

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Radka Gallusová

*Spolupráce osobního asistenta s rodinou
seniora závislého na péči jiné osoby*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 12. 4. 2016

Bc. Radka Gallusová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a mnoho cenných rad a podnětů. Děkuji všem účastníkům výzkumu za projevení důvěry a poskytnutí informací. V neposlední řadě děkuji své rodině za projevenou podporu v průběhu psaní této práce i celého studia.

OBSAH

ÚVOD	7
1 Osobní asistence	9
1.1 Historie osobní asistence	9
1.2 Institut osobní asistence a jeho legislativní ukotvení a financování	10
1.3 Osobní asistent z hlediska kvalifikace a dalších předpokladů	14
1.4 Klient osobní asistence	16
2 Stárnutí v seniorském věku a péče o seniory	18
2.1 Stáří a stárnutí	18
2.2 Životní potřeby seniorů	22
2.3 Specifika péče o seniory	24
2.4 Historie péče o seniory	26
2.5 Postavení seniora v rodině a bytové podmínky	27
3 Závislost na péči jiné osoby v kontextu stáří a stárnutí	30
3.1 Závislost seniora na péči	30
3.2 Posuzování soběstačnosti	30
3.3 Nesoběstačný senior	32
3.4 Aktivity seniorů	33
3.5 Způsobilost seniorů v právních vztazích	34
4 Péče o závislého seniora v domácím prostředí	36
4.1 Spolupráce osobního asistenta s rodinou	37
4.2 Domácí péče poskytována rodinným příslušníkem	38
4.3 Překážky v péči o seniory	39
5 Metodologie výzkumu a jeho etické souvislosti	41
5.1 Etické souvislosti výzkumu	41
5.2 Výzkumná otázka a cíle výzkumu	42

5.3	Metody a techniky sběru dat.....	42
5.4	Výzkumný soubor.....	45
5.5	Průběh a realizace výzkumu.....	45
5.6	Metody zpracování dat.....	47
5.7	Profily komunikačních partnerek, seniorů a jejich rodin.....	47
5.8	Rozhovory s následnou analýzou inspirovanou postupy metody zakotvené teorie.....	51
5.9	Selektivní kódování: závěrečná fáze zakotvené teorie.....	59
6	Výsledky výzkumu.....	60
6.1	Spolupráce osobní asistentky, rodiny a seniora.....	60
6.2	Pomoc a poskytovaná péče.....	62
6.3	Komunikace a problémové oblasti.....	64
6.4	Vztahy v rodině z pohledu osobní asistentky.....	65
6.5	Soběstačnost.....	69
	ZÁVĚR.....	71
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	76
	SEZNAM TABULEK.....	76
	SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	77

ÚVOD

Každý člověk si je vědom, že jednou zestárne a bude potřebovat, aby se o něj někdo postaral. Stáří je provázeno změnami, které ovlivňuje zhoršování zdravotního stavu, ubývání sil a postupná ztráta schopností. V současné době se dostává do popředí zachovávání potřeb nezávislosti, autonomie, schopnost a snaha mobilizovat své vlastní síly v zájmu jejich zachování, samostatně rozhodovat i přes to, že společnost o těchto potřebách moc nemluví.

Je třeba zpřístupnit veřejnosti více informací o celém spektru typů sociálních služeb se zaměřením především na ty, které jsou poskytovány v domácnosti seniorů. Svou roli v této oblasti hraje postupné prodlužování délky života, se kterou se postupně zvyšuje i poptávka po sociálních službách poskytovaných v domácnosti seniorů. Bez těchto služeb by nemohla většina seniorů zůstat ve svém domácím přirozeném prostředí a musela by prožít své stáří v některé z institucí pobytového typu.

Všeobecným trendem dnešní společnosti je postupné odklánění se od institucionální péče (s výjimkou osob vyžadujících celodenní nepřetržitou péči) a nahrazování této péče individuálně přizpůsobenými službami, poskytovanými v domácnosti klientů, mezi které řadíme také službu osobní asistence. Význam domácí péče stále narůstá, zdokonaluje se, a věřím, že s postupujícím časem se bude navyšovat i „zdravá“ konkurence těchto sociálních služeb, která bude přispívat k ještě větší kvalitě poskytovaných sociálních služeb.

Ke zvolení tématu „Spolupráce osobního asistenta s rodinou seniora závislého na péči jiné osoby“ mě inspirovala má předchozí práce ve službě osobní asistence. Během praxe jsem reflektovala, že spolupráce rodinných příslušníků seniora s osobním asistentem může významně ovlivnit jednak průběh poskytování služby osobní asistence, celkově pak také život seniora. V mé práci jsem se zaměřila na zkoumání aspektu vlivu zmíněné spolupráce na konkrétní službu poskytovanou osobním asistentem. Spolupráci osobního asistenta s příbuznými seniora, jemuž je poskytována služba, považuji za stěžejní pro to, aby byla péče poskytována efektivně, podle individuálních potřeb seniora. V praxi jsem se setkala s různými přístupy příbuzných ke spolupráci s osobní asistentkou a k péči o jejich rodinné příslušníky. Tato skutečnost mě vedla k položení si otázky, jak ovlivňuje podobu služby osobní asistence spolupráce osobního asistenta s rodinou seniora závislého na péči jiné osoby z pohledu osobního asistenta.

Hlavním cílem mé diplomové práce je z pohledu osobních asistentů popsat problematiku služeb osobní asistence poskytovaných seniorům závislým na péči jiné osoby a zabývat se tím, jak ovlivňuje spolupráce rodinných příslušníků podobu poskytované služby – osobní asistence.

Hlavní metodou k naplnění tohoto cíle je kvalitativní výzkum formou rozhovorů s osobními asistenty (v této práci asistentkami).

Pro výzkum bylo nejprve třeba připravit konceptuální rámec. Ten tvoří čtyři kapitoly, z nichž první kapitola představuje službu osobní asistence z pohledu její historie, rozdělení, legislativního ukotvení, financování a pozice v systému sociálních služeb. Dále se věnuje tématu osobního asistenta, jeho kvalifikačních požadavků až po vymezení jednotlivých typů osobních asistentů, klientů a zamýšlí se nad rolí klienta a pracovníka v osobní asistenci. Druhá kapitola vymezuje pojmy stáří a stárnutí v kontextu projevů změn ve stárnutí a stáří. Popisuje zdravotní problémy a změny v průběhu stárnutí seniorů související s jejich životními potřebami a specifiky péče. Závěr druhé kapitoly se věnuje historii a postavení seniora v současné rodině, které je vysvětleno proměnou vztahu dětí k rodičům. Třetí kapitola se zaměřuje na závislost seniora na péči, posuzuje jeho míru závislosti a vysvětluje pojem „nesoběstačnost seniora“. Hovoří o vhodných aktivitách pro seniory a poukazuje na problém způsobilosti seniora v právních vztazích. Poslední čtvrtá kapitola se věnuje péči o závislého seniora v domácím prostředí jeho rodinou, spolupráci rodiny s osobním asistentem při poskytování péče a překážky, které mohou v souvislosti s péčí o seniora nastat.

Stěžejní část diplomové práce je věnována výzkumu, jehož cílem je prostřednictvím kvalitativních rozhovorů zjistit charakter spolupráce rodinných příslušníků při poskytování péče svému nesoběstačnému seniorovi ve spolupráci se službou osobní asistence z pohledu osobních asistentů, kteří poskytují seniorovi péči v určitém časovém úseku dne – ne však celý den. Dále je cílem zhodnotit postoj samotných rodinných příslušníků k péči o seniora z pohledu osobního asistenta, protože přirozeným přáním takřka každého člověka je víra, že až bude starý, tak bude moci prožít své stáří doma v přítomnosti svých blízkých osob a přátel a nebude nikomu svou přítomností na obtíž. Nejdůležitější jsou pro něj lidé, kteří ho mají rádi, ukazují mu svou náklonnost, protože si mnohem více, než my, uvědomují, že *„životu dávají smysl velké okamžiky, které prožíváme. Když prožijeme takový velký okamžik třeba na konci svého života, může to zpětně dát smysl celému našemu životu.“* V. E. Frankl.

1 Osobní asistence

V rámci procesu transformace dochází k odklonu od poskytování dlouhodobé péče v institucích a směřuje k individuálnímu poskytování sociálních služeb dle individuálních potřeb osob na základně nezávislosti. Zde hraje významnou roli jedna z takto poskytovaných služeb - osobní asistence.

Osobní asistence pomáhá seniorům či osobám se zdravotním postižením žít životem, který se co nejvíce blíží běžnému životu, tzn. zůstat doma ve svém přirozeném sociálním prostředí, v rodině a snaží se minimalizovat jejich závislost na institucionálních službách.

Dobře organizována a pravidelná pomoc starým lidem v jejich každodenních potřebách v jejich bytech výrazně snižuje potřebu velkých institucionálních zařízení (Wolf, 1981, s. 275). *„Nezbytnou podmínkou výkonu této služby je úcta k důstojnosti, životnímu stylu a k naplnění smyslu života klienta.“* (Matoušek, 2013, s. 119).

1.1 Historie osobní asistence

Osobní asistence je služba novodobá, která vznikla v 60. letech minulého století v USA. Za počátek osobní asistence v ČR je považován listopad roku 1989 (Morávková, 2010, s. 6). Prvními realizátory této služby v ČR byla Pražská organizace vozíčkářů, která začala poskytovat osobní asistenci od roku 1991 (Pražská organizace vozíčkářů, online, cit. 2015-11-11). Postupně přibývali zájemci o službu osobní asistence, ale bylo velmi těžké obstarat finanční prostředky. Po roce 1989 se začal postupně zvyšovat počet poskytovatelů této služby. Až do roku 2007 nebyla osobní asistence upravena v zákoně. Upřednostňovala se „ústavní péče“ a rodiny, které se rozhodly pečovat o člena rodiny doma, byly velmi málo finančně podporovány. Organizace měly stále problém s financováním poskytovaných služeb. V ČR bylo velmi těžké osobní asistenci prosadit (Morávková, 2010, s. 6-7). Změnou sociálního systému bylo přijetí zákona o sociálních službách v roce 2006, dle kterého musí být poskytnutá pomoc poskytována jen v takové míře, aby motivovala příjemce služby a nevytvářela jeho závislost na sociální službě, tzn. podporovala jejich samostatnost.

1.2 Institut osobní asistence a jeho legislativní ukotvení a financování

Hrdá ve své příručce postupů a rad pro osobní asistenty (nedatováno) uvádí definici osobní asistence takto: „*Cílem poskytovaných služeb je pomoc člověku, který k životu pomoc druhé osoby potřebuje, zvládá prostřednictvím osobního asistenta ty úkoly, které by dělal sám, kdyby neměl postižení.*“

Uzlová (2010, s. 23) hovoří o osobní asistenci jako o komplexu služeb, které mají pomáhat člověku se zdravotním postižením zvládat s podporou osobního asistenta všechny úkoly, které by bez svých zdravotních omezení zvládal. Úkolem osobní asistence je klientovi zabezpečit základní životní potřeby biologické i společenské.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 39 definuje osobní asistenci takto: „*Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob při činnostech, které osoba potřebuje.*“

1.2.1 Rozdělení osobní asistence

Osobní asistenci můžeme rozdělit na asistenci pro osoby se zdravotním postižením a osobní asistenci pro seniory. U seniorů se jedná o osobní asistenci osobní, která jim pomáhá při překonávání jejich nepříznivé sociální situace, způsobené změnou zdravotního stavu nebo vysokým věkem. S pomocí osobní asistence tak snadněji překonávají svou nepříznivou sociální situaci a vyrovnávají svůj sociální handicap, tj. oddělení od společnosti. Podpora a pomoc je jim poskytována v jejich přirozeném prostředí dle jejich přání. Pomáhá jim k soběstačnosti a k plnohodnotnému zapojování se do běžného života tak, aby i přes své zdravotní postižení člověk žil životem odpovídajícím jeho věku, pohlaví a společenskému postavení.

Uzlová (2010, s. 22) uvádí dva základní typy: osobní asistenci osobní a pedagogickou. Z pohledu participace seniorů či osob se zdravotním postižením na rozhodování o službě uvádí Hrdá (nedatováno) jako první typ sebeurčující osobní asistenci, která nevyžaduje, aby asistent absolvoval nějaké odborné školení asistentů. Klient musí být sám schopen se na asistenci podílet, a tím si také vyškolit svého osobního asistenta a vést jeho práci. Pokud tuto podmínku klient nesplňuje, musí využít druhého typu osobní asistence – tedy řízené formy osobní asistence, která je určena osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje specializovanou pomoc odborného personálu. Tyto asistenti musí projít odbornou přípravou pro osobní asistenty, klient neorganizuje jejich práci, protože

s ohledem na jeho zdravotní stav toho není schopen nebo to není možné. U této formy je nezbytné, aby činnost asistentů byla řízena a koordinována poskytovatelem sociální služby.

1.2.2 Služba osobní asistence v kontextu systému sociálních služeb

V ČR je řada sociálních služeb vhodných pro seniory. Vycházejí ze Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o služby sociálního poradenství, služby sociální prevence, služby sociální péče a služby poskytované ve zdravotnických zařízeních (Matoušek, 2007, s. 89-92).

Sociální poradenství poskytuje osobám důležité informace, které jim mají pomoci řešit jejich nepříznivou sociální situaci a zahrnuje poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace (Matoušek, 2007, s. 43). Řadíme zde poradenské služby pro seniory a jejich rodiny.

Služby sociální prevence mají za úkol předcházet sociálnímu vyloučení osob ohrožených sociálně negativními jevy, napomáhat jim k překonávání jejich nepříznivé sociální situace a chránit tak společnost před nežádoucími společenskými jevy. V tom nám pomáhají služby telefonické krizové pomoci, tlumočnické služby, krizové pomoci, intervenčních center a sociálně aktivizačních služeb (Matoušek, 2007, s. 44).

Služby sociální péče jsou služby pomáhající člověku zajišťovat fyzickou i psychickou soběstačnost. Jejich cílem je umožnit člověku se zapojit v co nejvyšší míře do běžného života. V případě, kdy to vylučuje jeho zdravotní stav, tak mu pomáhat zajistit důstojné prostředí a zacházení. Mezi tyto služby patří: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služba, centra denních služeb, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální služby ve zdravotnických zařízeních (Matoušek, 2007, s. 43).

Osobní asistence je jednou z těchto služeb. Jedná se o terénní službu, která spadá mezi služby sociální péče. Je jednou ze služeb zabezpečujících nesoběstačného člověka v domácím prostředí, vedle služeb domácí péče, pečovatelské služby a tísňové péče (Kalvach, 2012, s. 184). Podporuje nezávislost, kvalitu života osob s cílem zachování integrity člověka při snížené soběstačnosti či nesoběstačnosti (Matoušek, 2013, s. 119). Pro své poslání podporovat a provázet seniora v jeho přirozeném prostředí a je v dnešní době velmi žádaná a progresivní.

Péči o seniory poskytují také zdravotnická zařízení, mezi která řadíme nemocnice, hospice, léčebny dlouhodobě nemocných a agentury domácí péče. Internetové stránky (Sociální dávky 2014, online, cit. 2015-11-17) vymezují sociální dávky v souladu

s českým sociálním systémem a se zákonem, na které by mohl mít starobní důchodce nárok. Tyto dávky jsou 4. Jedná se o příspěvek na bydlení, příspěvek na péči, příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení. Kromě těchto dávek pak může starobnímu důchodci vzniknout nárok i na další dávky např. příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz pro osoby se zdravotním postižením, dávky mimořádné okamžité pomoci, aj. Nárok na dávky se posuzuje s ohledem na konkrétní zdravotní stav osoby a celkovou sociální situaci dané osoby.

1.2.3 Legislativní ukotvení osobní asistence

V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou uvedena pravidla pro poskytování sociálních služeb, která musí všichni poskytovatelé sociálních služeb dodržovat. Patří zde zachování důstojnosti a lidských práv všech klientů. Individuální přístup ke každému z klientů dle jeho osobních potřeb a cílů, které jsou také uvedeny v individuálním plánu klienta. Ze Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vyplývá povinnost (§ 88 písm. f): *„Plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců.“*

Poskytování služby osobní asistence je založeno na smluvním principu poskytovatele a klienta, ze kterého vycházejí také práva a povinnosti, které mají k sobě obě strany navzájem.

V Příloze č. 2 Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, je ve standardu č. 1 krit. a) uvedeno, že: *„Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje.“*

Individuální potřeby osob jsou určovány dle činností popsanych v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytované v rámci osobní asistence poskytované v přirozeném sociálním prostředí formou pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieny, zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti. Dále služba zahrnuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se

společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Osobní asistence řeší sociální handicap a sociální začlenění osob částečnou dopomocí nebo vykonáním činností za klienta z důvodu snížené soběstačnosti či nesoběstačnosti. Osoba vyžadující celodenní péči není cílovou skupinou této služby, a to především v případech, kdy rodina klienta není schopna či ochotna spolupráce. Služba není sama schopna zajistit celodenní péči o člověka v dostatečné a požadované kvalitě (Heuke, 2014, s. 47). Nenahrazuje také veřejně dostupné služby (např. vymalování bytu, úklid po vymalování, odklizení sněhu a jiné náročné práce) ani ošetrovatelskou péči. Ta musí být zajištěna jinými odborně připravenými osobami a nespadá mezi činnosti poskytované osobním asistentem.

1.2.4 Financování osobní asistence

Financování služeb, které zřizují obce, kraje a nebo MPSV, je buď plně anebo zčásti kryto z jejich rozpočtu. Pokud je zřizovatelem a poskytovatelem nestátní nezisková organizace, tak může, ale nemusí dostávat dotace z veřejných rozpočtů, tj. z rozpočtů obcí, krajů a ministerstev, protože na ně nemají právní nárok (Matoušek, 2007, s. 12).

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách stanovuje služby poskytované bez úhrady a služby poskytované za úhradu např. osobní asistence a upravuje financování sociálních služeb a hovoří jako o nejdůležitějším příjmu formou dotací ze státního rozpočtu. Tato forma financování je však podmíněna registrací sociální služby v registru poskytovatelů sociálních služeb. Dotace se poskytují z rozpočtu kraje a musí o ně poskytovatel požádat. Dalším zdrojem financování jsou platby klientů, kteří pobírají příspěvek na péči a mohou tímto způsobem pokrýt větší část nákladu za poskytovanou službu (Matoušek, 2007, s. 48-49).

V praxi poskytují osobní asistenci nejčastěji některé z nestátních neziskových organizací. Klienti se dle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách se podílejí na financování osobní asistence dle sazebníku poskytovatele. Zákon stanoví maximální hodinovou výši úhrady za poskytování služby ve výši 120 Kč, přičemž klient platí jen skutečný čas, který je mu v rámci osobní asistence poskytnut. Při neodebrání celé hodiny se počítá jen poměrná část z hodinové ceny asistence.

1.3 Osobní asistent z hlediska kvalifikace a dalších předpokladů

Osobní asistent je člověk, který klientovi zajišťuje jeho potřeby, pomáhá mu zvládat běžné činnosti každodenního života a zprostředkovává mu kontakt s okolím. Rozsah péče se řídí potřebami klienta, popř. také jeho rodiny (Uzlová, 2010, s. 29). Klienti osobní asistence, tak jako ostatní lidé jsou bráni jako „odborníci“ na svůj život a své potřeby a je nezbytné, aby o něm také rozhodovali. Osobní asistent jim pomáhá, v čem potřebují, ale přesto, že má vzdělání není odborníkem na to, jak má klient osobní asistence žít (Hrdá, nedatováno). Dobře proškolený osobní asistent si všímá projevů nemocí svých klientů, umí přizpůsobovat své pracovní postupy a komunikaci klientovi. Nebere si klientovo chování, způsobené nemocí osobně a umí o projevech a průběhu nemoci informovat rodinné příslušníky, protože rodinní příslušníci jsou součástí procesu poskytované služby doma (Eklerová, 2011, s. 17-18).

Osobní asistent je v užším slova smyslu zaměstnanec poskytovatele sociálních služeb, který je registrován pro poskytování sociální služby osobní asistence dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V širším slova smyslu se jedná o fyzickou osobu, která poskytuje klientovi péči v jeho přirozeném prostředí buď dobrovolně anebo za finanční odměnu (Uzlová, 2010 s. 29).

1.3.1 Kvalifikační požadavky pro výkon práce osobního asistenta

Obecně můžeme říci, jak uvádí Uzlová (2010, s. 29-30), že osobním asistentem se může stát každý, kdo se pro tuto práci rozhodl a kdo splňuje nároky a požadavky konkrétního klienta nebo poskytovatele sociálních služeb. Požadavky na odbornost se liší v závislosti na druhu poskytované osobní asistence, na míře a typu zdravotního postižení klienta, věku osoby. Obecnými předpoklady, které vychází ze Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou bezúhonnost (§ 79), zdravotní způsobilost (§ 110) a způsobilost k právním úkonům (§ 110). Zákonem požadované vzdělání (odbornou způsobilost) musí splňovat také osobní asistenti, které zaměstnává poskytovatel sociálních služeb. Poskytovatel se musí řídit podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v § 116 odst. 5 písm. c) uvádí, že odbornou způsobilostí pro výkon osobní asistence je „základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání výučním listem, střední vzdělání s maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu.“ Akreditované vzdělávací kurzy pro osobní asistenty nabízí celá řada organizací. Nejčastěji se jedná o nestátní neziskové organizace, dále o vzdělávací agentury, školská zařízení (Uzlová, 2010, s. 30).

1.3.2 Osobnostní předpoklady pro práci osobního asistenta

Pro práci osobního asistenta je důležitá řada kladných vlastností, mezi které můžeme zařadit empatii, trpělivost, vstřícnost, obětavost, laskavost, toleranci, ale také důslednost, spolehlivost, odpovědnost, flexibilitu, kreativitu, dobré komunikační schopnosti a také chuť poznávat a učit se nové věci.

Práce osobního asistenta není jednoduchá jak po fyzické, tak také po psychické stránce a nemůže ji dělat každý člověk. Hrdá (nedatováno) uvádí, že osobní asistent by měl mít takovou tělesnou stavbu, která bude odpovídat požadovanému klientovi. Po psychické stránce by měl být vyrovnanou osobností s pozitivním přístupem k lidem, aby viděl v poskytování této služby smysl, byl pro ni motivován a měl velkou touhu pomáhat. Pro správné poskytování sociální služby pomáhá osobním asistentům při práci Etický kodex osobního asistenta (Uzlová, 2010, s. 31).

1.3.3 Typy osobních asistentů dle jejich motivace

Osobní asistenty lze klasifikovat dle jejich motivace (Hrdá, nedatováno):

- Prvním typem osobního asistenta je **pečovatelský typ**. Tento osobní asistent jedná s klientem jako s nemohoucím člověkem, který o sobě již není schopen rozhodovat. Ve všem mu radí tak, aby to bylo dle její úvahy nejlepší (co má jíst, co má dělat, s kým se má bavit apod.). Zastupuje klienta a pomáhá mu i ve věcech, ve kterých klient jeho pomoc nepotřebuje a umí je zvládnout sám. To má negativní vliv nejen na jeho psychiku, že nic nezvládne bez pomoci, ale také na udržování jeho soběstačnosti.
- Následuje **ochranitelský** typ osobního asistenta, který se snaží ochránit klienta od všeho a izolovat ho před vším zlem vnějšího světa.
- Další typ představují starší osobní asistenti, kteří už někdy vykonávali pedagogickou práci s dětmi a nedokáží se přeorientovat na dospělé lidi. U těchto pracovníků se pak stává, že neumí jednat s dospělými lidmi a ptají se jich na nevhodné věci, které mohou mít negativní vliv na jeho psychiku. Jedná se o asistenty **postižené svou profesí, neschopné se přeorientovat na jinou skupinu obyvatelstva**.
- Osobní asistent může být také **typem řešícím si své osobní neúspěchy a nízké sebevědomí**, což se odráží v chování ke klientům. Tímto chováním klientům neulehčují jejich situaci, ale ještě více ubližují.
- Asistent, který si hledá mezi klienty někoho, s kým by byl v partnerském vztahu je **typem hledajícím mezi klienty svého partnera**. Ale toto rozhodnutí by mělo být jen

dočasné nebo povrchní, protože si klient může na asistenta až moc navykнуть a začne s ním počítat pro svůj život. Návyk na asistenta může přejít v závislost na něm a při pozdější změně asistenta mohou vzniknout i těžká traumata.

- Posledním typem je asistent **typu hledajícího sebeuplatnění**. Je kombinací několika typů dohromady - typu ochranného, pečovatelského, a typu řešícího své osobní neúspěchy a nízké sebevědomí.

1.4 Klient osobní asistence

Hrdá (nedatováno) ve své příručce postupů a rad pro osobní asistentky uvádí: „*Klientem osobní asistence se může stát člověk, který nezbytně potřebuje ke svému životu druhé osoby.*“ Bez poskytování pomoci či dohledu by nedokázal přežít.

Osobní asistence poskytuje dle soběstačnosti klienta uspokojování 3 typů potřeb. Základním typem jsou limitní potřeby, bez jejichž uspokojení by byl člověk ohrožen na životě (pomoc s oblékáním, stravováním, vykonáním fyziologické potřeby, polohováním atp.). V případě neupokojování podlimitních potřeb se během několika dní snížila kvalita života člověka a může být ohroženo i jeho zdraví (úklid, nákup, praní, docházka do zaměstnání, školy apod.). Bez dlouhodobého uspokojování společenských potřeb postupně klesá kvalita života člověka pod obvyklou hranici společnosti (kultura, volnočasové aktivity aj.) (Hrdá, nedatováno). Klient si v průběhu asistence po domluvě s osobním asistentem sám vybírá činnosti a úkoly, které bude dělat, jak činnosti budou vypadat a ke kterým potřebuje osobního asistenta.

Hrdá (nedatováno) uvádí ve své knize typy klientů, pro které je využívání služby osobní asistence vhodné:

- Jedná se o klienty s **tělesným znevýhodněním**, které můžeme rozdělit do 3 základních skupin. Jedná se o postižení vrozené, získané anebo způsobené degenerativní nemocí. Klienti jednotlivého druhu postižení se od sebe liší znaky, které jsou pro ně charakteristické. Jednou z oblastí, se kterou potřebují většinou v rámci osobní asistence nejvíce pomoci, je sebeobsluha.
- Dále to mohou být klienti se **smyslovým znevýhodněním** (neslyšící, nevidomí, hluchoslepí), kteří se liší od lidí s tělesným znevýhodněním především tím, že v oblasti sebeobsluhy většinou nepotřebují takovou podporu. Častěji se pomocí osobní asistence snaží uspokojovat svou potřebu styku se společenským prostředím.

- Klienti s **mentálním a psychickým znevýhodněním**. Ti jsou dnešní společností nejméně přijímanou skupinou osob s postižením. Osobní asistence jim pomáhá v začleňování do společnosti u osob s mentálním postižením či kombinovaným postižením a psychickým postižením.
- Poslední skupinu tvoří osoby s **dalším znevýhodněním**, kde řadíme děti s postižením a staré lidi.

2 Stárnutí v seniorském věku a péče o seniory

Z výzkumů vyplývá, že seniorem se dle české populace stává člověk seniorem mezi 60. a 70. rokem. Hranice vnímání seniorského věku je závislá na věku hodnotitele. S rostoucím věkem hodnotitele se více „rozmazává“ a vzdaluje hranice stáří. „*Senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti.*“ (Sak, 2012, s. 25).

Struktura společnosti se v dnešní podobě postupně mění a dochází k prodlužování střední délky života obyvatel – stárnutí populace. Postupně v populaci klesá podíl dětí a osob ve věku 15-64 let a přibývá v populaci osob v postproduktivním věku nad 65 let. Ještě nikdy v historii lidstva se takový počet obyvatel nedožil vlastního stáří, tedy 80 či dokonce 90 let. Také v současné době je stáří spojeno s vysokou nemocností, polymorbiditou, zhoršováním fyzické zdatnosti a soběstačnosti.

2.1 Stáří a stárnutí

Každý člověk, i ten, který si myslí, že se ho stáří netýká, s postupujícím časem stárne a blíží se k obávané hranici stáří. Stáří je jevem vývojově daným a nezastavitelným. Každý člověk k němu postupně dojde, ale záleží na každém člověku, jakým způsobem ho prožije.

2.1.1 Definice stárnutí a stáří

S pojmem stárnutí se většině z nás vybaví mnoho negativních projevů týkajících se vnějšího vzhledu, zdravotního stavu, ekonomické úrovně a také sociální péče o starší lidi (Křivohlavý, 2011, s. 10). Všeobecně však můžeme říci, že stárnutí je komplexní a dynamický proces, který obsahuje stárnutí biologické, psychologické a také sociální. Přináší anatomické a fyziologické změny, změny fyzických funkcí, osobnosti, emocionálního stavu, motivace... a začíná počítím.

„Stárnutí je zákonitý fyziologický proces, geneticky zakódovaný, vyznačující se nástupem a rozvojem nezvratných specifických změn omezujících zdatnost, výkonnost, odolnost a adaptabilitu.“ (Arnoldová, 2015, s. 76).

„Stárnutí je proces značně individuální, závislý na genetických faktorech i vlivech prostředí, proto se biologický věk, daný příslušnými morfologickými a funkčními

hodnotami, nemusí shodovat s věkem kalendáře. Obecně však platí, že čím vyšší je věk kalendářní, tím více involučních změn vykazuje i věk biologický.“ (Struk, 1992, s. 21).

Kalvach (2012, s. 114) definuje stárnutí jako nezvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří.

Stáří je životní fáze člověka ohraničená dvěma časovými body. Horní věková hranice je vymezena smrtí. Spodní věková hranice je tvořena jevy a procesy, které mají svůj vlastní čas a věk kdy se začnou v životě člověka objevovat (Sak, 2012, s. 14). Proto je velice nesnadné určit dobu, kdy se člověk „stane“ starým. Všichni jsme si toho vědomi, ale autoři se snaží vytvořit nějaká objektivní měřítka, kterými se stáří může měřit. Nejběžnějším měřítkem je stále kalendářní věk (Stuart-Hamilton, 1999, s. 18).

Z mnoha definic a přístupů vyplývá, že nalézt uspokojivou formulaci konce mládí a počátku stáří není jednoduché. Věk počátku stáří se určit nedá. Můžeme jen s určitostí říci, jak uvádí Mlýnková (2011, s. 13): *„stáří je vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života jedince.“*

2.1.2 Periodizace stáří

Stáří dělíme dle Světové zdravotnické organizace (WHO) na:

- **rané stáří** 60 - 74 let,
- vlastní **stáří** 75 - 89 let a
- **dlohověkost**, kam spadají osoby ve věku 90 let a více.

Stuart-Hamilton (1999, s. 21) se zmiňuje o rozdělení stáří na **mladší stáří** vymezené 65-75 rokem a **pokročilé stáří**, určené věkem 75 let a více. V dalších rozděleních řadí osoby starší 65 let do kategorií třetího a čtvrtého věku. Osoby ve „třetím věku“ se vyznačují svou soběstačností a nezávislostí. Přejechod do „čtvrtého věku“ znamená období, ve kterém je starý člověk již odkázán při zajišťování základních potřeb na druhé.

2.1.3 Projevy a změny v procesu stárnutí a ve stáří

S věkem u seniorů přicházejí změny v úrovni psychické, tělesné i duševní oblasti, které spolu úzce souvisí. S příchodem těchto změn, je nutné hledat ve stáří nový způsob života (Venglářová, 2007, s. 11). Reakce člověka jsou ovlivněny určitými dispozicemi, které mohou být ovlivněny: životem člověka, genetikou, životními zkušenostmi, prostředím (Venglářová, 2007, s. 15). Nejčastěji se jedná o změny v oblasti péče o vlastní osobu a také pomoc okolí. Moderní přístupy dávají přednost: aktivní přípravě na stáří a životu seniorů

v domácnosti za pomoci a podpory blízkých lidí (Venglářová, 2007, s. 14). Hrozenská ve své knize (2013, s. 31) uvádí tabulku změn ve stáří:

Tabulka 1: Změny ve stáří dle Hrozenské

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none"> - změny vzhledu - úbytek svalové hmoty - změny termoregulace - změny činnosti smyslů - degenerativní změny kloubů - kardiopulmonální změny - změny trávicího systému - změny vylučování moči - změny sexuální aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> - zhoršení paměti - obtížnější osvojování nového - nedůvěřivost - snížená sebedůvěra - sugestibilita - emoční labilita - změny vnímání - zhoršení úsudku 	<ul style="list-style-type: none"> - odchod do penze - změna životního stylu - stěhování - ztráta blízkých lidí - osamělost - finanční obtíže

Se zvyšujícím věkem postupně dochází v lidském organismu k mnoha změnám, které s sebou stárnutí organismu přináší (Mlýnková, 2011, s. 20). Mlýnková (2011, s. 23-25) rozlišuje změny biologického charakteru, psychické a sociální.

Stárnutí je proces, kdy nastupují změny, které během života jedince postupují s individuálním tempem. Tempo stárnutí je geneticky zakódováno a ovlivněno životním stylem, prostředím ve kterém člověk žije, prací, stresem, zlozvyky (Mlýnková, 2011, s. 13). Dochází k postupnému ubývání sil, přibývání a kumulaci poruch a nemocí (především chronických) a následuje celkové oslabení organismu (Sýkorová, 2007, s. 93). Průběh stárnutí je závislý na zdravotním stavu, sociálních okolnostech. Je provázen typickými změnami jako je zhoršení smyslů (zrak, sluch, čich, hmat, chuť), omezení hybnosti, výkonu a výdrže, pokles fyzické síly, zpomalení reakcí, rozvoj chronických onemocnění, kumulace více chorob, snížení imunity, zhoršení paměti, změna organizace učení, využívání svých osobních zkušeností, schopnost řešit a chápat běžné životní události (Nováková, 2011, s. 24-25).

Tělesné změny Stuart-Hamilton (1999, s. 18) rozděluje do tří pojmů. Jedná se o primární stárnutí, ve kterém nastávají tělesné změny stárnoucího organismu. Poté následuje sekundární stárnutí, ve kterém se objevují změny probíhající ve stáří častěji, ne však nutně vždycky a terciární stárnutí. Terciárním stárnutím označujeme nápadný a rychle se zhoršující proces tělesných funkcí, které předcházejí smrti.

S postupným procesem stárnutí přibývají seniorům zdravotní problémy. Jen výjimečně mají jen jeden zdravotní problém. Většinou se u nich jedná o tzv. polymorbiditu. Mohou být ohroženi pády, dekubity, inkontinencí moči a stolice, poruchami výživy, nedostatečným pitným režimem, nedostatečným spánkem, bolestí, smyslovými poruchami, psychickými problémy či expresivními stavy.

Z těchto zdravotních problémů vyplývají časté nemoci seniorů jako je osteoporóza, osteoartróza, revmatoidní artritida, hypertenze, ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, demence, Alzheimerova choroba, poruchy zraku, poruchy sluchu apod.

Nemoci seniorů jsou charakteristické tím, že mnohdy mají atypický průběh a často chronický charakter. Mezi typické znaky nemocí ve stáří řadíme polymorbiditu neboli přítomnost více chorob současně. Dále mikrosymptomatologii, což znamená nepřítomnost typického příznaku u nemoci např. u zánětlivého onemocnění, člověk nemá horečku nebo u infarktu myokardu není doprovázen bolestí na hrudi. Nedostatek příznaků, při kterých onemocnění probíhá skrytě, příznaky nejsou přítomny a náhle tak může dojít ke zhoršení zdravotního stavu. Nespecifické příznaky jsou příznaky, které se projevují u mnoha onemocnění např. nechutenství, únava, ospalost, nezáměr o okolí, zvýšená teplota (Mlýnková, 2011, s. 16).

Důležitým znakem je tzv. nespecifické zhoršení zdravotního stavu seniora, které může mít řadu příčin a být signálem velkého zhoršení zdravotního stavu seniora, které může skončit až poruchou úplné soběstačnosti a vznikem závislosti na pomoci ostatních (Bretšnajdrová, 2011, s. 13-14). Objevit se mohou netypické látkové reakce, při kterých lék účinkuje jinak než by měl vč. jeho dávkování a reakcí na něj. Posledním znakem je sociální rozměr nemoci, který se týká především chronických nemocí anebo chorob, které vedou k invaliditě, sociálnímu omezení a závislosti na péči či pomoci druhých osob. Taková situace má hlavní dopad na rodinu, která se o nesoběstačného seniora stará (Mlýnková, 2011, s. 16).

2.2 Životní potřeby seniorů

Základní životní potřeby definuje Arnoldová (2015, s. 80) takto: „*Jsou to takové hmotné a duchovní statky a vztahy, které jsou pro život člověka ve společnosti jinými statky a vztahy nezastupitelné. Nelze je ničím nahradit.*“

Šamánková (2011, s. 12) uvádí, že lidská potřeba je stav, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká nedostatkem nebo přebytkem, ale může být způsobena touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální či duchovní. Naplnění potřeb člověka vede k jeho spokojenosti, vyrovnanosti a velmi úzce se spojeno s kvalitou života člověka.

Potřeby jsou zcela individuální a v průběhu života se mění v závislosti na prostředí, ve kterém člověk žije. Např. v průběhu procesu stárnutí mohou měnit potřeby a priority při uspokojování zdravotního a funkčního stavu, dochází ke změnám v partnerských, rodinných i společenských vztazích. Může se také stát, že naplňováním jedné z potřeb znemožníme naplnění jiné potřeby, např. přestěhování do domu s pečovatelsko službou může zvýšit pocit bezpečí, ale narušit sociální vazby (Kalvach, 2012, s. 34).

U seniorů dochází ke změnám životních potřeb a mění se jejich hodnotová orientace. Zvýrazňují se jejich fyziologické a psychosociální potřeby (Mlýnková, 2011, s. 48).

U nemocných či nesoběstačných lidí zde řadíme především nejvýznamnější potřeby: bezpečí (pocitu bezpečí i faktického bezpečí), lásky, sounáležitosti, někam patřit, být milován a moci milovat, naplnění sociálních a kulturních potřeb v nemoci, naplnění duchovních potřeb a stav bez bolesti (Šamánková, 2011, s. 19-22). Potřeba bezpečí nezahrnuje jen fyzické bezpečí (bezpečný přesun, bezpečné lůžko atd.), nýbrž taky vědomí bezpečného, i když omezeného teritoria, připravenost, kvalifikovanost a kvalitu personálu provádějící péči, pocit zapojení nemocného do procesu léčby, respektování jeho potřeb a důvěra v jeho spolupráci, dochvilnost personálu a plnění daných slibů (Šamánková, 2011, s. 19-22).

Každý člověk chce být milován, respektován společenstvím, ve kterém žil, žije a bude žít – potřebuje naplňovat svou potřebu lásky především v období nemoci ze strany rodiny a jejich členů a přátel. Od pečujícího personálu má nemocný člověk právo cítit jiné formy lásky – sympatie, laskavost, empatii, porozumění či pochopení (Šamánková, 2011, s. 19-22).

Mezi další potřeby patří naplnění potřeb sociálních, souvisejících s ochranou osobních dat, předáváním informací, tolerováním nálad nemocného, respektováním

prostředí, ze kterého člověk pochází a jeho hodnotovému žebříčku. Naplnění sociálních potřeb velmi ovlivňuje sociální inteligence, která se v průběhu nemoci člověka mění. Ke změnám dochází v sociální komunikaci, v schopnosti a úrovni se přizpůsobovat. I přes tyto změny má nemocný potřebu sociálního pochopení v takovém rozsahu, na jaký je zvyklý (Šamánková, 2011, s. 21).

Naplnění kulturní potřeby nemocného člověka spočívá v dostatečném předání informací, které může získat z literatury, přiměřené zdravotnímu stavu nemocného, pomocí příběhů, informací z webových stránek, televize. Vhodnými informacemi může ošetřující personál přispívat k pochopení problému nemocným bez zveličování a nepřesností. Dle zájmu a zdravotního stavu zvát člověka na společenské a kulturní akce (Šamánková, 2011, s. 21-22).

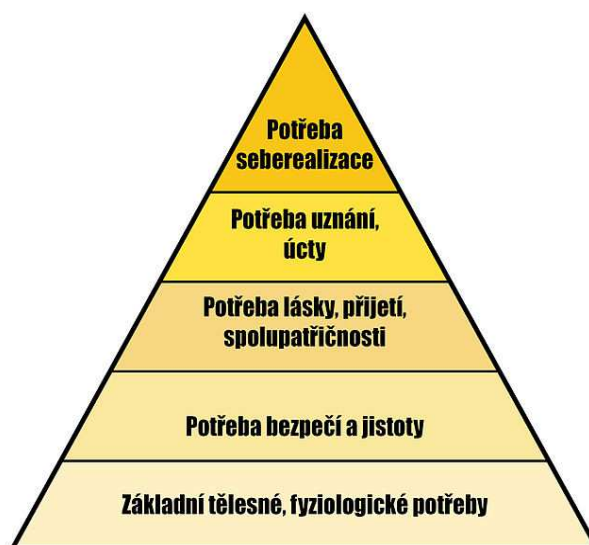
Náboženské vyznání a respektování víry nemocného je důležitou součástí podílející se na jeho duševním klidu. Setkávání s lidmi stejné víry přináší člověku úlevu a posiluje jeho sounáležitost (Šamánková, 2011, s. 22). Ještě nedávno byly duchovní potřeby pacienta více tabu. Většina lidí se právě s příchodem vážné nemoci začíná zabývat otázkami smyslu života (Svatošová, 2012, s. 23). Každý člověk v takové situaci potřebuje mít pocit, že je smířen sám se sebou a všem odpustil. Nemocní lidé si nejvíce uvědomují jednu duchovní potřebu - milovat a být milován. Potřeba milovat a být milován, odpustit a zemřít smířen jsou potřeby všech lidí bez ohledu na jejich vyznání (Svatošová, 2012, s. 9-10).

Potřebu být bez bolesti řadíme mezi základní smyslová vnímání. Pacientovi může pomoci, když bude znát příčinu bolesti a bude o jejím průběhu informován. Ke zmírnění bolesti využíváme jeho zkušenosti, které doplňujeme o další potřebné informace. Stejně tak je dobré zapojit nemocného do procesu léčby cvičením, vhodnou polohou či dodržováním nařízení daných odborníky (Šamánková, 2011, s. 22).

U seniorů se s postupujícím věkem zvýrazňují jejich fyziologické a psychosociální potřeby. Potřeby seberealizace a sebeaktualizace mají senioři převážně uspokojeny (Mlýnková, 2011, s. 48). Potřeby seniorů hodnotíme dle oblastí, ve kterých potřebují pomoc. Hodnocení potřeb se účastní senior a také jeho rodina. Při hodnocení u seniora sledujeme: stav vědomí, orientaci, stav výživy, polohu klienta (aktivní, pasivní), postoj a chůzi, bolest, stav dýchání, stav kůže, obličej, dutinu ústní, krk, dolní končetiny (Mlýnková, 2011, s. 77-80). Uspokojování lidských potřeb seniora se podílí na kvalitě života seniora (Šamánková, 2011, s. 31).

Při uspokojování a naplňování potřeb můžeme vycházet také z Maslowova trojúhelníku. Maslow je jedním z nejvýznamnějších badatelů teorie potřeb. V roce 1943 napsal dodnes užívanou hierarchii potřeb. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb seřazených od nejnižších po nejvyšší, které pak společně tvoří jakousi pomyslnou pyramidu potřeb. Všeobecně platí, že potřeby, které jsou v pyramidě potřeb položeny níže, jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb ((Šamánková, 2011, s. 26-27).

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb



Struk (1992, s. 24) dělí potřeby na **elementární, vitální, na kterých závisí existence člověka**. Zde řadíme metabolické potřeby (vzduch, pitná voda, potrava) a potřeby zajišťující ochranu organismu (bydlení, ošacení, hygienická a zdravotní péče, přístup k informacím, přiměřená fyzická a psychická činnost). A potřeby **vyšší kategorie, humánní**, kde řadíme kulturu, rekreaci, kladné mezilidské vztahy a sociálně právní ochranu. Mlýnková (2011, s. 48-50) rozlišuje fyziologické potřeby, vyšší potřeby a potřeby duchovní.

2.3 Specifika péče o seniory

Péče o seniory je velmi náročná jak fyzicky, psychicky tak taky sociálně. Péče o ně má svá specifika, a proto ji nemůže dělat každý pečovatel či osobní asistent. Ten, kdo o seniora pečuje, musí se umět vcítit do starých lidí, pochopit jejich myšlení, problémy a být velmi tolerantní (Mlýnková, 2011, s. 71). Důležitou součástí vztahu pečující osoby a seniora je důstojnost a vzájemná úcta. Nesoběstačný senior potřebuje pomoc. Pomoci mu

může jen ten, kdo v něm bez ohledu na jeho tělesný, duševní, duchovní a sociální stav stále uvidí lidskou bytost, hodnou úcty, a dokáže mu to dát najevo. Velmi těžce senioři nesou, když cítí, že jsou vnímáni jen jako staří, neschopní, nemocní, senilní, dementní a nejsou oceňovány jejich úspěchy z mládí. Senior potřebuje uznání celé své osobnosti, včetně jeho minulosti. Pokud budeme zachovávat jejich důstojnost, tak budou vnímat svůj život jako hodnotný (Svobodová, Bretšnaidrová, 2011, s. 6-8).

Lidská důstojnost je součástí lidských práv a svobod každého člověka. Obava ze ztráty lidské důstojnosti hraje v životě každého seniora velkou roli, obzvláště když se senior stává nesoběstačným a rozhoduje se o dalším průběhu léčby (Prokop, Hermanová, 2008, s. 9-10). V léčbě člověka nemocného či nesoběstačného si musíme uvědomovat specifika jeho chápání lidských potřeb, při kterých musíme hodnotit problémy a priority v ošetřování, neustále posuzovat jeho měnící se potřeby (Šnamánková, 2011, s. 10).

Největší úspěch a dobrý pocit může mít osobní asistent z toho, že seniorovi může pomáhat v oblastech, ve kterých by se bez jeho pomoci senior neobešel a nemohl by žít tam, kde je mu nejlépe - ve svém vlastním domově (Hrdá, nedatováno). Např. formou pomoci nemocnému a jeho rodině zorientovat se v situaci, kterou právě prochází, pomoci jim pochopit průběh nemoci, její léčbu a přijetí faktu nemoci. Pokusit se o vyhledávání nových cílů, smyslu života člověka a neustále mu ukazovat svou empatii a pochopení problému (Šnamánková, 2011, s. 10).

Plánování, realizace a míra péče o seniora se odvozuje od jeho zdravotního stavu a jeho schopností. Péče zahrnuje nejen péči o seniora, ale také o jeho domácnost, zajišťování nákupů či asistenční služby (Mlýnková, 2011, s. 71).

Péči o seniory dělíme na specifika **v oblasti fyzické** (somatické), do kterých řadíme fyzickou křehkost seniorů, se kterou jsou spojena spojená zranění (např. zlomeniny, naraženiny) a následné omezení soběstačnosti seniora. Se seniorem musíme pracovat pomalu, šetrně abychom ho neporanili. Specifika u seniorů se dále objevují **v oblasti psychické** - proto by měl být přístup pečující osoby k seniorům vstřícný, klidný a hlavně pozitivní i v oblasti sociální. Do sociální oblasti můžeme zařadit selhávání péče rodiny, chybějící rodina, tíživá finanční situace aj. (Mlýnková, 2011, s. 72-74).

V roce 1991 Organizace spojených národů zveřejnila 5 základních prvků podpory seniorů, jimiž jsou důstojnost, autonomie, seberealizace, participace a zabezpečení (Kalvach, 2012, s. 125).

2.4 Historie péče o seniory

Péče o seniory prošla vývojem. Dříve byla základním typem rodiny tzv. velká – vícegenerační rodina. Děti musely své rodiče ctít a poslouchat. Takové chování nebylo jen ctností, ale bylo povinností a nezbytností. V rodině byla přísná hierarchie vztahů dle věku. Starý člověk byl považován za nositele moudrosti, znalostí a zkušeností, což ovlivňovalo přístup rodiny k seniorovi (Wolf, 1982, s. 32-33). Pokud se stali staří lidé potřebnými, tak byli nadále rodinou tolerováni i jako „závislí“ členové rodiny.

Rodina pečovala o staré a nesoběstačné seniory. Pokud se rodina odmítla o seniora postarat nebo se postarat nemohla, tak staří lidé prožili svůj zbytek života v nedůstojných podmínkách bez jídla a základních potřeb. Pomáhali jim prostřednictvím hmotného zajištění duchovní, bohatí jedinci anebo obec. Obec měla povinnost postarat se nemocným a chudým o stravu, pokud jim nebyla poskytována jiná dobročinná pomoc (Hrozenská, 2013, s. 48).

Dnes se vícegenerační soužití omezilo jen na nukleární rodinu (rodiče a děti), ve které nemají staří lidé své stabilizované místo. Wolf, 1982, s. 34 uvádí, že novodobé soužití rodiny akceptuje závislost dětí na rodičích, ale neakceptuje závislost rodičů na dětech.

Mladé rodiny žijí odděleně od svých rodičů v jiných bytových jednotkách. S rodiči mají většinou dobré vztahy a jsou s nimi v častém kontaktu. Oddělenost rodičů od dětí je dána bydlením v malých bytech, kde by se 2-3 generace nevešly. Klasický model, kdy senior má pokoj v domě svých dětí je možný v případě, že je v domě dostatek místa a rodiče se s dětmi dohodnou. Z vícegeneračního soužití mají prospěch všichni včetně ekonomické stránky provozu domácnosti (Mlýnková, 2011, s. 36).

Některé rodiny berou péči o své stárnoucí rodiče jako samozřejmost. Proto se někdy stává, že se stárnoucí rodič přestěhuje do bytu svých dětí. Taková soužití mohou mít i své negativní stránky, které se projevují napjatými vztahy v rodině a tím, že se zde senior necítí dobře (Mlýnková, 2011, s. 63). Je to dáno tím, že stěhování starší lidí velmi stresuje i v případě, že se stěhovat sami chtějí. Ještě hůře vnímají stěhování, které musí proběhnout vzhledem k okolnostem (např. jeho bezbariérovost) či na nátlak rodiny. Adaptace starých lidí na nové prostředí trvá až několik let. U citlivých lidí, fixovaných na prostředí, kteří se stěhují nedobrovolně, mohou vznikat psychosomatické projevy, delirantní stavy, poruchy chování, bloudění po bytě a úrazy v neznámém prostředí (Kalvach, 2012. s. 101-102).

Stěhováním se velmi naruší soukromí seniora, proto je nutno vše dobře promyslet a najít to nejlepší řešení, ať u něho doma, nebo u jeho rodiny (Mlýnková, 2011, s. 63).

2.5 Postavení seniora v rodině a bytové podmínky

Rodina je nejstarší základní jednotka lidského společenství, jehož součástí jsou také senioři. Kontakt seniora s rodinou v jeho závěrečné etapě života je nenahraditelný, velmi důležitý, přispívá k psychické pohodě seniora a šťastnému prožívání každého dne. Právě rodina dává seniorovi pocit potřebnosti a bezpečí. Pomáhá seniorovi se vyrovnat se všemi změnami doprovázející jeho stárnutí a postupné ubývání sil. Starý člověk si vlivem změn v životě a vznikem nových podmínek hledá svou novou identitu života seniora (Hrozenská, 2013, s. 46-47).

Senior může žít ve fungující rodině, která mu vytváří oporu, jistotu a bezpečné zázemí (emocionální či fyzické). Emocionální zázemí poskytuje seniorovi nejen rodina, která o seniora pečuje, obětuje se pro něj a stará se o svého rodiče doma, nezprostředkovaně, ale také která pečovat chce, ale nemůže nebo to neumí. V takovém případě rodinu zastupuje v přímé obslužné péči profesionální personál sociálního zařízení či asistenční nebo terénní služby. Rodina se však aktivně zapojuje, komunikuje a v jistých situacích se na péči přímo podílí. Nefunkční rodina je pro seniora nestabilní, neposkytuje mu dostatečné emoční zázemí a nemá zájem se na péči o seniora podílet. V takové rodině chybí dobrosrdečnost, upřímnost a opravdový zájem o seniora (Beksová, 2013, s. 49).

Změnou, které mnohdy stáří přináší, je změna bydliště. Nastává z důvodu příliš velkého nájmu bytu, neschopnosti udržovat byt, neschopnosti postarat se o sebe v důsledku špatné pohyblivosti. Každá změna bydliště je pro seniora velkým stresem z důvodu nového prostředí a neznámých lidí. Vyhovující formou bydlení je pro seniory život ve vlastním bytě, ve kterém mohou využít pečovatelské služby či osobní asistence, protože umožňuje seniorům zachovat si své soukromí (Hrozenská, 2013, s. 45). Tuto informaci také potvrzuje demografické šetření GGS z roku 2005, které zjistilo, že starší lidé si přejí žít ve svém původním, přirozeném prostředí odděleném od svých dětí, co nejdéle i v případě nutnosti zhoršení zdravotního stavu a s tím související potřeby pomoci dětí (Kalvach, 2012, s. 101).

Senioři si mohou vybrat z nabídky různých typů sociálních služeb dle jejich individuálních potřeb. Někdy se stává, že rodina dá přednost umístění seniora do institucionálního zařízení sociálních služeb, bez toho aniž by zkusili využít možnosti služeb péče v přirozeném prostředí seniora. Takové jednání rodiny je umocňováno tím, že dostupnost sociálních služeb a finanční náklady na domácí péči rodinné příslušníky nemotivují k ponechání seniora doma v jeho přirozeném prostředí co nejdéle to jen jde (Hrozenská, 2013, s. 50). V této souvislosti je důležité poskytovat podporu pečujícím

rodinám a pomocí sociálního systému je vytvářet podmínky pro udržení dobrého zdraví a aktivity ve stáří se svými nejbližšími lidmi. Zlepšovat kvalitu života seniorů prostřednictvím neustále se zvyšující kvality poskytovaných sociálních služeb a jejich širokou nabídkou (Hrozenská, 2013, s. 50).

Z výzkumů vyplývá, že největší sociální význam pro seniora mají děti, vnoučata, manžel/ka, zdravotnický personál, přátelé a zvíře (Sak, 2012, s. 101). Na prvním místě jsou to děti a vnoučata, protože v české společnosti je velmi silná vazba mezi dětmi, rodiči a prarodiči. Jsou umístěni dokonce na pozici před partnerem. Obecně můžeme říci, že postmoderní člověk prožívá krizi rodiny a začíná pochybovat o její nezbytnosti. Touží po odpoutání a nezávislosti (Beksová, 2013, s. 42). Dochází k postupnému vyhasínání pozitivních emocí, nárůstu agresivity a odcizování lidí, což se projevuje množstvím osamocených seniorů (Sak, 2012, s. 101). V ČR žije až čtvrtina seniorů osaměle a v sociální izolaci. (Kalvach, 2012, s. 93). Tento fakt může také potvrdit překvapivě vysoký počet seniorů, v jejichž životě hrají významnou roli zvířata. *„Rozšíření života se zvířetem je i výpovědí o vývoji a stavu společnosti.“* (Sak, 2012, s. 101).

Se soužitím prarodičů se svými dětmi můžeme do budoucna samozřejmě počítat, protože má velký význam pro všechny členy rodiny a jejich život (Wolf, 1982, s. 39).

2.5.1 Proměna mezigeneračních vztahů

S příchodem přetrvávajících zdravotních problémů a postupně se zhoršujícím zdravotním stavem rodičů se doposud nastavené generační role, že rodič pomáhá dítěti, mění. Vztahy seniorů s jejich dětmi jsou vázány společnou historií a v závislosti na těchto událostech od sebe liší (Vágnerová, 2008, s. 286).

Postupně nesoběstačný senior nabízí svým potomkům čím dále méně podpory a potomkům narůstají povinnosti, rozsah úkolů, se kterými musí rodičům pomáhat či vykonávat je za ně (Hrozenská, 2013, s. 49). Se vznikající situací začínají potomci svým stárnoucím rodičům nejen radit a pomáhat, ale mnohdy mají také sklon s nimi manipulovat a rozhodovat za ně (Venglářová, 2008, s. 286). Obsah setkávání obou generací tvoří rodinné akce (např. narozeniny), do kterých se více zapojují ženy (dcery) a zajišťují tak soudržnost členů široké rodiny (Hrozenská, 2013, s. 47-48).

Dceři je také většinou přenechána péče o nesoběstačného rodiče a je více citově vázána do vztahu s rodiči než syn. Jedná se o období, ve kterém se musí především pečující potomek smířit s tělesným či psychickým úpadkem rodiče - se zhoršením vlastností, kompetencí a potřeb rodiče. Postupnými změnami se mění i vzájemné vztahy

potomků s rodiči. Staří rodiče se stávají závislími a podřízenými svým potomkům. Postoj potomků k rodičům nemusí být vždycky realistický. Mnohdy potomci nedokáží objektivně zhodnotit zdravotní stav svého rodiče, nechtějí přijmout skutečnost zhoršení zdravotního stavu, což v nich vyvolává obranné reakce (popírání reality, racionalizace problému aj.). Nemohou se lehce vyrovnat s úpadkem člověka, který byl součástí jejich života a byl jejich oporou. Nevědí, jak se ke svému starému rodiči mají chovat a nesprávným chováním mohou v nesoběstačném rodiči vyvolávat negativní pocity (Vágnerová, 2008, s. 288-291).

Potomci obvykle mají již taky své vlastní mladé děti a na druhou stranu musí podporovat své stárnoucí rodiče. Jsou nuceni rozdělovat více svůj čas a energii mezi své rodiče a své potomky (někdy už i vnoučata). Pomoc mladé rodině bývá perspektivnější, přitažlivější a vidí v ní smysl na rozdíl od péče o starého, mnohdy obtížného člověka, u kterého i velké úsilí nepůjde vidět. Pokud se nerozhodnou obětovat většinu svého času péči o svého rodiče, tak ho musí umístit do instituce (Hrozenská, 2013, s. 49).

3 Závislost na péči jiné osoby v kontextu stáří a stárnutí

Odborné práce uvádějí, že přibližně 95 % starých lidí prožije svůj život ve svém přirozeném prostředí s pomocí rodiny, sociálních a zdravotních služeb. Zdravotní stav, sociální prostředí (způsob soužití, osamělost) a kvalita bydlení jsou faktory, které jsou považovány za nejdůležitější a ovlivňují vznik závislosti a potřeby služeb (Vostřálková, 2000, s. 120).

3.1 Závislost seniora na péči

Staří lidé postupným vlivem nemoci ztrácejí svou soběstačnost. Přibývají jim problémy, které se týkají seboobsluhy, s vedením domácnosti a ztrácejí kontakt se společenským prostředím a jsou více či méně závislí na péči jiné fyzické osoby.

Rozlišujeme několik různých stupňů závislosti na péči jiné fyzické osoby dle míry potřeby pomoci či péče. WHO rozlišuje 3 stupně závislosti ve stáří (Arnoldová, 2015, s. 73):

- lehká závislost – osoba potřebuje motivaci k denním činnostem v podobě podpory a kontroly. Potřebují jen dohled a výpomoc jiné fyzické osoby
- závislost středního stupně – u osoby je nutný pravidelný dohled a nepřetržitá pomoc jiné fyzické osoby při provádění některých základních aktivit, které osoba nezvládá
- úplná (těžká) závislost – taková osoba potřebuje nepřetržitý dohled a péči. Její omezení jsou tak velká, že všechny základní životní potřeby (nebo jejich většina) musí být zajišťována někým jiným

Závislost nesoběstačného člověka může být funkční a to v případě, že člověk potřebuje pomoc jiné fyzické osoby nebo ekonomická v případě potřeby finanční pomoci. Může mít také podobu obou závislostí najednou - jak funkční, tak ekonomické (Arnoldová, 2015, s. 80).

3.2 Posuzování soběstačnosti

Soběstačnost je někdy lidmi vnímaná jako kontrola nad vlastním životem. Vnímání každého člověka je individuální a souvisí s přesvědčením o kompetencích a kompetentním chování. Pro seniory je nejdůležitější fyzická soběstačnost a jejich zdraví. Velkou roli také

hraje finanční soběstačnost, kdy si mohou sami nakládat se svými finančními prostředky, což jim dovoluje zůstat nezávislý na ostatních a rozhodovat si o vlastních záležitostech. Zde platí, že čím horší zdraví senior má, tím je pro něj soběstačnost důležitější, až po hranici naprosté závislosti, kdy do popředí hodnot seniora vstupuje hodnota bezpečí a lidské důstojnosti (Sýkorová, 2007, s 227).

Senioři vnímají svou soběstačnost tak, že neobtěžují a nezatěžují druhé svými nároky na jejich pomoc a necítí se jim za pomoc zavázání (Sýkorová, 2007, s. 90). Arnoldová (2015, s. 73) uvádí, že soběstačný je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních funkcí a který samostatně bez pomoci nebo asistence jiné fyzické osoby zvládá všechny aktivity, které potřebuje.

„Soběstačnost tedy vyjadřuje schopnost samostatné existence v daném prostředí, zabezpečenost vyjadřuje možnost této existence, třeba i za přispění pomoci.“ (Struk, 1992, s. 26). Autor dále uvádí, že ztráta soběstačnosti je rozhodným kritériem pro poskytnutí pomoci.

Soběstačností nazýváme schopnost uspokojování základních životních potřeb v daných podmínkách (Arnoldová, 2015, s. 80). Posuzuje se s ohledem na funkční zdatnost (běžné každodenní činnosti) nebo naopak funkční nezdatnost a nezávislost/soběstačnost (schopnost uspokojování základních životních potřeb v daných podmínkách) či závislost (neschopnost uspokojování potřeb). Návrh opatření, která mají být přínosem v řešení nepříznivé životní situace, závisí na individuálním zhodnocení situace a na dalších opatřeních, možnostech a podmínkách (Arnoldová, 2015, s. 82-83). Pro hodnocení jsou k dispozici standardizované testy, např. Barthelové test všedních znalostí (Arnoldová, 2015, s. 74).

V rámci přístupu podpory nezávislosti se nezávislost a samostatnost osob nehodnotí podle absolutních kritérií nezávislosti, ale podle možností rozhodovat o svém životě, mít nad ním kontrolu a převzít za sebe odpovědnost. *„Podle tohoto přístupu i fyzicky nesoběstačný člověk, jež využívá celodenní osobní asistenci, může mít kontrolu nad svým životem z hlediska rozhodování o svých potřebách a jejich uspokojování, má-li vhodné podmínky.“* (Matoušek, 2013, s. 119). V praxi osobní asistence se proto můžeme setkat s lidmi: nezávislými a soběstačnými; nezávislými ač nesoběstačnými (lidé, kteří potřebují pomoc jen v některých činnostech); soběstačnými, ale nikoliv nezávislými (činnosti musí vykonávat pod kontrolou druhé osoby) a nesoběstačnými a závislými (nejsou schopni své potřeby uspokojit nebo si je neuvědomují) (Matoušek, 2013, s. 119).

Mlýnková (2011, s. 62) uvádí 3 formy péče o seniory. Péči může zajišťovat **rodina seniora** nebo **zdravotní péče a ošetrovatelská péče** anebo **sociální péče – pečovatelská činnost**.

3.3 Nesoběstačný senior

Senior se stává nesoběstačným, jestliže není schopen uspokojit své základní životní potřeby, protože nezvládá nároky, které jsou na něho kladeny jeho životním prostředím, a proto potřebuje pomoc (Struk, 1992, s. 22).

Nesoběstačnost seniora můžeme pozorovat v oblasti fyzické, psychické, ekonomické nebo právní a v jejich různých kombinacích. Senior se může stát nesoběstačným z důvodu vysokého věku, poruchy zdraví nebo významnou změnou životních podmínek.

Nesoběstačnost je pojmem relativním a je spojen s nepřiměřeností sil člověka vzhledem k požadavkům prostředí, neboli porucha rovnováhy člověk – prostředí. Nemůžeme ji úplně spolehlivě diagnostikovat, ale svým reálným podkladem nám mohou pomoci faktory, které nesoběstačnost provázejí (Struk, 1992, s. 22).

Jedná se o **faktory biologické**, kde řadíme chronická onemocnění, výraznější pohybové, smyslové poruchy, psychická onemocnění, poruchy vědomí, paměti, orientace, emoční labilita, neadekvátní projevy chování a citění, smutek, pomalejší reakce. A **faktory sociální**, ke kterým patří osamělost, nízký příjem, špatné bytové poměry, ztížená dostupnost služeb, špatné mezilidské vztahy, nedostatečné stravování, špína, zanedbanost, časté hospitalizace (Arnoldová, 2015, s. 82).

Ke vzniku nesoběstačnosti přispívá také vliv sociálních podmínek seniorů, jako je osamocení, snížení příjmů, obtížnější dostupnost potřeb a služeb, ztížená orientace ve společenských a sociálních podmínkách. Riziko nesoběstačnosti výrazně stoupá do nástupu vlastního stáří (Struk, 1992, s. 21).

Snížením soběstačnosti klienta dochází ke změnám již zažitého způsobu života, na který byl senior zvyklý. Ještě větší změnou v životě seniora je jeho umístění do domova pro seniory. Lepší variantou, která tolik nenaruší životní styl a prostředí seniora je např. osobní asistence, kdy docházejí osobní asistent přímo do domácnosti klienta (Nováková, 2011, s. 25).

Staří lidé, kteří vlivem nemoci postupně ztrácejí svou soběstačnost. Změna zdravotního stavu je pro ně svým způsobem krizová situace, se kterou se musí umět vyrovnat. Jejich nemoc bývá vnímána jako konfliktní situace se sebou samým, s rodinou,

s neschopností přijetí faktu onemocnění, se změnou životního rytmu či se změnou prostředí (Šamánková, 2011, s. 34). Začínají mít problémy v oblasti seboobsluhy, s vedením domácnosti a ztrácejí kontakt se společenským prostředím. Vlivem vyššího věku se u seniorů také prohlubují a násobí jejich vlastnosti jak kladné, tak také záporné jako jsou netrpělivost, nesnášenlivost, popudlivost. Proto osobní asistent musí být trpělivý, vlídný, nepoužívat ironii, zřetelně jasně komunikovat. Uspokojování těchto potřeb jim umožňuje osobní asistence, která může být u některých seniorů velmi náročná (Hrdá, nedatováno). Při poskytování osobní asistence musíme dávat pozor na tzv. zbytečnou nesoběstačnost. Jedná se o poskytování pomoci seniorovi ve věcech, které by mohl zvládnout sám vzhledem k jeho postižení. To vede k nevyužití ještě zbývajících dovedností seniora, což v důsledku má za následek zhoršování jeho stavu. Je to dáno tím, že pokud nesoběstačný senior nevyužívá ještě zbytek svých dovedností, tak je zapomene (Glennner, 2012, s. 88-89).

3.4 Aktivity seniorů

Volba aktivity musí odpovídat individuálním potřebám, možnostem, schopnostem a cílům každého klienta a být mu přínosem. Aktivita by se měla provádět pravidelně v určité dny na základě domluvy s klientem. Činnosti mohou podporovat mentální schopnosti, fyzické schopnosti anebo smyslové schopnosti seniora. Např. trénink paměti, reminiscenční terapie, nácvik chůze, rehabilitační činnosti, nácvik sebeobslužných činností, nácvik jemné motoriky, čtení novin aj. Činnosti musí klient dělat rád, aniž by v něm vyvolávaly jakékoliv negativní emoce či fyzickou bolest (Mlýnková, 2010, s. 100-101).

Pokud se jedná o tělesnou aktivitu, tak můžeme obecně říci, že senioři dávají přednost pohodlnému životu a pohybu se vyhýbají i přes to, že vědí, že to jejich zdraví škodí a považují ho za základ své nezávislosti. Vnímají ho individuálně s různými nároky. Pohybem se zlepšuje výkonnost orgánů, které je provázeno lepším prokrvením, kvalitnější plicní ventilací, lepší hybnosti kloubů, užitečnosti svalové hmoty a kvalitnější činnost srdce. Zlepšuje se celkový zdravotní stav seniora a pomáhá mu předcházet nemocem, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, poruchy spánku, obezita a bolesti pohybového aparátu. Pohybem si senior navodí pozitivní emoce, zlepšuje si své duševní zdraví prostřednictvím uvolnění duševního napětí a celkově mu pohyb pomáhá v prodloužení délky života (Prokop, Hermanová, 2008, s. 33). Ideální je propojení fyzické aktivity seniora s intelektuálními aktivitami a neustálým udržováním sociálních kontaktů v rámci klubů,

spolků apod. Spojením těchto nerůznějších aktivit se senior chrání před nesoběstačností a před nemocemi pokročilého věku (Roslawski, 2005, s. 5). Na aktivitu seniora může mít vliv jeho rodina psychickou podporou a pomoci seniorovi dodržovat správný životní styl (Roslawski, 2005, s. 16).

Právě senioři jsou nejvíce ohroženou skupinou obyvatel, protože jsou závislí na péči druhých z důvodu postupné nesoběstačnosti či menší schopnosti spolupráce. Nesoběstačného klienta osobní asistent musí neustále vést k aktivnímu zapojení do sebepečce a sebeobsluhy v rámci jeho možností a schopností (Mlýnková, 2010, s. 265). Snažíme se ho motivovat tak, aby netrávil většinu času v domácím prostředí nebo dokonce na lůžku. Pokud jde o seniora upoutaného na lůžko, udržujeme komunikaci a sociální vztahy výhledem z okna, přemísťování seniora mimo pokoj a orientaci v čase zajišťují hodiny v pokoji, kalendáře, rádio, televize, noviny a také návštěvy (Prokop, Hermanová, 2008, s. 38).

3.5 Způsobilost seniorů v právních vztazích

Problém způsobilosti seniorů přichází s postupnou větší závislostí klienta na péči až s jeho úplnou závislostí vč. jeho snížené orientace a omezenou svéprávností (Heuke, 2014, s. 42). Pečovatelská služba či osobní asistence se již bez spolupráce rodiny seniora neobejde a není schopna sama zajistit dostatečnou kvalitu poskytovaných služeb. Taková situace velmi často nastává u seniorů s demencí, kteří žijí doma, odmítají umístění do institucionálního zařízení a samostatné bydlení se pro ně stává velkým rizikem, které ohrožuje jejich zdraví či život (Heuke, 2014, s. 43). Lukasová (2014, s. 10-11) píše, že k pobytu seniora nesmí dojít bez jeho souhlasu, který musí vyjádřit nejen svým podpisem (podpis smlouvy o poskytování sociálních služeb), ale také i v chování člověka a v jeho spolupráci. Zde se střetává právo klienta rozhodnout se o vlastním životě a na druhé straně povinnost poskytovatele poskytovat služby kvalitně a důstojně. V závažných případech musí poskytovatel ukončit smlouvu o poskytování služby osobní asistence (Heuke, 2014, s. 43).

V praxi je to mnohdy ale velmi složité, protože se jedná o lidi, kteří jsou zvyklí být doma v domácím prostředí, kde jim je nejlépe. Rodinu popř. osobního asistenta/y, kteří k němu docházejí, také zná a je s nimi spokojen, proč by měl z jeho pohledu využívat jiné služby nebo ještě v horším případě jít do ústavního zařízení.

Pokud k hospitalizaci nedojde, zůstává senior nadále doma v ohrožení a čeká se na situaci, kdy již senior nebude protestovat nebo bude v přímém ohrožení života. Situace ohrožení života seniora se řeší dle platných právních předpisů (detenční řízení ve zdravotnických zařízeních tzn. hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez jeho souhlasu) (Lukasová, 2014, s. 10-11).

4 Péče o závislého seniora v domácím prostředí

Každý člověk se citově spjat se svým domovem, a proto se stále více prosazuje filozofie pečovat o seniora v přirozeném prostředí. Rodina poskytuje svým členům velmi důležité citové zázemí, které je důležité až do poslední fáze života člověka. Citové zázemí je prakticky také jednou z funkcí, kterou si současná rodina plně zachovala a nepředala ji jako úkol společnosti. Společnost je sice schopna se materiálně o staré lidi postarat, ale není schopna naplnit potřeby citových vztahů, potřebu být s někým spjatý nebo na někoho vázaný (Wolf, 1982, s. 39).

Jsou to právě senioři, kteří jsou ve zvýšené míře závislí na péči a pomoci svého okolí. Jako dítě bez rodiny neumírá, ale jen těžko se stává šťastným člověkem, tak také starý člověk může bez rodiny žít, ale jen těžko se mu podaří být šťastným (Wolf, 1982, s. 40).

Wolf (1982, s. 274) píše: *„Domovy důchodců jsou určeny jen pro lidi, kteří nemohou bydlet sami a nemohou už ani s pomocí jiných osob vést samostatnou domácnost.“* Často vyžadují také pravidelnou a nepřetržitou zdravotnickou pomoc. Nováková (2011, s. 50) označuje za přirozené sociální prostředí rodinu, domácnost a sociální vazby k dalším osobám a místům, kde osoby pracují, vzdělávají se a provádějí běžné aktivity.

„Cílem péče o seniory je poskytování všestranné a komplexní péče jedinci, jeho rodině nebo určité komunitě včetně péče o prostředí, kde klient(i) bydlí.“ (Mlýnková, 2011, s. 71).

Cílem domácí péče dle Novákové (2011, s. 50-51) je: *„Udržení a podpora zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelné nemoci člověka, doprovázení umírajících, zajištění klidného umírání a smrti, eliminace vlivu nazokomiálních nemocí.“*

Péče o nesoběstačného seniora v rodině nebo s pomocí rodiny je možná jen v případě, že se rodina chce o něho postarat, je k péči motivována a přijímá takové morální hodnoty za své. Musí dobře promyslet, zda zvládne náročnou péči, kterou znesnadňuje zaměstnanost ženy v rodině a s tím spojená rodinná zátěž se sociálním dopadem v podobě zkrácení pracovní doby pečujícího člena, opuštění kariérové dráhy, změna životního stylu rodiny a zhoršení prostorových podmínek. Péče o nesoběstačného seniora taky vyžaduje

množství znalostí a pečovatelských dovedností, které musí pečující osoba znát, aby se o seniora uměla postarat (Pacovský, 1994, s. 112).

4.1 Spolupráce osobního asistenta s rodinou

Při poskytování osobní asistence se pracovník setkává nejenom se svým klientem, ale také s jeho rodinou. Pokud v rodině panují dobré vztahy je rodina pro člověka zdrojem sociální, materiální i emocionální podpory (Heuke, 2014, s. 42). Rodina má pro seniory nezastupitelné místo. Je nezbytnou součástí nejen osobní asistence.

Rodina je důležitým zdrojem informací jak pro zdravotníky, pečovatele tak i pro další osoby zajišťující péči o seniora, které pak mohou zajistit kvalitní péči v takové míře, kterou senior vzhledem k jeho individuálním potřebám potřebuje (Lukasová, 2014, s. 8). Rodinní příslušníci jsou bráni jako partneři pro péči, se kterými musíme stále komunikovat. Spolupráce osobního asistenta s rodinou se nezaměřuje jen na péči o seniora, ale také na ostatní důležité věci, které vedou k jeho spokojenosti (Šamánková, 2011, s. 35).

Osobní asistent např. informuje rodinu o svém přístupu ke klientovi, který je zaměřený na zachování soběstačnosti klienta, aby si chování asistenta rodina nevyložila jako neochotu seniorovi pomoci. Osobní asistent seniorovi naslouchá, podporuje ho, dává mu najevo úctu, má na něj čas, respektuje jeho názory, pomáhá mu plánovat činnosti a organizovat průběh poskytování služby. Záležitosti, které senior nezvládá, řeší osobní asistent s rodinou seniora např. společně organizují frekvenci poskytované služby dle jejich potřeb a potřeb seniora. Senior by měl žít bez pocitu, že je rodině na obtíž a cítit se doma v pohodě a bezpečí (Mlýnková, 2011, s. 43). Jen funkční rodina a pravý domov slouží jako prevence oboustranné citové deprivace. Pro všechny zúčastněné je nejlepší poskytovat seniorovi péči formou společné, rozložené péče celé rodiny, pokud jsou dobré vazby mezi jednotlivými členy rodiny (Beksová, 2013, s. 49). Nemožnost spolehnout se na vlastní rodinu a domov často pramení v nemoci a utrpení lidí (Beksová, 2013, s. 42).

Častým tématem je postavení osobního asistenta v tzv. trojúhelníku v komunikaci s klientem, rodinnými příslušníky a sociální službou. Někteří pracovníci mohou mít problém v komunikaci s rodinou, která se snaží zasahovat do péče a rozhodovat za klienta. Je to dáno tím, že si rodina myslí, že nejlépe ví, co jejich nesoběstačný rodič potřebuje a nutí osobního asistenta, aby plnil přání rodiny a ne přání jejich rodiče (klienta), přičemž přání klienta má být rozhodující, pokud se jedná o volbu přiměřeného rizika (Heuke, 2014, s. 42). V praxi je jedním z největších problémů u nesoběstačného seniora (např. s demencí)

je rodina, která nechce s osobním asistentem spolupracovat. Bez velmi dobré komunikace s rodinou však není možné tento typ služby poskytovat nesoběstačnému seniorovi kvalitně a bezpečně. Z toho důvodu mají dobré služby napsána pravidla pro spolupráci s blízkými osobami. Každý klient má svou stejného osobního asistenta, který k němu dochází a na kterého je zvyklý. Tímto se upevňuje vzájemná spolupráce klienta s asistentem a jeho rodinnými příslušníky, nenarušuje služba chod domácnosti a zvyky klientů služby (Eklerová, 2011, s. 17-18).

Předpokladem pro dobrou spolupráci všech osob zapojených do péče o klienta jsou dobré vztahy klienta s rodinou. V případě dobrých vztahů v rodině klientovi většinou nevádí předávání informací rodině a spolupráce osobního asistenta s rodinou. Osobní asistent se musí ve vztazích klient-rodina naučit zachovávat neutrální postoj, nikoho nehodnotit ani nesoudit (Heuke, 2014, s. 45). Aby spolupráce mezi osobním asistentem a rodinou probíhala ještě lépe, píše klíčový pracovník velmi podrobně individuální plán klienta, ke kterému pravidelně dochází. Popisuje v něm i malé změny, které v domácím prostředí často nastávají. Podrobný individuální plán slouží pro případ zástupu klíčového pracovníka, který k seniorovi pravidelně dochází, aby nový pracovník nenarušoval v takové míře chod domácnosti (Eklerová, 2011, s. 17-18).

4.2 Domácí péče poskytována rodinným příslušníkem

Většina lidí se nejlépe cítí v domácím prostředí - ve své rodině. Je to místo, které každý člověk dobře zná, prožívá pocity jistoty a bezpečí, má zde své rodinné zázemí (Mlýnková, 2011, s. 62). Z toho důvodu senior přijímá pomoc rodiny snadněji než pomoc od odborníků, které nezná (Mlýnková, 2011, s. 43) a domácí péči mu nejčastěji poskytují blízcí členové rodiny, či v menší míře vzdálenější rodinní příslušníci nebo přátelé, kteří žijí se seniorem ve společné domácnosti (Nováková, 2011, s. 51).

Pro pečujícího může být také péče o člověka přínosem ve smyslu nalezení nového smyslu života, uspokojení, přehodnocení osobního systému hodnot aj. Musíme ale také zmínit, že tento typ péče přináší s sebou pro pečující osobu hodně změn a omezení, které se týkají jejího vyplnění volného času, převzetí úkolů v domácnosti, pomoc s osobní péčí, pomoc s dopravou až po komplexní ošetrovatelskou péčí. (Nováková, 2011, s. 52).

Chování starých lidí se může v důsledku jejich nemoci změnit. Začínají se chovat nesmyslně, bezohledně, neprakticky – jako by dělali věci naschvál. Většinou tomu tak ale není. Tyto změny v chování mají za následek trvalé a vůlí neovlivnitelné změny psychicky,

kteřé vztahy potomků se starými rodiči zatěžují. Pokles kognitivních funkcí se projevuje ztrátou soudnosti, limitovaným sebeovládáním projevujícím se někdy až dotěrností a urážkami, obtížností domluvy, neschopností si zapamatovat informace aj., což velmi ztěžuje rodině komunikaci s takovým člověkem. Mohou se objevovat změny emočního ladění, v jejichž souvislosti mívají staří lidé kolísavé nálady, bývají podráždění, přecitlivělí někdy až vztahovační. Pečující členové si mohou všimnout nepříjemné podezíravosti např. schovávání peněz, jídla apod. Vlivem zhoršování sebeobsluby přestávají dbát o svůj zevnějšek a nedodržují hygienické návyky. Zhoršení domluvy se starými lidmi způsobuje jejich celkové zpomalení, změna prožívání času a nepochopení povinností potomků. Důvodem je jejich stereotypní trávení dne zaměřené na běžné činnosti, se kterými ještě můžou mít problémy vzhledem ke své nižší toleranci k zátěži. Někteří mívají obrácený rytmus dne a noci. Ve dne spí a v noci trpí nespavostí, chodí po bytě a narušují noční klid rodinným příslušníkům (Vágnerová, 2008, s. 290-291).

Stává se, že rodina či člen rodiny nezvládá náročnou celodenní péči o seniora závislého na péči vlastními silami a hledá jiné možnosti domácí péče v nabídce sociálních služeb. Cílem péče sociálních služeb poskytovaných seniorům doma je poskytování všestranné a komplexní péče jedinci a jeho rodině (Mlýnková, 2011, s. 71). Péče se zaměřuje na zhodnocení zdraví a schopností seniora, na plánování, realizaci péče a využití sociální služby. (Mlýnková, 2011, s. 71). Služba svou působností neodpírá člověku volbu místa, kde bude žít, neboť každý člověk má právo na volbu přirozeného prostředí, které je zakotveno v úmluvách a chartách práv. (Nováková, 2011, s. 50). Senior může využít např. službu osobní asistence, ta je poskytována řízenou formou, protože senioři závislí na péči postrádají schopnost si řídit osobní asistenci svými silami (Hrdá, nedatováno).

4.3 Překážky v péči o seniory

Péče o seniora závislého na péči jiné osoby doma má také svá rizika. Nováková (2011, s. 52-53) uvádí několik takových rizik, na která v péči o seniora můžeme narazit. V domácnosti seniora většinou nenajdeme takové rehabilitační, technické ani kompenzační pomůcky, které by senior vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřeboval, proto nemůže být péče poskytována tak komplexně jako v pobytových zařízeních. U seniora se může objevit zhoršení kondice, problémy se spánkem a koncentrací. Může to být způsobeno tím, že je na svou nemoc sám, stále na ni myslí a bojí se, že není o něj správně postaráno tak, jako by bylo v pobytovém zařízení. V souvislosti s nemocí hrozí riziko ztráty sociálních kontaktů a sociální vyloučení. Pro pečující osobu je to náročná situace, protože najednou

vidí jak se role dítěte a rodiče se postupně otáčí. Úlevové služby, které slouží pečujícím osobám, aby jim ulehčovaly péči o seniora, jsou velmi finančně náročné. Pokud se pečující osoba rozhodne pečovat o takového člověka celodenně, je ohrožena chudobou, protože přichází o svůj pravidelný měsíční příjem. Také možná proto se u pečujících osob setkáváme častěji s větším rizikem sebevražedného jednání (Nováková, 2011, s. 52).

Mlýnková (2011, s. 63) se zmiňuje o 5 překážkách, které mohou rodinným příslušníkům znesnadňovat péči o seniora závislého na péči. Jako první překážku uvádí nevyhovující bydlení v malém bytě a ztrátu soukromí. Další se týká zaměstnanosti střední generace, která chodí do práce a nemůže si dovolit zůstat doma a starat se o seniora. Třetí překážkou je velká pozornost zaměřená na děti ve vlastní rodině a starost o ně a vedení své vlastní domácnosti. Předposlední uvádí jako problém vzdálenosti, protože stárnoucí rodiče bydlí ve svém bytě a jejich děti od nich bydlí daleko. Jako poslední je vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora. Je velmi náročné, aby člověk ve středním věku měl na starosti svou vlastní rodinu, chodil do práce a současně se staral o seniora a jeho domácnost.

5 Metodologie výzkumu a jeho etické souvislosti

V této kapitole diplomové práce se budu zaměřovat metodologii výzkumu a jeho jednotlivé aspekty. Zaměřím se na etická hlediska výzkumu, cíl výzkumu a výzkumnou otázku, metody a techniky sběru dat. Popíši postup výběru výzkumného souboru, metody zpracování dat a průběh a realizaci výzkumu.

Výzkumná část práce mé diplomové práce vychází z opory v odborné literatuře a je postavena na kvalitativním výzkumu metodou polostrukturovaných rozhovorů s osobními asistenty s využitím postupů zakotvené teorie pro jejich zpracování.

5.1 Etické souvislosti výzkumu

V každém výzkumu je třeba dbát etických pravidel. Důležitým prvkem výzkumu je zachování soukromí účastníků (Hendl, 2005, s. 153).

Obecným pravidlem, které chrání účastníky ve výzkumu, je informovaný souhlas. Poskytuje jistotu, že účastník rozumí povaze, účelu a použití výzkumného modelu a je si vědom rizik, výhod i nevýhod souvisejících s účastí na výzkumu. Každý z účastníků se do výzkumu musí zapojit zcela dobrovolně a má právo kdykoliv ze svého rozhodnutí odstoupit (Mioviský, 2006, s. 280-281).

Dalším pravidlem výzkumu je jeho provedení v souladu se Zákonem č. 101/2006 Sb., o ochraně osobních údajů. Dle tohoto pravidla jsou účastníci předem informováni o tom, kdo a za jakým účelem bude mít přístup k získaným informacím a také o anonymitě získaných informací a dat (Mioviský, 2006, s. 282-283).

V realizovaném výzkumu jsem po rodinách ani po samotných seniorech souhlas nepožadovala, protože jejich účast na výzkumu byla nepřímá. Také já sama jsem seniory ani jejich rodiny neznala. Avšak současně, jsem musela postupovat tak, abych neohrozila jejich anonymitu. Anonymita komunikačních byla zachována použitím fiktivních jmen seniorů, jejich rodin a také osobních asistentek, které osobní asistenci poskytovaly a byly ve výzkumu v roli komunikačních partnerek. Z téhož důvodu byl zachován v anonymitě také poskytovatel osobní asistence.

Před zahájením každého rozhovoru byly komunikační partnerky ujištěny o zachování jejich anonymity, použití a využití rozhovorů sloužících jen pro účely vypracování této diplomové práce.

5.2 Výzkumná otázka a cíle výzkumu

Výzkumný problém by měl dle Švaříčka (2007, s. 64-65) vycházet z definice výzkumných cílů. Poukazuje na význam získávání nových nepředpokládaných odpovědí, jak je tomu i u tohoto výzkumu. Diplomová práce si stanoví jako výzkumný problém proces spolupráce rodinných příslušníků o seniora, závislého na péči při současném využívání služby osobní asistence. Výzkumný problém je v diplomové práci zaměřen na osobní a profesní zkušenosti, ze kterých plynou rizika, ale mohou také přinést pozitivní užitek v podobě osobních a profesních zkušeností, které mohou poukazovat na potenciální úspěch výzkumníka, jak uvádí Strauss (1999, s. 22-23).

Výzkumná otázka se zaměřuje na konkrétní zkoumání aspektu vlivu spolupráce osobního asistenta s rodinnými příslušníky nesoběstačného seniora, jemuž je poskytována služba osobní asistence.

Naplňování cíle jsem začala již v konceptuální části, kdy jsem se snažila pomocí dostupné literatury a legislativního ukotvení získat dostatečné informace o zkoumané oblasti. Cenné informace jsem také získala během své práce v sociální službě, poskytující osobní asistenci. Výzkumná část tedy navazuje na poznatky z konceptuální části. Jak uvádí Švaříček (2007, s. 62 - 64), hned na počátku je důležité si ujasnit cíle výzkumu. Ty spolu s výzkumnými otázkami tvoří „pomyslný kompas“, který nám ukazuje, kterým směrem se máme při výzkumu ubírat.

Cílem výzkumu je provést s konkrétními osobními asistenty polostrukturované rozhovory metodou zakotvené teorie a zjistit aspekty ovlivňování spolupráce osobních asistentů s rodinnými příslušníky při péči o nesoběstačného seniora.

Výzkumné otázky by měly mít podobu tázacích vět s jasnou formulací (Švaříček, 2007, s. 69). Spolupráci osobního asistenta s příbuznými seniora, jemuž je poskytována služba, považuji za stěžejní pro poskytování péče nesoběstačnému seniorovi dle jeho individuálních potřeb.

Z toho důvodu si kladu **hlavní výzkumnou otázku**, „Jak ovlivňuje podobu služby osobní asistence spolupráce osobního asistenta s rodinou seniora, závislého na péči jiné osoby z pohledu osobního asistenta?“

5.3 Metody a techniky sběru dat

Kvalitativní přístup je přístupem, využívajícím jedinečnosti a neopakovatelnosti jevů, jejich kontextuálnosti, procesualnosti a dynamiky (Miovský, 2006, s. 18). Gavora

(2000, s. 31) uvádí že, kvalitativně orientovaný výzkum se zaměřuje na hlubší pochopení zkoumaného jevu bez nenumernického šetření s cílem vytvořit novou teorii a porozumění. Typický je malý počet záměrně komunikačních partnerů. Posláním kvalitativního výzkumu je porozumět lidem v sociálních situacích. Závěry kvalitativního výzkumu mají sice nízkou reliabilitu, ale na druhé straně relativně vysokou validitu (Disman, 2006, s. 289).

Diplomová práce je příkladem kvalitativního výzkumu dle Hendla (2005, s. 50), kdy si výzkumník na začátku zvolí téma a určí hlavní výzkumnou otázku, kterou může během výzkumu či v jeho průběhu modifikovat nebo doplňovat individuálně o další otázky. Z toho důvodu bývá označován také jako pružný typ výzkumu, kdy výzkumník vyhledává a rozebírá jakékoli informace, které přispívají k ujasňování výzkumných otázek. Kvalitativním výzkumem, konkrétně technikou polostrukturovaných rozhovorů jsem s využitím zakotvené teorie získala potřebná data.

Všechny komunikační partnerky jsem osoba znala ze své předchozí práce osobní asistentky. Z toho důvodu jsem u všech komunikačních partnerek použila v rozhovorech komunikaci formou tykání.

Pro splnění výzkumného cíle a získání odpovědi na hlavní výzkumnou otázku jsem si původně stanovila jednu otevřenou otázku (nyní v seznamu otázka č. 2), po které mělo následovat volné vyprávění komunikační partnerky v rámci narativního přístupu. Protože se mi tato metoda při prvním rozhovoru neosvědčila (popisuji v podkapitole 5.5), stanovila jsem následující tazatelské otázky, které sloužily jako návod pro získání všech důležitých informací.

1. Stručně mi popiš rodinu seniora a jeho bytové podmínky.
2. Řekni mi, jak se ti s rodinou spolupracuje při poskytování osobní asistence seniorovi, který je závislý na péči?
3. Kdo o seniora nejvíce pečuje a zapojuje se do poskytování služby?
4. Jak často a prostřednictvím jaké komunikace jsi s rodinou seniora v kontaktu?
5. V čem ti může být v průběhu poskytování osobní asistence rodinný příslušník nápomocný?
6. Uveď pozitiva spolupráce rodiny.
7. Uveď negativa spolupráce rodiny.
8. Jak vypadá práce se seniorem bez přítomnosti rodinných příslušníků?
9. Jaké vztahy s rodinou seniora máš?
10. Ovlivňuje stupeň závislosti seniora na péči spolupráci s rodinou?

11. Jak rodina vnímá rostoucí nesoběstačnost seniora?
12. Jak ovlivňuje střídání osobních asistentek spolupráci s rodinou?
13. Jak vnímáš nutnost zaučení osobní asistentky u tohoto seniora?
14. Jak si myslíš, že se rodina dívá na tvou práci?
15. S kým vycházíš v rodině nejlépe?
16. Obrací se na tebe rodina s požadavky? Jaké to jsou?
17. V jakých případech se obracíš ty na rodinu s požadavky?
18. Uveď typický příklad spolupráce.
19. Uveď naopak příklad, kdy v rodině spolupráce nefungovala.
20. Jak probíhá v rodině rozhodování o záležitostech seniora?
21. Kolik hodin denně a kolik dní v týdnu je osobní asistence seniorovi poskytována?
Vyhovuje tento rozsah seniorovi?
22. Jak senior vychází s dětmi v rámci rodiny?
23. Kterého člena či členy rodiny má z tvého pohledu senior nejvíce rád a proč?
24. Daří se ti spolupracovat s rodinou seniora tak, aby se naplňovala jeho přání?

Tyto otázky nemusely zaznít všechny; záleželo na to, jak se rozhovor ubíral a k čemu se vyjadřovaly komunikační partnerky. Tazatel si může formulaci otázek částečně upravit nebo pokládat doplňující otázky, ale musí dostat odpověď na všechny své otázky. Při rozhovoru můžeme použít také upřesňování, ověřování či vysvětlování, aby komunikační partner odpovědi pochopil (Miovský, 2006, s. 160).

Metodu kvalitativního výzkumu, zakotvenou teorii, Hendl (2005, s. 125-128) popisuje jako strategii výzkumu a zároveň způsob analýzy získaných dat. Cílem výzkumu zakotvené teorie je návrh teorie pro fenomény v dané situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka. Vznikající teorie je zakotvená v datech, která byla získána v průběhu studie. Zvláštní pozornost se zaměřuje na jednání a interakci sledovaných jedinců a procesů v daném prostředí do té doby, dokud další data nepřispívají k vývoji teorie. V rámci diplomové práce (a při výzkumném souboru omezeném časovými možnostmi) ovšem nelze nasycení teorie dosáhnout. Jsem si tohoto omezení vědoma a se zřetelem k tomuto je třeba nahlížet i na výsledky.

Dále Hendl ve své knize (2005, s. 246-252) uvádí jako součást zakotvené teorie tři části kódování, otevřené, axiální a selektivní. Tyto procedury představují různé způsoby práce s textem, pomocí kterých výzkumník pracuje. Výzkumník může jednotlivými částmi

přecházet, ale na začátku vždy začíná analýza otevřeným kódováním a končí spíše kódováním selektivním.

Strauss (1999, s. 42) definuje otevřené kódování jako „*proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání a konceptualizace a kategorizace údajů.*“ Údajům získaných pomocí rozhovorů přiřazujeme vyšší kategorie a tyto kategorie poté sdružujeme kolem jednoho fenoménu.

Při otevřeném kódování výzkumník vyhledává při čtení rozhovorů v textu určitá témata a přiřazuje jim označení (kódy). Tato fáze slouží k získání seznamu jednotlivých témat, které tvoří celé téma výzkumu a podněcuje ho k hledání dalších témat (Hendl, 2005, 247-248).

5.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor představovaly osobní asistentky, docházející vykonávat osobní asistenci do rodin, ve kterých poskytovaly osobní asistenci nesoběstačnému seniorovi. Jednalo se o nesoběstačné seniory, kteří měli podstatné omezení tělesných či duševních schopností včetně jejich kombinace a nebyli schopni bez pomoci rodiny a osobní asistence zvládat základní činnosti sebeobsluhy v každodenním životě.

Výzkumný soubor se v mém výzkumu odvíjel od jeho cíle a zkoumaných oblastí. Jako nejlepší vzhledem k reprezentativnosti výzkumu jsem zvolila metodu záměrného či účelového výběru (Miovský, 2006, s. 137, Reichel, s. 80). Záměrný výběr je typický tím, že se účastníci cíleně volí podle určitých vlastností nebo stavu - kritériem výběru může být např. příslušnost účastníka k určité zkoumané skupině osob. Vybíráme jen takové jedince, kteří toto kritérium splňují a zároveň jsou ochotni se výzkumu zúčastnit (Miovský, 2006, s. 135). „*Záměrný výběr je potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí.*“ (Gavora, 2000, s. 144).

5.5 Průběh a realizace výzkumu

Výzkum zaměřený na rozhovory byl proveden s osobními asistentkami – ženami, které pracují v organizaci poskytující osobní asistenci v rámci sociálních služeb poskytovaných ve městě Ostravě a jejím okolí. Výběr výzkumného souboru jsem provedla sama na základě znalostí zdravotního stavu klientů osobní asistence a na základě studia individuálních plánů klientů. Poté jsem v dostatečném předstihu ústně (prosinec 2015) oslovila potencionální vhodné komunikační partnery. Jednalo se o pět osobních asistetek, které docházejí do rodin, pečujících o seniora závislého na péči. Z toho jedna osobní asistentka odmítla spolupráci hned

při počáteční žádosti o spolupráci. Žádná osobní asistentka neodstoupila od spolupráce v průběhu výzkumu. Jelikož se jedná o povolání pomáhající profese, které vykonávají převážně ženy, jsou mé rozhovory prováděny s osobními asistentkami – ženami, a proto v následující části práce budu užívat pojem „osobní asistentka“ či „komunikační partnerka“.

Každou osobní asistentku jsem seznámila s tématem diplomové práce, s jejími cíli, s cíli samotného výzkumu a požádala, zda by byly ochotny se mnou udělat rozhovor, a tím se zúčastnit výzkumu k mé diplomové práci. Tím jsem získala předběžný souhlas a domluvila jsem si s nimi konkrétní schůzku (únor 2016). Každá osobní asistentka si mohla vybrat, v jakém prostředí by chtěla, aby rozhovor probíhal (u ní v domácnosti, na pracovišti organizace, popř. i jinde) a čas setkání. Záměrem bylo zajistit každé osobní asistentce soukromí v bezpečném a nerušeném prostředí. Výhodou bylo, že jsem všechny komunikační partnerky osobně znala ze své předchozí práce, což mi umožnilo snadnější přístup ke komunikačním partnerkám a jejich větší otevřenost.

Před začátkem rozhovoru jsem každé komunikační partnerce důkladně vysvětlila a představila téma diplomové práce, cíl rozhovoru, účel získaných informací a další postup nakládání s informacemi. Dále jsem každou komunikační partnerku informovala o naprosté anonymitě rozhovoru, v jehož zápisu nebudou uvedeny žádné skutečnosti, které by mohly vést k odhalení jejich identity. Poté jsem se každé komunikační partnerky zeptala, zda mohu rozhovor nahrávat a dostala jsem souhlas k uskutečnění rozhovoru. Původně jsem zamýšlela provádět výzkum formou narativních rozhovorů, tedy takovým způsobem, aby se při položení první otevřené otázky komunikační partnerka volně rozpovídala. Při prvním realizovaném rozhovoru se mi tato metoda neosvědčila z důvodu velmi stručných a krátkých odpovědí komunikačních partnerek. Proto jsem ihned přistoupila k vytvoření komunikačních kazatelských otázek.

Tazatelské otázky k rozhovoru jsem měla napsané na papíru, ale snažila jsem se o to, aby se komunikační partnerky rozpovídaly co nejvíce samy, čímž informace pak dostaly i určitý kontext. K volnému rozpovídání komunikační partnerky je měla vést již druhá otázka, zaměřená cíleně na spolupráci osobní asistentky s rodinou seniora. Dle získaných informací jsem pokládala další, předem připravené otázky, které jsem měla dopředu vyzkoušené, aby vše probíhalo co nejpřirozeněji. V případě, že komunikační partnerky nerozuměly otázce, jsem otázku zopakovala či lépe popsala, abych měla jistotu, že ji komunikační partnerka dobře pochopila, popř. jsem přidala další, doplňující otázku. Rozhovory trvaly v průměru 20 – 30 minut. Výzkumný soubor uvádím v profilu komunikačních partnerek, seniorů a jejich rodin.

5.6 Metody zpracování dat

Kvalitativní analýzu definuje Hendl (2005, s. 223) jako umění zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a získat odpověď na výzkumnou otázku. Všechny provedené rozhovory byly ze záznamového zařízení přepsány do písemné podoby metodou doslovné transkripce, o níž píše Hendl (2005, s. 208), která umožnila zvýraznit důležité části rozhovorů a zaznamenat neverbální projevy v rozhovorech. Jedná se o časově velmi náročnou proceduru, ale zároveň však velmi cennou pro podrobné vyhodnocení získaných dat.

V rámci mého výzkumného šetření bylo důležité pracovat zejména s obsahem dat získaných rozhovory, z toho důvodu jsem provedla tzv. redukci prvního řádu (Miovský, 2006, s. 209-210). Při přepisu jsem celý text nechala v hovorové češtině. Aby byla zajištěna plynulost rozhovoru, odstranila jsem pouze zjevnou slovní vatu a některá bezvýznamná citoslovce. Poté jsem ručně kódovala rozhovory v souladu s metodou zakotvené teorie, složené ze tří částí, otevřeného, axilárního a selektivního kódování. Analýzu jsem tvořila postupně od otevřeného kódování až po kódování selektivní. Cílem tohoto postupu bylo ze získaných dat prostřednictvím rozhovorů, nalézt společná témata a zařadit je do jednotlivých kategorií. Až poté byla z takto získaných informací provedena celková analýza rozhovorů.

5.7 Profily komunikačních partnerek, seniorů a jejich rodin

Pro bližší specifikaci výzkumného souboru uvedu u každé komunikační partnerky seniora, kterého osobní asistentka v rozhovoru popisovala a jeho rodinu. Popíšu poměry, fungování rodiny a vzájemnou spolupráci všech zúčastněných s osobní asistentkou.

5.7.1 Renata a rodina paní Sylvy

První komunikační partnerkou byla osobní asistentka paní Renata. Poskytuje osobní asistenci paní Sylvě, které je 85 let, trpí demencí, která se stále zhoršuje. V domácím prostředí se orientuje a pohybuje sama, v jiném prostředí potřebuje pomoc další osoby. Bydlí sama v panelákovém bytě, kde je spokojená, má zde svůj klid a soukromí. V pracovní dny za ní dochází od 9 do 13 hodin osobní asistentka. Osobní asistentka podává paní Sylvě snídani a oběd, který jí přiváží dovážková služba až do bytu. Pomáhá paní Sylvě s hygienou, vyplněním jejího volného času, s chodem domácnosti a také s běžným úklidem.

Odpoledne za paní Sylvou dochází jedna z jejích dvou dcer nebo syn, když jdou z práce. Donesou jí běžný nákup, který již dopoledne sestavuje osobní asistentka se seniorkou. Větší nákup hygienických potřeb, pomůcek a léků, či jednání s úřady, plánování lékařů zajišťuje mladší dcera paní Sylvy. Ta také spravuje její finance a nakládá s nimi, aby paní Sylva měla vždy všechno včas zapláceno a měla vše co potřebuje vzhledem ke svým potřebám. Z důvodu zdravotního stavu seniorky (její špatné paměti), jejího samostatného bydlení a střídání se rodinných příslušníků během týdne musí osobní asistentka velmi úzce spolupracovat s rodinou paní Sylvy – především s mladší dcerou, na kterou se obrací nejčastěji se svými požadavky a nejasnostmi, aby ji informovala, co se v domácnosti seniorky průběžně děje. Paní Sylva se není schopná se o sebe vzhledem k progresi nemoci postarat a mít na svou situaci objektivní názor. Zde se proto objevují odlišné názory rodiny a paní Sylvy. Rodina chce pro paní Sylvu to nejlepší (ovšem z jejich pohledu) a rozhoduje za ni. Paní Sylva to však nese špatně a chce si do určité míry rozhodovat o svých věcech sama. O své trápení se pak dělí s osobní asistentkou, která je jí nejbližší osobou, jež ji vždy vyslechne, snaží se jí pomoci, popř. komunikuje s rodinou o dalších možnostech řešení.

O víkendech chodí paní Sylva k jednomu ze tří dětí. V pátek připraví a sbalí osobní asistentka potřebné věci na víkend. Paní Sylva tyto přesuny nese špatně. Necítí se tam doma. Navíc se tam objevují celý víkend pravnoučata, která jsou pro ni již hodně živá a hlučná. Všechny děti paní Sylvy mají problém se smířit s postupným zhoršováním zdravotního stavu jejich matky. V souvislosti se zhoršováním zdravotního stavu seniorky chtějí starší dcera a syn umístit svou matku do pobytové institucionální péče, a to i přes nesouhlas její nesouhlas. O tomto řešení také začíná uvažovat i mladší dcera, která je ovlivňována svými dvěma sourozenci i když ví, že by seniorka v domově strádala.

5.7.2 Michaela a rodina pana Josefa

Druhou komunikační partnerkou byla osobní asistentka Michaela, která dochází v rámci osobní asistence k panu Josefovi. Panu Josefovi je 79 let. Jeho zdravotní stav je víceméně stabilizován. Pan Josef je schopen chodit jen s chodítkem v rámci svého bytu, a to s pomocí další fyzické osoby. V době nepřítomnosti této osoby je upoután na lůžko. Bydlí sám v panelákovém bytě. Je zde spokojený, má zde své soukromí a svůj klid. Jeho mladší dcera bydlí v témže domě. Má tak nad ním dohled, chodí ho tam navštěvovat, stará se o něj, zjišťuje mu všechnu potřebou péči, vaří obědy, dělá nákupy, komunikuje s úřady atd.

Kromě mladší dcery má pan Josef další dvě děti – starší dceru a syna. Starší dcera ani syn se do péče o svého otce nezapojují a chodí za ním spíše na návštěvy jednou za čas, když jedou kolem. Pana Josefa však pravidelně navštěvuje jeho vnučka i vnuk, kteří se mu snaží zpestřit každodenní stereotyp přípravou jeho oblíbeného jídla.

Osobní asistence je panu Josefovi poskytována v pracovní dny od 14 do 16 hodin. O víkendech zajišťuje potřebou péči jeho mladší dcera. Osobní asistentka poskytuje panu Josefovi oporu a pomoc, kterou potřebuje při přesunu po bytě, přihřívá či dovařuje mu oběd, povídá si s ním na jeho oblíbená témata z mládí, či s ním poslouchá hudbu. Osobní asistentka, v případě nutnosti spolupracuje, při osobní asistenci s mladší dcerou pana Josefa. Většinu organizačních věcí si je pan Josef schopen zvládnout sám, včetně nakládání s financemi. Mladší dcera pana Josefa je smířená se zdravotním stavem svého otce a toleruje jeho názory a přání, včetně jeho přání zůstat doma a nejit do zařízení institucionálního typu.

5.7.3 Pavla a rodina pana Richarda

Třetí komunikační partnerkou byla osobní asistentka Pavla. Poskytuje osobní asistenci panu Richardovi, kterému je 65 let. Pan Richard trpí roztroušenou sklerózou a vlivem této nemoci je upoután na lůžku a je plně závislý na péči další fyzické osoby. Jeho zdravotní stav je stabilizovaný. Bydlí v dvougeneračním rodinném domě, který má cela přizpůsobený svému onemocnění. V domě bydlí se svou o deset let mladší manželkou a synem v jedné bytové jednotce. V druhé bytové jednotce bydlí jeho matka. Manželka pana Richarda ještě stále pracuje, a proto v době její nepřítomnosti tj. v pracovní dny od 8 do 12 hodin je panu Richardovi poskytována osobní asistence. Osobní asistentka provádí panu Richardovi hygienu, podává mu snídani a oběd, který mu chystá den dopředu jeho manželka. Dále mu pomáhá se zařizováním lékařů, úřadů, vyřizuje jeho dokumentaci a pomáhá mu s vyplněním jeho volného času. Po příchodu z práce se o pana Richarda stará jeho manželka.

Osobní asistentka spolupracuje s rodinou pana Richarda jen v opravdu nutných situacích, vyžadujících okamžité řešení (zhoršení zdravotního stavu). V takovém případě se obrací na matku pana Richarda, která s ním v domě bydlí, a také telefonicky informuje jeho manželku. Matka pana Richarda se jinak do asistence nezapojuje ani nezasahuje. Manželka pana Richarda je s jeho zdravotním stavem smířená a snaží se péči o svého manžela zajistit ku prospěchu všech.

5.7.4 Nikola a rodina paní Blaženy

Čtvrtou komunikační partnerkou byla osobní asistentka Nikola. Poskytuje osobní asistenci paní Blaženě, které je 69 let. Paní Blažena trpí roztroušenou sklerózou. Z důvodu této nemoci je upoutána na lůžko a je plně závislá na péči další fyzické osoby. Její zdravotní stav se často mění, není úplně stabilizován. Bydlí v panelákovém bytě, který není dobře přizpůsoben jejímu zdravotnímu stavu. Bydlí zde však se svým manželem, který pomáhá v případě potřeby osobní asistentce. Manželce poskytuje nezbytnou péči, avšak sám některé úkony nezvládá. Jedná se především o úkony spojené s přesunem paní Blaženy pomocí zvedacího zařízení. Paní Blažena se přesunů se svým mužem bojí, protože jí již několikrát při těchto přesunech ublížil. Manžel tak zajišťuje péči především jen na lůžku, vaří obědy, stará se o domácnost, obstarává nákupy, zařizuje záležitosti spojené s lékaři, úřady a vše, co je spojeno s chodem domácnosti.

Osobní asistentka v rámci poskytované asistence, v pracovní dny od 13 do 16 hodin, zajišťuje hygienu paní Blaženě v koupelně a zajišťuje přesuny z lůžka na vozík za pomoci zvedacího zařízení, provádí běžný úklid v pokoji paní Blaženy, žehlí její prádlo, povídá si s ní na různá témata apod.

K paní Blaženě docházejí na návštěvu také její dvě dcery. Jednou za týden za ní dochází starší dcera, která dle výroku osobní asistentky poskytuje matce především psychickou podporu, také si s ní povídá a lakuje jí nehty, aby byly dle představy paní Blaženy. Mladší dcera dochází na návštěvu jen za účelem vyzvednutí svých dětí, které manžel paní Blaženy čas od času vyzvedává ze školy a hlídá je. Paní Blažena má ze svých vnuček velkou radost a ráda je vidí. Mladší dcera se do péče o svou matku vůbec nezapojuje.

Spolupráce manžela paní Blaženy s osobní asistentkou probíhá dle domluvy, podle aktuální situace jejího zdravotního stavu paní Blaženy. Manžel je ochoten v případě potřeby osobní asistentce pomoci. Domluva probíhá také na základě domluvy s paní Blaženou, která chce, aby byl vyslyšen její názor a aby byl použit také v praxi. Manžel paní Blaženy není úplně smířený s jejím zdravotním stavem. Dle osobní asistentky se úměrně se zhoršujícím se zdravotním stavem paní Blaženy zhoršuje zdravotní stav jejího manžela, který trpí po psychické stránce.

5.7.5 Dana a rodina pana Kamila

Pátou komunikační partnerkou byla osobní asistentka Dana. Poskytuje osobní asistenci panu Kamilovi, kterému je 97 let. Bydlí v dvougeneračním rodinném domě se

svým synem a snachou. Pan Kamil bydlí v jedné bytové jednotce a jeho syn s manželkou v druhé. Je takto zvyklý žít a je spokojený. Překážkou v pohybu po bytě mu je špatná chůze, proto využívá chodítko a potřebuje také pomoc další fyzické osoby. Jeho zdravotní stav je víceméně stabilizovaný.

Asistence je panu Kamilovi poskytována od 9 do 13 hodin. Asistentka podává panu Kamilovi ráno snídani, provádí hygienu, běžný úklid a také si s panem Kamilem povídá na různá témata, která ho zajímají. Ještě před odchodem z domu mu vydává oběd, který panu Kamilovi v pracovní dny dovážejí. Snacha je za pomoc osobní asistentky vděčná, protože si může sama od péče odpočinout. V době nepřítomnosti osobní asistentky v odpoledních hodinách a o víkendech - zajišťuje péči o pana Kamila včetně vaření obědů jeho snacha. Za tuto péči jí však pan Kamil platí ze svých zdrojů, protože má obavy ze situace, že by o něj snacha přestala pečovat a on by musel jít do institucionálního zařízení.

Péči o pana Kamila v průběhu asistence ztěžuje osobní asistentce i panu Kamilovi rodina tím, že někdy není ohřátá voda na koupaní z důvodu šetření energiemi (teplá voda je jen večer, když je zapnuto topení). Syn pana Kamila, který s ním v domě bydlí, se do péče o svého otce vůbec nezapojuje. Zakazuje také seniorovi chodit s asistentkou ven. Dcera pana Kamila bydlí daleko a kontakt s ním udržuje převážně jen prostřednictvím telefonické komunikace přes osobní asistentku. Sám pan Kamil telefonovat nemůže, protože je nedoslýchavý a hovor z telefonu neslyší. Jednou za čas však také přijede dcera za panem Kamilem na návštěvu a pomáhá tím, že vždy doveze velký nákup. Spolupráce osobní asistentky s rodinou probíhá bez problémů. Pan Kamil je schopen a chce rozhodovat o všech svých záležitostech. Snacha jeho zdravotní stav i rozhodnutí respektuje, zasahuje jen do medikace v případě zhoršení zdravotního stavu pana Kamila.

5.8 Rozhovory s následnou analýzou inspirovanou postupy metody zakotvené teorie

Polostrukturované rozhovory byly přepsány a poté zpracovány, aby byla vytvořena analytická kostra příběhu za kterou Švaříček (2007, s. 36-37) považuje základní analytický příběh. Cílem vytvořené kostry příběhu je nalezení jednotící linie a zaměření se na klíčová tvrzení a ústřední zkoumaný jev. Skupiny podobných či úzce souvisejících pojmů byly zařazeny do vytvořené obecnější pod kategorie.

U každé kategorie byly určeny její vlastnosti a postupně v průběhu pročitání jednotlivých rozhovorů byl doplňován rozsah. Ze všech rozhovorů bylo získáno třináct

kategorií, které byly rozděleny dle řádného uvážení do pěti zkoumaných oblastí. Pro větší přehlednost celého výčtu jsou níže uvedeny přehledné tabulky. Hendl (2005, s. 247-248) celý tento proces nazývá otevřené kódování.

5.8.1 Otevřené kódování: kategorie/ vlastnosti/ dimenze

Tabulka 2: I. Kategorie: MOBILITA

vlastnosti	rozsah
omezená	- nutnost dopomoci v domácím prostředí dva senioři a ve venkovních prostorech tři senioři - nutnost dopomoci do schodů tři senioři
bez omezení	- pouze v domácím prostředí jeden senior
imobilní	- dva senioři
formy kompenzace	- kompenzační pomůcky (zvedák, invalidní vozík, chodítko) - sanita
bytové podmínky	- přizpůsobené- nepřizpůsobené - společné - samostatné

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 3: II. Kategorie: RODINA A PEČUJÍCÍ O NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA

vlastnosti	rozsah
osoby blízké	- manžel - výjimku tvoří o generaci starší osoba tj. matka pečuje o syna
širší rodina	- děti – vnuci – pravnuci - snacha
vytíženost	- dosah pomoci nejbližších - senior jako překážka - návštěvy (1 krát týdně, náhodile, s pravidelností, jednou za čas, jen s osobního profitu)
kooperace	- velmi dobrá – dobrá - jen v případě nutnosti

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 4: III. Kategorie: FINANČNÍ STRÁNKA

vlastnosti	rozsah
finanční zajištění	- stálý příspěvek pouze u partnera jeden senior - penze všichni senioři - příspěvek na péči všichni senioři v rozsahu 3-4 stupně závislosti - úspory
náklady na péči	- osobní asistence všichni senioři - rodinní příslušníci jeden senior ve formě nadstandardní odměny
zvládání finančního zabezpečení	- pod kontrolou - pod kontrolou s velkými výdaji

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 5: IV. Kategorie: VZTAHY A KONFLIKTY

vlastnosti	rozsah
mezi členy rodiny	- bezproblémové - citlivé – narušené – chladné - podmíněné strachem - uplácující si náklonnost
mezi osobní asistentkou a klientem	- velmi dobré ve všech případech - dávání si dáreků u příležitostí čtyři senioři
mezi osobní asistentkou a rodinou	- výjimečně napjaté obecně však dobré - pravidelné - pomáhající – vstřícnost – ochota – rovnost - osobní asistentka mediátorem mezi klientem a rodinou - snaha o udržení vztahu přáním či dárkem

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 6: V. Kategorie: RESPITNÍ PÉČE

vlastnosti	rozsah
osobní asistence v rámci poskytovaných sociálních služeb města Ostravy	- všechny komunikační partnerky
organizování a rozsah pomoci	- denně v pracovní dny v rozsahu 2 – 4 hodiny

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 7: VI. Kategorie: OSOBNÍ ASISTENCE

vlastnosti	rozsah
fluktuace a důvody fluktuace	- žádná - minimální – výjimečná - zaučení max. 3 osobních asistentek
vazba klienta na osobní asistentku	- závislost: – úplná – částečná - odmítavý postoj
motivace osobní asistentky	- radost z práce a dobrovolnost u všech
důležitost zaučení	- u všech

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 8: VII. Kategorie: KOMUNIKACE

vlastnosti	rozsah
telefonická	- mobilem dobrá - problémová
osobní domluva	- dle aktuálního stavu - potřeb
písemná	- vzkazy na stole
zvláštnosti	- přizpůsobení komunikace seniorovi

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 9: VIII. Kategorie: FORMY POMOCI A PÉČE

vlastnosti	rozsah
nákupy	- donáška: - rodinou - osobní asistentkou
strava	- donáška – dovoz - příprava doma - dovaření
organizování času, aktivit apod.	- objednání k lékaři - zajištění služeb: - kadeřnictví - obědů
základní	- zajištění léků- zprostředkování lékařské pomoci - zajištění léčného režimu - kontrola zdravotního stavu – hygiena - pitný režim
zvláštní	- úprava lůžka a jeho okolí - komunikace s úřady - dohled nad účty - dohled nad dokumentací - organizace rodinných událostí - snídaně do postele

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 10: IX. Kategorie: ZDRAVOTNÍ STAV

vlastnosti	rozsah
aktuální	- kompenzovaný dva senioři
progrese	- stagnace ve fázi mobility dva senioři - postupující dva senioři - výrazná jeden senior
demence	- napjaté vztahy- problematická komunikace - problémové plánování péče - větší míra trpělivosti a časové dotace
dušení zdraví	- velmi dobré - promítá se do něj progrese – ovlivnění demencí - důležitost klidu a vyrovnanosti - neklid vyvolaný nejistotou – zhoršení ve fázi neúplné momentální kompenzace
u rodiny	- souvisí se zdravotním stavem seniora- závislost na seniorovi

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 11: X. Kategorie: PROBLEMATICKÉ OBLASTI

vlastnosti	rozsah
zázemí	- vztahové: - nenaslouchání potřebám a přáním seniora – nátlak - konflikty - rozhodování za seniora – nevěle - nerespektování – nepochopení - fyzické: nešetrná manipulace - prostorové: málo místa - fyzikální: teplo – voda - technické: elektřina - plyn
pasivita	- rodinných příslušníků
pomluvy a urážení	- výčitky v souvislosti s hygienickými návyky - malou soběstačností

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 12: XI. Kategorie: PREDIKCE BUDOUCNOSTI

vlastnosti	rozsah
z pohledu rodiny	- nejistota – neplánování - předpokládání zhoršení – neřešení situace - odchod do instituce
z pohledu seniora	- obavy u všech seniorů - strach z bezmoci a závislosti na instituci - strach z opuštění - sebezapření - přerušení kontaktů

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 13: XII. Kategorie: POTŘEBY A PŘÁNÍ

vlastnosti	rozsah
seniora	- míra rozhodování o: - stravě – oblečení – nákupu – financích - aktivitách – hygieně - akutní důležitost - častější pobyt venku – návyky - rituály - režim - společnost lidí – vděk – respekt - tolerance – neslouchání – empatie – jistota - zvládání strachu - stálá asistentka - být „ve svém“
rodina	- zbavit se zátěže - potřeba respitní péče - stálá asistentka - priority: - klid – odpočinek - peníze
asistentka	- větší kompetence v rozhodování péče - v plánování péče – vděk – ocenění: pozvání - dárek - účast na rodinné akci

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 14: XIII. Kategorie: GENDER

vlastnosti	rozsah
senior	- muži 3 - ženy 2
osobní asistentka	- muži 0- ženy 5
Coppingové strategie	- muži: - únik – obrana – neúčast - nutné zapojení - pouze v jednom případě pečoval o seniora muž - ženy: - aktivní zapojení - péče o seniora – psychická – podpora - péče za úplatu - ve dvou případech náhodné zapojení do péče z důvodu vzdálenosti a pasivního jednání

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 15: Souhrn všech kategorií a jejich oblastí

OBLASTI	KATEGORIE
SPOLUPRÁCE OSOBNÍ ASISTENTKY, RODINY A SENIORA	- mobilita - rodina a nesoběstačnost - respitní péče - osobní asistence
POMOC A POSKYTOVANÁ PÉČE	- formy pomoci a péče - finanční stránka
KOMUNIKACE A PROBLÉMOVÉ OBLASTI	- komunikace - problémové oblasti
VZTAHY V RODINĚ Z POHLEDU OSOBNÍ ASISTENTKY	- vztahy a konflikty - potřeby a přání - gender
SOBĚSTAČNOST	- zdravotní stav - predikce budoucnosti

Zdroj: Vytvořeno autorkou dle uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami

5.8.2 Axiální kódování: paradigmatický model

V průběhu axiálního kódování tvoří výzkumník „osy“ propojující jednotlivé kategorie. Hledá další kategorie a koncepty, které mají společnou souvislost tak, aby

odhalil vztahy mezi různými kategoriemi. Tím se stimuluje výzkumníkovo uvažování a je schopen propojit koncepty a témata, vytvořit nové otázky či navrhnout opuštění od některých nedůležitých témat na úkor témat důležitějších (Hendl, 2005, s. 248).

Tabulka 16: Axiálně kódovací paradigmatický model

Fenomén	Spolupráce osobní asistentky s rodinou seniora závislého na péči jiné osoby včetně seniora samotného.
Kauzální podmínky	Navázání spolupráce, organizace spolupráce, nesoběstačnost.
Kontext	Pro mobilitu, neschopnost zvládnout to sám bez dalších, vytíženost, nutnost kooperace, genderové rozdíly pečujícího a seniora
Intervenující podmínky	Finance, vztahy, konflikty rodiny, závislost, komunikace, vše co usnadňuje zvládnutí a spolupráci všech, vazby, potřeby a přání.
Akce a strategie jednání	Organizace a plán péče, formy a způsoby poskytování finančního zajištění a respite péče, zvládnutí problémových oblastí včetně mediace v konfliktech.
Následky	<p>Pozitiva: zvládnutí, snížení obav strachu z progresu, ovlivnění vztahů, dobrá organizace, zlepšení duševního zdraví, eliminace konfliktních situací v důsledku pochopení a náhledu na problematiku, dobrý příklad pro další generaci, ukázka vhodné komunikace, předávání informací.</p> <p>Negativa: gradace konfliktů, zhoršení zdravotního stavu seniora, vyčerpání pečujícího.</p>

5.9 Selektivní kódování: závěrečná fáze zakotvené teorie

Poslední fází je selektivní kódování, kterému zpravidla předcházejí dva již uvedené typy kódování. V této části výzkumník hledá případy, které mu ilustrují témata, provádí jejich porovnání a rozeznává kontrasty mezi nimi. Tímto postupem výzkumník volí hlavní témata a kategorie, která budou hlavní součástí vznikající teorie. Pro konkrétní nástin problematiky byla provedena následná analýza, zahrnující stěžejní a autentické prvky, které mapují jednotlivé kategorie takto (Hendl, 2005, s. 251).

6 Výsledky výzkumu

Poslední část své práce se zaměřuji na vyhodnocení výzkumu, který proběhl s osobními asistentkami jakožto komunikačními partnerkami. Jména komunikačních partnerek, jakožto autorek výroků získaných z rozhovorů uvádím vždy v závorce za citací.

Z analýzy rozhovorů zaměřených na spolupráci osobních asistentek, poskytujících osobní asistenci nesoběstačným seniorům a jejich rodinám v rámci sociálních služeb města Ostravy, vyplývá následující.

6.1 Spolupráce osobní asistentky, rodiny a seniora

Osobní asistence je všem nesoběstačným seniorům poskytována celý týden od pondělí do pátku v rozsahu 2 – 4 hodiny denně v časovém období, kdy jsou jejich rodinní příslušníci v práci a nemohou péči zajistit sami. Ukázalo se, že jen v jednom případě se staral manžel, který byl v důchodu také, avšak neměl však síly, aby celkovou komplexní péči sám zajistil.

Jak dotazované komunikační partnerky vypověděly, všichni senioři byli omezeni v pohybu (dva senioři byli dokonce zcela imobilní) a potřebovali pomoc v případě, že se objevila překážka schodů a také prostředí mimo jejich domov, které dobře neznali. Jen jeden senior byl schopen se sám pohybovat ve svém známém domácím prostředí. Senioři při pohybu používali zvedák, invalidní vozík, chodítko, a v případě vzdálenějšího transportu k lékařům také sanity.

Ve výzkumu se ukazuje, že důležitým faktorem spolupráce je fyzická manipulace se seniory, přizpůsobení a uspořádání domácnosti jejich zdravotnímu stavu. Nepřizpůsobení domácnosti ztěžuje péči, omezuje pomoc další osoby. Při výkonu osobní asistentce pomáhal osobní asistentce manžel, pokud byl přítomen. V případě, že manžel seniorky musel odejít, musela si osobní asistentka pomoci v malém prostoru sama: *„je tam málo místa, ale velice mi pomáhá při přejezdu z předsíně do koupelny, kde je schod.“* (Nikola) Malé prostory a nešetrné zacházení v takových prostorách stupňují strach seniora z pádu: *„manžela se bojí, manžel se zbrklý, hodněkrát manželce ublížil.“* (Nikola)

Z rozhovorů vyplynulo, že celkově na spolupráci všech zúčastněných má vliv forma bydlení seniora. Pokud senior bydlel sám, asistentka ani senior neměli s rodinou tak častý osobní kontakt, a to ani přesto, že k seniorovi někdo z rodiny docházel denně. To dokazují výpovědi Renaty: *„Ve většině případů se v péči střídáme.“* *„Každý den za ní*

chodí jedno z jejich tří dětí...“ „...podle toho jsem se na ně obracela, aby něco dokoupili, přikoupili, že něco chybí.“ Je však zřejmé, že chybí každodenní kontakt jen jedné pečující osoby se seniorem a jeho domácností pro lepší organizovanost o domácnosti seniora a jeho péče.

Na přímou otázku: *„Jak se ti s rodinou spolupracuje při poskytování osobní asistence seniorovi, který je závislý na péči?“* odpověděly osobní asistentky ve čtyřech případech, že se jim spolupracuje „dobře“, či dokonce „velmi dobře“. V jednom případě spolupráce s rodinou dle výpovědi asistentky neprobíhala. Ke spolupráci byla rodina nucena jen v opravdu důležitých momentech při náhlém zhoršení zdravotního stavu seniora. Nejbližší osobou, se kterou mohla osobní asistentka v takovém případě spolupracovat, byla maminka seniora: *„Takže, jelikož jsem na asistenci sama, kromě maminky, která do asistence nezasahuje, tak nemám jak s rodinou spolupracovat. Když už však potřebuji něco opravdu důležitého vyřešit, tak jdu za maminkou, nebo volám manželce seniora.“*(Pavla)

Pokud však spolupráce v rodině fungovala, zastupoval „spolupráci rodiny“ vždy převážně jen jeden člen rodiny – žena: *„Všechnu péči týkající se hygieny, nákupů zajišťuje pouze mladší dcera“*.....(Michaela) *„Nejvíce se stará nejmladší dcera, protože zabezpečuje celkový chod té domácnosti. Ta vyřizuje od lékaře, od úřadu, od běžných nákupů, dalo by se říct všechno.“* (Renata) V jednom případě také fakticky probíhala spolupráce osobní asistentky se snachou a v jednom také s mužem – manželem seniorky: *„Manžel mi rád pomůže.“* *„Je velmi ochotný, vstřícný, dokáže mi pomoci.“* (Nikola)

Za dobrou spolupráci považují všechny osobní asistentky **dobrou komunikaci** a **domluvu na základě převážně telefonické komunikace**, méně v rámci osobního kontaktu z důvodu pracovního vytížení. Tři asistentky se dokonce zmiňují o převzetí a **zastoupení** v péči o seniora v případě, že asistentka nemůže na asistenci dojít: *„Když potřebuji volno, tak ráda převezme péči za mě“* (Dana) *„Když už já teda nemůžu, tak za mě zastupuje dcera.“* (Renata) *„Když nemůžu já, tak seniorka nikoho jiného nechce a odmítá asistenci.“* (Nikola) Všechny tři osobní asistentky zde zdůrazňují, že díky tomuto nemusí dojít ke střídání asistentek, což je pro dobro seniora. V případě, že má dojít ke střídání asistentek, tak s tím senior nesouhlasí *„na střídání asistentek je háklivý“* (Dana) *„nepřeje si střídání osobních asistentek, říká, že nikoho jiného tam nechce“* (Renata) a vyžaduje pomoc rodiny, která na jeho přání bere ohled. Z výpovědi asistentek je patrné, že senioři mají s asistentkami navázaný vztah.

To ukazují také výpovědi dalších dvou asistentek: senioři přijmou střídání asistentek jen pokud už k němu musí dojít. Chtějí však max. tři dobře zaučené osobní asistentky, které se u něho střídají a plnohodnotně se zastoupí, protože: *„Bez zaučení tam prostě nemůže být nikdo. Nezaučená – neví. Zaučená ví všechno.“* (Pavla)

Také osobní asistentka je ochotna spolupracovat s rodinou tak, aby si navzájem předávali důležité informace, týkající se zdravotního stavu seniora a související s jeho reakcemi: *„Nejčastěji řešíme zdravotní stav seniora, jeho potřeby a nálady. Objasňuje mi zdravotní stav a podstatu jeho nálady, kterou má.“* (Dana) *„.....potřebuji zpětnou vazbu, jak co řešili, abych já na ně mohla navázat. Abych nechtěla po seniorce něco jiného, než chtěli oni.“* (Renata) Jelikož osobní asistentka je se seniorem jen určitý úsek dne, tak potřebuje znát souvislosti v podobě informací, které jsou důležité k další práci s ním. Jedna asistentka se dokonce zmiňuje o tom, že bez každodenní spolupráce s rodinou si asistenci nedokáže představit. Z toho vyplývá, že spolupráce osobní asistentky s rodinou zajišťuje mnohem kvalitnější poskytování služby.

6.2 Pomoc a poskytovaná péče

Ukázalo se, že co se pomoci týče, rozlišují osobní asistentky převážně **pomoc „opravdovou“** a pomoc prostřednictvím **zájmu o seniora**. „Opravdovou“ pomocí se rozumí: nákup pro seniora, zajištění obědů, hygiena, pitný režim, komunikace s lékaři, zajišťování zdravotnické péče, zajištění léků a chystání léků, dohled nad dokumentací, komunikace s úřady, zastoupení osobní asistentky v době nepřítomnosti, popř. zajištění služeb, jakými jsou dovážka obědů, kadeřnické služby, organizování rodinných událostí či úprava lůžka a snídaně do postele.

Výzkum přinesl poznatek, že „opravdovou“ pomoc zastávala vždy osoba pečující o seniora, která také nejbližší spolupracovala s osobní asistentkou. Obě spolupracovaly také na hodnocení celkového zdravotního stavu seniora. Jen v případě jedné rodiny zastávala všechny tyto činnosti, mimo chystání léků, osobní asistentka: *„Věci, které potřebuji, tak si vyřeším sama, ať je to telefonicky, ať je to lékař, ať je to úřad, ať je to kdokoliv, tak to řeším sama.“* (Pavla) Asistentka věděla, kde má senior veškerou dokumentaci, znala jeho hesla i telefonní čísla.

Další osoby v rámci rodiny, které neposkytovaly „opravdovou pomoc“, nebyly tak do spolupráce s osobní asistentkou vtaženy. Někteří do pomoci seniorovi nebyli vtaženi vůbec a jen malá část udržovala s osobní asistentkou pouze telefonický kontakt a zajišťovali pomoc prostřednictvím „zájmu o seniora“ popř. po telefonické domluvě

zajistili pomoc v podobě nákupu. V jednom případě docházela dcera, si se seniorkou povídat a lakovat jí nehty, aby jí poskytla „psychickou pomoc.“

Ukázalo se, že vnoučata poskytují pomoc v případech dvou seniorů. V jednom případě jen po domluvě ve výjimečných situacích, vyžadujících fyzickou sílu. Ve druhém případě se jednalo o pravidelné návštěvy vnuka seniora, a to za účelem povídání si, radosti a změny stereotypu: „*Senior je moc rád, protože ví, že vždycky donese na snídani párečky, které má rád a taky ho vezme z postele do kuchyně ke snídani.*“ (Michaela) A také jeho vnučky, která mu uvaří jeho oblíbené jídlo.

Ze všech rozhovorů je patrné, že ve výjimečné situaci ohrožující zdraví nebo na zvláštní přání seniora je pečující osoba vždy ochotna se aktivně zapojit do činnosti v průběhu asistence: „*....kdy bylo seniorovi opravdu špatně a nechtěl, abych volala záchrannou službu. Tak jsem volala dceři, jak tu situaci budeme řešit a dcera mě tam potom vystřídala.*“ (Michaela) „*Pomáhá mi jen na nějaké zvláštní přání seniora, ve výjimečné věci, např. při výrobě švédských kapek.*“ (Dana).

Péče o nesoběstačné seniory jejich rodinnými příslušníky má jiný průběh o víkendu, či jindy v čase, kdy osobní asistentka zrovna asistenci nevykonává.

Dle výpovědi komunikačních partnerek mají největší podíl na péči osoby mimo asistenční hodiny právě osoby poskytující seniorům „opravdovou pomoc.“ V jednom případě, kdy „opravdovou pomoc“ poskytuje v době asistence asistentka a mimo asistenční hodiny přebírá roli asistentky manželka seniora. Z výzkumu vyplývá: ve dvou případech se starají mimo asistenční hodiny partneři seniorů, v jednom případě dcera seniora, v jednom případě se u seniora střídají mimo asistenční hodiny tři sourozenci, včetně víkendů a v jednom případě se o seniora stará snacha. U té se však ukazuje jako u jediné, že péči vykonává za peníze: „*Snacha se stará za finanční odměnu – řekla bych nadstandardní.*“ (Dana) Senior dává dle asistentky často najevo: „*Péče je taková jen kvůli té úplatě.*“ (Dana) Informace o penězích – úplatě za péči (a to podle všeho nezanedbatelné) – zaznívá na několika místech rozhovoru. Peníze tedy mohou ovlivňovat chování snachy vzhledem k seniorovi a také k osobní asistenci, která přitom v jiném momentu rozhovoru (ze samého začátku) tvrdí: „*snacha je velmi milá, obětavá, jde se s ní na všem domluvit.*“ (Dana) Daný senior snaže peníze dává v obavě, že jinak by o něj postaráno nebylo.

Z rozhovorů je ovšem zřejmé, že všichni senioři, až na jeden případ, mají s ohledem na své možnosti o svých financích přehled a rozhodují o nich dle svého uvážení. Ve třech z pěti rozhovorů se ukázalo, že děti se do péče o své rodiče – nesoběstačné seniory - ve větší či menší míře zapojují vždycky. Ve dvou rozhovorech se však ukázalo,

že to není pravidlem a i přesto, že spolu bydlí, či se vzájemně navštěvují. V prvním ze dvou zmíněných rozhovorů se ukázalo, že syn se do péče nezapojuje a nemá ani zájem se jakýmkoli způsobem zapojit i přes to, že bydlí ve stejném domě. *„Za celou dobu poskytování osobní asistence se nepřišel ani podívat.“* (Dana) Tento syn dokonce v jistém smyslu v poskytování asistence vyloženě brání – je proti tomu, aby osobní asistentka brala seniora na vycházku.

V jiné rodině není do péče zapojena jedna z dcer. Svou matku a svého otce sice navštěvuje, dle výpovědi osobní asistentky, jen z důvodu vyzvednutí svých dětí od rodičů, u kterých jsou na hlídání. Manžel seniorky děti vyzvedne ze školy a pečuje o děti až do té doby než si je dcera přijde vyzvednout. Tento fakt dokládá výpověď osobní asistentky: *„Do péče se vůbec nezapojuje. Ta přijde na oběd, posbírání dětí a jde.“* (Nikola)

6.3 Komunikace a problémové oblasti

Z rozhovorů vyplývá, že asistentky se snaží dle možností komunikovat se seniorem a jeho rodinou. Přizpůsobují svou náplň práce aktuálním potřebám každého seniora a komunikaci vzhledem k jeho zdravotnímu stavu: *„Snažím se vždycky, aby mě i seniorka pochopila.“* (Renata) Pocit pochopení je pro seniora velmi důležitý, aby se cítil součástí procesu a neměl pocit, že za něho rozhoduje někdo jiný. Potřebuje cítit, že rodina i osobní asistentka naslouchá jeho potřebám a přáním.

Nátlak na seniora, nerespektování a nepochopení jeho potřeb, v něm vyvolává konfliktní jednání ve vztahu k rodině a pocitu smutku. Tento stav se postupně promítá do dalšího jednání seniora, který si na svou rodinu osobní asistentce stěžuje, jakožto nestrannému člověku, nezataženému do rodinných vtažů. Zde je pak osobní asistentka v tzv. trojúhelníku v komunikaci se seniorem, rodinnými příslušníky a jí, jakožto zástupcem sociální služby: *„Já jsem v rodině takový člověk, který urovnává neshody mezi rodinou a seniorkou. Protože seniorka chce všechno nejlépe pro sebe a rodina ji za některé věci odsuzuje, dívá se na všechno moc odborně, určuje seniorce, co má dělat, a to se jí nelíbí.“* (Renata)

I rodinní příslušníci si mohou asistentce stěžovat na seniorovo jednání, zpravidla vyplývající ze zhoršující se soběstačnosti a zdravotního stavu. Rodina to mnohdy není schopna akceptovat: *„...že jejich matka, která předtím byla úplně super, tak že se jim takhle zhoršuje anebo to taky vnímají tak, že si z nich dělá srandu.“* (Renata)

V druhém případě taktéž osobní asistentka propojuje komunikaci mezi snachou a dcerou seniora, které mezi sebou vzájemně nekomunikují, a také mezi seniorem a jeho

dcerou. Výhodou osobní asistentky je opět, že je vnější, a tak nezatažená do rodinných vztahových emocí. Z toho vyplývá, že má pro seniorku má velký přínos nejen v asistenci.

Z rozhovorů dále vyplynulo, že překážku při poskytování osobní asistence mohou působit malé prostory bytu, a tím v další souvislosti i nešetrnost při manipulaci se seniorem. Pokud má senior s manipulací špatné zkušenosti, tak se další manipulace bojí: „*Manžela se bojí, manžel je zbrklý, hodněkrát manželce ublížil, takže ho moc nechce.*“ (Nikola) Dalšími překážkami, které ztěžují seniorovi i osobní asistence průběh osobní asistence jsou problémy s plynem, elektřinou, vodou a teplem. „*No, někdy je v bytě pana Kamila zima – nechtějí zajistit teplo, teplou vodu v rámci šetření. Když topí plynem, tak druhý den není teplá voda a já musím ohřívat vodu na sporáku.*“ (Dana) Není bez zajímavosti, že jde o téhož seniora, který vlastní snaše platí za péči poskytovanou o víkendech.

S rodinou seniora spolupracují osobní asistentky prostřednictvím telefonické komunikace, písemné komunikace, či formou osobní domluvy. V případě, že pečující osoba bydlí se seniorem ve společném domě či domácnosti, je zde mnohem častější osobní kontakt s pečující osobou nebo i ostatními členy rodiny, což je pro kvalitní spolupráci důležité. V případě, že senior bydlí ve vlastním bytě bez rodinných příslušníků, je dle výpovědí komunikačních partnerek, ve vzájemné spolupráci osobní asistentky s rodinou upřednostňována písemná komunikace formou vzkazů na stole, nebo na základě telefonického kontaktu: „*musím být u mobilu seniorky a domlouváme se mobilem.*“ (Renata) V jednom případě se také stává, že se dcera přijde jen tak na asistenci podívat nebo i osobně domluvit když něco potřebuje. V dalším se také ukázala naprostá pasivita některých rodinných příslušníků vzhledem ke vztahu k seniorovi.

6.4 Vztahy v rodině z pohledu osobní asistentky

Z výpovědí komunikačních partnerek vyplynulo, že vztahy mezi rodinou a seniorem jsou různé. Od bezproblémových a citlivých, po narušené, chladné a podmíněné strachem.

Tři asistentky také hovoří o strachu seniora hovořit o některých věcech před rodinnými příslušníky: „*když nejsou rodinní příslušníci doma, tak s panem Kamilem plánujeme, povídáme si a uskutečňujeme činnosti, které bychom nemohli provádět v jejich přítomnosti.*“ (Dana) Jeden senior dokonce konzultuje s osobní asistentkou své finance, které dává svým rodinným příslušníkům. Tímto senior zasvěcuje osobní asistentku do svých těžkostí v oblasti rodinných vztahů.

Senioři chtějí, aby jim bylo nasloucháno, byli pochopeni, mohli co nejdéle rozhodovat o svých záležitostech a mít jistotu jak finanční, tak také jistotu, že se o ně někdo postará, když jim bude nejhůř. Jeden se seniorů se bojí, že pokud dobře finančně neohodnotí pomoc rodiny – především snachy, tak se o něj tak nepostará: „*Dává často najevo, že její péče je taková jen kvůli úplatě.*“ (Dana)

Jinou seniorku trápí, když nemůže rozhodovat o vlastních záležitostech: „*Např. jí rodina mluví do jídla. To se seniorka dokáže v ten moment se rozhodnout, co bude chtít nebo co si objedná na oběd.*“ (Renata)

Některé věci, které slyší, se seniora dotýkají. Pro svou citlivost vnímá mnohem intenzivněji nízkou toleranci svých blízkých a malý vděk za to, co pro rodinné příslušníky udělal. Jedna seniorka kupř. hůře nese, že ji rodinní příslušníci mluví do každodenních návyků, rituálů, oblečení, režimu dne: „*....., že se musí každý den sprchovat a často si mýt hlavu. Přitom ona na to není v takové míře zvyklá a taky v tom jejím věku už nemá takovou potřebu o sebe dbát, jako když chodila do práce. Také jí mluví do oblečení, co si má oblékat, když jde např. k lékaři.*“ (Renata)

Dle výpovědí asistentek si ve čtyřech případech z pěti senioři rozhodují o záležitostech sami. Jedná se o: nákup potravin, nakládání s penězi, hygienu, úklid, finanční odměnu a také o aktivity, na kterých se s osobní asistentkou domluví. Ovšem, co se týká náplně aktivit, je z jednoho rozhovoru zřejmé, že o nich nerozhoduje jen senior, ale že mu do rozhodování zasahuje syn: „*Když řeknu, že bude pěkné počasí, tak mám v plánu vzít pana Kamila ven na procházku, ale rodina pana Kamila, hlavně jeho syn, nesouhlasí a nechce to.*“ (Dana) Senior z toho důvodu ven nechodí. Bojí se, že by se na něho jeho syn či také snacha naštváli a chodí ven jen tajně: „*Byl se mnou venku, jen když nebyli doma.*“ (Dana) Snacha se někdy snaží ovlivňovat náplň práce osobní asistentky, ale dbá i přes její odlišný názor, na názor seniora: „*Byl jasně proti a vysloveně si nepřál, abych v době asistence chodila na náměstí pro obědy.....,snacha s tím nesouhlasila a řekla, že si to máme udělat, jak chceme.*“ (Dana) Z toho vyplývá, že se senior opravdu sám domlouvá s osobní asistentkou na činnostech, které si sám přeje a osobní asistentka se snaží jednat v jeho zájmu. Existuje však jedna oblast, o které rozhoduje jen snacha, a tou je dávkování léků přesto, že senior ani osobní asistentka nejsou stejného názoru. „*snacha rozhoduje o tom, jak mu navýší léky, když vidí, že se jeho zdravotní stav zhoršil.*“ (Dana)

Ve třech případech se v rodině objevily vztahy také s nejmladšími členy rodiny – pravnuky seniorů. V jednom případě byl vztah velmi intenzivní a pravnucci byli u seniorky a jejího manžela často na hlídání. V dalším případě vychází senior v rodině s pravnučkem

dobře a rád ho odměňuje – uplácí si jeho pozornost. Nemá však rád situace, kdy se pravnukek zapojuje do rozhovorů, které nejsou úměrné jeho věku. V posledním případě má seniorka děti ráda, ale vzhledem k jejímu věku a onemocnění, jí stačí jen malý kontakt s malými dětmi: *“Seniorka má děti ráda, ale taky ji někdy rozčilují. Hlavně když jezdí na víkendy ke svým dětem. Ty tam mají taky vnučata, která jsou hlučné, a seniorka chce mít svůj vlastní klid.”* (Renata) Seniorka potřebuje být ve svém prostředí, které zná a kde se cítí dobře: *„O víkendu, kdy seniorka nemá osobní asistenci, jezdí k jednomu ze svých dětí. Ale tam není spokojená, protože vždycky si tam připadá nějak navíc, naobtěž nebo nadbytečná. Necítí se tam prostě doma.“* (Renata)

Na otázku: *„Kterého člena rodiny má z tvého pohledu senior nejvíce rád a proč?“* odpověděly osobní asistentky ve dvou případech, že se jednalo o osobu pečující a zajišťující „opravdovou“ pomoc. V jednom případě zmínila osobní asistentka maminku seniora: *„Svojí maminku miluje nadevšechno. I při hádce s manželkou, i se synem, říká, že má jediné svoji maminku na světě. A říká, že maminka je jediná, která ho miluje a která chce pro něho dobro.“* (Pavla) Další rozhovor ukázal, že senior má rád všechny stejně bez rozdílu. V posledním případě asistentka na stejně položenou otázku neuvedla žádného konkrétního člena rodiny. Uvedla sebe sama, jakožto člověka, u kterého senior vidí, že o něj pečuje s láskou a že ho má upřímně rád. Dobrý vztah osobní asistentky k němu není podmíněn penězi, strachem, ani obavami, tak jak to senior cítí u ostatních členů rodiny.

Na otázku vztahu osobní asistentky se seniorem ze všech rozhovorů vyplynulo, že všichni senioři mají s osobními asistentkami velmi dobrý vztah. Mnohdy jde ještě o lepší vztahy, než má senior se svými rodinnými příslušníky. Ve dvou případech je dokonce zřejmé, že má lepší vztah s osobní asistentkou, nežli se samotnou pečující osobou. Čtyři z pěti seniorů myslí na významné události, jakou jsou narozeniny, svátek, Vánoce, a své osobní asistence dávají malou pozornost.

Z odpovědí zaměřených na vztah, v rozhovorech vyplynulo, že se osobní asistentka cítí ve vztahu s rodinou většinou dobře. Výjimečně jsou vztahy napjaté z důvodu nepochopení se, ale vždy se všechno vyřeší. V jednom případě je dokonce osobní asistentka přímo ve vztahu tzv. mediátora, který řeší ke společnému prospěchu všechny situace a nedorozumění, které vznikají mezi rodinou a seniorem, anebo naopak.

Obecně z rozhovorů komunikačních partnerek vyplývá, že nestranným postojem si osobní asistentka zajišťuje, že ji rodina přijímá a respektuje. Asistentky vyzdvihují v rozhovorech rovnost vztahu s rodinou, jejich ochotu, vstřícnost a pomoc: *„Asistence je příjemná, taková domácí. Příjemné to tam je. Žádné povyšování, nadřazenost, prostě jsme*

si všichni rovni.“ (Nikola) Všechny asistentky uvedly, že se v rodinách cítí oceněny za svou práci, kterou vykonávají pro seniora. Rodina dává najevo osobní asistentce uznání: *„Obdivuje mě, že to tam teda zvládám, jak to tam zvládám, že to vůbec dokážu.“* (Renata) Ve všech případech rodina osobní asistentce děkuje. Ve čtyřech případech jí dává rodina také, u příležitosti narozenin či Vánoc, malou pozornost.

Osobní asistentka je rodinou vnímána velmi pozitivně také z toho důvodu, že rodině pomáhá zbavit se zátěže o nesoběstačného seniora, odpočinout si. To můžeme nazvat jako potřebu respitní péče, poskytovanou především pečujícím rodinnému příslušníkovi: *„Snacha pana Kamila potřebuje často relaxaci, např. ve formě plavání, saunování, kosmetiky, holiče. Zkrátka se potřebuje odreagovat. Říká, že je závislá na pomoci osobní asistentky, sama by celotýdenní péči nezvládla a navíc říkala, že by se zbláznila.“* (Dana) Upřednostňují stálou asistentkou pro svého seniora, na kterou se můžou spolehnout, že nahradí jejich péči stejně kvalitně ke spokojenosti seniora.

Výzkumu se zúčastnilo pět asistentek – žen, z nichž každá poskytovala osobní asistenci nesoběstačnému seniorovi. Jednalo se o tři muže seniory a dvě ženy seniorky.

Ve čtyřech případech z pěti z rozhovoru vyplývá, že muži v pozici synů zvolili únikovou strategii. Neúčastnili se přímé péče a zapojovali se jen v případech nutných, např. když byla potřeba fyzická síla, obstarání nákupů, odvoz k lékaři, popř. jen přátelská návštěva seniora s cílem jeho přihlídnutí. U jednoho seniora vykonával přímou péči muž, ten byl však v pozici manžela. Také v jednom případně můžeme dokonce považovat syna za jako nespolupracující a asistenci komplikující osobu, která nebere ohled na přání a potřeby seniora. Kdy si senior přeje jít ven, syn mu to však zakazuje. *„Rodina, hlavně jeho syn, nesouhlasí a nechce to.“* (Dana) Postupně svým názorem syn seniora ovlivňuje i svoji manželku, snachu seniora. Došlo k tomu v situaci, když syn spatřil snachu s asistentkou a seniorem venku: *„Ztropil scénu a od té doby byl se mnou venku jen, když nebyli doma.“* (Dana)

Ve čtyřech případech se ženy se na rozdíl od mužů zapojovaly do péče převážně aktivně. Ve dvou případech se jednalo o dcery a v dalších dvou případech o snachu a manželku.

V každé ze čtyř zmiňovaných rodin se rodině našla jedna žena, která o seniora nejvíce pečovala a poskytovala mu již zmíněnou „opravdovou“ pomoc. Jedna žena z pečujících poskytovala seniorovi však péči za úplatu. Ostatní členky rodiny se ve dvou případech zapojili do péče jen náhodně. Jedna z důvodu vzdálenosti a druhá z důvodu své positivity – myslela si, že je především dobrým zdrojem „psychické opory“ pro seniora.

6.5 Soběstačnost

Z rozhovorů vyplynulo, že seniorovu omezenou soběstačnost kompenzovala osobní asistentka v rámci poskytování služby osobní asistence. V době, kdy nebyla poskytována osobní asistence, zajišťovali péči rodinní příslušníci, převážně pečující osoby, poskytující „opravdovou“ pomoc. U všech seniorů byl jejich stav dobře kompenzován léky. V případě, že se zhoršoval, musela v některých případech zasahovat rodina: „*Např. snacha rozhoduje o tom, jak mu navýší léky, když vidí, že se jeho zdravotní stav zhoršil – opuchnou mu nohy, tak hned dává vyšší dávku...*“ (Dana) - i přes nesouhlas seniora. Bylo to způsobeno tím, že si rodinní příslušníci mysleli, že senior nemá takové schopnosti, aby vyhodnotil závažnost svého stavu a byl schopen vyvodit z něho důsledky. V situacích, kdy došlo k rapidnímu zhoršení zdravotního stavu seniora, volala osobní asistentka na pomoc rodinné příslušníky, aby jí pomohli situaci vyřešit: „*...když bylo seniorovi opravdu velmi špatně, ale nechtěl, abych volala záchrannou službu. Tak jsem volala dceři, jak tu situaci budeme řešit a dcera mě potom vystřídala.*“ (Michaela) Progrese nemoci u dvou seniorů stagnovala, u dvou seniorů se jednalo o postupné zhoršování nemoci a u jednoho seniora se stav jeho soběstačnosti výrazně zhoršoval.

Při zhoršování zdravotního stavu seniora, dochází ve všech případech k poklesu soběstačnosti a nárůstu míry péče o seniora, a to pečující osobou: „*...musí zajistit více věcí a úkonů péče. Takže, když se zhorší zdravotní stav seniora, tak na to doplácí snacha.*“ (Dana) Také se s poklesem soběstačnosti seniora zintenzivňuje spolupráce rodiny a osobní asistentky: „*... musíme začít třeba hlídat více léky, nebo že se senior musí vyloženě více pozorovat, jestli je všechno tak, jak má být. A v případě, když se zhoršuje zdravotní stav, tak jsem více připravena, mám mobil po ruce, abych v případě potřeby mohla volat dceři.*“ (Michaela) Dochází k větší intenzitě komunikace: „*Jak se zhoršuje zdravotní stav seniorky, tak narůstá větší komunikace s rodinou.*“ (Renata)

V jednom případě vedlo postupné zhoršování zdravotního stavu seniora k myšlenkám umístit seniora do instituce: „*Stupňuje se to, stupňuje se tlak rodiny (hlavně nejstarší dcery a syna) na to, že chtějí dát seniorku do domova.*“ (Renata) Tyto myšlenky měly osoby, i přesto, že to nebyly osoby zapojující se do péče o seniora, nejvíce. V jednom případě je z rozhovoru dokonce zřejmá přímá závislost zdravotního stavu seniora na zdravotním stavem pečující osoby: „*Ve chvíli kdy se seniorka zhoršuje, tak on se zhoršuje taky psychicky. On je na ní hodně závislý, ač si to nepřizná, ale je hodně závislý na ní.*“ (Nikola)

S mírou a druhem soběstačnosti seniora souvisí také druh jeho onemocnění. Nejhuře vnímala rodina nesoběstačnost seniora s demencí. I přesto, že senior nebyl zcela imobilní, potřeboval nejvyšší míru péče a nejvíce narušoval rodinné vztahy: „*Rodina vnímá nesoběstačnost velmi špatně. Byly situace, kdy mi volala, hlavně nejmladší dcera, co jí matka udělala, že si z ní dělá asi srandu a nedokázala pochopit, že je to všechno v důsledku nemoci, která se postupně takhle zhoršuje.*“ (Renata) Rodina neviděla opravdu zřejmé a jasné onemocnění, které by se projevovalo např. náhlým úbytkem fyzických sil a duševní poruchu neviděla jako nemoc, ba měla tendenci onemocnění bagatelizovat. Klesající soběstačnost seniorky se projevovала napjatými vztahy v rodině, problematickou komunikací rodiny s osobní asistentkou, která musí být pořád s rodinou ve spojení: „*...když přijdu na asistenci, tak vím, že musím být u mobilu seniorky a domlouváme mobilem, protože seniorka není schopná mi informace vyřídit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu.*“ (Renata)

Problematické bylo také v jednom případě plánování péče u dementní seniorky. Ukázalo se, že seniorka má raději asistentku, která akceptuje její nesoběstačnost a je k ní trpělivá, než rodinu, která ji nedokáže pochopit: „*...byla by radši, kdybych tam místo rodiny zůstávala odpoledne já, protože se mnou si více rozumí...*“ (Renata)

Z rozhovorů s osobními asistentkami vyplynulo, že rodinní příslušníci vnímají nesoběstačnost seniora jako zatěžující. Nesoběstačnost způsobuje jejich nejistotu, obavy ze zhoršování zdravotního stavu seniora a s tím související nemožnost plánování budoucnosti. Tuto situaci řeší každý z rodinných příslušníků jinak. Vždy je v rodině jedna osoba pečující o seniora, která mu poskytuje opravdovou péči pak také osoby řešící situaci apatií či únikem od řešení situace. Ve dvou případech chce dát dokonce někdo z rodinných příslušníků seniora do instituce pobytového typu a z toho v jednom případě i proti jeho vůli. U všech seniorů se asistentka zmiňovala o obavách různého typu. Jednalo se nejčastěji o strach z bezmoci, ze závislosti na instituci, přerušení kontaktů s rodinou, z opuštění nebo dokonce sebezapření.

ZÁVĚR

Magisterská práce se zaměřuje na téma spolupráce osobního asistenta s rodinou seniora závislého na péči jiné osoby. Jedná se o velmi aktuální téma dnešní doby v souvislosti s postupným upřednostňováním sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí osobám, které ji potřebují. Takto poskytované služby kladou důraz na individualitu každého člověka a pomáhají mu žít v jeho přirozeném prostředí, ve kterém je zvyklý.

Zvolená problematika je také diskutovaným tématem vzhledem k probíhajícímu procesu transformace, jehož cílem je rozšiřování terénních služeb, které jsou poskytovány v přirozené komunitě uživatele a podporují jeho sociální začleňování do společnosti, na rozdíl od služeb pobytových.

Diplomová práce pojednává o osobní asistenci jakožto službě, která poskytuje péči nesoběstačným seniorům ve spolupráci s jejich rodinnými příslušníky. Podporuje nezávislost, individualitu s cílem zachování integrity člověka při snížené soběstačnosti či nesoběstačnosti. Do tohoto procesu poskytování služby jsou zapojeni také rodinní příslušníci, kteří se vzhledem ke zdravotnímu stavu nesoběstačné osoby musí do poskytování osobní asistence zapojovat mnohem více, než kdyby osoba byla umístěna do pobytového zařízení. Je na každé rodině či rodinných příslušnících, jak se k tomuto problému postaví a jak jsou ochotni situaci společně řešit.

Cílem práce bylo je zjistit, jak ovlivňuje spolupráce osobního asistenta s rodinnými příslušníky podobu služby osobní asistence, která je poskytována nesoběstačnému seniorovi. Dále z pohledu osobního asistenta zhodnotit postoj samotných rodinných příslušníků k péči o seniora. Hlavní metodou tohoto cíle byl kvalitativní výzkum.

V prvních kapitolách práce je popsána služba osobní asistence a charakterizování její pracovníci – osobní asistenti, dále je pojednáno o procesu stárnutí v seniorském věku a o péči o seniory. Dále se věnuji problematice závislosti na péči jiné osoby v souvislosti se stářím či stárnutím a péči o seniora v domácím prostředí.

Výzkumná část práce obsahuje realizovaný výzkum, jehož cílem bylo pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjistit charakter spolupráce rodinných příslušníků při poskytování péče nesoběstačnému seniorovi ve spolupráci se službou osobní asistence. Dále tyto poznatky vyhodnotit pomocí kódování a metodou zakotvené teorie. Rozhovory

byly provedeny s pěti osobními asistentkami, v pozici komunikačních partnerek, které poskytují osobní asistenci konkrétnímu nesoběstačnému seniorovi.

Ve spolupráci s komunikačními partnerkami jsem získala potřebné informace, které vedly k naplnění cíle výzkumu a k zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která zněla: Jak ovlivňuje podobu služby osobní asistence spolupráce osobního asistenta s rodinou seniora závislého na péči jiné osoby z pohledu osobního asistenta. Z výzkumu vyplývá, že u nesoběstačných seniorů je osobní asistence poskytována každý den. Ve všech případech byla spolupráce rodinných příslušníků důležitá a potřebná.

Rodina byla vzhledem k typu poskytované sociální služby a ke zdravotnímu stavu seniora nucena aktivně s osobní asistentkou spolupracovat a v některých případech či situacích se na péči přímo podílet. Osobní asistentka poskytující péči nesoběstačnému seniorovi se bez nějaké formy spolupráce rodiny seniora neobejde. Ve třech případech z pěti vyplynulo, že není schopna sama zajistit dostatečnou kvalitu poskytovaných služeb.

Důležitým faktorem, který ovlivňuje spolupráci rodiny s osobním asistentem je uspořádání a přizpůsobení domácnosti zdravotnímu stavu seniora. Frekvenci spolupráce osobní asistentky s rodinou ovlivňuje a zvyšuje také situace, kdy senior bydlí sám ve své vlastní domácnosti bez rodinných příslušníků, které by měl v případě potřeby nablízku.

Všechny osobní asistentky si pod pojmem „dobrou spolupráce“ představily dobrou komunikaci s rodinou. Proto také spolupráce nejlépe fungovala, když se osobní asistentky u seniora nestřídaly. Rodina a osobní asistentka byly pro sebe navzájem důležitým zdrojem informací, pomocí kterých mohly v péči na sebe navzájem plynule navazovat. Mohly tak zajistit kvalitní péči o seniora v takové míře, kterou senior vzhledem k jeho individuálním potřebám vyžadoval. Také všichni senioři dle sdělení asistentek odmítali a nechtěli, aby se u nich osobní asistentky střídaly. Každý senior má svou oblíbenou osobní asistentku, která všechno ví, nemusí jí nic vysvětlovat a říkat. Na střídání osobních asistentek přistoupí jen v případě nutnosti.

Ve výzkumu se ukázalo, že pod pojmem „rodina“ se v každé rodině skrývala jedna osoba, která za péči a spokojenost nesoběstačného seniora odpovídala a zajišťovala také péči v době nepřítomnosti osobní asistentky. Tato pečující osoba s osobní asistentkou také nejvíce komunikovala a poskytovala seniorovi důležitou péči v době nepřítomnosti osobní asistentky, bez které by se senior neobešel. Ostatní rodinní příslušníci se do péče zapojovali s větší či menší pravidelností, ale poskytovali seniorovi spíše zpestření jinak stereotypního stylu života či psychickou podporu.

Pro celkovou spokojenost seniora při vzájemné spolupráci byl důležitý jeho pocit, že je respektován, vyslyšen jeho názor a že někdo naslouchá jeho potřebám a přáním. Pokud tento pocit senior neměl, jeho nespokojenost vyústila v konfliktní jednání či pocity smutku.

Osobní asistentka jakožto osoba nezatažená do rodinných vztahů, měla v rodině nesnadné postavení, protože se nacházela v pomyslném vztahovém a komunikačním trojúhelníku tvořeném seniorem, rodinnými příslušníky a jí, jakožto zástupcem sociální služby. Z toho důvodu se musela snažit zachovávat neutrální postoj, aby nedošlo ke zbytečným nedorozuměním.

Vztahy mezi seniorem a rodinnými příslušníky byly smíšené. Ovšem ve vztahu osobní asistentky a seniora, či osobní asistentky a rodiny byly vztahy vždy dobré. Ve dvou případech z pěti bylo zřejmé, že má senior lepší vztah s osobní asistentkou, nežli se samotnou pečující osobou. Rodinní příslušníci osobní asistentku respektují, vnímají ji jako člověka, který jim v péči pomáhá a o němž vědí, že se na něj mohou spolehnout.

Z výzkumného šetření vyplývá, že kontakt seniora s rodinou v jeho závěrečné etapě života je nenahraditelný a velmi důležitý. Avšak ne vždycky se senior setká u svých rodinných příslušníků s pochopením. Tento pocit nachází u osobní asistentky, která mu pomáhá se vyrovnat se všemi změnami doprovázející stárnutí a postupné ubývání sil seniora.

Práce jako celek věnuje pozornost životu seniora v rodině. Měla by sloužit k získání vhledu do problematiky péče o nesoběstačného seniora v rodině. Nabízí poznatky, jak pro pracovníky a studenty pomáhajících profesí, tak také pro rodinné příslušníky seniorů.

Tato práce byla pro mě velkým přínosem. Pomohla mi podrobně a do hloubky seznámit s předkládaným tématem, poznat různé přístupy rodinných příslušníků k péči o nesoběstačného seniora, jejich každodenní radosti i starosti související s péčí. Tímto patří obrovské díky všem pečujícím rodinným příslušníkům, kteří si zvolili tuto nesnadnou cestu, jak se o seniora postarat v mnohdy nejtěžší a nejsložitější etapě života.

Jev prodloužení střední délky života může každý člověk chápat různě. Na jedné straně se může bát toho, že bude déle starým člověkem. Na druhé straně se může radovat z toho, že mu bude dopřáno prožít delší dobu se svou rodinou a blízkými lidmi. Právě z těchto důvodů vidím velkou perspektivu služby osobní asistence, kdy jsou potřebné služby poskytovány přímo v domácnosti seniorů.

ANOTACE

Magisterská práce se zabývá spoluprací osobního asistenta s rodinou seniora, který je závislý na péči rodinných příslušníků. Cílem mé práce je zjistit, jakým způsobem ovlivňuje spolupráce rodinných příslušníků seniora s osobním asistentem, podobu poskytované služby – osobní asistence, a dále z pohledu osobního asistenta zhodnotit postoj samotných rodinných příslušníků k péči o svého seniora.

Konceptuální část se věnuje sociální službě osobní asistence, stárnutí v seniorském věku a péči o seniory, závislosti na péči jiné osoby v souvislosti se stářím a stárnutím a péči o závislého seniora v domácím prostředí. Výzkumná část se formou polostrukturovaných rozhovorů zaměřuje na pohled osobních asistentů, kteří pracují s nesoběstačnými seniory, na spolupráci s rodinnými příslušníky při poskytování osobní asistence.

Klíčová slova

Domácí prostředí, nesoběstačnost, osobní asistence, osobní asistent, péče, polostrukturované rozhovory, rodinný příslušník, senior, sociální služba, stárnutí, stáří, závislost.

ANNOTATION

Thesis deals with the cooperation of a personal assistant with the family of senior who is dependent on the care of family members. The aim of my work is to identify how cooperation of family members with personal assistant affects the form of services - personal assistance. And evaluate the approach of family members which take care of their senior, from the perspective of a personal assistant.

Conceptual part is devoted to social services of personal assistance, aging in the elderly and care for the elderly, dependancies on the care of another person in connection with old age and aging and care for dependent seniors at home. The research part is focused, by semi-structured interviews, on the view of personal assistants who work with

unselfsufficient seniors, on cooperation with family members in providing personal assistance.

Key words

The home environment, unselfsufficiency, personal assistance, personal assistant, care, semi-structured interviews, family members, seniors, social services, aging, age, dependency.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb	24
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Změny ve stáří dle Hrozenkové	20
Tabulka 2: I. Kategorie: MOBILITA	52
Tabulka 3: II. Kategorie: RODINA A PEČUJÍCÍ O NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA ...	52
Tabulka 4: III. Kategorie: FINANČNÍ STRÁNKA	52
Tabulka 5: IV. Kategorie: VZTAHY A KONFLIKTY	53
Tabulka 6: V. Kategorie: RESPITNÍ PÉČE	53
Tabulka 7: VI. Kategorie: OSOBNÍ ASISTENCE.....	54
Tabulka 8: VII. Kategorie: KOMUNIKACE	54
Tabulka 9: VIII. Kategorie: FORMY POMOCI A PÉČE.....	54
Tabulka 10: IX. Kategorie: ZDRAVOTNÍ STAV	55
Tabulka 11: X. Kategorie: PROBLEMATICKÉ OBLASTI.....	55
Tabulka 12: XI. Kategorie: PREDIKCE BUDOUCNOSTI.....	56
Tabulka 13: XII. Kategorie: POTŘEBY A PŘÁNÍ.....	56
Tabulka 14: XIII. Kategorie: GENDER	57
Tabulka 15: Souhrn všech kategorií a jejich oblastí.....	57
Tabulka 16: Axiálně kódovací paradigmatický model	58

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A PRAMENŮ

- ARNOLDOVÁ, A. 2015. *Sociální péče, 1. díl*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9899.
- BEKSOVÁ BRZÁKOVÁ, K. 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.
- CENTRUM PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE O.P.S. 2015. *Kvalifikační požadavky pro výkon práce osobní asistenta/-tky* [online]. [cit. 2015-11-9]. Dostupné z: http://www.czp-msk.cz/nabidka_prace.php
- DIESMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- GAVORA, P., KARGEROVÁ, J. a VALENTA, J. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-859-3179-6.
- GLENNER, J. a kol. 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál,. ISBN 978-80 -262-0154-0.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-4.
- HEUKE, M. 2014. *Zvládání problémových situací se seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HRDÁ, J. Nedatováno. *Osobní asistence, příručka postupů a rad pro osobní asistenty*. Praha: POV.
- HROZENSKÁ, M. a DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4139-0.
- KALVACH, Z., ČEVELA, R. et al. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3901-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 2011. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUČERA, A., VOSTŘÁLKOVÁ, J. et al. 2000. *IV. Gerontologické dny Ostrava (sborník)*. Ostrava : Dům techniky Ostrava. ISBN 80-02-01374-3.

- LUKASOVÁ, M. a HRADILOVÁ, A. 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. ISBN 978-80-87949-03-0.
- MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P. a KOLÁČKOVÁ J. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O., MUSIL, L. et al. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelsví 2. díl*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3185-8.
- NOVÁKOVÁ, R. 2011. *Pečovatelsví II., 1. díl*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-531-2.
- PACOVSKÝ, V. 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: SCIENTIA MEDICA. ISBN 80-85526-32-8.
- PRAŽŠKÁ ORGANIZACE VOZÍČKÁŘŮ. 2015. *Historie a cíle POV* [online]. [cit. 2015-11-11]. Dostupné z: <http://www.pov.cz/cz/prazska-organizace-vozickaru-pov>
- PROKOP, J., HERMANOVÁ, M. a ONDRÁČKOVÁ K. 2008. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. Brno: Curatio. ISBN 978-80-7013-487-8.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ROSLAWSKI, A. 2005. *Jak zůstat fit ve stáří*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0774-4.
- SAK, P. a KOLESÁROVÁ, K. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SOCIÁLNÍ DÁVKY 2014. *Sociální dávky pro důchodce* [online]. [cit. 2015-11-17]. Dostupné z: <http://socialni-davky-2014.eu/socialni-davky-pro-duchodce/>

STRAUSS, A., a CORBINOVÁ, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

STUART-HAMILTON, I. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.

SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4107-9.

SVOBODOVÁ, V., BRETŠNAJDROVÁ, M., EKSLEROVÁ, A. 2011. *Důstojně doma ve stáří i v nemoci (sborník z konference)*. Olomouc: Charita Olomouc. ISBN 978-80-260-1425-6.

SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontologie*. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠAMÁNKOVÁ, M., LEBEDOVÁ, Z. et al. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a v nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVARŤÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

UZLOVÁ, I. 2010. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-764-0.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, I. 2007. *Problematické situace péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.

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

WOLF, J., FREIOVÁ, E. et al. 1982. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.