných. Za půjčení pomůcky se obvykle vybírá nízký poplatek a vratná záloha, zpravidla se půjčují na dobu určitou⁷⁹.

Služby sociální péče jsou zákonem definovány jako služby, které „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a jejich cílem je umožnit těmto osobám zapojení do běžného života společnosti v co nejvyšší možné míře a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení⁸⁰.“ Zákon uvádí tyto služby sociální péče⁸¹:

- osobní asistence;
- pečovatelská služba;
- tísňová péče;
- průvodcovské a předčitatelské služby;
- podpora samostatného bydlení;
- odlehčovací služby;
- centra denních služeb;
- denní stacionáře;
- týdenní stacionáře;
- domovy pro osoby se zdravotním postižením;
- domovy pro seniory;
- domovy se zvláštním režimem;
- chráněné bydlení;
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

V oblasti dohledu nad nemocným seniorem lze předpokládat, že pomoc budou pečující osoby hledat v závislosti na zdravotním stavu a míře soběstačnosti nemocného seniora

⁷⁹ SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Dožít doma*. 2.vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2009, s. 50

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

⁸¹ § 37 - 52, zák. č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

především prostřednictvím těchto typů služeb sociální péče: osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, sociální lůžko v LDN a denní stacionáře.

Osobní asistence je sociální službou terénního typu, je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v přirozeném sociálním prostředí osob, bez časového omezení⁸².

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní službou, poskytovaná za poplatek, jehož maximální výše je stanovena v zákoně. Pečovatelská služba se poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodů věku, zdravotního stavu nebo chronického onemocnění⁸³.

Do domácnosti dochází pečovatelé, kteří pomáhají s praktickými věcmi chodu domácnosti, sebeobsluhou apod. Nejčastěji poskytované úkony: dovoz oběda, nákupy potravin, podání jídla, úklid domácnosti, praní prádla, dopomoc s hygienou, kontakt se společenským prostředím⁸⁴.

Sociální lůžko ve zdravotnických zařízeních (nejčastěji Léčebny dlouhodobě nemocných) poskytuje sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou proto být propuštěny ze zdravotnického zařízení až do doby, než je jim zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb⁸⁵.

Na území města Brna se žádná taková lůžka nenacházejí, Fakultní Nemocnice Brno má svoji Léčebnu dlouhodobě nemocných v Babicích nad Svitavou, kde má k dispozici 16 sociálních lůžek, z toho 13 míst pro ženy a 3 místa pro muže⁸⁶.

Denní a týdenní stacionáře – služby denního stacionáře jsou poskytovány ambulantní formou, u týdenního stacionáře pobytovou formou. Opět jsou poskytovány osobám, jež z důvodů snížené soběstačnosti, chronického onemocnění nebo věku vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Denní stacionáře poskytují stravu, dopomoc při úkonech hygieny a zprostředkovávají kontakt s prostředím. Týdenní stacionáře poskytují ubytování stejné

⁸² § 39, zák. č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

⁸³ § 40, zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

⁸⁴ SLÁMA,O., DRBAL,J., PLÁTOVÁ,L. *Dožít doma*. 2.vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2009, s. 53

⁸⁵ § 52, zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

⁸⁶ Telefonická konzultace se sociální pracovníci LDN Bílovice nad Svitavou, p. Pernikářovou ze dne 24.2. 2010

skupině osob, dále stravu, pomoc při úkonech hygieny, při běžných úkonech péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc a podporu při uplatňování oprávněných práv a požadavků, dále sociálně terapeutické a aktivizační činnosti⁸⁷.

Domnívám se, že prostřednictvím odlehčovacích služeb pro seniory lze nalézt účinnou pomoc, považuji je za jeden z pilířů pomoci, blíže se jimi budu zabývat v následující kapitole.

Služby sociální prevence jsou určeny spíše jiné cílové skupině, než jsou senioři a osoby se zdravotním postižením, v této práci se jimi nebudu více zabývat.

2.3. Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek⁸⁸.

Cílem odlehčovacích služeb je poskytnout nezbytný oddech pečujícím osobám v případě, kdy si potřebují odpočinout a získat síly pro další péči. Posláním této sociální služby je tedy zajištění komplexní péče o uživatele⁸⁹.

Pro účely této práce je myšlen uživatelem dlouhodobě nemocný senior, o kterého je jinak pečováno v domácím prostředí z důvodů jeho snížené soběstačnosti, chronického nebo nevyлéčitelného onemocnění.

Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu⁹⁰.

Význam této služby můžeme chápat také jako prevenci syndromu vyhoření pečující osoby, přináší však nové podněty také nemocnému, a to změnou prostředí v případě formy ambulantní nebo pobytové.

⁸⁷ § 47,46 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

⁸⁸ §44 odst. 1, zák. č. 108/2006m Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

⁸⁹ http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=58 ze dne 2.2. 2010

⁹⁰ § 44 odst. 2, zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů dělí v § 44 odlehčovací služby na pobytové, terénní a ambulantní.

2.4. Odlehčovací služby pobytové

Na základě vlastní pracovní zkušenosti mohu o této formě odlehčovacích služeb napsat, že umožňuje pečující osobě dlouhodobější odpočinek, služba je poskytována zpravidla na 1 - 3 měsíce. Nejčastěji jsou tyto služby využívány v případech dovolené, lázeňského pobytu nebo plánované operace či dlouhodobých zdravotních potíží pečující osoby. Pobytová odlehčovací služba bývá blíže specifikována (pro jakou konkrétní skupinu osob je poskytována).

2.5. Odlehčovací služby terénní

Cílem této formy odlehčovacích služeb je umožnit odpočinek pečující osobě, která pečuje o dlouhodobě nemocného seniora v domácím prostředí, aniž by nemocný toto prostředí být jen na krátkou dobu měnil. Výhodou této služby je, že je poskytována v přirozeném sociálním prostředí klienta. Do domácnosti dochází pečovatel, který plně přebírá péči o nemocného. Pečující osoba má čas vyřídit své osobní záležitosti, nabrat síl, relaxovat. Cílem je také podpořit a motivovat pečující osobu k další péči. Tyto služby mohou pomoci také pečujícím o nevléčitelně nemocné, umožňují splnit nevléčitelně nemocnému přání zůstat do konce života doma. Kontakt s pečovatelem přináší novou formu podnětů a společenského kontaktu pro nemocného. Služba patří k placeným, maximální výše úhrady je stanovena zákonem⁹¹.

2.6. Organizace ve městě Brně poskytující služby dohledu nad dlouhodobě nemocným seniorem

Po setkáních s klienty hospicové poradny mohu říci, že rodina, která se v současné době rozhodne pečovat o svého dlouhodobě nemocného seniora ve městě Brně, se setká s mnoha problémy, ať je to sehnání či zapůjčení pomůcek, informací o pečovatelské službě, agenturách domácí péče, vyřízení příspěvku na péči a také po brzkém vyčerpání rodinných sil s problémem, kdo zajistí péči v případě, že nemocný senior potřebuje nepřetržitý dohled. S těmito situacemi se nejčastěji setkávají pečující o nemocné trpící některou z forem pokročilé

⁹¹ <http://www.kpss.brno.cz/download/osp/1256022581.pdf> ze dne 2.2 2010

demence (např. Alzheimerova demence) a pečující o nevléčitelně nemocné v terminální fázi onemocnění.

Dle informací, které poskytuje návrh komunitního plánu města Brna na roky 2010 – 2013, je plánováno navýšení kapacity těchto služeb. Předpokládanými poskytovateli budou Sanus o.s., Gabriela o.s. – domácí hospic Tabita, Diakonie ČCE. Je plánováno, že pečující bude moci využít až 8 hodinové služby⁹².

Za organizace poskytující dočasný dohled nad nemocným seniorem v Brně budu považovat organizace, které poskytují dohled nad seniorem v rozsahu větším než 1 hodina a kratší než 3 měsíce. Za dočasný dohled považuji celkovou péči o nemocného seniora, která bude přechodná a bude navazovat na domácí péči laického pečovatele.

V Adresáři organizací působících v sociální oblasti ve městě Brně, který byl sestaven na základě informací z komunitního plánování města Brna ve spolupráci se sociálním odborem města Brna, jsem vyhledala všechny organizace, které mohou nabídnout dohled nad nemocným seniorem. Jsou to tyto organizace, poskytující pobytové a terénní odlehčovací služby, osobní asistenci a pečovatelské služby⁹³:

Pobytové odlehčovací služby ve městě Brně, jejichž cílovou skupinu tvoří senioři, jsou realizovány v následujících zařízeních:

1. Diecézní charita Brno – Oblastní charita Brno, Strnadova 14, Brno 628 00 – odlehčovací služby pobytové, 15 lůžek, max. doba 3 měsíce, poskytují komplexní péči i zcela imobilním seniorům.

2. Gabriela o. s. – Hospic sv. Alžběty, Kamenná 36, Brno 639 00 – odlehčovací služby pobytové, 2 lůžka, max. doba 1 měsíce, poskytuje komplexní péči i zcela imobilním seniorům.

3. Sanus Brno o. s., Štefánikova 63 a, Brno 612 00, odlehčovací služby pobytové, 2 lůžka, doba není časově neomezená, poskytuje péči i zcela imobilním seniorům.

4. Středisko pečovatelské služby MČ Brno Žabovřesky, Horova 28, 616 00 Brno, pobytová odlehčovací služba, 15 lůžek, max. doba 3 měsíce, poskytuje péči seniorům, kteří jsou schopni částečné obsluhy a pohyblivosti.

⁹² <http://www.kpss.brno.cz/download/osp/1256022581.pdf> ze dne 3.2.2010

⁹³ GALKO, M., JANÍK, R. *Adresář organizací působících v sociální oblasti ve městě Brně*. 4.vyd. Brno: Magistrát města Brna, 2009, 200 s.

5. Středisko pečovatelské služby MČ Bystrc, Vondrákova 7, Brno 635 00, pobytová odlehčovací služba, 10 lůžek, max. doba 3 měsíce, služba není určena plně imobilním občanům.

6. Středisko pečovatelské služby MČ Brno sever, Rotalova 13, Brno 628 00, pobytová odlehčovací služba, 15 lůžek, max. doba 3 měsíce, senioři musí být schopni částečné obsluhy a pohyblivosti.

7. Středisko pečovatelské služby MČ Brno Židenice, Jamborova 61, 615 00, pobytová odlehčovací služba, 15 lůžek, max. doba 3 měsíce, senioři musí být schopni částečné obsluhy a pohyblivosti.

8. Středisko pečovatelské služby MČ Brno Královo Pole, Kabátníkova 8, 612 00, pobytová odlehčovací služba, 15 lůžek, max. doba 2 x 3 měsíce v roce, senioři musí být schopni částečné obsluhy a pohyblivosti.

9. O. s. Nit Ariadnina, Kabátníkova 18, Brno 602 00, pobytová odlehčovací služba pro seniory, 10 lůžek, doba pobytu je závislá na individuální domluvě, senioři musí být schopni částečné sebeobsluhy a pohyblivosti.

10. Český červený kříž oblastní spolek Brno město, Ondřeje Veselého 5a, Brno 602 00, pobytová odlehčovací služba pro seniory, 14 lůžek, max. doba 3 měsíce, senioři musí být schopni částečné sebeobsluhy a pohyblivosti.

11. Naděje – Dům Naděje, Arménská 2, Brno 625 00, přechodný pobyt pro seniory je poskytován v rámci služeb Domova pro seniory, max. doba 3 měsíce, senioři musí být schopni částečné sebeobsluhy a pohyblivosti.

12. Naděje – Dům Naděje, Hapalova 20, Brno 621 00, přechodný pobyt pro seniory je poskytován v rámci služeb Domova pro seniory, max. doba 3 měsíce, senioři musí být schopni částečné sebeobsluhy a pohyblivosti.

Terénní odlehčovací služby ve městě Brně, jejichž cílovou skupinu tvoří senioři, jsou tyto:

1. Sanus Brno o. s., Štefánikova 63 a, Brno 612 00, terénní odlehčovací služby na území města Brna, po individuální domluvě, lze poskytnout na 4 a více hodin, cena je 100 Kč/hod, služba dohledu nad klientem v době nepřítomnosti rodiny.

Dohled nad dlouhodobě nemocným seniorem může poskytnout také služba **osobní asistence**, tuto v Brně poskytuje organizace:

1. Hewer o. s., středisko Brno – poskytuje terénní osobní asistenci, služba je provozována 24 hodin denně, dle potřeby klientů a jejich rodin, v domácnosti klienta. Ceník je 100 Kč/hod⁹⁴.

Poskytnutí dohledu nad dlouhodobě nemocným seniorem poskytují také některé **pečovatelské služby**. V Brně jsou to tyto:

1. Nazaria o. p. s. pečovatelská služba, Kubelíková 19, Brno 628 00, poskytuje dohled nad klienty v době nepřítomnosti rodiny (krátkodobě lze i 24 hodin včetně noci), další služby lze domluvit individuálně⁹⁵.

2. Pečovatelská služba, Dům Naděje Brno – Bohunice, Arménská 4, Brno 625 00, poskytuje dohled nad klientem v době nepřítomnosti rodiny, max. 2 hodiny denně, ne o víkendech. Není zde záruka dostupnosti v okamžiku potřeby, služba je omezena kapacitou pečovatelek⁹⁶.

3. Pečovatelská služba, Diakonie ČCE, Hrnčířská 27, Brno 602 00, poskytuje dohled nad klientem v době nepřítomnosti rodiny max. 4 hodiny denně, v pracovních dnech. Služba je hrazena částkou, 100Kč/hod. Není zde záruka dostupnosti v okamžiku potřeby, služba je omezena kapacitou pečovatelek⁹⁷.

4. Pečovatelská služba, CHPS – Brno – Charitní pečovatelská služba, Žižkova 3, Brno 602 00, poskytuje dohled nad klientem v době nepřítomnosti rodiny max. 4 hod. denně, v pracovních dnech od 7 do 16 hodin. Služba je hrazena částkou, 100Kč/ hod. Není zde záruka dostupnosti v okamžiku potřeby, služba je omezena kapacitou pečovatelek⁹⁸.

5. Brigancia, o.s., pečovatelská služba, Bartáková 9 , Brno 628 00, poskytuje dohled nad klidným imobilním klientem bez poskytování dalších úkonů za 90 Kč/hod. a dohled nad klientem vyžadujícím zvýšenou pozornost či náročnost péče za 130Kč/hod. Služba je poskytována od pondělí do neděle, od 6.30 do 20.00 hodin. Max. 2 hodiny denně v pracovních dnech, o víkendech lze po individuální domluvě sjednat delší dobu dohledu⁹⁹.

6. Betánie – křesťanská pomoc, pečovatelská služba, Joštova 7, Brno 602 00, poskytuje dohled nad klientem v době nepřítomnosti rodiny max. 2 hod. denně za 100Kč/

⁹⁴ Telefonická konzultace s vedoucí brněnského střediska Hewer, p. Danielovou ze dne 3. 2. 2010

⁹⁵ <http://www.nazaria.cz/sluzby.php> ze dne 2.2. 2010

⁹⁶ Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby Domu Naděje, p.Konečnou ze dne 2.2. 2010

⁹⁷ Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby Diakonie ČCE, Mgr. Janou Gomolovou ze dne 2.2. 2010

⁹⁸ Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby CHPS, p. Marií Valíčkovou ze dne 2.2. 2010

⁹⁹ Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby Brigancia, Danou Čábelkovou ze dne 3.2. 2010

hod., v pracovních dnech od 7.00 do 15.30 hod. Jednorázově lze po individuální domluvě sjednat prodloužení doby dohledu v závislosti na momentální kapacitě zařízení¹⁰⁰.

7. Pečovatelská služba ÚMČ Brno Královo Pole, Ptašinského 9, Brno 612 00, dohled nad klientem v době nepřítomnosti rodiny poskytuje max. na 1 hod. denně, v pracovních dnech, služba je omezena pouze na lokalitu Brno Královo Pole, kapacitou pečovatelek, cena je 100 Kč/hod¹⁰¹.

8. Pečovatelská služba ÚMČ Brno - sever, Rotalova 13, Brno 614 00, dohled nad klientem v době nepřítomnosti rodiny poskytuje max. na 1 hod. denně, v pracovních dnech, služba je omezena pouze na lokalitu městské části Brno – sever¹⁰².

9. Pečovatelská služba ÚMČ Brno Židenice, Jamborova 61, Brno 615 00, dohled nad klientem v nepřítomnosti rodiny poskytuje obvykle na 1 hod. denně, v pracovních dnech, služba je omezena pouze na lokality městských částí: Židenice, Vinohrady, Líšeň, Černovice, Slatina, Tuřany, Chrlice, Brno Jih a část Brna středu. Cena je 100 Kč/hod. ¹⁰³

10. Pečovatelská služba ÚMČ Brno - střed, Lipová 31, Brno 602 00, dohled nad klientem v nepřítomnosti rodiny poskytuje na 1 hod. denně, v pracovních dnech, služba je omezena pouze na lokalitu Brno – střed. Cena je 100 Kč/hod. ¹⁰⁴

11. Pečovatelská služba ÚMČ Brno Žabovřesky, Horova 28, 616 00 Brno, dohled nad klientem v nepřítomnosti rodiny poskytuje max. na 1 hod. denně, v pracovních dnech, služba je omezena pouze na lokalitu Brno Žabovřesky. ¹⁰⁵

12. Pečovatelská služba ÚMČ Brno Bystrc, Vondrákova 7, Brno 635 00, dohled nad klientem v době nepřítomnosti rodiny poskytuje max. na 2 hod. denně, (spíše ve dvou hodinových úsecích, závisí na kapacitě pečovatelek), služba je omezena pouze na lokalitu Brno Bystrc. Cena je 100 Kč/hod¹⁰⁶.

13. Pečovatelská služba Sanus o. s., Štefánikova 63 a, Brno 612 00, dohled nad klientem v době nepřítomnosti rodiny, v pracovních dnech od 6 do 22 hodin, cena je 75 Kč/hod. max. 4 hodiny denně. Dohled nad klientem v pracovních dnech, nočních hodinách

¹⁰⁰ Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby Betánie, Mgr. Vítězslavou Kubíkovou, ze dne 2.2. 2010

¹⁰¹ Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby p. Hájkovou, ze dne 2. 2. 2010

¹⁰² Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby p. Šujanovou, ze dne 2.2. 2010

¹⁰³ Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby ÚMČ Brno – Židenice, Bc. Ludmilou Šujanovou ze dne 2.2. 2010

¹⁰⁴ Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby Brno – střed, p. Ráčkovou, ze dne 2.2. 2010

¹⁰⁵ Telefonická konzultace s vedoucí Pečovatelské služby Brno – Žabovřesky, p. Petrovovou, ze dne 2.2. 2010

¹⁰⁶ Telefonická konzultace s pracovnící Pečovatelské služby Brno – Bystrc, p. Provazníkovou, ze dne 3.2. 2010

od 22.00 - 6.00 hod. za cenu 350 Kč a od 20.00 do 8.00 hod. v pracovních dnech cena je 550 Kč¹⁰⁷.

V následující kapitole se budu věnovat empirickému šetření, které bude probíhat mezi vedoucími výše uvedených zařízení. Mezi zařízení poskytující dočasný dohled nad dlouhodobě nemocným seniorem nebudu zařazovat zařízení ambulantního typu, domovinky a denní centra, podstata těchto služeb vyžaduje, aby uživatelé těchto služeb byli schopni částečné sebeobsluhy a mobility, jejich soběstačnost je z větší části zachována.

¹⁰⁷ Telefonická konzultace s kontaktní osobou Sanusu o. s. p. Vyskočilovou, ze dne 3.2. 2010

3. Praktická část

3.1. Metodika šetření

V teoretické části práce jsem nastínila teoretické koncepty, ze kterých vychází samotné šetření. Na základě těchto teoretických poznatků provedu výzkumné šetření a následnou interpretaci dat.

V této kapitole se budu postupně věnovat metodě a strategii, kterou jsem zvolila k tomu, abych získala naplnila cíl šetření. Odůvodním výběr strategie a vymezím techniku a nástroj šetření. Představím výzkumnou jednotku a odůvodním způsob jejího výběru. Na závěr přinesu interpretaci získaných dat.

3.2. Metoda a strategie

Dříve než jsem v šetření vytvořila výzkumné otázky, formulovala jsem účel šetření. Na základě stanovení účelu šetření jsem definovala cíl šetření.

Cílem mého šetření původně bylo zjistit, jaké formy terénní pomoci poskytují organizace ve městě Brně v oblasti dohledu nad nesoběstačným seniorem¹⁰⁸.

V průběhu sběru informací se ukázalo, že nabídka terénní pomoci v oblasti služeb dohledu nad nesoběstačným seniorem je tvořena pouze pečovatelskými službami a dvěma dalšími organizacemi. Přistoupila jsem tedy k přeformulování cíle praktické části bakalářské práce ve smyslu jeho rozšíření. **Cílem nyní bude zjistit, jaké formy pomoci poskytují organizace ve městě Brně v oblasti dohledu nad nesoběstačným seniorem.**

Z cíle výzkumu vznikla výzkumná otázka: Jaké formy pomoci poskytují organizace ve městě Brně v oblasti dohledu nad nesoběstačným seniorem?

Pro svou práci jsem podle základní výzkumné otázky, která předurčuje to, co chci zkoumat, zvolila kvantitativní výzkumnou strategii.

Jejím cílem je testování hypotéz. Tato strategie používá deduktivní logiku, kdy sociální problém existuje v teorii či sociální realitě a následně se překládá do jazyka hypotéz, které jsou základem pro výběr proměnných. Sebraná data jsou použita pro testování hypotéz a výstupem tohoto typu výzkumu může být soubor přijatých či zamítnutých hypotéz¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Z této formulace bylo vypuštěno slovo terénní

¹⁰⁹ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2000, s. 287

Další postup budu provádět podle Dismana, který kvantitativní výzkum provádí v těchto krocích ¹¹⁰:

1. Formulace teoretického nebo praktického sociálního problému
2. Formulace teoretické hypotézy
3. Formulace souboru pracovních hypotéz
4. Rozhodnutí o populaci a vzorku
5. Pilotní studie
6. Rozhodnutí o technice sběru informací
7. Konstrukce nástrojů pro tento sběr
8. Předvýzkum
9. Sběr dat
10. Analýza dat
11. Interpretace, závěry, teoretické zobecnění.

3.3. Formulace hypotéz

Na základě svých praktických a profesních zkušeností jsem za použití teoretických východisek zformulovala teoretické hypotézy. Při jejich formulaci jsem vycházela z modelových situací¹¹¹, které jsou součástí dotazníku určeného vedoucím zařízení poskytujícím dočasný dohled nad nesoběstačným seniorem.

H1 : Více jak 50 % organizací bude schopno nabídnout službu krátkodobého dohledu.

H2 : Méně než 50 % organizací bude ochotno poskytnout služby dohledu seniorovi, který potřebuje trvale koncentrátor kyslíku.

H3 : Žádná z organizací nenabídne služby dohledu seniorovi trpícím Alzheimerovou chorobou.

H4 : Méně než 50 % organizací bude ochotno poskytnout služby dohledu seniorovi zcela imobilnímu.

Za krátkodobý dohled budu považovat pro účely této práce dobu od jedné hodiny do 24 hodin. Dobu delší než 24 hodin a kratší než jeden měsíc považuji za střednědobý dohled. Za dlouhodobý dohled považuji pro účely této práce dohled trvající více než 1 měsíc. Tuto

¹¹⁰ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2000, s. 120

¹¹¹ Modelové situace jsou přílohou č. 2

operacionalizaci jsem zvolila na základě svojí pracovní zkušenosti, dle častých požadavků pečujících laiků, kteří prostřednictvím poradny pro pečující hledají dohled.

3.4. Rozhodnutí o populaci a vzorku

Podle Dismana je „populace souborem jednotek, o kterém předpokládáme, že jsou pro něj naše závěry platné...vzorek je skupina jednotek, které skutečně pozorujeme¹¹².“ Protože jsem se rozhodla platnost uvedené teoretické hypotézy ověřovat empirickým šetřením mezi vedoucími pracovníky zařízení poskytujících dohled nad nemocným seniorem v Brně, musím podrobně popsat jednotky, s nimiž budu pracovat.

V mém šetření jednotku zkoumání představují vedoucí zařízení, která jsou schopna zajistit dohled nad nemocným seniorem na území města Brna. Za nemocného seniora budu ve své práci v souladu s koncepty uvedenými v teoretické části práce považovat člověka staršího 65 let, který vykazuje známky jedince, vyžadujícího trvalý dohled. Mezi zařízení zahrnu všechny výše uvedené organizace poskytující dočasný dohled ve městě Brně, tedy jak pobytové, tak terénní (viz teoretická část).

Vzorek vedoucích zařízení bude vzhledem k nízkému počtu zařízení obsahovat všechny vedoucí pracovníky výše uvedených organizací. Předpokládám, že vzorek pracovníků bude obsahovat max. 25 respondentů.

3.5. Pilotní studie

Pilotní studie podle Dismana není považována za povinnou součást výzkumu. Provádí se na malé skupině vybrané z populace, kterou výzkumník hodlá studovat a představuje způsob, kterým lze zjistit, zda informace, kterou požadujeme, ve zkoumané populaci vůbec existuje a jestli je dosažitelná¹¹³.

Rozhodla jsem se od pilotní studie upustit hlavně z toho důvodu, že díky mé několikaleté profesní praxi vím, že odpovědi na otázky, které hodlám ve svém výzkumu pokládat, jsou v populaci dostupné.

¹¹² DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd., Praha: Karolinum, 2000, s. 93

¹¹³ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd., Praha: Karolinum, 2000, s. 121

3.6. Rozhodnutí o technice sběru informací

Kvantitativní výzkum obvykle využívá jako techniku pro sběr informací dotazníkovou metodu. Jedná se o způsob šetření, při kterém jsou potřebné informace od respondentů získávány písemně prostřednictvím otázek na předtištěném formuláři. Dotazník umožňuje získat informace od velkého počtu respondentů, v poměrně krátkém čase s poměrně malým nákladem. Naopak negativní stránkou je, že dotazník jasně omezuje prostor pro odpovědi respondenta, ten potom může volit variantu, kterou by v případě volné odpovědi nezvolil¹¹⁴.

3.7. Konstrukce nástrojů pro tento sběr

Dotazník, jehož úplné znění je přílohou číslo dvě . bakalářské práce, jsem sama vytvořila za pomoci 6. modelových situací, které jsem vytvořila z pracovních hypotéz. V úvodu jsem uvedla průvodní informace, které obsahují stručné informace o mé osobě, cíli šetření a pokyny, jakým způsobem dotazník vyplňovat. Poté následují samotné otázky dotazníku.

3.8. Výsledky šetření a jejich interpretace

Během měsíce února bylo realizováno dotazníkové šetření, celkem jsem za pomoci dotazníků s modelovými situacemi oslovila 19 vedoucích zařízení, která jsou uvedena v kapitole 2.7. Vzhledem k tomu, že některé z organizací poskytují pečovatelské i pobytové služby a tyto organizace jsou zastoupeny jedním vedoucím pracovníkem, snížil se tak počet respondentů na 19 z předpokládaných 25. Se dvěma z respondentů se mi ani opakovaně nepodařilo navázat kontakt.

Soubor tedy obsahuje 17 respondentů - 100 %.

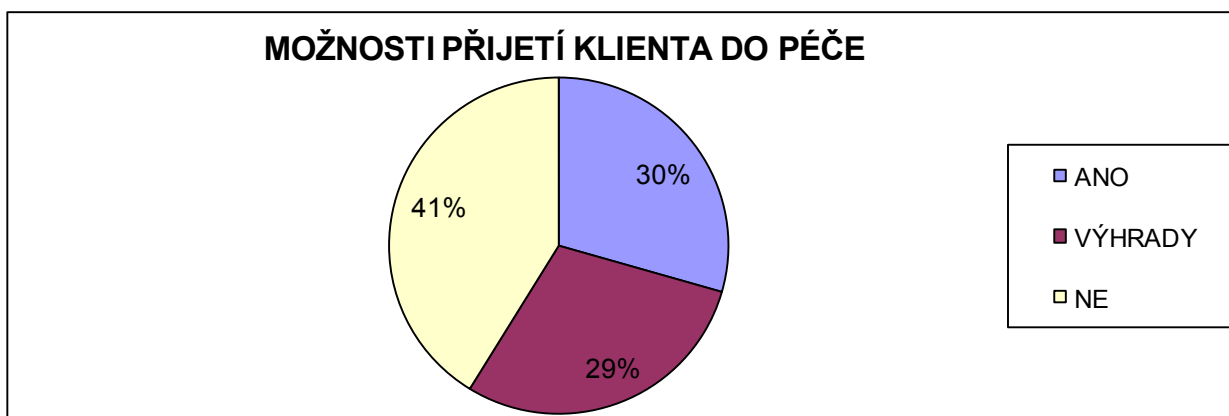
¹¹⁴ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd., Praha: Karolinum, 2000, s. 141

1. modelová situace:

71letý muž, osaměle žijící, s onkologickým onemocněním žaludku, potřebuje zajistit dohled (zkontrolovat) 3 x denně (ráno, v poledne, večer).

- a) Na otázku, zda se může stát klientem organizace, odpovědělo ANO 5 respondentů, NE 7 respondentů, ANO S VÝHRADAMI 5 respondentů. Výhradami bylo to, že službu neposkytuje zařízení ve večerních hodinách.

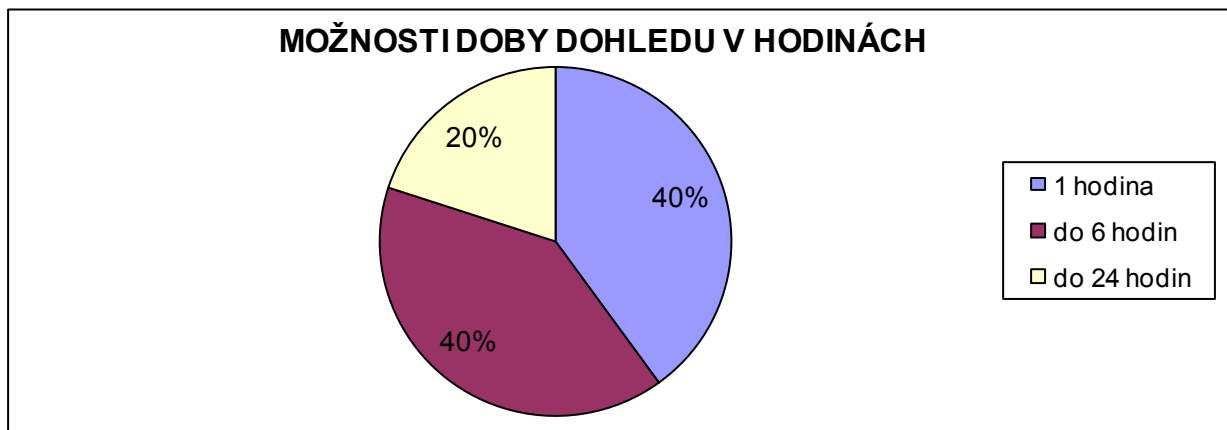
Graf č. 1



1. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče

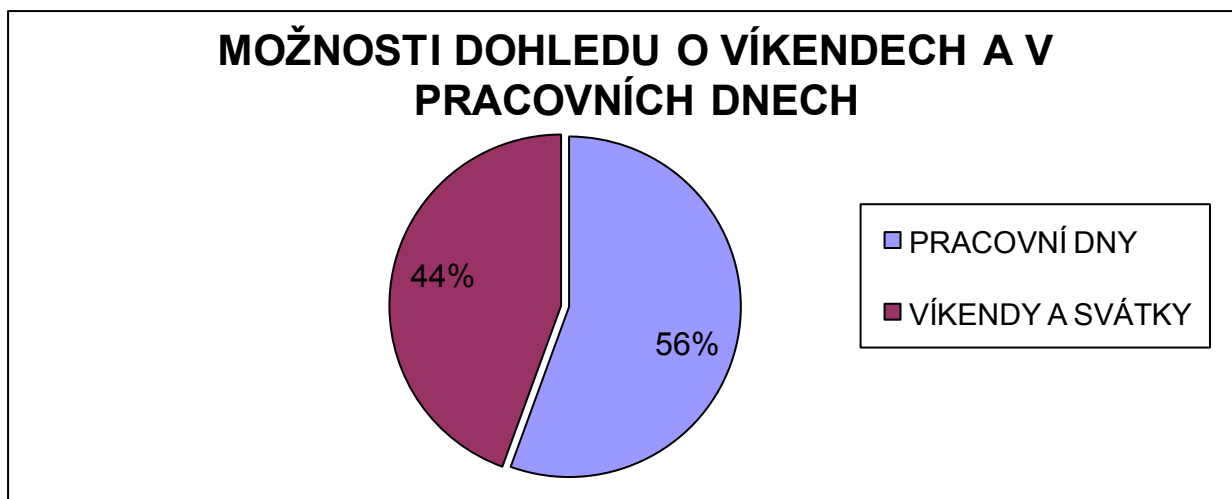
- b) V 9 z 10 zařízení, které mohou klienta přijmout a přijmout jej s výhradami, je platba 100 Kč/hod. V jednom zařízení se započítává také doba cesty (tam i zpět), zařízení předpokládá hodinu pracovníka strávenou na cestě ke klientovi a zpět a účtuje tak 100 Kč za tuto dobu. Pouze v jednom případě je platba za večerní dohled 140 Kč/ hod.
- c) Možná doba poskytnutí dohledu, 4 zařízení poskytují dohled pouze do 1 hodiny denně (obvykle to představuje dobu podávání obědů). Další 4 zařízení poskytují dohled mezi 1 až 6 hodinami. Zbývající 2 zařízení jsou schopna zajistit dohled až do 24 hodin v domácnosti. Rozlišení doby dohledu na pracovní dny a svátky je následující, 4 organizace jsou schopny zajistit dobu dohledu i o víkendech, dalších 5 organizací pouze v pracovních dnech.

Graf č. 2



1. modelová situace – možnosti doby dohledu v hodinách

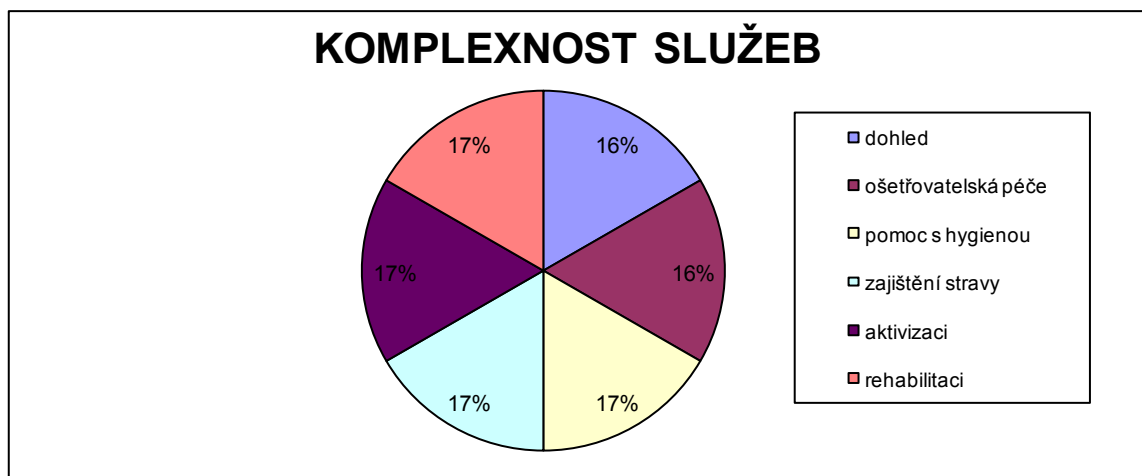
Graf č. 3



1. modelová situace – možnosti dohledu o víkendech a v pracovních dnech

- d) Na otázku nabídky služeb odpověděli vedoucí všech 10 zařízení, že poskytují všechny nabízené varianty služeb.

Graf č. 4



1. modelová situace – komplexnost služeb

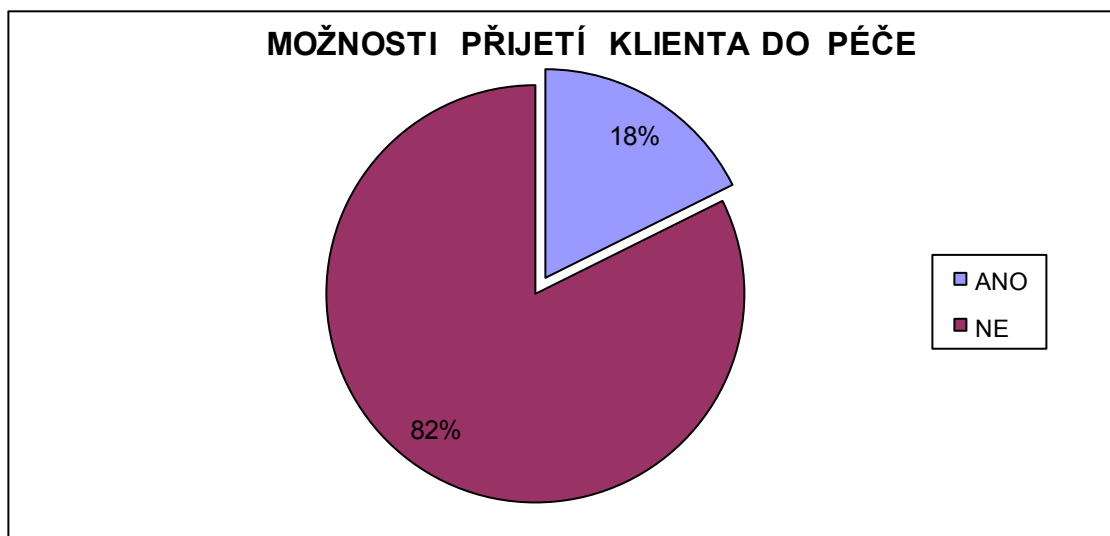
- e) Na otázku, zda jsou služby k dispozici okamžitě, odpovědělo 8 vedoucích ANO, 2 vedoucí NE.
- f) Čekací lhůta ve 2 zařízeních se pohybuje do 10 dnů.

2. modelová situace:

86letá žena, doposud v péči své dcery, s diagnózou Alzheimerovy choroby, dezorientovaná, občas verbálně agresivní, neklidná, chodící, potřebuje dohled 24 hodin denně po dobu, kdy bude dcera podstupovat lázeňskou péči.

- a) Na otázku, zda se může stát klientem organizace, odpověděli ANO 3 vedoucí, 14 vedoucích organizací odpovědělo NE.

Graf č. 5



2. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče

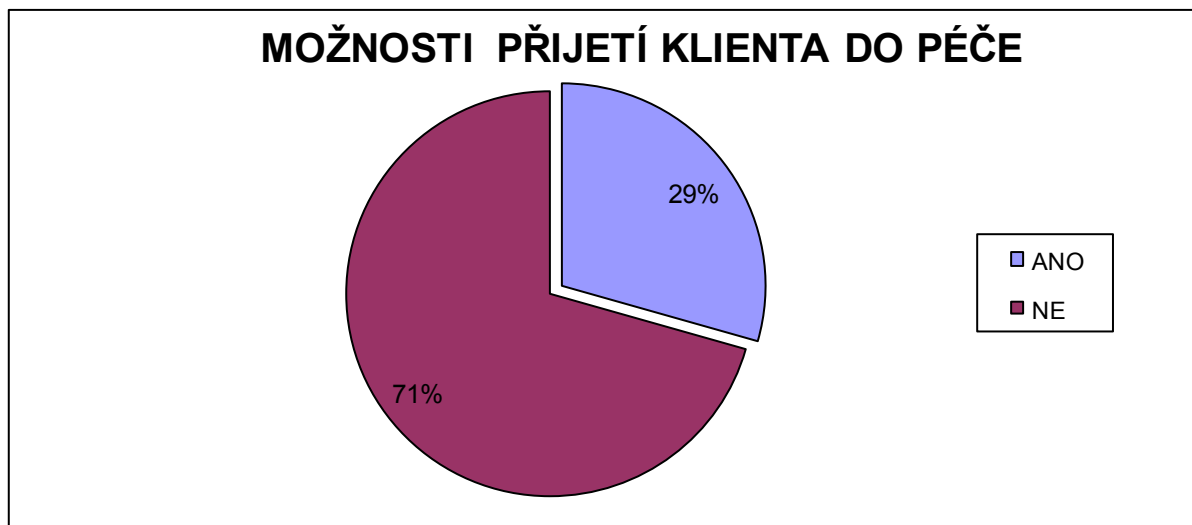
- b) Na otázku ceny služby za hodinu, v tomto případě pouze služba osobní asistence počítá s hodinovou sazbou, která je ve výši 95 Kč za hodinu. Zbývající 2 zařízení jsou pobytového charakteru a cena je zde vyjádřena částkou za den péče.
- c) Možná doba poskytnutí dohledu je v této situaci limitována v případě 2 zařízení (jedná se o zařízení přechodného pobytu) 3 měsíční lhůtou, služba osobní asistence může být poskytována na časově neomezenou dobu.
- d) Všechny 3 organizace mohou v rámci služeb nabídnout všechny nabízené varianty služeb.
- e) Všechny 3 organizace nemohou poskytnout služby dohledu okamžitě.
- f) Obvyklá čekací lhůta se pohybuje u odlehčovacího pobytu 1 – 6 měsíců, u osobní asistence 14 dní.

3. modelová situace:

78letá žena, v péči své dcery, po cévní mozkové příhodě, zcela imobilní, inkontinentní, s poruchou řeči, potřebuje zajistit dohled 9 hod. denně po dobu, kdy je dcera v zaměstnání.

- a) Na otázku, zda se může stát klientem organizace, odpovědělo ANO 5 vedoucích zařízení, 12 vedoucích odpovědělo NE.

Graf č. 6



3. modelová situace - možnosti přijetí klienta do péče

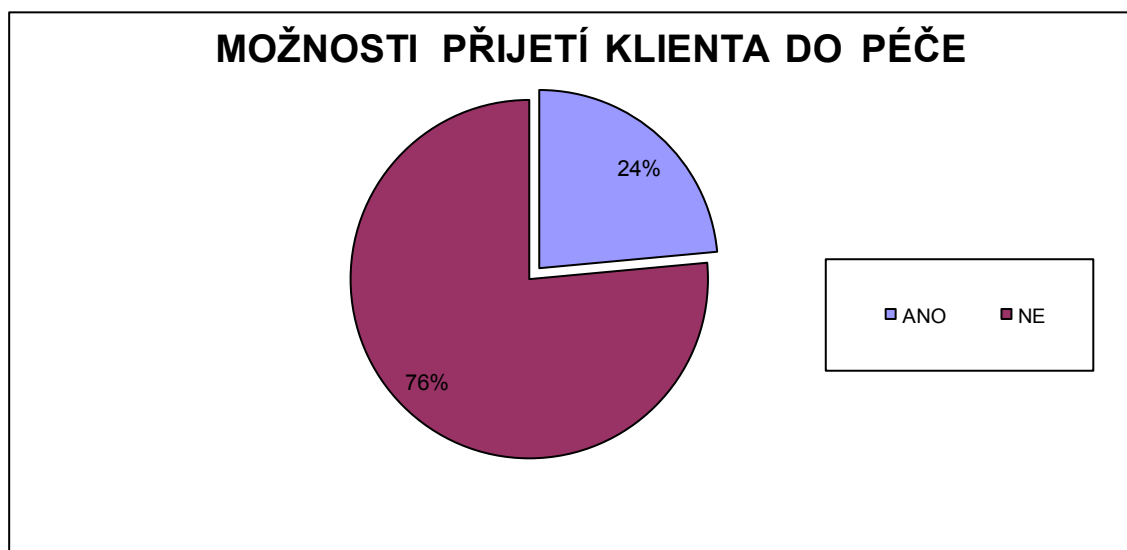
- b) Cena služby za hodinu péče je u organizace osobní asistence 95 Kč na hodinu, ostatní poskytovatelé jsou pečovatelské služby. Sazba v těchto organizacích činí 100 Kč na hodinu.
- c) Možná délka poskytnutí doby dohledu je u 2 organizací uváděna do 24 hodin. Další 3 vedoucí uvádějí, že by byli ochotni překročit i oficiálně deklarované doby dohledu, že se snaží rodině pomoci a najít řešení. Např. 2 vedoucí uvádějí, že mohou najmout externí spolupracovníci pro konkrétní rodinu, aby jim pomohli situaci řešit.
- d) Všech 5 organizací může v rámci služeb může nabídnout všechny nabízené varianty služeb.
- e) Všech 5 organizací nemůže poskytnout služby dohledu v tomto rozsahu okamžitě.
- f) Obvyklá čekací lhůta je u těchto organizací je týden.

4. modelová situace:

80letá žena, žijící s manželem, částečně mobilní, s diagnózou Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), potřebující trvale kyslíkový přístroj, potřebuje zajistit službu dohledu na 1 měsíc po dobu nezbytného lékařského zákroku, kterému se musí podrobit pečující manžel.

- a) Na otázku, zda se může stát klientem organizace, odpověděli ANO 4 respondenti, 13 respondentů odpovědělo NE.

Graf č. 7



4. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče

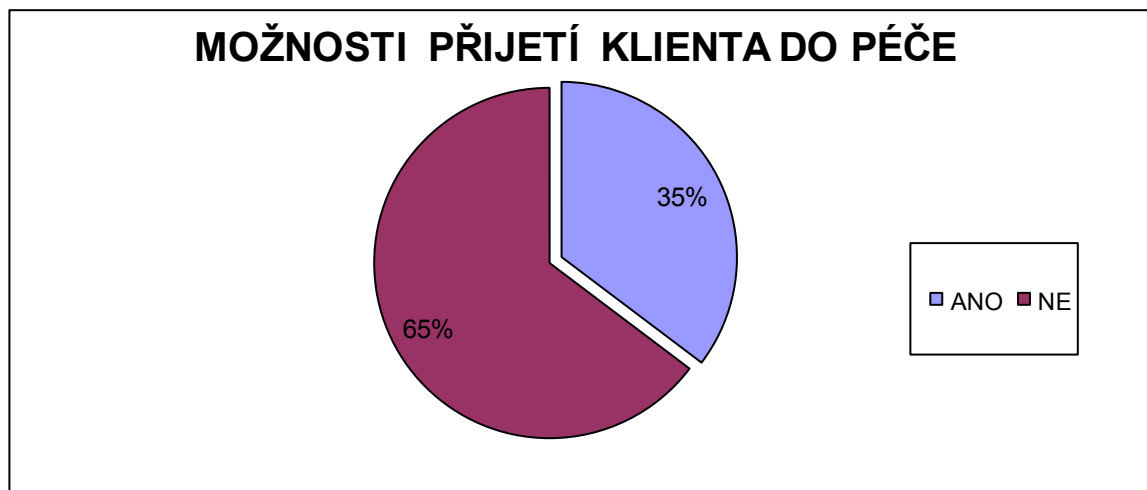
- b) Cena služby za hodinu péče, zde respondenti uvádějí cenu za den, protože se jedná o pobytová zařízení. Tato cena se liší v jednotlivých zařízeních, obvykle se stanovuje dle stupně závislosti (stupeň I. až IV.), který určuje výši příspěvku na péči. Cena za den se pohybuje v rozmezí 480 až 630 Kč den.
- c) Možná délka poskytnutí doby dohledu je u jedné organizace 1 měsíc, 3 organizace uvádějí 3 měsíční dobu dohledu.
- d) Všechny nabízené varianty služeb poskytují 3 organizace, 1 organizace nenabízí rehabilitaci.
- e) Všechny 4 organizace nemohou poskytnout služby dohledu okamžitě.
- f) Obvyklá čekací lhůta je u jedné z organizací 6 – 9 měsíců, u dalších organizací 2 – 6 měsíců.

5. modelová situace:

75letá žena, bezdětná vdova, s onkologickým onemocněním tlustého střeva, v preterminálním stadiu onemocnění, ležící, v péči své sestry, přeje si dožít doma, potřebuje zajistit dohled v domácnosti 2x týdně na 6 hodin, kdy pečující sestra potřebuje nutný odpočinek k načerpání sil.

- a) Na otázku, zda se může stát klientem organizace, odpovědělo ANO 6 vedoucích organizací, 11 vedoucích odpovědělo NE.

Graf č. 8



5. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče

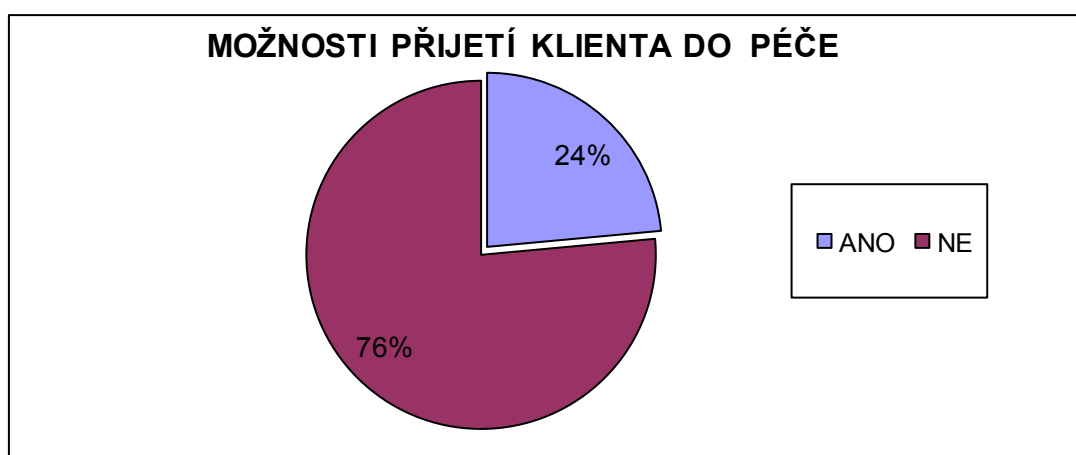
- a) Cena služby za hodinu péče je 100 Kč u všech organizací v pracovní dny. O víkendech je cena 120 Kč na hodinu u jedné ze dvou organizací. Druhá organizace - služby osobní asistence má tarif odstupňovaný dle počtu hodin nasmlouvaných za měsíc, pokud klient překročí 70 hodin měsíčně je cena za hodinu péče 95 Kč na hodinu.
- b) Doba dohledu je u 4 organizací omezena pouze na pracovní dny, 2 organizace mohou tento dohled provádět i o víkendech. Pouze 2 organizace mohou tento dohled provádět i na dobu delší než šest hodin. Další 4 vedoucí organizací uvádějí, že by se pokusili požadavkům vyhovět a např. za pomoci 2 pečovatelek, které by se vystřídalý až šestihodinový dohled, poskytnout.
- c) Všechny 6 organizací může poskytnout všechny nabízené varianty služeb.
- d) Všechny 6 organizací nemůže poskytnout služby dohledu okamžitě.
- e) Obvyklá čekací lhůta je do 10 dnů.

6. modelová situace:

73letá žena trvale upoutaná na lůžko v důsledku zlomeniny krčku kosti stehenní, po CMP s levostrannou hemiparézou a dekubitem v sakrální oblasti, je v péči své dcery, ta hledá pomoc alespoň na 1 měsíc, chce jet na dovolenou.

- a) Na otázku, zda se může stát klientem organizace, odpověděli ANO 4 vedoucí organizací, Ne 13 vedoucích organizací.

Graf č. 9



6. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče

- b) Cena služby je v těchto případech vyjádřena cenou péče za 1 den, tato se pohybuje od 530 do 630 Kč za den.
- c) Doba dohledu je u jedno zařízení pouze měsíc, druhé zařízení je schopno službu poskytnout max. na 3 měsíce. Další dvě zařízení poskytují tyto služby na dobu časově neomezenou (dle potřeby klienta). Všechna uvedená zařízení poskytují péči v pracovní dny, víkendy i svátky.
- d) 3 organizace poskytují komplexní škálu služeb. Pouze jedna organizace neposkytuje služby rehabilitace.
- e) Všechny organizace nemohou poskytnout služby dohledu okamžitě.
- f) Obvyklá čekací lhůta je 1 – 6 měsíců.

Interpretace výsledků šetření

V hypotéze H 1 jsem předpokládala, že více jak 50 % organizací bude schopno nabídnout služby krátkodobého dohledu. K této hypotéze se vztahují modelové situace číslo 1 a číslo 5.

V případě modelové situace číslo 1 se hypotéza potvrdila, celkem 58 % organizací může poskytnout krátkodobý dohled nad seniorem, ovšem za podmínky, že 29 % organizací může tuto službu poskytnout s výhradou. Výhradou je v tomto případě nemožnost poskytnout krátkodobý dohled nad seniorem ve večerních hodinách.

V případě modelové situace číslo 5 se hypotéza nepotvrdila, krátkodobý dohled nad seniorem může v rozsahu 6 hodin poskytnout pouze 35 % organizací.

V hypotéze H 2 jsem předpokládala, že méně než 50 % organizací bude ochotno poskytnout služby dohledu seniorovi, který potřebuje trvale koncentrátor kyslíku. K této hypotéze se vztahuje modelová situace číslo 4.

Hypotéza H 2 se potvrdila, službu dohledu může poskytnout v tomto případě pouze 24 % organizací.

V hypotéze H 3 jsem předpokládala, že žádná z organizací nenabídne služby dohledu seniorovi trpícímu Alzheimerovou chorobou. K této hypotéze se vztahuje modelová situace číslo 2.

Hypotéza H 3 se nepotvrdila, služby dohledu by v tomto případě nabídlo 18 % organizací. Jedná se o 3 organizace, z nichž 2 jsou pobytového charakteru a jedna je služba osobní asistence. Vzhledem k tomu, že cena osobní asistence je 100 Kč za hodinu péče, nepovažuji částku 2 400 Kč za den péče jako reálnou z hlediska úhrady pro běžného klienta. V případě, že péče má trvat měsíc, předpokládám, že jedná se v praxi o nereálnou situaci. Prakticky tedy může pomoc nabídnout pouze 12 % organizací.

Hypotéza H 4 předpokládala, že méně než 50 % organizací bude ochotno poskytnout služby dohledu zcela imobilnímu seniorovi. K této hypotéze se vztahuje modelová situace číslo 3 a číslo 6.

Tato hypotéza se potvrdila, služby dohledu by v tomto případě nabídlo pouze 29 % organizací v domácnosti klienta a 24 % organizací v pobytovém zařízení.

ZÁVĚR

Stát se pečující osobou se může kdokoliv z nás v krátkém okamžiku. Je to povolání náročné, zahrnující celou škálu potřeb nemocného seniora. Pečující osoba se stará nejen o tělesné potřeby, postupně dochází k poznání, že pečovat znamená sdílet s nemocným i jeho náladu, bolest, radost, touhu, důvěru i obavy.

K tomu, aby pečující osoba mohla dál poskytovat péči v přirozeném prostředí nemocného seniora, je třeba nalézt odpovídající formy pomoci. Je třeba také myslet sám na sebe a naplňovat své oprávněné potřeby. Jednou z možností pomoci je poskytnutí dohledu nad nemocným seniorem v domácnosti, případně pro delší dobu odpočinku poskytnutí dohledu a péče v pobytových zařízeních. V případech dlouhodobě nemocných seniorů je jedním z kritérií soběstačnosti mobilita (zda dojde s dopomocí na WC). Toto kritérium převažuje u většiny poskytovatelů pobytových odlehčovacích služeb.

Empirickým šetřením jsem zjistila, že krátkodobý dohled nad nemocným seniorem v jeho domácnosti ve městě Brně vyžaduje terénní formu. Dohled formou návštěvy u seniora je ochotno 58 % organizací, avšak polovina z nich nemůže poskytnout dohled ve večerních hodinách. V případě setrvání v rozsahu do 6 hodin (například požadavek na 2 odpoledne v týdnu), je schopno poskytnout pomoc pouze 35 % organizací. Tuto nabídku služeb považují za nedostatečnou, zejména oblast večerní služby a služby dohledu pečovatelky u seniora, (v rozsahu alespoň 6 hodin). Vedoucí organizací uvádějí, že poskytují dohled většinou v rozsahu 2 až 3 hodin, což v praxi pečující osobě příliš neuleví.

V případě, kdy je nemocný senior limitován potřebou zajistit odbornou zdravotnickou péči (např. používá koncentrátor kyslíku), nalezne pomoc pouze u 24 % organizací. Tato situace je dána potřebou odborného zdravotnického personálu, v tomto případě zdravotní sestry přítomné trvale ve službě. V ostatních organizacích je přítomen přes noc pouze ošetřovatelský personál a ne zdravotní sestra, vedoucí těchto organizací mají obavu takového klienta přijmout. Tato situace poukazuje na personální zajištění služeb, kdy organizace očekávají klienty se sníženou soběstačností, ale nejsou schopny reagovat na specifika zdravotního stavu, vyžadující také odbornou zdravotní péči.

Ve velmi těžké situaci se ocitají osoby pečující o klienty s Alzheimerovou chorobou. Pomoc v oblasti dohledu na delší dobu jim nabídne pouze 12 % organizací. Převážná část zařízení poskytující dohled nad nemocným seniorem není schopna tyto klienty přijmout, neboť vyžadují režim zvláštního dohledu. Ve městě Brně neexistuje v současné době zařízení pobytové odlehčovací služby, které by se specializovalo na poskytnutí respitní péče těmto klientům. Zde se potvrzují také mé zkušenosti z poradny, kdy zástupci této skupiny pečujících osob bývají velmi často na pokraji sil a obtížně hledají pomoc v případě, kdy si chtějí odpočinout, jet na dovolenou či do lázní.

Náročnou situaci prožívají také pečující o imobilní klienty. Zde pomoc nabídne pouze 29 % organizací v případě dlouhodobějšího dohledu v domácnosti. V případě umístění imobilního klienta do pobytového zařízení nabídne možnost umístění pouze 24 % organizací.

V případě vzniku nepředvídatelné události (náhlá hospitalizace pečujícího v nemocnici, úmrtí pečující osoby apod.) fakticky nelze zajistit péči, čekací lhůty jsou dlouhé a organizace nemohou na vzniklou situaci pružně reagovat.

Závěrem mohu konstatovat, že dohled nad nemocným seniorem jako forma pomoci pečující osobě je oblastí, která má stále své rezervy v oblastech péče o imobilní klienty a klienty s nějakou formou demence. Jedná se také o formu večerního dohledu a dohledu o víkendech či svátcích.

Seznam použité literatury a pramenů

Literatura:

1. CIBULEC, J. Soužití tří generací. 1. vydání, Praha: Práce, 1980, 208 s.
2. DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vydání, Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
3. ERIKSON, ERIK H. Životní cyklus rozšířený a dokončený. 1. vydání, Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999, 127 s. ISBN 80-7106-291-X.
4. GALKO, M. , JANÍK, R. Adresář organizací působících v sociální oblasti ve městě Brně. vyd. Brno: Magistrát města Brna, 2009, 200 s.
5. HARTL, P. , HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. 1. vydání, Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1. vydání, Praha: Panorama, 1990, 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. 1.vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. ISBN -80-7013-363-5.
8. HOLMEROVÁ, I. Vybrané kapitoly z gerontologie. 2. vydání, Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003, 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
9. KOLEKTIV AUTORŮ, Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky. 1.vydání, Praha: Cesta domů, 2004, 101 s. ISBN 80-239-2832-5
10. KLEVETOVÁ, D. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vydání, Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
11. KOZÁKOVÁ, Z. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
12. MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby, legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
13. MATOUŠEK, O. Základy sociální práce. 2. vydání, Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
14. MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie.1. vydání, Brno: MSD, 2008, 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2.
15. NAKONEČNÝ, M. Psychologie osobnosti. 1. vydání, Praha: Academia, 1995, 336 s. ISBN 80-200-0525-0.

16. PACOVSKÝ, V. Geriatrická diagnostika. 1. vydání, Praha: Scientia medica, 1994, 150 s. ISBN 80-85526-8.
17. PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vydání, Praha: Avicenum, 1990, 136 s. ISBN 80-201-8076-8.
18. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. 1. vydání, Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
19. RABUŠIC, L. Česká společnost stárne. 1. vydání, Brno: Masarykova Univerzita FF, 1995, 192 s. ISBN 80-210-115-6.
20. SLÁMA, O., PLÁTOVÁ, L., DRBAL J., Dožít doma. 2. vydání, Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2009, 71 s.
21. STUART- HAMILTON, I. Psychologie stárnutí. 1. vydání, Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
22. TOŠNEROVÁ, T. Jak si vychutnat seniorská léta. 1. vydání, Brno: Computer Press, 2009, 239 s. ISBN 80-251-2104-7.
23. TOŠNEROVÁ, T. Příručka pečovatele. 3. vydání, Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 58 s. ISBN 80-238-8541-3.
24. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. 1. vydání, Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
25. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II., dospělost a stáří. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
26. WEBER, P. Minimum z klinické gerontologie. 1. vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
27. ZAVÁZALOVÁ, H. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

Zákony:

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

Word wide web:

www.hospicbrno.cz

www.kpss.brno.cz

www.cssp2.cz

www.genderonline.cz

www.vademecum-zdravi.cz

www.blog.aktualne.centrum.cz

www.ceses.cuni.cz

www.ivris.fss.muni.cz

www.pecujdoma.cz

www.nazaria.cz

www.zpravy.idnes.cz

www.slovník-cizich-slov.abz.cz

SEZNAM PŘÍLOH

1. Demografická očekávání stárnutí populace

Z hlediska demografie se stává stárnutí populace problémem nové doby. Rabušic nahlíží z demografického hlediska na stárnutí populace jako na proces, kdy se pozvolně mění věková struktura obyvatelstva určitého geografického celku tak, že dochází ke zvýšení podílu osob starších 60 nebo 65 let a zároveň se snižuje podíl osob mladších 15 let.

Počet obyvatel České republiky do roku 2065 vzroste na 10,67 milionu ze současných 10,47 milionu. Vyplývá to ze střední varianty projekce obyvatelstva ČR, kterou představil Český statistický úřad. Podle projekce by měl počet obyvatel ČR růst od současnosti až do roku 2030, kdy dosáhne nejvyšší úrovně 10,91 milionu, poté začne zvolna klesat. Projekce také předpokládá stárnutí obyvatelstva, průměrný věk se zvýší na 49 let ze současných 40,5 roku. Bude zvolna klesat podíl osob v produktivním věku od 15 do 64 let a mírně poklesne i podíl dětí do 14 let. Naopak poroste podíl lidí starších 65 let a v roce 2065 dosáhne 32 procent populace proti současným 15 procentům. Nejrychleji bude přibývat osob ve velmi vysokém věku. Počet lidí nad 85 let se do roku 2065 zvýší proti současnosti 7,5krát, ještě výrazněji naroste počet osob starších 100 let. Zatímco v současnosti jich je přes 600, v roce 2065 by jejich počet měl přesáhnout 14 000.

Předpokládaný průběh stárnutí jedince a pravděpodobná doba úmrtí se liší ve vztahu k pohlaví. V České republice je střední délka života u mužů 69 let a u žen 77 let. To značí, že již na počátku stáří může být významným způsobem zhoršen zdravotní stav mnoha lidí a někteří z nich v té době umírají. K nejčastějším příčinám úmrtí lidí starších 65 let patří kardiovaskulární choroby, cerebrovaskulární a nádorová onemocnění. Ženy se v průměru dožívají vyššího věku, než muži. Riziko, že kvalita jejich života nebude v době pozdního stáří příliš vysoká je značné (staré ženy žijí delší dobu jako vdovy, jejich zdravotní stav je často špatný, bezmocné a závislé, trpí samotou a sociální izolací).

2. Příloha

Návrh dotazníku pro vedoucí zařízení poskytující dočasný dohled nad seniorem :

Dobrý den, jmenuji se Petra Stávková, jsem studentkou 3. ročníku bakalářské studia sociální práce, na Univerzitě Palackého v Olomouci. Pracuji jako sociální pracovnice Hospice sv. Alžběty v Brně a zajímá mě problematika pečujících osob. V současné době zpracovávám Bakalářskou práci na téma: Síť terénních služeb poskytujících dohled nad nemocným seniorem ve městě Brně.

Praktickým výstupem této práce se mohou stát získané informace v oblasti dočasného dohledu nad nemocným seniorem ve městě Brně, které mohou pomoci dalším pečujícím osobám při hledání pomoci. Ráda bych Vás, profesionály požádala o zodpovězení následujících otázek, které jsou uvedeny pod modelovými situacemi.

Pokyny k vyplnění dotazníku: V případě odpovědi Ano - Ne označte prosím odpověď kroužkem. V případě doplnění....., uveďte prosím údaje odpovídající situaci ve Vašem zařízení. V případě výběru z více možností označte prosím křížkem uvedenou možnost.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. modelová situace:

71letý muž, osaměle žijící, s onkologickým onemocněním žaludku, potřebuje zajistit dohled (zkontrolovat) 3 x denně (ráno, v poledne, večer).

- a) Může se stát Vaším klientem? ANO – NE
- b) Jaká je cena vaší služby na 1 hodinu?
- c) Na jak dlouho mu můžete Vaše služby nabídnout v požadované frekvenci dohledu?
- do 1 hodiny
 - do 6 hodin
 - do 24 hodin
 - na jeden týden
 - na jeden měsíc
 - déle než jeden měsíc
 - časově neomezenou dobu
 - jiné časové rozmezí.....
 - pouze v pracovních dnech
 - víkendech
 - v období svátků
- d) Co v rámci svých služeb mu můžete nabídnout?
- dohled
 - ošetrovatelskou péči
 - pomoc s hygienou
 - zajištění stravy
 - aktivizaci
 - rehabilitaci
- e) Jsou vaše služby k dispozici v okamžitě?
ANO - NE
- f) Pokud je třeba čekat, jaká je obvyklá čekací lhůta?
.....

2. modelová situace:

86letá žena, doposud v péči své dcery, s diagnózou Alzheimerovy choroby, dezorientovaná, občas verbálně agresivní, neklidná, chodící, potřebuje dohled 24 hodin denně po dobu, kdy bude dcera podstupovat lázeňskou péči.

- a) Může se stát Vaším klientem? ANO – NE
- b) Jaká je cena vaší služby na 1 hodinu?
- c) Na jak dlouho mu můžete Vaše služby nabídnout?
- do 1 hodiny
 - do 6 hodin
 - do 24 hodin
 - na jeden týden
 - na jeden měsíc
 - déle než jeden měsíc
 - časově neomezenou dobu
 - jiné časové rozmezí.....
 - pouze v pracovních dnech
 - víkendech
 - v období svátků
- d) Co v rámci svých služeb mu můžete nabídnout?
- dohled
 - ošetrovatelskou péči
 - pomoc s hygienou
 - zajištění stravy
 - aktivizaci
 - rehabilitaci
- e) Jsou vaše služby k dispozici v okamžité?
- ANO – NE
- f) Pokud je třeba čekat, jaká je obvyklá čekací lhůta?
-

3. modelová situace:

78letá žena, v péči své dcery, po cévní mozkové příhodě, zcela imobilní, inkontinentní, s poruchou řeči, potřebuje zajistit dohled 9 hod. denně po dobu, kdy je dcera v zaměstnání.

- a) Může se stát Vaším klientem? ANO – NE
- b) Jaká je cena vaší služby na 1 hodinu?
- c) Na jak dlouho mu můžete Vaše služby nabídnout?

- do 1 hodiny
- do 6 hodin
- do 24 hodin
- na jeden týden
- na jeden měsíc
- déle než jeden měsíc
- časově neomezenou dobu
- jiné časové rozmezí.....
- pouze v pracovních dnech
- víkendech
- v období svátků

- d) Co v rámci svých služeb mu můžete nabídnout?

- dohled
- ošetrovatelskou péči
- pomoc s hygienou
- zajištění stravy
- aktivizaci
- rehabilitaci

- e) Jsou vaše služby k dispozici v okamžitě?

ANO – NE

- f) Pokud je třeba čekat, jaká je obvyklá čekací lhůta?

.....

4. modelová situace:

80letá žena, žijící s manželem, částečně mobilní, s diagnózou Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), potřebující trvale kyslíkový přístroj, potřebuje zajistit službu dohledu na 1 měsíc po dobu nezbytného lékařského zákroku, kterému se musí podrobit pečující manžel.

- a) Může se stát Vaším klientem? ANO – NE
- b) Jaká je cena vaší služby na 1 hodinu?
- c) Na jak dlouho mu můžete Vaše služby nabídnout?
- do 1 hodiny
 - do 6 hodin
 - do 24 hodin
 - na jeden týden
 - na jeden měsíc
 - déle než jeden měsíc
 - časově neomezenou dobu
 - jiné časové rozmezí.....
 - pouze v pracovních dnech
 - víkendech
 - v období svátků
- d) Co v rámci svých služeb mu můžete nabídnout?
- dohled
 - ošetrovatelskou péči
 - pomoc s hygienou
 - zajištění stravy
 - aktivizaci
 - rehabilitaci
- e) Jsou vaše služby k dispozici v okamžité?
- ANO – NE
- f) Pokud je třeba čekat , jaká je obvyklá čekací lhůta?
-

5. modelová situace:

75letá žena, bezdětná vdova, s onkologickým onemocněním tlustého střeva, v preterminálním stadiu onemocnění, ležící, v péči své sestry, přeje si dožít doma, potřebuje zajistit dohled v domácnosti 2x týdně na 6 hodin, kdy pečující sestra potřebuje nutný odpočinek k načerpání sil.

- a) Může se stát Vaším klientem? ANO – NE
- b) Jaká je cena vaší služby na 1 hodinu?
- c) Na jak dlouho mu můžete Vaše služby nabídnout?
- do 1 hodiny
 - do 6 hodin
 - do 24 hodin
 - na jeden týden
 - na jeden měsíc
 - déle než jeden měsíc
 - časově neomezenou dobu
 - jiné časové rozmezí.....
 - pouze v pracovních dnech
 - víkendech
 - v období svátků
 -
- d) Co v rámci svých služeb mu můžete nabídnout?
- dohled
 - ošetrovatelskou péči
 - pomoc s hygienou
 - zajištění stravy
 - aktivizaci
 - rehabilitaci
- e) Jsou vaše služby k dispozici v okamžitě?
ANO – NE

f) Pokud je třeba čekat , jaká je obvyklá čekací lhůta?

.....

6. modelová situace:

73letá žena trvale upoutaná na lůžko v důsledku zlomeniny krčku kosti stehenní, po CMP s levostrannou hemiparézou a dekubitem v sakrální oblasti, je v péči své dcery, ta hledá pomoc alespoň na 1 měsíc, chce jet na dovolenou.

- a) Může se stát Vaším klientem? ANO – NE
- b) Jaká je cena vaší služby na 1 hodinu?
- c) Na jak dlouho mu můžete Vaše služby nabídnout?
- do 1 hodiny
 - do 6 hodin
 - do 24 hodin
 - na jeden týden
 - na jeden měsíc
 - déle než jeden měsíc
 - časově neomezenou dobu
 - jiné časové rozmezí.....
 - pouze v pracovních dnech
 - víkendech
 - v období svátků
- d) Co v rámci svých služeb mu můžete nabídnout?
- dohled
 - ošetrovatelskou péči
 - pomoc s hygienou
 - zajištění stravy
 - aktivizaci
 - rehabilitaci

e) Jsou vaše služby k dispozici v okamžitě?

ANO – NE

f) Pokud je třeba čekat, jaká je obvyklá čekací lhůta?

.....

Seznam grafů

Graf č.1: 1. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče	44
Graf č.2: 1. modelová situace – možnosti doby dohledu v hodinách	45
Graf č.3: 1. modelová situace – možnosti doby dohledu o víkendech a v pracovních dnech	45
Graf č.4: 1. modelová situace – komplexnost služeb	46
Graf č.5: 2. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče	47
Graf č.6: 3. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče	48
Graf č.7: 4. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče	49
Graf č.8: 5. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče	50
Graf č.9: 6. modelová situace – možnosti přijetí klienta do péče	51

