



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Možnosti a perspektivy sblížení domácí a institucionální péče o seniory

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [Rehabilitace](#)

**Autor:** Lenka Hloušková

**Vedoucí práce:** PhDr. Jan Vitoň, Ph.D.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Možnosti a perspektivy sblížení domácí a institucionální péče o seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury. Má práce byla zkontrolována odbornou jazykovou korekturou.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....  
Lenka Hloušková

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Janu Vitoňovi, Ph.D., za cenné rady, věnovaný čas a odborné vedení, za jeho pomoc a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat paní ředitelce Domova Božice, p. o., Mgr. Ing. Ivaně Petráškové, MBA, za umožnění realizace výzkumu v daném zařízení a všem informantům, kteří se účastnili výzkumu v bakalářské práci.

## **Možnosti a perspektivy sblížení domácí a institucionální péče o seniory**

### **Abstrakt**

Bakalářská práce zaměřená na téma Možnosti a perspektivy sblížení domácí a institucionální péče o seniory se zabývá identifikací rozdílů domácí a institucionální péče o seniory a možnostmi využití nabízených služeb.

Teoretická část popisuje stáří, proměny provázející stáří (fyzické, psychické, sociální a ekonomické změny), institucionální péči o seniory v kontextu zdravotní a sociální péče a možnou adaptaci seniorů na podmínky institucionální péče. Poslední kapitola teoretické části se věnuje domácí péči o seniory, kde je popsána soběstačnost, potřeby seniorů a modely domácí péče.

Empirická část je zaměřena na výzkum a získání odpovědí na stanovené výzkumné otázky, které byly pro každou skupinu respondentů jiné. Výzkumný soubor byl tvořen šesti respondenty v institucionální péči ve věku 64 až 87 let, pro které bylo zvoleno zastoupení klientů z DPS Domova Božice, p. o. Druhý výzkumný soubor byl tvořen šesti seniory v domácí péči ve věku 72 až 89 let. Výzkumný soubor byl vybrán metodou sněhové koule. Pro výzkum byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu, jako forma sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. V rámci rozhovoru vznikly kategorie, které vedly k vyhodnocení dat a ty byly vyhodnoceny pomocí otevřeného kódování. Operacionalizace základních pojmů vycházela z výzkumných otázek.

Z výzkumu vyplývá, že je nutné seniorům a rodinám pečujícím o seniora v domácím prostředí podávat včasné informace o možnostech, které mají a které by jim v této nelehké situaci mohly pomoci. Pro některé by informovanost mohla zajistit delší pobyt v domácí péči či urychlení nástupu do konkrétního zařízení, kde by bylo o seniora řádně postaráno. Větší míra informovanosti by se pak mohla promítnout i v možnostech sblížení domácí a institucionální péče, ve kterých vidím možnou perspektivu.

Bakalářská práce bude sloužit jako zpětná vazba pro Domov Božice, p.o – Domov pro seniory, kde byl výzkum po písemném souhlasu paní ředitelky realizován. Výsledky výzkumu budou využity k identifikaci domácí a institucionální péči o seniory a jejich možné perspektivě sblížení.

**Klíčová slova**

Senior; Stáří; Institucionální péče; Domácí péče; Domov pro seniory; Rodina

# **Opportunities and perspectives of convergence and home care for the elderly**

## **Abstract**

The bachelor's thesis, is focused on the topic of possibilities and perspectives of convergence of home and institutional care for the elderly deals with the identifications of differences between home and institutional care for the elderly and the possibilities of using services that are offered.

The theoretical part describes the old age, changes accompanying old age (physical, psychological, social and economic changes), institutional care for the elderly in the context of health and social care and possible adaptation of seniors to institutional care. The last chapter of the theoretical part deals with home care for the elderly, which describes self-sufficiency, the needs of seniors and models of home care.

The empirical part is focused on research and obtaining answers to establish research questions, which were different for each group of respondents. The research group consisted of six respondents in institutional care aged 64–87 years, for whom the representation of the clients from the DPS of Home Božice p.o. The second research group consisted of six seniors in home care aged 72 to 89 years. The research set was selected using the snowball method. A qualitative research strategy was chosen for the research, and a semi-structured interview was used as a form of data collection. Categories were created during the interviews, that helped with the evaluation of the data and were conducted using open coding. The operationalisation of basic concepts was based on research questions.

The research shows that it is necessary to provide seniors and families caring for the elderly in the home environment with timely information about the possibilities they have and which could help them in this challenging situation. For some, the information could ensure a more extended stay in home care or speed up entry to a specific facility, where the senior would be appropriately taken cared for. A greater degree of informants could then be reflected in the possibilities of converging home and institutional care in which I see a possible perspective.

The bachelor's thesis will serve as feedback for the Božice p.o Home – Home for the Elderly, where the research was realized with the written consent of the director.

The results of the research will be used to identify home and institutional care for the elderly and their possible perspective of convergence.

**Key words**

Senior; Age; Institutional care; Home care; Retirement home; Family

## Obsah

<b>1. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Stáří .....</b>	<b>11</b>
1.1.1 Období stáří.....	11
1.1.2 Proměny provázející stáří .....	15
<b>1.2 Institucionální péče o seniory .....</b>	<b>19</b>
1.2.1 Zdravotní péče pro seniory .....	19
1.2.2 Sociálních služby pro seniory .....	21
<b>1.3 Adaptace seniora v institucionální péči.....</b>	<b>23</b>
1.3.1 Proces adaptace na nedobrovolné umístění do instituce.....	24
1.3.2 Adaptace na dobrovolný odchod do domova pro seniory .....	24
<b>1.4 Domácí péče o seniory .....</b>	<b>25</b>
1.4.1 Soběstačnost a potřeby seniorů.....	26
1.4.2 Modely domácí péče .....	27
<b>2. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>28</b>
2.1 Cíl práce .....	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
2.3 Operacionalizace pojmů.....	28
2.4 Etika výzkumu .....	30
2.5 Domov Božice, p. o.....	31
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>33</b>
3.1 Použitá výzkumná strategie.....	33
3.2 Polostrukturovaný rozhovor.....	33
3.3 Výzkumný soubor .....	34
3.4 Metoda sněhové koule.....	35
3.5 Způsob zpracování dat .....	35
3.6 Předvýzkum.....	36
3.7 Realizace výzkumu .....	36
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>38</b>
4.1 Výsledky rozhovorů s klienty DPS dle kategorizace.....	41
4.2 Výsledky rozhovorů se seniory v domácí péči dle kategorizace .....	49
<b>5. DISKUSE.....</b>	<b>58</b>



<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>66</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>70</b>
<b>8. SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>74</b>
<b>9. SEZNAM TABULEK A SCHÉMAT .....</b>	<b>77</b>
<b>10. SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>78</b>

## Úvod

Stárnutí je jediná spravedlivá etapa života, která potká každého z nás. Tento proces je jednosměrný a nevratný. Jde o individuální proces, který ovlivňuje celá řada faktorů.

Kdy vlastně začíná stáří? Každý z nás si na tuto otázku odpoví jinak, jelikož uvědomění si stáří provází mnoho fyzických, psychických a dalších změn, které ne vždy jsou ovlivněny věkem. Při těchto změnách mohou nastat různá omezení, kdy jedinec už není zcela soběstačný a je odkázán na pomoc druhých, nejčastěji rodiny. Jestliže rodina z jakýchkoliv důvodů není schopna poskytnout svému blízkému péči v domácím prostředí, nastává otázka, zda využít institucionální formy péče. Ne vždy je to tím nejlepším řešením, avšak někdy to může být tím jediným a zároveň nejlepším řešením.

Téma, které jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala, je mi velmi blízké, jelikož se chci po studiu věnovat sociální práci se seniory a nabyla jsem v této oblasti v rámci získaného dosavadního studia a osobního života určité praxe.

Cílem bakalářské práce je identifikovat rozdílnost domácí a institucionální péče o seniory a možnosti využití nabízených služeb.

Tato práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část se zabývá stářím, stárnutím a s ním spojenými změnami. Dále se zabývá institucionální péčí o seniory v rámci zdravotní a sociální péče v oblasti následně domácí péče o seniory, kde je popsána soběstačnost, potřeby seniorů a modely domácí péče.

V empirické části je proveden kvalitativní výzkum, který se snaží odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

# 1. Teoretická část

## 1.1 Stáří

Na pojem stáří, jeho vymezení a charakteristické rysy může, každý nahlížet jinak. Mnoho autorů ve svých publikacích uvádí odlišné vymezení dle věku a projevu, avšak každý se shodne to na tom, že se jedná o proces, který je nevratný, nezastavitelný a týká se každého živého organismu, tedy nás všech. Tento proces u člověka vrcholí a nejvíce se projevuje dle Dvořáčkové (2012) v poslední části jeho života a jeho logickým završením je smrt. Podle Kalvach et al. (2011) se jedná především o proces, který je biologicky a zákonitě daný pro každého z nás. Dále autor uvádí, že tento proces začíná již od početí jedince, avšak jeho reálné projevy se manifestují až při poklesu funkcí a ty nastávají až v době, kdy je u jedince dosaženo sexuální dospělosti. V pojetí Haškovcové (2010) je stáří vymezeno prostřednictvím WHO, která na tento pojem pohlíží spíše chronologicky a tím stáří rozděluje dle věku do určitých období, která jsou přesně vymezena věkovou hranicí – jejich počátek je na prahu středního věku, a to 45–50 lety a posledním obdobím je dlouhověkost 90 a více let. Autorka také uvádí možnosti pochopení stárnutí naší populace jako významného sociálního jevu, který představuje možné ekonomické a další dopady pro celou společnost.

Klimešová, Riegerová a Stejskal (2012) uvádějí důsledky stárnutí populace díky, kterým mohou vzniknout vážné nedostatky ekonomicky aktivní populace, problém s nárůstem požadavků na sociální a zdravotní péči a mnohé další, což vyvíjí tlak na společnost, aby se po následující roky soustředila na vyřešení těchto aktuálních vážných důsledků stárnutí naší populace

Holmerová et al. (2007) zařazují pojmem stáří a stárnutí do vědních disciplín gerontologie a geriatrie. Mnozí autoři uvádějí gerontologii jako vědu o stáří a stárnutí z pohledu biologických, demografických, sociálních a mnohých dalších aspektů. Pokud se týká geriatrie, je její zaměření jiné, protože je to medicínská disciplína, která řeší prevenci, etnogenezi, patogenezi a diagnózu možných onemocnění, jež vznikají v souvislosti se stářím a stárnutím a tím se snaží poskytnout specializovanou zdravotní péči pro jedince vyššího věku.

### 1.1.1 Období stáří

Jednu z možností nejčastějšího vymezení období stáří lze zaznamenat v materiálech WHO, jež nalezneme v publikaci Mlýnkové (2011). Období stáří začíná

věkem v rozmezí 45–59 let a je klasifikováno jako střední věk jedince, interval 60–74 let je vyšší věk, který přechází do raného stáří 75–89 let. Posledním obdobím je senium neboli dlouhověkost, jež je vymezována 90 a více lety (Mlýnková, 2011).

Dle Kroutilové Novákové et al. (2011) se stáří rozděluje do tří etap. První etapa se nazývá rané stáří a její rozmezí je 60–74 let, avšak vlivem dnešní doby a postupu v medicíně – a především pozdního odchodu do starobního důchodu, je vhodné tuto etapu posunout na začátek okolo 65 let věku. Druhá etapa se nazývá vlastní stáří v intervalu 75–89 let a poslední třetí etapa vývoje stáří je charakterizována jako dlouhověkost a počítána je od 90 let výše (Kroutilová Nováková et al., 2011).

Kalvach, který je zmíněn v úvodní kapitole Stáří, dělí období staří podobně, avšak užívá jiného označení pro zmíněné tři etapy. První etapa se nazývá mladí senioři (65–74 let) následně staří senioři (75–84 let) a poslední etapu tvoří velmi staří senioři (85 a více let) (Kalvach, 2004).

Výše jsou uvedena období stáří, která jsou členěna dle různých autorů do různých časových období a s odlišnou charakteristikou. Následně lze uvést členění věku podle Mühlpachra (2009), který prezentuje jiné pojetí v rámci trojího vymezení: z hlediska biologického, sociálního a kalendářního věku. Do biologického věku jedince se řadí změny spojené se stářím a přirozený proces, který je u každého z lidí nezastavitelný a pevně daný. Sociální věk je pak spojován se změnami rolí, které se v průběhu života získávají, nebo naopak o ně přicházíme, také v tomto věku přicházejí změny ve způsobu života a v jeho finančním zajištění. Poslední rozdělení dle autora je kalendářní věk a ten je označován jako chronologický a je ukazatelem změn, které přicházejí v určitém věku a přinášejí s sebou různé změny (Mühlpachr, 2009).

Nežli vůbec jedince zařadíme do určité skupiny dle věku a budeme tento způsob rozdělení aplikovat, je dle Langmeier, Krejčířová (2006) primárně nutné zjistit, zda se tak jedinec cítí a přijímá své označení jedince za starého. Pokud s tímto pojmenováním nebude plně ztotožněn, mohou vznikat problémy v komunikaci, navázání vztahu a v mnohých jiných oblastech spolupráce. Osobní a důstojné pojetí identity je totiž dle Kinnear et al. (2014) bráno za jednu z nejvýznamnějších forem identifikace právě starší populace.

Kdy je tedy člověk starý? Na tuto otázku asi neexistuje jednoznačná odpověď a s tímto tvrzením se také ztotožňují i autoři Langmeier, Krejčířová (2006), kteří uvádějí tři faktory, jež neumožňují jednoznačnou odpověď na tuto otázku. Prvním faktorem je to, že každý člověk je svým způsobem individualita, a tak se snížení výkonu u každého jedince odlišuje. Dalším faktorem je, že u každého jedince se změny projevují odlišně. Díky různým faktorům se změny ve stáří mohou manifestovat někdy dříve, jindy později. Posledním faktorem je to, že celková zdravotní péče je na velmi dobré úrovni a také se posilují sociální vztahy a cítění. Tyto změny vedou ke zlepšení, avšak mohou působit nejenom pozitivně, ale také negativním způsobem (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V naší populaci tvoří především staří lidé velmi početnou a významnou skupinu. Podle Daskalopoulou et al. (2017) by se do roku 2030 měl její počet zvýšit více než o polovinu.

Dle zdravotního stavu, funkčních schopností a potřeb, které senior vyžaduje, nám rozdělení nabízí Čeledová et al. (2016). Rozdělení dle těchto autorů je do sedmi skupin podle zmíněných kritérií.

1. Elitní senioři – jsou nadprůměrně výkonní, a tak dosahují neobyčejných výsledků.
2. Zdatní senioři – jsou osobitým stavem zdatnosti a typicky jsou to lidé aktivně žijící.
3. Nezávislí senioři – při každodenních aktivitách všedního dne nevyžadují pomoc, avšak jestliže se naskytnou závažnější situace, je zde nutná pomoc, bez které by se tito senioři neobešli.
4. Křehký senior – zde už vznikají problémy v podobě častých pádů, a tak dochází i celkovému snížení soběstačnosti, senior tak hůře zvládá každodenní činnosti.
5. Závislý senior – u této skupiny seniorů vzniká úplná ztráta soběstačnosti, a tak je nutné zajistit vhodnou péči; úplná ztráta soběstačnosti je způsobena snížením kognitivních a fyzických funkcí seniora, následkem těchto úbytků je vhodné zajistit přístup pečovatelské služby.
6. Zcela závislí senioři – předposlední částí tohoto výčtu je skupina seniorů, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko, a tak je nutná péče, která vyžaduje trvalou pomoc

druhé osoby. Senioři jsou upoutaní na lůžku, proto je nutné zajistit celkovou péči. Taková péče je často zprostředkována v rámci pobytových sociálních služeb, zdravotních či terénních.

7. Umírající senioři – poslední skupina již vyžaduje paliativní péči, ta může být zřizována zdravotním zařízením prostřednictvím hospice nebo také v domácím prostředí, například s pomocí terénních pracovníků.

Již v historii se formovaly názory na stáří a jeho možné rozdělení a vnímání. Ve své publikaci se zaměřily autorky Klevetová, Dlabalová (2008) na dělení Erika Eriksona, který ve své době zmapoval vývoj osobnosti a rozdělil jej do následujících devíti fází. Erik Erikson se soustředil na potřeby, určil tak v jednotlivých vývojových etapách nutné potřeby, které mají být naplněny. Samotné stáří je zmapováno v posledních dvou etapách, a to v osmé a deváté. V osmé vývojové fázi je popsána etapa od 60 let až po smrt jedince. V této fázi jedinec hodnotí svůj dosavadní život, srovnává to, čeho chtěl docílit a čeho opravdu docílil. Také zde probíhá zhodnocení, zdali je jedinec se svým životem spokojen. Nutné je docílení ztotožnění jeho věku a jeho fáze a toho, co bude jednou následovat. V poslední deváté vývojové fázi je důležité proniknout do potřeby naplnění, pochopení a celkové rekapitulace všech etap a jejich zdolání (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Druhou zmínku o rozdělení věku můžeme nalézt u Jana Amose Komenského, kterého ve své publikaci zmiňují již zmíněné autorky Klevetová, Dlabalová (2008). Jak je již známo, Jan Amos Komenský pokládal vzdělávání za velmi důležité, a tak ve svém díle Vše výchova klade důraz na onu výchovu, která je důležitá nehledě na věk a je propojena se všemi věkovými kategoriemi. V publikaci autorek je pak popsáno rozdělení do tří typů škol stáří dle Jana Amose Komenského. Tyto tři školy stáří pak daly vznik dnešním Univerzitám třetího věku. První třída (65–74 let) byla pro ty jedince, kteří porovnávali, zhodnocovali a připomínali si to, čeho ve svém životě chtěli dosáhnout a to čeho, ve svém životě opravdu dosáhli. Druhá třída (75–89 let) zahrnuje jedince, kteří se snaží o docílení posledních stanovených cílů a již nové nezačínají, jelikož ztrácejí dosavadní schopnosti. Třetí třída je poslední třída, ve které se jedinec snaží o přijetí a vyrovnání se s blížící se smrtí (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Vzdělávání u seniorů je především dobrovolnou záležitostí, má však dle Holczerové, Dvořáčkové (2013) velmi dobrý vliv a můžeme ji zařadit do prevence.

Slouží tak dle autorek k zachování či posílení rozumových schopností a také má vliv na tělesné schopnosti. Co se týká nabídek Univerzit třetího věku, je zde dle autorek zvýšení zájmu ze strany senioru. Univerzity třetího věku se snaží o modifikaci potřeb a požadavků, které mají nynější senioři a umožňují jim tak věnovat se různým formám seberealizace (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Takové aktivní stárnutí je pak dle Fernandez – Ballesteros et al. (2017) spojováno s pozitivní náladou a zdravím především.

### ***1.1.2 Proměny provázející stáří***

Období stáří je provázeno mnoha změnami. Tyto změny dle Malíkové (2011) zasahují do života jedince a ovlivňují jeho osobnost, chování i prožívání. Dle autorky jsou součástí jeho vzdělání, zkušenosti a ovlivňují tak místo, ve kterém jedinec pobývá. Autorka se snaží rozdělit tyto změny do tří hlavních skupin, jež u každého jedince probíhají individuálně, a jejich výsledkem jsou změny ve fyziologických, psychických a sociálních oblastech.

Arnoldová (2015) uvádí jako velmi podstatnou sociální situaci jedince a jeho zdravotní stav, který dává podobu stáří. Mezi další faktory řadí autorka i tu skutečnost, zda má jedinec kolem sebe osoby blízké, a to jak partnera, potomky, vnoučata, rodinné přátele a jiné. Tato skutečnost má vliv na společenskou situaci, dále jsou zde řazeny možnosti činností, zájmů a celkového přijetí stárnutí takového, jaké skutečně je (Arnoldová, 2015). Kroutilová, Nováková et al. (2011) rozdělili stáří do tří druhů změn: na biologické, psychické, sociální – všechny tyto změny v období stáří jsou pro každého jedince jiné a na každého jinak působí.

### **Fyzické změny**

Stárnutí, jak je všeobecně známo, je proces, který nikdo z nás neumí zastavit, je nevyhnutelný pro každého z nás a má jasný konec. Bilbao et al. (2016) řadí k stárnutí také možný pokles fyzických dovedností a zhoršení sociálního okruhu, který nás obklopuje po celý život. Důsledkem vlivu těchto faktorů je dle autora snížení fyzických a sociálních aktivit, které se projevují ve stáří.

Hrozenská et al. (2008) uvádějí na tomto procesu participace stáří mnoho faktorů, jež se projevují ve své komplexnosti. Stárnutí probíhá dle autorů u každého jedince jinak rychle a tento proces je velice individuální. Už kolem 40. roku věku můžeme u

jedince zpozorovat fyziologické změny, avšak navenek nemusí být tak viditelné. V tomto věku se v těle začíná vyskytovat mnoho změn, se kterými se musí organizmus vypořádat a adaptovat se na ně; na zmíněné změny působí především genetika, následně životospráva jedince, jeho zájmy, aktivity, prostředí a jiné (Hrozenská et al., 2008).

Mlýnková (2011) se zaměřuje na změny, které se utvářejí ve všech systémech lidského těla, jejich projevy jsou často viditelné na kůži a pohybovém systému, dále však probíhají v kardiovaskulárním, respiračním, trávicím, pohlavním a vylučovacím systému, nervovém systému, smyslovém vnímání a v kožní soustavě.

### Kožní soustava

Na kůži Hrozenská et al (2008) pozorují změny nejvíce, jelikož kůže už není ve stáří tak elastická a buňky nemají takovou schopnost obnovy jako dříve, a tak se u seniora následkem těchto degenerativních změn začínají vyskytovat vrásky a stařecké skvrny. Kůže je velice tenká a málo pružná. Vlasy začínají řídnout a šedivět (Hrozenská et al., 2008).

### Pohybový systém

Symptomatická je zde dle Mlýnkové (2011) především atrofie svalů, řídnutí kostí, ubývání kloubní chrupavky a u seniora se také začínají projevovat problémy s křehkostí jeho kostí, kde je velice nebezpečné riziko pádu, také se vyskytují bolesti kloubu, snížení výšky a tělesné hmotnosti.

### Kardiovaskulární systém

Mlýnková (2011) také popisuje změny kardiovaskulárního systému, které způsobují ve stáří onemocnění srdce a cév – tato onemocnění vznikají následkem snížení činnosti srdce, snížení pružnosti chlopní, snížení elasticity cév a mají vliv na změny tepové frekvence, vznik aterosklerózy a jiných onemocnění.

### Respirační systém

Kroutilová Nováková et al. (2011) popisují u respiračního systému především pokles vdechového a výdechového tlaku, a tak se u seniora mohou vyskytnout problémy spojené se zadýcháváním, obtížné popadání dechu a jiné.



### Trávicí systém

Vznik omezení ve své funkci popisují Hrozenská a kol. (2008). Je to především snížení peristaltiky střev, následkem čehož jsou časté zácpy, u seniorů jsou dále problémy s chrupem, který je opotřebovaný anebo se zde vyskytuje častější kazivost, jejímž následkem bývá vypadávání zubů. U jedince se dle autorů celkově zpomaluje trávení a vstřebávání látek.

### Pohlavní a vylučovací systém

Mlýnková (2011) popisuje ve své publikaci sexuální aktivitu seniorů, která je velice individuální ve spojitosti se změnami v pohlavním systému, dále se v tomto systému projevují degenerativní změny postihující jak ženy, a to v především po menopauze, tak muže, u kterých změny mužských pohlavních žláz přicházejí pomaleji, avšak navzdory degenerativním změnám může sexuální aktivita u některých jedinců přetrvávat do vysokého věku. Autorka u vylučovacího systému zaznamenává pokles kapacity močového měchýře a chabnutí síly svěrače močové trubice, následkem čehož je nechtěný unik moči. Také se zde objevuje nedostatečné vyprázdnění močového měchýře, což má za následek nutkavý pocit vykonání (Mlýnková, 2011).

### Nervový systém a smyslové vnímání

Hrozenská a kol. (2008) popisují postupné oslabování schopnosti přenášení a přijímání vzruchů a také zpomalení reflexů. Je zde dle autorů ovlivněna paměť, myšlení a pozornost, a tak můžeme u seniora zaznamenávat emoční labilitu, demenci, poruchu osobnosti. Co se týká smyslového vnímání, nejčastěji je dle Hrozenské a kol. (2008) postižen sluch a zrak – změny zraku nás postihují daleko dříve a projevují se již ve středním věku a postupem let se tyto problémy zhoršují, jedná se často o problémy se zaostřením zraku jak na blízko, tak na dálku, dále se mohou objevovat závažnější onemocnění, a to zelený či šedý zákal. Sluch dle autorů nám pomáhá ke komunikaci, je-li však postižen, což se u seniorů často vyskytuje, může to znamenat komunikační bariéry a ty mohou vyústit v osamělost seniora a jeho izolovanost od okolní společnosti.

### **Psychické změny**

I psychické změny probíhají u každého jedince ve stáří odlišně. Jejich začátek, jak uvádí Mlýnková (2011), je u každého jedince odlišný, jsou to tedy změny individuální

s rozdílným nástupem. Celkový projev v psychických změnách autorka pozoruje v postupném snižování kognitivních funkcí, jedná se o myšlení, vnímání, paměť, představy a pozornosti. Dle Arnoldové (2015) přicházejí tyto změny pomalu a mají vliv na úbytek energie, který souvisí s poklesem celého psychomotorického tempa. Podle autorky též dochází ke změnám paměti krátkodobé a dlouhodobé a také v komunikaci si můžeme povšimnout drobných změn, které se vážou na dlouhodobou paměť, kdy si jedinec dokáže vybavit vše, co bylo, ale na druhé straně se zde objevují problémy s krátkodobou pamětí, což činí seniorovi problémy se vzpomenutím si na to, co měl například v dané chvíli k obědu.

Důvodem psychických změn také mohou být změny ve stávajících stereotypech, které má každý senior zažité. Tyto závislosti popisuje Mlýnková (2011) jako jevy, v nichž senior nachází poslušnost, jistotu, bezpečí. Jestliže však dle autorky dojde ke změně, nastupuje u seniora rozrušení, strach a jiné negativní pocity. Negativní pocity ze změny jsou způsobeny snižující se schopností adaptace, která jedince provázela celý život, čím však je jedinec starší, tím u něj tato schopnost klesá – následkem takových vlivů mohou nejenom vznikat negativní pocity, ale také se mohou u seniora rozvinout úzkostné stavy či depresivní nálady. (Mlýnková, 2011), Arnoldová (2015) řadí k dalším psychickým změnám u seniorů i problémy se spánkem a únavou po celý den.

Za závažnou psychickou změnu v životě seniora Mlýnková (2011) pokládá ztrátu partnera; je velmi důležité, aby se s touto změnou senior vyrovnal. Pokud s touto realitou nedojde k smíření a senior tuto skutečnost nezvládne, může dojít ke zhoršení zdravotního stavu, také se může více projevovat proces stárnutí, což může způsobit až smrt ovdovělého seniora.

### **Sociální a ekonomické změny**

Dle Mühlpachra (2004) se stáří odráží jako zrcadlo v našich blízkých a projektuje nám to, v jakém životním stadiu se právě nacházíme. Jsou zde ovlivněni kontakty a vztahy, které člověka v životě obklopují. Také v rámci rodinných vztahů autor pozoruje změny v oblasti rozrůstání rodiny, zisk nových životních rolí jako například babičky či dědečka anebo také ztráty, která přicházejí právě se stářím. Stáří s sebou přináší dle autora velkou sociální událost, která má výrazný vliv na život seniora – odchod do starobního důchodu, kdy se z ekonomicky aktivního jedince, který měl určitý příjem, jímž zajišťoval rodinu, stává senior, který je závislý na státu a svých dosavadních

získaných úsporách. Mnoho seniorů se dle Arnoldové (2015) s touto ztrátou nemůže vypořádat jak proto, že ztrácí určitou finanční jistotu, tak i vlivem ztráty kontaktu se společností, na kterou byli zvyklí v pracovním procesu. Mnohdy nacházejí řešení v tom, že odchod do důchodu posouvají anebo si hledají možnost různého přivýdělku.

Mlýnková (2011) radí seniorům, aby čas, který pro ně představuje odchod do starobního důchodu, vnímali pozitivně a dobře s ním naložili, aby se zaměřili na aktivity, které během práce nestíhali, a tak získali nový náhled, nové cíle a vizi do budoucna, může se jednat například o cestování, vzdělávání, vaření, sběr známek či péče o zahrádku nebo vlastní vnoučata. Jestliže se stane, že senior s tímto časem neumí nakládat a vnímá ho spíše negativně, může u něj propuknout beznaděj, úzkostné stavy nebo depresivní nálada (Mlýnková, 2011).

## ***1.2 Institucionální péče o seniory***

Jedna z možností, jak pečovat o seniory je prostřednictvím institucionální péče. Hrozenská, Dvořáčková (2013) chápou jako optimální, aby se o senior o sebe postaral nejprve sám, pokud však tato možnost již není reálná, přichází na řadu rodinná péče a až tehdy, kdy ani rodina nezvládá zajištění péče o seniora, jedná se o dopomoc rodiny či úplnou institucionální péči.

K důvodům pro přechod seniora do institucionální péče radí Matoušek et al. (2013) různé nepříznivé okolnosti. Může se jednat o krátkodobě či trvale zhoršený zdravotní stav, pocity osamění, kdy jedinec potřebuje společenský kontakt, či zhoršení bytových podmínek buď v rámci nepřizpůsobené bariérovosti, anebo také vznik problémů se soběstačností v rámci každodenních činností. Úkolem institucionální péče je dle uvedených autorů taková péče o seniory, která seniorům poskytuje možnost co nejlepší zdravotně sociální péče, která se snaží o udržení či docílení nejvýše možné soběstačnosti, působí na jeho možný rozvoj a zprostředkovává mu možnosti aktivit, zájmů a společnosti.

### ***1.2.1 Zdravotní péče pro seniory***

Tyto služby jsou poskytovány prostřednictvím zdravotních zařízení a jejich úhrada je realizována prostřednictvím veřejného zdravotnictví. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, vymezuje zdravotní služby, poskytování zdravotních služeb a další (zákon č. 372/2011 Sb.).

Rozdělení základní zdravotní péče o seniory je dle Hrozenské, Dvořáčkové (2013) prostřednictvím primární zdravotní péče, jež je u nás poskytována prostřednictvím praktického lékaře, který provádí primární, sekundární a terciární prevenci. Autorky také vyzdvihují možnou spolupráci s rodinou, která je velmi důležitá, jestliže totiž nastane situace zhoršení stavu seniora, praktický lékař může poskytnout doporučení pro domácí ošetrovatelskou péči, pro tu je však důležité, aby seniorův zdravotní stav byl stabilní, a tak mohla veškerá péče probíhat v domácím prostředí za pomoci rodiny či opatrovatelů. Rodina má možnosti využití kompenzačních pomůcek a měla by v domácím prostředí zvládat různé úkony, jako je například ošetření ran, podání inzulínu a další (Hrozenská et al., 2008). V případě nutnosti specializované zdravotní péče je dle autorek senior odkázán na péči ambulantních specialistů vnitřního lékařství, urologie, neurologie, stomatologie, gynekologie, ortopedie apod.

Rozdělení zdravotní péče najdeme v publikaci Hrozenská et al. (2008). Ta je rozdělena na ambulantní a ústavní a je zajištěna medicínským oborem geriatric, který se soustřeďuje na populaci nad 65 let věku.

Hrozenská et al. (2008) popisuje ambulantní péči, která se dělí na primární a specializovanou zdravotní péči. Primární zdravotní péče již byla zmíněna, ta je poskytována v rámci praktického lékaře pro dospělé a zaměřuje se na prevenci, diagnostiku, léčbu, vedení pacienta v rámci administrativy a další záležitosti. Specializovaná zdravotní péče o geriatrického pacienta je poskytována v rámci geriatrických ambulancí a v rámci specialistů vnitřního lékařství (neurologie, urologie, gynekologie apod.), tato péče je doporučena praktickým lékařem (Hrozenská et al., 2008).

Následně zde může vzniknout dle Holmerová et al. (2007) propojení činností s geriatrickým oddělením, kde je péče poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu, který řeší celkový stav pacienta, jeho prevenci, diagnostiku, léčbu či poradenství.

Ústavní geriatrickou zdravotní péči popisuje Hrozenská et al. (2008). Ta je zajišťovaná v rámci mnoha zařízení, například prostřednictvím geriatrického oddělení, oddělení dlouhodobě nemocných a léčebny dlouhodobě nemocných, paliativní a hospicové péče, geriatrických center a dalších specializovaných zařízení.

Rozdělení ústavní geriatrická zdravotní péče dle Hrozenské et al. (2008):

- Geriatrické oddělení – hospitalizace vzniká na základě konziliárního vyšetření a na doporučení praktického lékaře, odborného lékaře nebo cestou geriatrické ambulance, je zde poskytnuta specializovaná odborná geriatrická péče pro geriatrické pacienty.
- Oddělení dlouhodobě nemocných a léčebny dlouhodobě nemocných – k hospitalizaci dochází tehdy, kdy už není nutné aktivní vyšetřování a stanovování diagnózy, ale je zde prováděna léčebná činnost, rehabilitace, nácvik denních činností a ošetřování. Hospitalizace pacienta v tomto zařízení není omezena časem ani dle věku. Rodil mezi těmito formami je takový, že oddělení dlouhodobě nemocných je součástí zdravotnického zařízení a léčebna dlouhodobě nemocných je samostatné zdravotnické zařízení.
- Paliativní a hospicové péče – formou paliativní péče je hospicová péče. Tyto péče se snaží o pomoc pacientovi v terminálním stadiu jeho onemocnění. Je zde poskytnuta komplexní péče o takového pacienta, jemuž se snaží celý tým o zmírnění utrpení, bolesti, přičemž pomoci a podpora je poskytnuta i jeho rodině a blízkým.
- Geriatrická centra – poskytnutí celkové péče o geriatrického pacienta v rámci geriatrické ambulance, ve specializovaných ambulancích, v hospicích a jiných zařízeních.

### ***1.2.2 Sociálních služby pro seniory***

Čevela et al. (2012) rozdělují institucionální péči o seniory dle poskytování na zdravotní služby a sociální služby. Jestliže již seniorovi nevyhovuje jeho domácí prostředí nebo se o seniora nemůže postarat v domácím prostředí jeho rodina a využití zdravotních služeb není nutné, vzniká možnost dle Hrozenské, Dvořáčkové (2013), aby byl senior umístěn do struktury sociálních služeb či je alespoň využíval – je nutné, aby seniorům byla nabídnuta síť sociálních služeb, které jim umožní uspokojit jejich dané potřeby.

Vymezení sociálních služeb dle zákona č 108/2006 Sb., o sociálních službách, je možné ve třech formách – pobytové, ambulantní a terénní. Pokud se týká druhů sociálních služeb, je zde rozdělení na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (zákon č.108/2006 Sb.).

Základním pilířem pro sociální služby pro seniory je poskytování informací. Sociální poradenství může být umožněno ve dvou možných rovinách. Jedná se o základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství (zákon č.108/2006 Sb.).

## **Druhy sociálních služeb**

### Sociální poradenství

Základní sociální poradenství nabízejí všichni poskytovatelé sociálních služeb a je nutné poskytnout klientům tuto činnost. Často se jedná o pomoc v nepříznivé životní situaci, informace o možnostech nabízených sociálních služeb, alternativ péče či podpory pečující rodiny a další (zákon č.108/2006 Sb.).

Odborné sociální poradenství je určeno pro specializované sociální služby, které se přímo orientují na vybranou skupinu klientů, a tak jim mohou pomoci s uplatňováním jejich práv či poradit o možnostech zapůjčování kompenzačních pomůcek a o mnohých dalších činnostech. (zákon č.108/2006 Sb.).

### Služby sociální péče

Tímto pojmem se již rozumí péče, která je vedena tak, aby klientovi umožnila obnovení či zachování co největší možné míry jeho soběstačnosti, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické, dále jeho celkový rozvoj, možnosti zajištění kontaktu s jeho společenským okolím a mnohé další (zákon č.108/2006 Sb.).

- Osobní asistence – Čevela et al. (2012) vymezují jako službu, která je prováděna v domácím prostředí klienta, není vázaná časem a její náplní je pomoc klientovi s jeho potřebami.
- Odlehčovací služby – jsou to služby, které Čevela et al. (2012) popisují ve všech možných formách (ambulantní, terénní, pobytové), jež jsou poskytovány nejenom klientům se sníženou soběstačností z důvodu věku, ale také klientům s chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením; péče, která je u těchto klientů zajištěna, je v domácím prostředí.
- Domovy pro seniory – vymezují Čevela et al. (2012) jako pobytové sociální služby, které jsou určeny osobám, u kterých je snížena soběstačnost z důvodu věku a není možné se o ně postarat v domácím prostředí, jelikož vyžadují celkovou pomoc jiné fyzické osoby.

- Denní a týdenní stacionáře – Čevela et al. (2012) popisují jak formy ambulantní, tak pobytové, které slouží k pomoci osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního nebo jiného znevýhodnění, u těchto klientů je nutná pomoc jiné fyzické osoby.
- Průvodcovské a předčitatelské služby – popis těchto služeb nalezneme u Čevely a kol. (2012), přičemž je mohou využívat klienti se sníženou soběstačností z důvodu věku či klienti se zdravotním postižením; je zde využíváno pomoci v rámci orientace, komunikace, zprostředkování společenského kontaktu, dále pomoc s uplatňováním práv či možnosti vyřídit si osobně vlastní záležitosti

### Služby sociální prevence

Snahou prevence je předcházet vzniku možných problémů, které by v životě klienta způsobovaly patologické jevy a prohlubovaly by tak problém, ke kterému by se mohly přidružovat i další (zákon č.108/2006 Sb.)

### **Formy sociálních služeb**

- Pobytové služby – klient využívá služeb sociálního zařízení a je v něm ubytován.
- Ambulantní služby – klient není v zařízení ubytován, pouze do sociálního zařízení dochází, využíváno je tak jen jeho služby bez možnosti ubytování.
- Terénní služby – klient setrvává ve svém domácím prostředí a sociální služby mu jsou poskytovány v něm (zákon č.108/2006 Sb.).

### ***1.3 Adaptace seniora v institucionální péči***

Přechod do institucionální péče dle Zimmelové, Dvořáčkové, (2007) představuje pro seniory odchod z domácího prostředí – tento proces znamená mnoho změn, stresové situace, a především adaptační schopnosti na nové prostředí, domov, situace, společnost a změnu zvyklostí. Venglářová (2007) klade velký důraz na to, aby adaptace seniora v institucionální péči proběhla co nejlépe a vytvořila mu tak nové bezpečné prostředí, ve kterém bude spokojen.

Adaptace seniora v institucionální péči může být dvojí: dobrovolná a nedobrovolná.

### ***1.3.1 Proces adaptace na nedobrovolné umístění do instituce***

Dle Vágnerové (2007) se nedobrovolné umístění do institucionální péče projevuje ve třech fázích. Reakce, které se pozorují u seniora vlivem nedobrovolného umístění, se mohou podobat dětské separační úzkosti, u seniora probíhá násilná separace, přičemž senior pociťuje nebezpečí, ztrátu jistoty a svého domova.

První fáze je odpor, kdy vznikají projevy agrese, vzdoru a celkového negativního postoje, který je soustředěn na předpokládané viníky. Tento proces je nutné přijmout; je to reakce na vzniklou situaci, která se časem promění, může se projevovat i v podobě nadávek, beznaděje a jsou zde možné agresivní ataky apod. (Vágnerová, 2007).

Druhá fáze je označována jako zoufalství a apatie. Jejich nástup je ihned poté, co seniorov pochopí fakt, že jeho fáze odporu nemá žádné účinky, a tak se senior může jevit jako utlumený, bez motivace k životu a apatický (Vágnerová, 2007).

Třetí fáze je vytvoření nové pozitivní vazby, která může být zaměřena například na dobrovolníka, jiného uživatele služby či na nějakého zaměstnance služby. Zde se pomalu začíná projevovat emoční stabilita a možnosti aktivizace seniora (Vágnerová, 2007).

### ***1.3.2 Adaptace na dobrovolný odchod do domova pro seniory***

Jestliže nastane dobrovolný odchod do institucionální péče, ne vždy je tento odchod zcela bezproblémový a projevuje se u každého jedince jinak. Často probíhá dle Vágnerové (2007) ve dvou fázích.

První fáze se označuje jako fáze nejistoty a vytváření zcela nového stereotypu seniora v této fázi se senior orientuje v nově nastalé situaci, avšak zde často mohou vznikat problémy s plačtivostí, přecitlivělostí a vzpomínáním na minulost. Často se také stává, že senior hodnotí předešlou situaci, ve které byl, a tu, ve které se teď nachází. Důležité tedy je, aby se vytvořily vazby v institucionální péči, zážitky a pozitivní myšlení, a tak zamezilo možné somatizaci problémů a pobyt v institucionální péči tak může být uspokojivý (Vágnerová, 2007).

Druhá fáze je úplná adaptace a přijetí celkového nového životního stylu, senior tak v institucionální péči přijme nově vzniklou situaci, orientuje se v ní a chápe ji. Nově si také začíná osvojovat stereotypy a vytváří si nové společenské kontakty. Tento proces je velice individuální a u každého seniora přichází v odlišném časovém prostoru



(Vágnerová, 2007). Altintas et al. (2016) řadí k úspěšné adaptaci také zapojení seniora do činnosti s ostatními seniory, a tím pak vznikají nové motivační procesy a dobrá adaptace na nové prostředí.

#### **1.4 Domácí péče o seniory**

Domácí péče o seniory je dle Jeřábka (2013) poskytovaná seniorům, kteří se již plnohodnotně nezvládají postarat o svou osobu, nezvládají úkony běžného dne a jsou tudíž odkázáni na pomoc druhých, nejčastěji se jedná o pomoc ze strany rodiny. Příbyl (2015) klade velký důraz na fungující rodinu, která může zajistit plnohodnotnou potřebnou péči a pomoc, kterou každý senior jednou bude potřebovat či ji již potřebuje.

Jestliže senior setrvává v domácím prostředí a péče o něj je poskytována rodinou, Pacáková, Trusinová (2012) uvádějí pozitivní vliv rodiny na duševní a fyzické zdraví, které jindy bývá často poznamenáno depresemi a frustracemi s možností zhoršení zdravotního stavu či umístění do institucionální péče. Dále autorky zaznamenávají vyšší míru spokojenosti, snížení nemocnosti, a dokonce i pokles mortality.

Dle Truhlářové et al. (2015) rodina plní mnoho funkcí (reprodukční, ochrana, výchovná a jiné) také je základní částí společnosti. Právě v životě seniora sehraje roli opory, na kterou se daný senior může spolehnout, každý člověk potřebuje někam patřit a mít své místo bezpečí a jistoty, kterou mu právě jeho rodina nejčastěji poskytuje v dobách potřebných, jež se často vážou na onemocnění či zhoršení zdravotního stavu. Jestliže se již senior nachází v oné poslední fázi, měl by mít dle Skopalové (2010) možnost se rozhodnout, zda si přeje zespout v institucionální péči či v domácím prostředí, které sám dobře zná a je mu příjemné. Pro tuto variantu lze předpokládat, že by se rozhodlo více seniorů, jelikož dané prostředí představuje pro dotyčného domov. Ne vždy však je tomuto přání vyhověno. Dle Pacákové, Trusinové (2012) nemusí rodina tuto péči o seniora zvládat, protože je tato péče velice náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce, přičemž zde může sehrát roli i dysfunkční rodina. Ta nemá zájem a nechce se podílet o péči o nemohoucího seniora nebo to není v jejich silách (Pacáková, Trusinová, 2012). Jestliže nastane jedna ze zmiňovaných situací, Zavázalová (2001) uvádí možnosti seniora a jeho rodiny, jak využít nabídky jiné péče – ta může být uskutečňována prostřednictvím státních, nestátních, charitativních a jiných organizací. Těmito možnostmi je zajištěna péče o klienty, kteří vyžadují akutní péči nebo byli propuštěni z nemocnice či vyžadují dlouhodobou péči z důvodu chronického

onemocnění – jejich úhradu lze hradit prostřednictvím zdravotního pojištění a jiných zdrojů (Zavázalová, 2001)

Pokud se týká nevýhod domácí péče, tak dle Tóthové et al. (2011) se často v domácím prostředí jedná o nedodržování režimu, který byl pevně nastaven lékařem a měl by být dodržován, dále špatné zajištění nutné odborné péče, pomůcek k realizaci ošetření, vzdálenost od zdravotního zařízení a jiné.

Péče o nemohoucího seniora je dle Jeřábka (2013) prací, která je poskytována nonstop 24 hodin denně 7 dní v týdnu, je to práce, která ne vždy je zaslouženě oceněna, přestože je velice náročná a způsobuje pečovateli nejenom fyzickou a psychickou zátěž, ale i častou izolaci od okolního světa vzhledem k nutnosti péče po dobu 24 hodin denně.

Bertiny (2010) uvádí problémy, které přicházejí se změnou rolí, která nastává jak u nemohoucího seniora jakožto rodiče, který se stává příjemcem pomoci, tak u potomka, ze kterého se stává pečovatel, přičemž tyto změny často přicházejí pomalu. Autor dále popisuje pomalé změny se sníženou soběstačností u seniora – rodiče, kterých si ze začátku nikdo nemusí všimnout, avšak postupem času se problém se soběstačností prohlubuje, a tak se dostává až k progresivním problémům se základními dovednostmi a dotyčný senior je plně odkázán na pomoc pečovatele.

Jestliže se rozhodneme pečovat o seniora se sníženou soběstačností, je dle Klevelandové, Dlabalové (2008) důležité si zodpovědět objektivně důležité otázky:

- Mám dostatek fyzických a psychických sil na požadovanou péči o seniora?
- Je prováděná péče v stávajících bytových podmínkách možná?
- Mám možnost zapojení dalších členů rodiny či zajištění služeb organizace?
- Jsem schopna/ý se naučit a vzdělávat v rámci nutné péče?

#### ***1.4.1 Soběstačnost a potřeby seniorů***

Jestliže je některá složka soběstačnosti narušena – míněna je fyzická, sociální a hmotná – hovoří Zavázalová (2001) o disabilitě. Ta je důsledkem věku pravděpodobná a o jejím výskytu se jedná nejčastěji kolem 75 roku věku. Čevela et al. (2012) uvádějí důsledky procesu postupného snižování soběstačnosti u seniora. Patří sem v první řadě pocit neuspokojení jeho každodenních potřeb, na které je zvyklý, v důsledku, čeho pak

se rozšiřuje potřeba větší pomoci ze strany pečující osoby a následně tak zřetelné snížení dosavadní kvality života.

Každý člověk má své potřeby, jejich rozdělení je dle Motlové (2007) na fyziologické, psychické a sociální tzv. bio-psycho-sociální – mezi těmito potřebami je jistá interakce a navzájem se ovlivňují, jestliže z nějakého důvodu vznikne dlouhodobé neuspokojení či nenaplnění jedné z potřeby, vzniká tak ovlivnění i dalších potřeb, toto ovlivnění potřeb či jejich úplné nenaplnění pak má negativní dopady.

Dělení potřeb dle Motlové (2007):

- Biologické potřeby – dýchání, strava, osobní hygiena, spánek, vyměšování a další.
- Psycho-sociální potřeby – jistota, bezpečí, láska, zázemí, autonomie, komunikace, ekonomické zajištění.

Dle Motlové (2007) se řadí k těmto potřebám i potřeby kulturní a spirituální (duchovní).

#### ***1.4.2 Modely domácí péče***

Jeřábek (2013) rozlišuje dva hlavní modely domácí péče vzhledem k tomu, kdo ji zajišťuje Nejčastěji ji zajišťuje z 64 % manželský partner, zpravidla žena, a druhý model péče, kterou provádějí děti. Jestliže se jedná o první model, autor uvádí, že ženy jsou v péči o svého druha se sníženou soběstačností velice spolehlivé, pečlivé a jejich chování je velice důstojné, jestliže však nastane situace, kdy se stává pečující osobou muž a musí tak zajistit celkovou péči o svou družku, často dochází k přerozdělení pomoci od dcer, snach.

Druhý model dle Jeřábka (2013) je zajištění péče, kdy se pečujícími osobami stávají nejčastěji právě dcery a snachy také zde může být zajištěna péče v rámci vícegenerační rodiny.

## 2. PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce „Možnosti a perspektivy sblížení domácí a institucionální péče o seniory“ je identifikovat rozdílnost domácí a institucionální péče o seniory a možnosti využití nabízených služeb.

### 2.2 Výzkumné otázky

Jelikož je cíl bakalářské práce velice obsáhlý a týká se jak seniorů v domácí péči, tak seniorů v institucionální péči, pro kterou bylo pro výzkum zvoleno zastoupení klientů DPS Domově Božice, p. o., byly z tohoto důvodu zvoleny tyto následující výzkumné otázky, které jsou pro každou skupinu respondentů jiné:

Klient v DPS

1. Jaké jsou charakteristické rysy péče v DPS (institucionální péče)?
2. Jaké jsou požadavky na institucionální formu péče v DPS ze strany klientů?
3. Jaké jsou možnosti sblížení domácí a institucionální péče?

Senior v domácí péči

1. Jaké jsou charakteristické rysy domácí péče?
2. Jaké jsou využívané sociální služby péče v rámci domácí péče?
3. Jaké jsou možnosti sblížení domácí a institucionální péče?

### 2.3 Operacionalizace pojmů

**Senior** – (z lat. senex, senis neboli starý) v medicíně a ošetrovatelství se tak hovoří o jedinci vyššího věku, který je zařazen dle věkové klasifikace na jedince, který je starší 60 let (Pokorná et al., 2013).

**Klient domova pro seniory** – jedná se o seniora, který je starší 60 let a využívá sociální služby domova pro seniory, jelikož jeho sociálně/zdravotní situace není příznivá. Je nutné u klienta zajistit potřebnou péči, která nejde zajistit rodinou či možnými nabízenými službami (Domov Božice, p. o., 2020).

**Domov pro seniory** – poskytuje pobytové služby osobám, jejichž stav vyžaduje trvalou pomoc jiné fyzické osoby a není možno ji zprostředkovat například v rámci rodiny či jiné pečující osoby, jelikož je u dané osoby snižena soběstačnost s ohledem na

vyšší věk. Tato pobytová služba například zajišťuje: poskytnutí ubytování, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, pomoc při zvládnání každodenních úkonů a další (zákon č.108/2006 Sb.).

**Domácí péče** – jedná se o formu péče, která je poskytována jedinci, který péči o svou vlastní osobu nezvládá sám a je zajištěna pečující osobou, která se o jedince stará v jeho přirozeném domácím prostředí. Patří sem nejenom zajišťování fyzických a psychických potřeb, ale také zajištění paliativních, duchovních a jiných potřeb (Jarošová, 2006).

**Potřeby** – jedná se o motivy k jednání. Jestliže nebudou jedinci potřeby uspokojeny, dochází tak k depresi, deprivaci a ke strádání (Jandourek, 2012).

**Sociální pracovník** – jedná se o osobu, která má úspěšně zakončené vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Ta pak pracuje v oblasti sociální práce a její působení je v rámci služeb sociální péče, prevence a poradenství. Bližší informace o sociálním pracovníkovi nalezneme v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách (zákon č.108/2006 Sb.).

**Rodina** – je označována za sociální instituci, ve které se promítají kulturní hodnoty a normy dané společnosti, v níž se rodina vyskytuje. Její základní funkce jsou: biologické, reprodukční, sociální, ekonomické, výchovné, emocionální a ochranné (Možný, 2011).

**Starobní důchod** – jedná se o dávku vyplácenou jedinci z důchodového systému. Jejím úkolem je zajištění jedince v období stáří, kdy se z ekonomicky aktivního jedince stává jedinec pobírající tuto dávku. Její nárok vzniká při dosažení důchodového věku a v rámci získané nutné doby pojištění (Kahoun, 2013). Vše o starobních důchodech pak nalezneme v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

**Všeobecný praktický lékař** – VPL neboli všeobecný praktický lékař s PLDD, který je praktickým lékařem pro děti a dorost a poskytuje tímto oborem preventivní a léčebné činnosti, posudky a mnohé další činnosti svým registrovaným pacientům (Seifert et al., 2012).

## 2.4 *Etika výzkumu*

Dle autora Hendla (2016) je velmi důležité, aby při prováděném kvalitativním výzkumu, který je uskutečňovaný prostřednictvím rozhovoru, byla dodržena základní pravidla, která slouží k úspěšnému sběru dat, kvalitní provedení a následně vyhodnocení celého prováděného výzkumu. K základním pravidlům kvalitativního výzkumu, bez kterého bychom neměli výzkum začínat, řadíme zajištění informovaného souhlasu všech účastníků výzkumu. Může se jednat jak o informovaný souhlas ústní či písemný, přičemž je také dle autora nutné zachovat anonymitu respondentů a jejich případné odstoupení během rozhovorů (Hendl, 2016).

Pro realizaci bakalářské práce byly vybrány dva výzkumné soubory. Jedná se o výzkumný soubor seniorů v institucionální péči, pro kterou bylo zvoleno provedení výzkumu s klienty DPS Domova Božice, p. o., kde nastalo sjednání písemného souhlasu o možnosti provedení výzkumu s paní Mgr. Ing. Ivanou Petrášková, MBA, ředitelkou Domova Božice, p. o. (Příloha č. 1). Do realizace výzkumu se zapojilo 6 klientů DPS.

Pokud se týká druhého výzkumného souboru, tak jeho data byla získána na základě rozhovorů se 6 seniory v domácí péči.

Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a anonymní. Každý realizační partner tohoto výzkumu byl předem informován nejenom o celém průběhu výzkumu, ale také o jeho náplni. Po dobu realizace rozhovoru s výzkumnými partnery byla možnost přerušit rozhovor či vynechat případné nepříjemné dotazované otázky.

V textu výzkumu pak komunikační partnery nalezneme pod identifikační zkratkou, která slouží pro přehlednost a lepší orientaci výzkumu bakalářské práce.

Pro klienty DPS Domova Božice, p. o., byla zvolena zkratka KL (KL 1, KL 2, KL 3, KL 4, KL 5, KL 6) a pro seniory v domácí péči byla zvolena identifikační zkratka SE (SE 1, SE 2, SE 3, SE 4, SE 5, SE 6). Všechny rozhovory, které sloužily k výzkumu bakalářské práce, byly se souhlasem všech komunikačních partnerů nahrávány na mobilní zařízení. Po ukončení rozhovorů byly tyto rozhovory z nahrávacího zařízení v mobilním telefonu přepsány do textové podoby v programu Microsoft Word. Po sepsání všech rozhovorů byly všechny nahrávky smazány a písemně zaznamenané odpovědi jsou uloženy v mém osobním archivu.

## 2.5 *Domov Božice, p. o.*

Veškeré informace o Domovu Božice, p. o., pak byly získány z oficiálních webových stránek domova.

Domov Božice nalezneme v obci Božice, která je částí České Křídlovice. Budova, v níž se nachází DPS a domov se zvláštním režimem, byla postavena v roce 1895 a umožňuje pobyt 87 klientů, kteří jsou umístováni v jednolůžkových či vícelůžkových pokojích. Každý klient má v zařízení možnost využívat polohovací lůžko, noční stolek, jednu šatní skříň, trezor, poličku a lampičku. Některé pokoje jsou vybaveny televizí nebo je zde možnost donést si vlastní elektrický spotřebič, jestliže budou dodrženy všechny podmínky v rámci domácího řádu. Osobní věci, které mu připomínají domov, si klient do zařízení může donést. Jedná se například o drobnosti jako např. polštář, hrneček, fotografie, obraz či jiné. V rámci hygieny a sociálního zařízení je v pokoji jedno umyvadlo a na každém patře je pro klienty k dispozici koupelna a sociální zařízení, ve kterém je možnost uzamykatelnosti.

Společné prostory, které mohou klienti společně využívat, jsou následující:

- jídelna – sloužící nejenom pro společné stravování klientů, ale také jako místo pro společné akce, trávení odpoledního času u kávy či televize;
- aktivizační místnost – zde probíhají volnočasové aktivity, kterých je možné se účastnit od 9 do 15 hod. a jejich nabídka je prezentována na nástěnkách nebo se o nich klienti dozvědí od aktivizačních pracovníků;
- kuřárny;
- terasy – často využívány k relaxaci klientů;
- zahrada – využívána zejména za teplého počasí, kdy slouží k volnočasovým aktivitám klientů nebo k procházkám a dalším činnostem.

Dále organizace poskytuje sociální služby, které jsou poskytovány celoročně, a to 24 hodin denně. Sociální poradenství poskytují vyškolení sociální pracovníci, kteří mohou poskytovat sociální poradenství v pracovní dny od 7 do 15,30 hod.

Domov se také nachází ve velmi dobré lokalitě v blízkosti autobusové zastávky a 2 km od vlakového nádraží. Klientům také vyhovuje venkovské prostředí a příroda kolem domova, protože se v blízkosti domova nachází lesopark.

V DPS v Domově Božice, p. o., jsou poskytovány pobytové sociální služby, které jsou určeny seniorům nad 60 let, kteří z důvodu snížené soběstačnosti nemohou žít ve vlastním přirozeném domácím prostředí a není zde možnost péče rodiny, pečovateli či jiných vhodných nabízených sociálních zařízení.

DPS se snaží u klientů zachovat co nejdéle jejich soběstačnost a dovednosti, získané návyky dle individuálních potřeb každého klienta a umožnit jim tak důstojné stáří.

Kapacita domova je 87 míst, z čehož 17 míst je určeno pro klienty DPS. Jestliže se stane, že potencionální klient má akutní infekční onemocnění, psychotické onemocnění, závislost na alkoholu či jeho zdravotní stav vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení, není mu služba v Domově Božice, p. o., nabídnuta.

V Domově Božice, p. o., je kladen důraz na základní zásady při poskytování všech nabízených služeb. Především se jedná o:

- Individuální přístup poskytují pracovníci domova všem klientům s cílem zachování co nejdéle možné soběstačnosti klienta s pomocí celkové péče a podpory.
- Respekt – na ten je kladen velký důraz. Zároveň také na přijetí klienta bez ohledu na jeho vyznání, pohlaví, přesvědčení, schopnosti, zdravotní stav a jiné.
- Důstojnost klientů domova je založena na rovnocenném vztahu mezi klienty a zaměstnanci. Je zde snaha o důstojné prožití stáří a celistvý přístup, který je založený na vzájemné důvěře a úctě vůči všem.
- Bezpečí je v domově vytvořeno v rámci bezpečného prostředí pro všechny klienty, tak aby se cítili v domově v jistotě, s pocity pohody a spokojenosti v rámci vztahu zaměstnanec/klient.
- Kontakt se společenským prostředím, kdy se domov snaží o dobré vztahy a spolupráci v přirozeném prostředí, s přáteli klientů a rodinnými příslušníky.
- Soustavné vzdělávání pracovníků a rozvoj organizace je snahou o co nejvíce možné získání a prohloubení znalostí, zkušeností a spolupráce s odbornými pracovišti (Domov Božice, p. o, © 2020).



### **3. Metodika**

Teoretická část bakalářské práce byla zformována na základě studia odborné literatury a zdrojů, které se zabývají tematikou stáří, stárnutí, změnami ve stáří a možnostmi institucionální péče o seniory a domácí péčí o seniory. V praktické části, byla pro výzkum práce „Možnosti a perspektivy sblížení domácí a institucionální péče o seniory“ zvolena metoda kvalitativního výzkumu.

#### **3.1 Použitá výzkumná strategie**

Kvalitativní výzkum dle Hendla (2016) je proces, který se zaměřuje na hledání porozumění v rámci různých metodologických tradic zkoumání ve stanoveném sociálním nebo lidském problému. Následně dle tohoto výzkumu směřuje k vytvoření komplexního, holistického obrazu. Dále je také zpracována analýza možných typů textů a informace o názorech účastníků výzkumu. Tento typ výzkumu je celý realizován v přirozených podmínkách aktuálního života respondentů (Hendl, 2016). Miovský (2006) dále uvádí, že se jedná o přístup, který využívá zásady jedinečnosti a neopakovatelnosti v psychologických vědách. Dále je také dynamický, a tak pracuje v rámci reflexivní povahy ve všech možných případech psychologického zkoumání. Podle Reichela (2009) se k základním znakům řadí intenzivní šetření zkoumané skutečnosti, zaměření se na více aspektů u méně objektů a elastická reakce na postup, který zjišťuje informace.

Na výsledcích výzkumu se podílejí výzkumníci, u kterých je důležité, aby napomáhali k celkovému porozumění zkoumaného problému, Miovský (2006) klade velký důraz na to, aby byla zajištěna odpovídající příprava výzkumníka.

#### **3.2 Polostrukturovaný rozhovor**

Samotná realizace výzkumu byla prováděna pomocí metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Dle Hendla (2016) se u tohoto výzkumu a této metody jedná o vytvoření definovaného účelu, jde o proces, při kterém je získávání informací od respondenta velmi pružné. Dále dle Dismana (2011) se u polostrukturovaného rozhovoru stává z respondenta spoluautor výzkumu a otázek. Díky tomu je výzkumníkovi umožněno hlubší porozumění dané problematice a celkově i porozumění a myšlení respondenta. Podle Reichela (2009) se výzkumník musí držet stanovených, předem připravených otázek, avšak samotné dotazování může probíhat v různém pořadí

a s různými doplňujícími dotazy. Dále autor uvádí, že kontakt s respondentem v rámci polořízeného rozhovoru vede k navázání osobního kontaktu mezi výzkumníkem a respondentem.

Rozhovory v prováděném výzkumu se dělily do dvou typů dle respondentů (senior v domácí péči a klient v DPS). Každý typ respondenta obdržel tři dílčí výzkumné otázky, které sloužily jako možný scénář rozhovoru. V rámci těchto dvou typů respondentů byly vytvořeny dva záznamové archy pro polostrukturované rozhovory. První typ záznamového archu byl vytvořen pro zaznamenávání odpovědí seniorů v domácí péči (Příloha č. 2). Druhý typ byl vytvořen pro zaznamenávání odpovědí pro klienty DPS (Příloha č. 3). Záznamové archy k výzkumu obsahují tři oblasti. První záznamový arch sloužící k rozhovoru se seniory v domácí péči, má tři oblasti: charakteristické rysy domácí péče, využívané služby v rámci domácí péče a možnosti sbližování domácí a institucionální péče. Druhý záznamový arch sloužící jako podklad k rozhovoru s klienty DPS byl rozdělen také do tří oblastí, a to: charakteristické rysy institucionální péče v DPS, požadavky na institucionální péči v DPS a možnosti sbližování domácí a institucionální péče.

### **3.3 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor byl tvořen seniory v domácí péči a klienty DPS Domov Božice, p. o. Výzkumný soubor byl získáván metodou sněhové koule, kdy pro bakalářskou práci byl vybrán jeden senior v domácí péči a jeden klient DPS a ti pak doporučili další seniory a klienty, kteří byli v domácí péči a v DPS.

1. Kritériem výzkumu pro seniora v domácí péči byl věk nad 60 let, umístění v domácí péči rodiny či jiného opatrovatele a ústní souhlas s provedením výzkumu.

2. Kritériem výzkumu pro klienta DPS byl věk nad 60 let, minimální doba v DPS 1 rok a ústní souhlas s provedením výzkumu.

Celkem bylo osloveno více seniorů v domácí péči, samotného výzkumu se však zúčastnilo šest seniorů, kteří byli v domácí péči. Jednalo se o tři muže a tři ženy. Zbývající čtyři senioři, kteří se nezúčastnili výzkumu, odmítli z důvodů velmi citlivé situace, kterou neměli zájem sdílet.

V Domově Božice, p. o., bylo osloveno také více klientů, ale výzkumu se účastnilo pouze šest respondentů, kteří byli ochotni se do výzkumu zapojit. Jednalo se o čtyři

muže a dvě ženy. U respondentů, kteří se výzkumu odmítli zúčastnit, bylo důvodem zhoršení zdravotního stavu nebo odmítali poskytovat informace z důvodu citlivosti tématu.

Sběr dat byl u respondentů v domácí péči a klientů DPS ukončen na základě saturace.

### **3.4 Metoda sněhové koule**

Výzkumný soubor, jak už bylo zmíněno, byl získáván pomocí metody sněhové koule. Podle Miovského (2006) se jedná o jednu z nejpoužívanějších metod v rámci kvalitativního výzkumu. Princip této metody dle autora spočívá v účelovém výběru jednoho informanta, který nám poskytne informace o dalším možném informantovi (respondentovi), a tak je získáván kontakt na dalšího potenciálního respondenta.

### **3.5 Způsob zpracování dat**

Data, která byla získána, byla zpracovaná pomocí metody otevřeného kódování. Dle Hendla (2016) otevřené kódování slouží k otevření určitých témat v rámci získaných dat. Pozice výzkumníka spočívá ve vytvoření možných témat, které výzkumník třídí, kombinuje, organizuje a případně doplňuje. Dále dle autora vzniklá témata společně spolu s výzkumnými otázkami, literaturou a pojmy navozují respondentům vzájemný vztah, případně tak mohou vznikat nové úvahy. Ty vznikají tím, jak výzkumník postupně proniká k textu. Cílem otevřeného kódování je tedy možné rozkrytí textu v dané tematice a kvalitativní výzkum pomáhá nalézt odpovědi na dané výzkumné otázky/podotázky (Hendl, 2016).

Kategorie, které vznikly, se odvíjely od rozhovoru s respondenty a ze stanovených dílčích výzkumných otázek.

Kategorie vzniklé z rozhovorů s respondenty v DPS:

- péče v DPS (institucionální péče)
- požadavky na DPS
- sbližování domácí péče s institucionální péčí

Kategorie vzniklé z rozhovorů s respondenty v domácí péči:

- domácí péče
- služby sociální péče v domácí péči

- sbližování domácí péče s institucionální péčí

Rozhovory, které byly vedeny s respondenty, byly sestaveny dle stanovených dílčích výzkumných otázek a kategorií, jak již bylo zmíněno. Rozhovory s respondenty byly po souhlasu nahrávány na mobilní zařízení a po ukončení rozhovoru byly nahrávky doslovně přepsány do programu Microsoft Word. Přepsané rozhovory byly pak zakódovány a převedeny do obecnějších kategorií. Kategorie a dílčí výzkumné otázky pak sloužily jako interpretace výsledů, které byly v rámci jednotlivých výzkumných souborů rozděleny.

### **3.6 Předvýzkum**

Samotný výzkum byl zahájen až po předvýzkumu, který byl realizovaný s jedním respondentem v domácí péči a klientem DPS, kteří splňovali již zmiňovaná kritéria, jež sloužila k ověření, zda jsou navrhované otázky vhodné, srozumitelné a zda je jejich formulace správná. Jelikož se může stát, že vybrané otázky nemusí být srozumitelné, sloužil předvýzkum pro možnost případných oprav či doplnění stanovených otázek.

Předvýzkum sloužil pro tuto bakalářskou práci jako možný orientační ukazatel časové náročnosti, kterou bylo nutno věnovat zvlášť každému respondentovi. Po ukončení předvýzkumu bylo zjištěno, že výzkumné otázky byly stanoveny srozumitelně, jednoznačně a nebylo proto třeba žádných úprav či doplnění. Rozhovor s každým respondentem, jak v rámci předvýzkumu, tak výzkumu, trval přibližně 30 minut, což bylo pro potřeby výzkumu dostačující.

### **3.7 Realizace výzkumu**

Pro včasnou realizaci výzkumu byl stanoven časový harmonogram, dle kterého byly náležitě splňovány jednotlivé činnosti tak, aby byla bakalářské práce řádně dokončena. Časový harmonogram realizace byl rozdělen do 4 fází procesu.

- V první fázi výzkumu proběhl sběr odborné literatury, získání odborných zdrojů o dané problematice, a to i v cizojazyčném znění. Po získání všech odborných zdrojů bylo zahájeno sepsání teoretické části.
- V druhé fázi byly zvoleny dílčí výzkumné otázky, které sloužily k umožnění předvýzkumu.
- V třetí fázi byl proveden samotný výzkum, u kterého byly všechny získané informace od respondentů zpracovány do písemné podoby. Respondentů bylo

v rámci celého výzkumu celkem dvanáct, z toho šest klientů DPS a šest seniorů v domácí péči. Rozhovory s respondenty probíhaly individuálně a byly anonymní. Na začátku každého rozhovoru jsem se představila a sdělila, jak rozhovor bude vypadat, následovaly cíle bakalářské práce, její obsah a možné využití. Jestliže se mnou respondent chtěl zahájit výzkum, dostala jsem od něj souhlas, poté bylo možné rozhovor s respondentem zahájit. Každý rozhovor, jak již bylo zmíněno, trval přibližně 30 minut. V rámci všech rozhovorů jsem pocítovala příjemnou atmosféru, která nás, jak myslím, každého obklopovala. Rozhovory byly z mého hlediska velmi příjemné a přínosné nejenom pro bakalářskou práci, ale i pro mě samotnou. Zpětné vazby se mi dostalo jak ze strany pečujících, tak z pozice sociálních pracovníků v Domově Božice a byla velmi kladná.

- Poslední fáze se týkala samotného zpracování všech výsledků výzkumu, následně byla sepsána diskuse a závěr práce.

Časový harmonogram, o kterém se v této podkapitole zmiňuji, je pro přehlednost uveden v tabulce níže (viz Tabulka č. 1).

**Tabulka č. 1 – Časový harmonogram bakalářské práce**

Fáze bakalářské práce	Aktivita	Časové vymezení
1. fáze	Sběr odborné literatury a zdrojů. Sepsání teoretické části.	Leden 2020–Březen 2020
2. fáze	Zvolení dílčích výzkumných otázek. Předvýzkum.	Březen 2020
3. fáze	Výzkum + zpracování do písemné podoby.	Březen 2020
4. fáze	Zpracování všech výsledků výzkumu, diskuse, závěr práce	Duben 2020

*Zdroj: Vlastní výzkum*

## 4. Výsledky

V této kapitole bakalářské práce jsou uvedena data, která byla získána na základě kvalitativního výzkumu pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru se dvěma výzkumnými soubory.

Výzkum byl zaměřen na seniory starší 60 let, kteří jsou v domácí péči, a na seniory, kteří jsou v institucionální péči. Pro zastoupení seniorů v institucionální péči byl vybrán Domov Božice, p. o., kde probíhal rozhovor s klienty DPS. Celý výzkum byl proveden s dvanácti respondenty, z čehož šest bylo klientů DPS a šest seniorů v domácí péči.

Pro zodpovězení stanovené hlavní výzkumné otázky: „Jaké jsou charakteristické rysy domácí a institucionální péče, podobnosti, odlišnosti a jejich perspektiva sbližování?“ byly stanoveny tři dílčí výzkumné otázky pro každou skupinu respondentů zvlášť. Následně z těchto dílčích výzkumných otázek byly sestaveny kategorizace a otázky k rozhovoru s respondenty. Získané výsledky a následně jejich vyhodnocení nalezneme v dalších kapitolách. Ty se shodují se stanovenými dílčími výzkumnými otázkami a kategoriemi tak, aby vše bylo přehledné. Výsledky výzkumu se týkají pouze účastníků výzkumu a nelze je zobecnit pro všechny seniory v domácí péči a pro všechny klienty DPS Domova Božice, p. o. Přepsané rozhovory nalezneme v bakalářské práci jako přímé citace bez jazykové korektury.

V tabulce č. 2 a č. 3 jsou zaznamenány sociodemografické údaje a identifikační údaje všech respondentů, se kterými probíhal výzkum. Vzniklé kategorizace byly pro každou skupinu respondentů jiné. Pro seniory v domácí péči byly sestaveny tři kategorie (domácí péče, služby v rámci domácí péče, sbližování domácí péče s institucionální péčí) a také tři kategorie pro klienty DPS (péče v DPS, požadavky na DPS, sbližování domácí péče s institucionální péčí).

Každý provedený rozhovor se všemi respondenty začínal 6 sociodemografickými a identifikovatelnými otázkami, které byly v zásadě stejné až na poslední, šestou otázku, která byla pro každou skupinu respondentů jiná. Pro seniory v domácí péči bylo sestaveno šest otázek, jejichž cílem bylo zjistit: pohlaví, věk, vzdělání, bývalé zaměstnání, záliby a délku doby v domácí péči rodiny či pečující osoby. Následně bylo

stanoveno i šest otázek, které u klientů DPS měly zjistit: pohlaví, věk vzdělání, bývalé zaměstnání, záliby, délka pobytu DPS. Zmiňované sociodemografické a identifikační otázky pro každého respondenta dle skupiny sloužily pouze k získání základních informací o respondentech a k přehlednějšímu rozřídění. Následně jsou tyto výsledky zaznamenány v tabulce č. 2 a č. 3 pro lepší přehlednost.

**Tabulka č. 2 – Sociodemografické a identifikační údaje klientů DPS**

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Bývalé zaměstnání	Záliby	Délka pobytu v DPS
KL 1	Žena	79	Vyučena	Šička	Čtení, procházky	2,5 roku
KL 2	Žena	67	Vyučena	Zemědělství, (rostlinná výrova) dělnice	Čtení	1 rok
KL 3	Muž	64	Vyučen	Zámečnick	Čtení, sledování sportu, filmů	2 roky
KL 4	Muž	77	Vyučen	Strojvedoucí	Poslech rádia, čtení	10 let
KL 5	Muž	87	SŠ s maturitou	Předseda JZD	Sledování filmů, sportu	4 roky
KL 6	Muž	72	Vyučen	Malíř, natěrač	Čtení, malování obrázků	1,5 roku

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z tabulky č. 2 vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo šest klientů DPS Domova Božice, p. o. Výzkumu v zařízení se účastnily dvě ženy a čtyři muži. Věk respondentů byl v rozmezí 64 až 87 let. Vzdělání respondentů KL 1, KL 2, KL 3, KL 4 a KL 6 bylo vyučení a u respondenta KL 5, bylo vzdělání střední s maturitou. Poznatky z oblasti bývalého zaměstnání se u respondentů velice lišily a nebyla nalezena shoda, viz tabulka č. 2, kolonka bývalé zaměstnání. Záliby byly u respondentů velmi podobné u KL 1, KL 2, KL 3 a KL6 byla uvedena záliba ve čtení, přičemž KL 1 uvedl navíc procházky, KL 4 poslech rádia a KL 6 navíc malování obrázků. Respondenti KL 3 a KL 5 uvedli jako své

záliby sledování sportu a filmu. Respondenti jsou v DPS ubytováni v rozmezí 1 až 4 let s výjimkou respondenta KL 4, který je v zařízení již 10 let.

**Tabulka č. 3 – Sociodemografické a identifikační údaje senioru v domácí péči**

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Bývalé zaměstnání	Záliby
SE 1	Žena	83	Vyučena	Zemědělství (dělnice)	Zahrada, čtení
SE 2	Žena	75	Vyučena	Zemědělství (dělnice)	Čtení, luštění křížovek
SE 3	Žena	89	SŠ s maturitou	Zdravotní sestra	Pečení, háčkování
SE 4	Muž	70	Vyučen	Zemědělec	Chov zvířat, zahrada
SE 5	Muž	82	VŠ	Učitel	Křížovky, čtení
SE 6	Muž	72	Vyučen	Automechanik	Auta, čtení

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z tabulky č. 3 lze vidět, že se výzkumu seniorů v domácí péči zúčastnilo šest respondentů. Výzkumu se zúčastnili tři ženy a tři muži. Věk respondentů byl mezi 72 až 89 lety. Vzdelání respondentů bylo velice podobné. Čtyři ze šesti dotazovaných uvedli vzdělání – vyučeni, avšak u SE 3 bylo uvedeno vzdělání SŠ s maturitou a u respondenta SE 5 bylo uvedeno VŠ vzdělání. Zaměstnání respondentů SE 1 a SE 2 bylo stejné, a to práce v zemědělství na pozici dělník/dělnice. Další respondenty nalezneme v tabulce č. 3 v kolonce bývalé zaměstnání. Záliby respondentů se nejvíce shodovaly v rámci čtení, a to u respondentů SE 1, SE 2, SE 5, SE 6, u zbylých respondentů SE 3 a SE 4 se objevilo háčkování, pečení, chov zvířat a péče o zahradu.



#### 4.1 Výsledky rozhovorů s klienty DPS dle kategorizace

##### *Péče v DPS (institucionální péče)*

První kategorií, kterou jsem ze získaných rozhovorů s respondenty identifikovala, je poskytovaná péče v DPS. Tato kategorie je zaměřena na podobu poskytované péče klientům v DPS Domov Božice, p. o., a právě ta pro výzkum k této bakalářské práci zastupuje formu institucionální péče o seniory. Z první kategorie vznikla řada otázek k vedenému polostrukturovanému rozhovoru s respondenty, které se zabývají důvodem odchodu do domova pro seniory, možnostmi výběru domova pro seniory, využívanými službami v domově pro seniory a o spokojenosti pobytu v tomto zařízení.

Z rozhovorů s respondenty byla stanovena první otázka, která se soustředila na důvody, které bezpodmínečně vedly seniora k rozhodnutí k nástupu do domova pro seniory. Respondenti nejvíce zmiňovali jako hlavní důvody, které je přiměly k nástupu do DPS, zhoršení zdravotního stavu a nemožnost postarat se sami o sebe a svoji domácnost. KL 1 uvedla: *„Už jsem sama, hůř se mi chodí a často se mi zamotá hlava, na vše už nestačím.“* Podobné odpovědi měli čtyři respondenti ze šesti zmiňovaných. Mezi další zmíněný překážky od respondenta KL 5 patřil důvod odchodu do zařízení z předešlé zkušenosti z pobytu manželky, která v domově bohužel nakonec i zemřela. Respondent byl s péčí o manželku velice spokojený a zařízení se mu velice líbilo. DPS v Božicích vyhověl jeho žádosti a klient se tam nastěhoval. KL 5 uvedl: *„A kde bych jinde měl žít, žila tu má žena, a byla spokojená, také jsem tu chtěl být a jednou tu i umřu, tak jako ona.“* Poslední důvod, který byl zmíněn ze strany respondenta KL 6, byl důvod nutného kontaktu se svými vrstevníky, pocit samoty, strachu a nejistoty. KL 6 uvedl: *„Už toho na mě bylo doma dost, potřeboval jsem nějaký nový impuls, nějaké nové lidi kolem sebe, žiji sám a přátelé žijí daleko.“*

Další otázka pro respondenty byla směřována k důvodům, které vedly respondenty k výběru právě tohoto zařízení – Domova Božice, p. o.; zde vznikla shoda u tří respondentů KL1, KL2 a KL 3, ti dostali doporučení od svého všeobecného praktického lékaře, a tak si žádost podali a bylo jim vyhověno.

KL3 uvedl: *„Mému doktorovi věřím, a když se mi zmínil o tomto zařízení, jak funguje, jak je vedeno a jak by byl můj život jednodušší v tomto zařízení v rámci mého zdravotního stavu, podal jsem si sem žádost.“*

Změna odpovědi byla u dalších třech respondentů, u kterých hrálo roli jiné doporučení. Respondent KL 4 uvedl jako důvod rozhovor se sociální pracovnící v LDN, která mu toto zařízení doporučila, jelikož se nachází v místě jeho bydliště.

KL 4: *„Dlouho jsem ležel na LDN, a když přišlo zlepšení mého zdravotního stavu, tak za mnou přišla sociální pracovníce s touto možností, byl jsem vlastně i rád, a jelikož bydlím kousek od zařízení, tak ho dobře znám.“*

U KL 5 bylo jako důvod uvedeno vlastní ověřené doporučení, jelikož respondent dříve do zařízení chodil za svou manželkou. KL 5 uvedl: *„Ženě se tu líbilo a mně také, takže jak se naskytla možnost, věděl jsem hned, že půjdu sem.“*

Poslední zaznamenaná odlišná odpověď byla u respondenta KL 6, který jako hlavní pro rozhodnutí k nástupu do Domova Božice, p. o., učinil po doporučení a rozhovoru se svým dlouholetým přítelem, který zde sám žije. KL 6 uvedl: *„Josef tu žije už 2 roky a je spokojený, tak jsem chtěl jít za ním a povedlo se, jsem tu.“*

Třetí otázka se soustředila na nabídku služeb zařízení a jejich využívání klienty. Zde se objevila velká shoda skoro u všech respondentů, kteří odpovídali, že se snaží využívat všechny nabízené služby (ubytování, stravování, aktivizační činnosti, bohoslužby, úklid a jiné) v rámci domova a v rámci jejich volného času a momentální konstelaci nálady.

KL 1 uvedl jako velké plus možnost aktivit na zahrádce, které si velice pochvaluje. Uvedl: *„Mám ráda aktivity, které nám na každý den připraví, nejraději jsem, když jdeme na zahradu a já si tak mohu užívat plnými doušky přírodu.“*

KL 4 a KL 5 uvedli, že se snaží využívat služeb kadeřnice, a tak mají v domově skoro vše. KL 5 uvedl: *„Využívám tu skoro všechny služby a snažím se být velice aktivní, i když to zdravotníčko mi trochu pokulhává, rád si také dopřávám služby paní holičky.“*

Poslední otázka v rámci kategorizace domova byla taková, abychom zjistili, zda jsou respondenti v domově spokojeni, případně, co by si přáli jinak.

Výsledky byly velice pozitivní, jelikož jsou respondenti velice spokojeni a vše si chválí, vznikly jen tři drobné připomínky ze strany respondentů KL 3 a KL 4 v rámci stravy a u respondenta KL 2, kde byly navrhované častější procházky, jinak ze strany

respondentů byla vyjádřena velká chvála na Domov Božice, p. o. KL1 uvedl: „*Jsem tu velice spokojena, nic bych tu neměnila, myslím, že se nám tu všem žije moc dobře, personál je na nás hodný a chová se k nám s úctou.*“

Respondent KL 3 dodal: „*Žiji tu moc rád, jen ty přílohy k jídlům, kdyby se změnily, nebo lépe upravovaly, bylo by to tu ještě lepší.*“

Závěrem přišel ještě dodatek od respondenta KL 2: „*Nic bych tu neměnil, moc se mi tu líbí, avšak kdyby se do mého dne přidalo více vycházek ven, byl bych moc rád.*“

Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka, kde se jednotlivé odpovědi vyskytují pod jednoslovnými odpověďmi, viz tabulka č. 4.

**Tabulka č. 4 – Péče v DPS**

	Důvod odchodu do DPS	Výběr domova (doporučení)	Využívané služby	Spokojenost pobytu, případné připomínky
KL 1	Nemoc	Lékař	Všechny v rámci domova (Aktivizační služby nejvíce)	Spokojenost
KL 2	Nemoc	Lékař	Všechny v rámci domova	Spokojenost + více procházek
KL 3	Nemoc	Lékař	Všechny v rámci domova	Spokojenost + lepší přílohy k jídlům
KL 4	Nemoc	Soc. pracovník	Všechny v rámci domova + kadeřnice	Spokojenost + lepší jídlo
KL 5	Manželka	Manželka	Všechny v rámci domova + holička	Spokojenost
KL 6	Samota	Kamarád	Všechny v rámci domova	Spokojenost

*Zdroj: Vlastní výzkum*

## Požadavky na DPS

Druhá kategorie, která byla stanovena dle získaných rozhovorů s respondenty, se věnuje požadavkům na DPS (Domov Božice, p. o.). Z druhé kategorie vznikla řada otázek, které byly použity v rozhovoru s respondenty. Otázky se soustředily na to, jak si respondenti představují ideální DPS, jaké mají požadavky na DPS a zda jim jsou splněny.

Na základě rozhovorů s respondenty byla stanovena první otázka, která se zaměřila na popis, jakéhosi ideálního DPS pro respondenty. Zde jsem čekala trochu více zapojení fantazie a větší různorodost odpovědí respondentů, avšak opak byl pravdou. Respondenti jsou v zařízení velice spokojeni, jak je již zmiňováno u předešlé kategorie.

Odpovědi respondentů byly velice podobné a nijak zvlášť se v podstatě nelišily, až na pár připomínek, které však nemění celkovou spokojenost a podobu ideálního DPS. Respondent KL 2 uvedl: *„To je velice jednoduchá otázka, vypadalo by to tam jako tady, je tu milý personál a krásná příroda.“*

Menší připomínky se týkaly třech respondentů z šesti, avšak byly to jen drobné připomínky v rámci seberealizace a zájmů respondentů KL 1, KL 5, KL 6. Respondent KL 1 uvedl: *„Ideálně bych byla na své zahrádce a pracovala, ta mi tu jediná chybí k dokonalosti ideálního pečovatelku.“* Respondent KL 5 uvedl: *„Představuji si to tam jak u nás doma, bylo by tam více zvířat a každé ráno by mě budil kohout, i když tady je to taky takový hezký.“* Respondent KL 6 uvedl: *„Tady, kde jsem, je to ideální, avšak trochu více obrazů by domovu neuškodilo.“*

Druhá otázka se zaměřila na požadavky respondentů na DPS, zda jim jsou případně tyto požadavky splněny. Jelikož jsou respondenti s péčí domova velice spokojeni, což již víme z předešlých odpovědí, tak i u této otázky vzniklo mnoho podobných odpovědí, které byly velice pozitivní, jelikož už při nástupu bylo respondentům většinou vyhověno a jejich požadavky uspokojeny.

To uvádí i respondent KL 1. Ten si přál, aby mohl nastoupit do jednolůžkového pokoje, což mu v rámci volné kapacity bylo umožněno. KL 1 dále uvádí: *„Jediným požadavkem, který jsem měla, byl tento pokoj, jelikož mám ráda svůj klid a mám své naučené denní návyky, které by mohly spolubydlícím vadit.“*

Dále se také objevily požadavky u respondenta KL 3, který uvádí nevyhovění požadavků v rámci většího výběru jídla. Respondentu KL3 uvedl: *„Nejsem nějak náročný, mým požadavkem je větší výběr jídla, bohužel mi tento požadavek nebyl ještě vyhověn, snad se toho brzy dočkám.“*

Jiný požadavek byl ze strany respondenta KL 5. Měl požadavek si do zařízení přinést své vlastní křeslo z domova, i v tomto požadavku mu byl vyhověno. Uvedl: *„Díky křeslu se tu cítím jako doma.“*

Požadavky ostatních respondentů byly běžné a pro všechny respondenty splnitelné. Jednalo se například o vlastní ložní prádlo, pyžamo, květiny, fotky jejich blízkých či rádio, které si přál respondent KL 4. Uvedl: *„Každé ráno, odpoledne i večer poslouchám rádio, bez něj by to nešlo.“*

A tak bylo i tomuhle požadavku u respondenta KL 4 vyhověno. V rámci požadavků na personál byla od klientů dána jasná odpověď, kdy si přáli, aby se k nim personál choval se vzájemným respektem, úctou a porozuměním. KL 6. Uvedl: *„Přál jsem si, aby to tu bylo stejné jak za mé manželky, a taky to tu tak je, vztahy mezi zaměstnanci a klienty jsou velmi dobré.“*

Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka, kde se jednotlivé odpovědi vyskytují, viz tabulka č. 5.

**Tabulka č. 5 – Požadavky na DPS**

	Ideální DPS	Požadavky materiálního charakteru	Naplnění	Požadavky na personál	Naplnění
KL 1	Možnost práce na zahrádce	Jednolůžkový pokoj	Ano	Respekt, úcta, porozumění	Ano
KL 2	Stejně jako stávající zařízení DPS (Domov Božice, p. o.)	Ložní prádlo, pyžamo, fotografie, květiny	Ano	Respekt, úcta, porozumění	Ano
KL 3	Stejně jako stávající zařízení DPS (Domov Božice, p. o.)	Větší výběr jídel	Ne	Respekt, úcta, porozumění	Ano
KL 4	Stejně jako stávající zařízení DPS (Domov Božice, p. o.)	Rádio	Ano	Respekt, úcta, porozumění	Ano
KL 5	Zvířata, probouzení od kohouta	Křeslo	Ano	Respekt, úcta, porozumění	Ano
KL 6	Obrazy po celém DPS	Ložní prádlo, pyžamo, fotografie, květiny	Ano	Respekt, úcta, porozumění	Ano

*Zdroj: Vlastní výzkum*

*Sbližování domácí péče z institucionální péče*

Třetí a zároveň poslední kategorie, která byla stanovena pro respondenty, kteří zastupovali institucionální péči (klienti DPS – Domov Božice, p. o.). Ta byla vytvořena na základě získaných rozhovorů s respondenty. Sestavené otázky rozhovoru se věnují informovanosti o poskytování jiných sociálních služeb pro seniory a styku s rodinou či přáteli.

První otázka byla zaměřena tak, abych zjistila, jak jsou respondenti orientovaní v možnostech jiných služeb sociální péče, kterou by mohli případně využívat. Tato otázka se jevila jako jedna z oblastí, kterou respondenti moc neznají. Pouze dva respondenti, z pěti dotazovaných, mi dokázali plnohodnotně odpovědět v rámci získaných informací od sociální pracovnice či rodiny. Jedná se o respondenty KL 1 a KL 5. Respondentka KL 1 se o možnostech více rozpovídala. Jelikož měla mnoho informací získaných od své vnučky, která studuje sociální práci. Z důvodu zhoršení zdravotního stavu u respondenta se rozhodovalo, jakou službu bude moci využívat. Nejdříve se jednalo o centrum denních služeb, následně o odlehčovací služby a až pak byl respondent umístěn do DPS. Dále respondent uvedl: *„Také od vnučky vím, že kdybych byla více nemocná, tak v Božicích zůstanu, ale budu na jiném oddělení, na tom se zvláštním režimem.“*

V případě respondenta KL 5 se jednalo o načerpání vědomostí ve chvíli, kdy se u jeho manželky vlivem vážného onemocnění zhoršil zdravotní stav, a tak společně s rodinou hledali nejlepší řešení, jak se o paní postarat. Respondentova zesnulá manželka nejdříve také využívala odlehčovací služby, posléze služby následné péče a nakonec DPS (Domov Božice). Respondent KL 5 dále uvedl: *„Tyhle všechny služby já znám, sám jsem se v nich musel naučit orientovat za pomoci rodiny a kamarádů, nikdo jiný mi v tom dostatečně nijak nepomohl.“*

Další respondenti odpovídali dost nejasně a bylo vidět, že v informacích o nabízených sociálních službách péče a její dostupnosti mají velké nedostatky. V odpovědích byli velice nejasní, například respondent KL 3 uvedl: *„Nevěděl jsem, jak to vše půjde a kam mám jít, až mi můj doktor dal vytištěnou žádost sem do pečovatelského.“*

Druhá otázka se týkala vztahů mimo domov. Zajímalo mě, jak často se respondenti stýkají se svojí rodinou a svými blízkými. Věděla jsem, že je tato otázka pro některé respondenty velice choulostivá. Z mé zkušenosti vznikaly obavy o špatné vztahy s rodinou a s málo častými návštěvami. Tato obava se projevila u tří ze šesti respondentů. Respondent KL 1 má vztah se svojí rodinou a přáteli velmi dobrý a navštěvují jej jedenkrát do týdne. Uvedl: *„Vždy tu někoho mám, buď někoho z rodiny, nebo kamarádky, někdy jsem v jednom kole“* (s úsměvem sdělil respondent).

Další časté návštěvy se objevily u respondentů KL 5 a KL 6, k těm jezdí rodina také jednou do týdne. Dále respondent KL 5 uvedl, že každý svátek se rodina snaží, aby byli všichni společně doma. Uvedl: „*Vždy si mě vyzvednou a jedem, jsem moc rád, že můžu změnit prostředí.*“

U dalších respondentů se styk s rodinou a přáteli objevoval velice nepravidelně, a to u respondentů KL 2 a KL 4, avšak respondent KL 4 jezdí čtyřikrát do roka domů za rodinou. U respondenta KL 3, tak u toho se návštěvy moc neobjevují, respondent KL 3 uvedl: „*Moc za mnou nejezdí, někdy se zastaví dcera, ale to jen někdy, nejčastěji mi volají, i když to není moc často.*“

Aby všechny odpovědi od respondentů byly přehlednější, byla vytvořena následující tabulka.

**Tabulka č. 6 – Sbližování domácí péče a institucionální péče**

	Informovanost o službách sociální péče	Návštěvy rodiny či přátel
KL 1	Od vnučky – orientovanost odlehčovací služby, domov se zvláštním režimem, centrum denních služeb	1x týdně rodina a přátelé
KL 2	Minimální – spíše žádná	Velice nepravidelné návštěvy rodiny
KL 3	Minimální – spíše žádná	Telefonické, občas návštěva dcery
KL 4	Minimální – spíše žádná	Návštěvy nepravidelné, ale pobyt 4krát do roka doma u rodiny
KL 5	Od rodiny a sám, orientovanost, odlehčovací služby, služby následné péče	1x týdně rodina a o svátcích pobyt doma
KL 6	Minimální – spíše žádná	1krát týdně rodina

*Zdroj: Vlastní výzkum*



## 4.2 Výsledky rozhovorů se seniory v domácí péči dle kategorizace

### Podoba domácí péče

První kategorie, kterou jsem ze získaných rozhovorů s respondenty identifikovala, se zaměřuje na podobu domácí péče o seniory, kteří zůstali v domácím prostředí, i když se jejich dosavadní celkový stav zhoršil a byli nuceni spoléhat se na pomoc druhých. Šest respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, zůstalo v domácím prostředí navzdory tomu, že již nezvládali všechny běžné úkony dne, které se týkaly různých oblastí života (pomoc s hygienou, sebeobsluhou, stravou a jiné). V rámci této kategorie, která se zaměřuje na podobu této péče, byly stanoveny otázky, jež se týkaly toho, jak dlouho se respondenti nacházejí v této situaci a z jakého důvodu se do ní dostali. Kdo respondentům pomáhá a zda jim tato forma péče vyhovuje či co pro tuto volbu péče bylo pro respondenty stěžejní?

První otázka, která se skládala ze dvou informací, byla zaměřena na to, jak dlouho se respondenti nacházejí v této nelehké životní situaci a z jakého důvodu se do ní dostali. Tato otázka byla pro respondenty velice citlivá, avšak nikomu z respondentů nedělalo problém na tyto otázky odpovědět. U dvou respondentů ze šesti se objevilo nádorové onemocnění, které si vyžádalo náročnou léčbu, a tak se respondenti dostali do fáze, kdy už nebyli schopni si zajistit například časté odvozy k lékaři a postupně se začaly zhoršovat i jejich dovednosti, a tak se stali závislími na pomoci jiné fyzické osoby. Jednalo se o respondenty SE 1 a SE 6. Respondent SE 1 uvedl: „*Vždy jsem se snažil mít plnohodnotný život a teď už si sám nedojdu ani na záchod.*“

Respondent SE 6, u kterého byl momentální zdravotní stav stabilizovaný, uvedl: „*Za vše mohou ty postříky a chemie, z toho jsem onemocněl a teď mi se vším musí pomáhat vnuci, ještě že ty kluky mám.*“ Další dva respondenti byli v domácí péči z důvodu věku. Jejich zdravotní stav byl prý dobrý, avšak roky nikdo nezastaví, a právě ty se na nich projevují nejvíce. Respondent SE 3 uvedl: „*Je mi dobře, moc mě toho nebolí, jen už to vaření, úklid a práce na zahrádce mi nejde tak dobře jako za mlada.*“ Respondent SE 2 doplnil: „*Jen kdyby mi ta hlava více fungovala, hned by to šlo vše líp a nemusel by mi nikdo pomáhat.*“

U dalších dvou zbylých respondentů se objevila náhlá změna jejich dosavadního života. U respondenta SE 4 došlo k úrazu při sběru meruněk, kdy respondent spadl ze žebříku a způsobil si těžké pohmoždění a zlomeniny. Respondentka SE 4 uvedl: „*Jen se*

*vyléčím a vše zas bude dobré, už asi nepolezu tak vysoko, ale dál se o sebe budu starat sama, jako tomu bylo doposud.“*

Respondent SE 2 byl podobného názoru a sršel optimismem, avšak u něj se jednalo o amputaci části končetiny vlivem diabetes mellitus. Respondent SE 2 uvedl: *„Na nohy už se sice nepostavím, ale nechci, aby se o mě starali jako o nemohoucího, to ještě zdaleka nejsem.“*

U všech zmiňovaných respondentů v domácí péči byla jejich doba v domácí péči, tedy doba, kdy jim pomáhá jiná fyzická osoba v rozmezí 3 měsíců až 3 let, přičemž nejkratší doba této péče je u respondenta SE 4 a nejdelší doba je u respondenta SE 1.

Cílem druhé otázky, která se skládala z více informací, bylo zjistit, kdo je aktérem pomoci, která umožňuje respondentům, aby v době, kdy jsou odkázáni na pomoc druhých, mohli setrvat v domácím prostředí a nemuseli být umístěni do zařízení v rámci jejich znevýhodnění. A dále zjištění, v čem jim tato forma péče vyhovuje, jak jsou s ní spokojeni. Péče, která byla respondentům poskytována, tak ta byla u všech respondentů zajištěna v rámci rodiny, která se snaží vlastními silami či s využitím možných sociálních služeb, jež jsou jim nabízeny a na které případně mají zdroj financí. Nejčastěji se v tomto případě pečujícími stávají ženy, a to u čtyř respondentů ze šesti. U dvou ze čtyř zmíněných respondentů fungují v roli pečovatelek manželky a dvě vnučky. Respondent SE 5 uvedl: *„Co já bych bez té naší holky dělala, ještě že mi se vším pomáhá.“* Respondent SE 6 uvedl: *„Nebýt manželky, tak už tu asi nejsem, moc hezky se o mě starala, když jsem já nemohl.“* Respondent SE 2 doplnil: *„Kdybych byl v nemocnici, tak už je po mně, ještě že tu mou mám.“*

U zbylých dvou respondentů bylo zastoupení mužské části, kdy se u respondenta SE 3 jednalo o pečující osobu pravnuka a u respondenta SE 4, kdy se jednalo o pečující osobu manžela. Respondent SE 4 uvedl: *„Můj muž se o mě stará nejlépe jak může, také mu pomáhá celá rodina, už aby bylo zase dobře.“*

Dále byl rozhovor směřován k tomu, proč si tuto formu péče respondenti vybrali a zda s ní jsou spokojeni. Spokojenost byla u všech šesti respondentů, avšak u dvou respondentů vznikalo menší nespokojení, které však nemělo dle respondentů nic společného s poskytovanou péčí. Respondent SE 1 ke své spokojenosti dodal: *„Jsem moc rád doma, ale už se začínám cítit jako bych všechny využíval.“* Toto tvrzení ale

pouze v jiném znění také uvedl respondent SE 6. Další respondenti neměli žádné připomínky a například dle respondenta SE 4 bylo řečeno: „*Mám se moc dobře, takhle kolem mě manžel ještě nelítal*“ (respondent následně uvedl, že se jednalo o nadsázku).

V rámci informací, v čem respondentům tato péče vyhovuje, byla velká shoda v odpovědích v rámci toho, že jsou respondenti doma, a to bylo pro ně to hlavní vyhovění všeho. Respondent SE 2 uvedl: „*Jsem doma, co víc si přát.*“ Dále respondent SE 5 doplnil: „*Jsem se svou Kess, ona by tu sama přeci nebyla.*“

Třetí otázka směřovala k tomu, co bylo pro respondenty stěžejní v rámci zajištění této formy péče. U třech respondentů z šesti dotazovaných se objevila shoda, a to v rámci nutné přestavby či stavebním úpravám v koupelně, WC a dalších obytných místnostech. Další úpravy uvedl respondent SE 2, u kterého se musela zajistit bezbariérovost celého obytného prostoru, jelikož respondent využíval invalidní vozík. Uvedl: „*Úplně všude se po baráku nedostanu, ale kam je nutné jít, tak tam jsme to upravit museli*“. Další stěžejní faktory uvedli respondenti SE 4 a SE 6, a to zajištění kompenzačních pomůcek, které byly nejdříve zapůjčeny a následně i některé zakoupeny. Respondent SE 6 uvedl: „*To, že jsem si ty pomůcky mohl nejdříve půjčit a vyzkoušet bylo moc dobré, některé jsme si pak koupili, ale s některými se mi špatně pracovalo, ty jsme vrátili*“.

Aby všechny odpovědi od respondentů byly přehlednější, byla vytvořena následující tabulka.

**Tabulka č. 7 – Podoba domácí péče**

	Důvody domácí péče	Délka doby v domácí péči	Kdo domácí péči zajišťuje	Co respondentům v domácí péči vyhovuje	Spokojenost s domácí péčí	Stěžejní změny v rámci domácí péče
SE1	Onkologické onemocnění	2 roky	Vnučka	Domácí prostředí	Ano + pocity zatěžování druhých	Přestavby a úpravy schodiště, koupelny a WC
SE2	Diabetes mellitus (amputace končetiny)	8 měsíců	Manželka	Domácí prostředí, vlastní postel	Ano	Bezbariérovost
SE3	Věk	10 měsíců	Pravnuk	Domácí prostředí	Ano	Přestavby a úpravy schodiště, koupelny a WC
SE4	Zlomeniny dolních končetin (sběr meruněk)	3 měsíce	Manžel s rodinou	Domácí prostředí	Ano	Kompenzační pomůcky
SE5	Věk	3 roky	Vnučka	Domácí prostředí, domácí mazlíček	Ano	Přestavby a úpravy schodiště, koupelny a WC
SE6	Onkologické onemocnění	1 rok	Manželka	Domácí prostředí	Ano + pocity zatěžování druhých	Kompenzační pomůcky

*Zdroj: Vlastní výzkum*

#### *Služby sociální péče v rámci domácí péče*

Druhá kategorie, která byla stanovena dle získaných rozhovorů s respondenty, se věnuje využívaným službám sociální péče a poskytovatelům, kteří nabízenou pomoc realizují u respondentů. Z druhé kategorie vznikla řada otázek, na které byly získány odpovědi. Otázky v druhé kategorii byly zaměřeny na využívané služby sociální péče a jejich poskytovatele. Následně bylo provedeno zjištění, zda jsou respondenti s těmito službami spokojeni a které činnosti v rámci nabízených služeb využívají.

Z rozhovorů s respondenty byla stanovena první otázka, která se zaměřila na služby sociální péče a jejich poskytovatele. V rámci využívaných služeb respondenty se objevily časté shody, avšak jeden respondent SE 6 uvedl: *„Vše zvládá má žena a já sám, zatím nebyla potřeba, aby nám někdo pomáhal.“*

U dalších respondentů se však objevily už jiné odpovědi. Zde již byly kombinace s využíváním sociálních služeb, a to u respondenta SE 1, který využívá pečovatelské služby a odlehčovací služby. Co se týká pečovatelských služeb, tak tu využívá zmiňovaný respondent SE1 dále respondenti SE2 a SE 4.

Respondent SE 4 uvedl: *„Rozhodli jsme se s manželem, že využijeme pomoc pečovatelské služby, jelikož mám ty nohy dost pochroumané, a ještě to chvíli bude trvat, než vše bude zase dobré.“*

Odlehčovací služby využívá nejenom respondent SE 1, ale také respondent SE 3. Službu sociální péče využívá respondentka SE 5, která využívá centrum denních služeb, jelikož chodí vnučka do práce a respondentka by byla doma sama. Respondent SE 5 uvedl: *„Je to taková denní zábava, ráda se tam setkávám s kamarádkami.“*

Poskytovatelé těchto všech zmíněných služeb pro respondenty zajišťují dvě organizace, a to Centrum sociálních služeb Znojmo, příspěvková organizace a Oblastní charita Znojmo. Kdy Centrum sociálních služeb Znojmo, příspěvkovou organizaci využívají 3 respondenti z pěti zmiňovaných, kteří využívají služby sociální péče, jedná se o respondenty SE 1, SE 3, SE 5 a zbylí dva respondenti SE 2, SE 4 využívají Oblastní charitu Znojmo.

Druhá otázka byla směřována k činnostem, které v rámci těchto služeb respondenti využívají a míra jejich spokojenosti. V rámci pečovatelských služeb Oblastní charitu Znojmo využívají respondenti SE 2 a SE 4, a to pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně. Respondent SE 4 uvedl: *„Vše je pro mě ještě stále nové, a tak mi paní pečovatelka pomáhá, aby na to žena nebyla sama.“*

Centrum sociálních služeb Znojmo, příspěvkovou organizaci, využívají respondenti SE 1, SE 3 a SE 5, kdy respondent SE 1 využívá v rámci pečovatelské služby pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a někdy i pomoc při zajištění chodu domácnosti. Dále respondent SE 1 a SE 3 využili odlehčovací služby, ve kterých respondentům byly poskytnuty všechny činnosti v rámci

odlehčovacích služeb, jednalo se o pomoc při zvládnání běžných úkonů v rámci péče, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, ubytování, aktivizační činnosti a další. Respondentka SE 3 k otázce dodala: „*Starali se tam o mě celkově a pomohli mi se vším, sestřičky, tam byly na mě moc hodné a dobře se mi s nimi povídalo.*“

Další respondent SE 5 v rámci organizace využívá centrum denních služeb, ve kterých využívá činnosti: pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, aktivizační činnosti a zprostředkování kontaktu. Poslední informace se soustředila na spokojenost, kterou potvrdilo všech pět respondentů. Respondent SE 5 uvedl: „*Mám se tam jako v bavlnce.*“

Dále respondent SE 1 uvedl: „*Velice jsem pochyboval, ale byl jsem tam spokojen, avšak návrat domu je vždy lepší.*“

Respondent SE 4 uvedl: „*Už jsem si na tu mou paní pečovatelku zvykla, vždy jsem ráda, když přijde.*“

Jediné malé výtky se objevily v rámci platby, která respondentům SE 2 a SE 3 přišla mírně vysoká, avšak to nebrali tak, že by se službami nebyli spokojeni.

Pro lepší přehlednost všech odpovědí byla vytvořena následující tabulka č. 8.

**Tabulka č. 8 – Sociální služby v rámci domácí péče**

	Využívané služby sociální péče	Poskytovatelé soc. služeb	Využívané činnosti	Spokojenost
SE1	Odlehčovací služby a pečovatelská služba	Centrum sociálních služeb Znojmo, příspěvková organizace	Péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zajištění chodu domácnosti + všechny činnosti v rámci odlehčovacích služeb	Ano
SE2	Pečovatelská služba	Oblastní charita Znojmo	Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně	Ano+ pocit vysoké platby za služby
SE3	Odlehčovací služba	Centrum sociálních služeb Znojmo, příspěvková organizace	Všechny činnosti v rámci odlehčovacích	Ano+ pocit vysoké platby za služby
SE4	Pečovatelská služba	Oblastní charita Znojmo	Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně	Ano
SE5	Centrum denních služeb	Centrum sociálních služeb Znojmo, příspěvková organizace	Pomoc při osobní hygieně, strava, aktivizační činnosti a zprostředkování kontaktu	Ano
SE6	/	/	/	/

*Zdroj: Vlastní výzkum*

#### *Sbližování domácí péče s institucionální péčí*

Třetí kategorie a zároveň poslední kategorie celého výzkumu vznikla jako předešlá na základě provedeného rozhovoru s respondenty, kteří jsou v domácí péči. I v této kategorii vznikla řada otázek, které vedly k zjištění, jestli respondenti znají jiné možnosti poskytování služeb, ať už v rámci domácí péče, či možné institucionální péče. Dále také, jaké mají vztahy s rodinou, jak často se s ní setkávají a jak jsou s domácí péčí spokojeni.

První otázka vedla k zjištění, jaké jiné služby sociální péče respondenti znají. Zde je nutné uznat, že respondenti byli více informováni o jiných možnostech péče než

klienti DPS, kteří nám v tomto výzkumu zastupovali institucionální formu péče. Jediný problém nastal ve správném znění, avšak to nesnižuje informovanost. Pět respondentů využívá služby sociální péče, a právě ti měli informace nejobsáhlejší. Nejprve mi sdělili informace o službách, které využívají, a následně všech pět respondentů uvedlo další možné služby, mezi nimiž všichni uvedli možnost služby DPS.

Respondent SE 4 uvedl: *„Já využívám pečovatelskou službu, ale možností je mnoho. Slyšela jsem o možnosti docházet do zařízení, kde vám pomohou a odpoledne jdete domů. Také mám známého v domově pro seniory, a když můj stav byl vážný a manžel onemocněl, tak se dcera zajímala o všechny možnosti, které by nám pomohly jak dál. Myslím, že mi navrhovala jít do zařízení na pár dní, a pak bych se vrátila zase domů, ale toho jsme nakonec nevyužili.“*

U starších respondentů už nebyla taková informovanost, ale přesto věděli o možnosti jít do domova pro seniory. V tomto případě se jednalo o respondenty SE 1, SE 3 a SE 5. Respondent SE 2, který využívá služby Oblastní charity Znojmo, neuvědln další možnosti péče. Nejvíce informovaný byl respondent SE 6, který nevyužívá žádné služby, avšak jeho dcera pracuje v nejmenovaném domově pro seniory na pozici sociálního pracovníka, takže jeho informovanost o všech možnostech byla velice obsáhlá a respondent mi vyjmenoval tyto služby: DPS, centrum denních služeb, odlehčovací služby a asistenční služby. O těchto službách byl respondent velice podrobně informován.

Otázka druhá se zaměřila na vztahy s rodinou a na to, jak se s rodinou často vídávají. Protože respondenti nejsou ubytováni v žádném pobytovém zařízení, bylo zřejmé, že kontakt s rodinou bude častější, jelikož pečující osoby jsou jedinci z řad rodinných příslušníků respondentů a starají se o respondenty 24 hodin denně. Předmětem zkoumání tedy bylo, jak častý je kontakt s rodinnými příslušníky, kteří o respondenty nepečují. Shoda se objevila u respondentů SE1 a SE 5, u kterých byl kontakt jednou do týdne, a to u respondenta SE 1 s bratrem a SE 5 s vnuky. Respondent SE 1 uvedl: *„Už mám jen bráchu a ten se za mnou snaží alespoň jednou do týdne přijet.“*

Další odpověď se týkala respondenta SE 2, který uvedl: *„Žijeme tu se svou ženou, měli jsme jedno dítě, ale to už nás opustilo a s dalším zbytkem rodiny se nestýkáme, s dalším zbytkem rodiny se stýkáme jen na velkých oslavách.“*



Podobná odpověď následovala také u respondenta SE 6, který má kontakt s rodinou alespoň jednou do měsíce z důvodu delší vzdálenosti mezi členy rodiny.

Změny výpovědí byly v rozhovoru s respondenty SE 4 a SE 3, kteří mají vztahy s rodinou velice dobré, a tak je u nich kontakt s rodinou pravidelný, a to 2 až 3krát do týdne. Respondent SE 3 tak dále uvedl: „*Už nikoho jiného nemám, stýkávám se jen s pravnukem a jeho rodinou. Jsou moc hodní, jsou tu skoro každá den.*“

**Tabulka č. 9 – Sbližování domácí péče s institucionální péčí**

	Informovanost o dalších službách sociální péče	Kontakt s rodinou
SE1	DPS	Bratr 1x týdně
SE2	/	Kontakt s rodinou není vyhledáván
SE3	DPS	Rodina pravnuka 2/3 do týdne
SE4	DPS, centrum denních služeb, odlehčovací služby	S rodinou 2/3 do týdne
SE5	DPS	Vnukové 1x do týdne
SE6	DPS, centrum denních služeb, odlehčovací služby a asistenční služby.	S rodinou 1x do měsíce

*Zdroj: Vlastní výzkum*

## 5. Diskuse

Cílem této práce bylo identifikovat rozdílnost domácí a institucionální péče o seniory a možnosti využití nabízených služeb. Dle tohoto obsáhlého cíle bakalářské práce byly vytvořeny výzkumné otázky, které byly rozděleny dle respondentů. Pro klienty DPS, kteří pro tuto bakalářskou práci představují klienty v institucionální péči, byly zvoleny následující tři výzkumné otázky:

1. Jaké jsou charakteristické rysy péče v DPS (institucionální péče)?
2. Jaké jsou požadavky na institucionální formu péče v DPS z pohledu klientů?
3. Jaké jsou možnosti sbližování domácí a institucionální péče?

Pro seniory v domácí péči byly zvoleny také tři výzkumné otázky, a to následující:

1. Jaké jsou charakteristické rysy domácí péče?
2. Jaké jsou využívané služby sociální péče v rámci domácí péče?
3. Jaké jsou možnosti sbližování domácí a institucionální péče?

### Klient DPS

Cílem první výzkumné otázky u klientů DPS bylo zjistit, jaká je podoba péče, tedy charakteristické rysy péče v DPS.

U této výzkumné otázky jsem se zaměřila na faktory, které ovlivnily výběr zařízení a důvody odchodu do zařízení. Následně jsem se zaměřila na využívané služby a spokojenost s touto formou péče. Z výzkumu vyplynulo, že u respondentů hrálo velkou roli doporučení lékaře, a to u tří respondentů ze šesti. Následně u jednoho respondenta bylo doporučení získané od sociálního pracovníka a druhé doporučení dostal respondent od svého přítele.

Od dotazovaných respondentů bylo zjištěno, že nejčastějším důvodem odchodu do DPS bylo zhoršení zdravotního stavu následkem onemocnění, kdy respondenti potřebovali nutnou celodenní péči druhé fyzické osoby. Respondenti v této situaci mohli využívat institucionální formu péče dle Čevely et al. (2012), a to v rámci zdravotních služeb či sociálních služeb. Také by zde mohl být model domácí péče, kdy se o seniora, který vyžaduje celodenní péči, stará v jeho domácím prostředí pečující osoba, která dle Pacovského (1990) musí splňovat tři základní předpoklady, a to chtít

pečovat, umět pečovat a moci pečovat. U zmíněných šesti respondentů tyto předpoklady v rámci pečujících nebyly naplněny, a tak vznikla jejich potřeba odchodu do DPS.

Nabízené služby jsou v zařízení u všech respondentů využívány v plném rozsahu. U dvou z šesti respondentů je také navíc využito služeb holičství a kadeřnictví.

Poslední informace se zaměřila na subjektivní spokojenost respondentů v zařízení DPS Domov Božice, p. o., kdy u všech respondentů byla spokojenost velká, avšak u třech respondentů se objevily menší připomínky. Ty byly u dvou respondentů stejné, a to lepší přílohy k jídlům, u jednoho respondenta se objevil návrh na více volného času venku stráveného v podobě procházek.

Cílem druhé výzkumné otázky u klientů DPS bylo zjistit požadavky na institucionální formu péče v DPS.

U této výzkumné otázky jsem se zaměřila na ideální DPS z pohledu uživatelů dále na požadavky, které byly kladeny na personál a v rámci materiálního charakteru na zařízení.

Představa ideálního DPS byla u třech respondentů z šesti taková, jaké je nyní ve stávajícím zařízení Domov Božice, p. o. U zbylých respondentů se objevila možnost práce na zahradce, více zvířat v zařízení nebo možnost vlastních obrazů. Dle Matouška et al. (2013) je oživování prostředí v zařízení velmi důležité. Vede klienty k prožití kvalitního života takového, jaký by byl v jejich domácím prostředí, a rozvíjí tak osobitost, kreativitu a schopnosti klienta.

U požadavků na DPS v rámci materiálního charakteru se u čtyř respondentů ze šesti objevila shoda, a to v možnosti si do zařízení donést některé osobní věci ze stávajícího bydliště, které respondenti opouštěli. Pro respondenty představovaly tyto věci jejich domov. Dle Procházkové (2014) slouží věci, které si senioři donesou do zařízení ze stávajícího bydliště, k lepší adaptaci na nový domov. Dle Wehner a Schwinghamer (2013) je důležité, aby senioři měli v novém prostředí své známé předměty z rodinného prostředí, jež pak slouží k zabydlení a aktivizaci seniora. Dva odlišné požadavky byly ohledně vlastního jednolůžkového pokoje z důvodu soukromí. Přání ohledně soukromí se pak dle Dvořáčkové (2012) zvyšuje a mělo by být respektováno. Druhý odlišný požadavek byl na větší výběr jídel. Ten je dle doporučeného Standardu kvality pro domovy pro seniory České republiky důležitý, klienti DPS by pak měli mít výběr

nejméně ze dvou jídel. Tento výběr pak slouží k posílení vnitřní vůle klientů. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, © 2015). Veškerým požadavkům bylo vyhověno, až na větší výběr jídel, který již zařízení nebude v této době rozšiřovat.

Požadavky na personál u respondentů se týkal respektu, úcty a porozumění. Tyto požadavky jsou dle mého názoru samozřejmostí každého zařízení a měly by být ze všech stran uspokojovány jak z pozice klientů, tak zaměstnanců. Malíková (2011) uvádí, že přání, která mají klienti, by měla být respektována. Respondenti uvedli, že jsou v domově velmi spokojeni, že se k nim personál chová velmi hezky s úctou, ochotou, respektem a porozuměním. Díky tomuto přístupu jsou plněny individuální potřeby klientů a požadavky na personál domova. Mezi potřeby řadí Čevela et al. (2012) spokojenost jednotlivých klientů, ke kterým patří nejenom uspokojení základních biologických potřeb, ale také potřeby psychické, sociální i spirituální. Požadavky na personál byly u všech respondentů dle výzkumu naplněny.

Cílem třetí výzkumné otázky u klientů DPS bylo zjistit možnosti sblížení domácí a institucionální péče.

U této výzkumné otázky jsem se zaměřila na informovanost o dalších službách sociální péče, což pro můj výzkum představovalo možné sblížení institucionální péče s domácí péčí, která je dle Pacákové, Trusinové (2012) pro seniora lepší z důvodu větší míry spokojenosti, snížení nemocnosti a poklesu mortality. Klient dle autorek často v institucionální péči bývá poznamenán depresemi, které vedou k frustracím nebo k zhoršování zdravotního stavu. To však dle tohoto výzkumu nebylo prokázáno, jelikož jsou respondenti v zařízení velice spokojeni a tyto pocity a strádání nepocítují.

Dále jsem se zaměřila na vztahy s rodinou a informovanost respondentů o dalších možnostech služeb sociální péče.

Informovanost byla velmi špatná, což se shoduje se získanými informacemi z publikace od Kalvach et al. (2004), ve které se konstatuje, že informovanost klientů a jejich rodin o sociálních službách v zařízení pro seniory je velmi nízká a nedostatečná. To se projevilo u čtyř respondentů ze šesti. Dva respondenti jsou informováni o dalších možnostech v rámci služeb sociální péče. U jednoho respondenta je tato informovanost získána díky vnučce, která studuje sociální práci. Tento respondent sdělil tři další možnosti nabízených služeb sociální péče. Druhý respondent byl informován rodinou a

z vlastní iniciativy mi sdělil ještě další dvě možnosti služeb sociální péče. Dle mého názoru je tato neinformovanost u zbylých respondentů velmi znepokojující. Z tohoto důvodu by se mělo této problematice více věnovat, jelikož seniori potřebují informace o tom, co s nimi bude dál, jaké mají možnosti a na koho se, popřípadě mohou obrátit s žádostí o pomoc. Dokážu si představit, že by seniorům byla nabídnuta z tohoto hlediska prvotní pomoc od jejich praktického lékaře, který zná jejich celkový zdravotní stav. Ten by pak odkázal seniora na sociálního pracovníka, který by mu poskytl veškeré informace v této oblasti služeb sociální péče a o dalších možnostech.

Dalším předmětem zkoumání byla otázka vztahů s rodinou a přáteli. Tato vazba je velmi důležitá a představuje pro seniora dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) určitou formu jistoty a zázemí, čímž se tak u seniora upevňuje pocit, že je v rodině důležitý, žádaný a pro rodinu nepostradatelný. Dále Gillernová et al. (2011) uvádějí jako důležitý faktor vyjádření podpory a zájmu o seniora. U výzkumného souboru byly tyto zmiňované modely splněny pouze u třech respondentů z šesti. U těchto tří respondentů probíhaly návštěvy i mimo zařízení, a to v místě bydliště, které tvořilo pro respondenty příjemnou změnu. U zbylých tří respondentů byl kontakt s rodinou buď velice nepravidelný, anebo byl zprostředkován v rámci telefonického rozhovoru. Holczerová a Dvořáčková (2013) uvádějí jako další problém kontaktu s rodinou ubývání mezigenerační sounáležitosti.

### **Senior v domácí péči**

Cílem první výzkumné otázky u seniorů v domácí péči bylo zjistit, jak vypadá domácí péče, tedy charakteristické rysy domácí péče.

V rámci této výzkumné otázky jsem se zaměřila na důvody, které vedly respondenty k domácí péči, délku doby v domácí péči. Kdo se následně stal pečující osobou, co respondentům vyhovuje na domácí péči a jejich spokojenost či stěžejní změny, které musely nastat v rámci umožnění domácí péče v jejich domácím prostředí.

Důvody, jež vedly respondenty k domácí péči, se shodovaly u tří respondentů, kteří se dostali do domácí péče z důvodu zhoršení zdravotního stavu vlivem onemocnění. U dalších dvou respondentů byl důvod vyšší věk a u posledního respondenta v domácí péči byl důvodem úraz. Respondenti, kteří jsou v domácí péči, již nezvládali péči o svou osobu sami, a tak nemohli vést plnohodnotný život bez pomoci druhé fyzické osoby. Na

tuhle problematiku upozorňuje Jeřábek (2013), který uvádí, že se senioři dostávají do domácí péče, pokud nezvládají běžné úkony dne a tím jsou odkázáni na pomoc jiné fyzické osoby, což byl i důvod, který se objevil u dotazovaných respondentů.

Délka doby v domácí péči byla tři měsíce až tři roky. Pečující osobou se u všech respondentů stal člen rodiny. V Příbylovi (2015) je kladen velký důraz na fungující rodinné zázemí, které plní plnohodnotnou péči a pomáhá seniorům. Toto zázemí u respondentů bylo vytvořeno, a tak byla respondentům poskytována plnohodnotná péče ze strany rodiny, a především díky tomu mohli setrvat ve svém domácím prostředí. U čtyř respondentů se pečující osobou stala žena a u zbývajících dvou muž. U tří respondentů se jednalo o partnera, z toho jedním byl manžel a dvěma manželky. Dle Jeřábka (2013) se nejčastěji stává pečující osobou partner, což se ve výzkumu projevilo. Z 64 % péči pak podle autora zajišťuje žena. Jelikož se výzkum skládal pouze z šesti respondentů, tak zde přímo toto procentuální zastoupení není. Myslím si však, že v jiném výzkumu, kde by bylo možno získat názory více respondentů v domácí péči, by toto procentuální zastoupení bylo potvrzeno. U zbylých tří respondentů zajišťovaly péči vnučky a pravnučky. V tomto případě se jedná o druhý model domácí péče, jenž popisuje ve své publikaci Jeřábek (2013).

Respondentům domácí péče dle výzkumu velice vyhovuje a jsou rádi, že se nacházejí ve svém vlastním domácím prostředí se svou rodinou, na kterou se mohou spolehnout a která jim v této nelehké situaci pomáhá. Dva respondenti oceňovali nejenom domácí prostředí, ale také možnost mít svou stávající postel a svého psa, který je dle respondenta již členem rodiny. Takto vnímá domácí péči i Pacáková, Trusinová (2012), které domácí péči chápou jako pozitivní působení na seniora a její pozitivní vliv na duševní a fyzické zdraví, díky kterému senior v domácí péči nemusí být tak poznamenán depresemi a frustracemi.

Spokojenost s domácí péčí se objevila u všech respondentů, avšak u dvou se objevují negativní pocity spojené se zatěžováním druhých. Dle mého názoru měli tyto pocity všichni respondenti, avšak o nich se mi nevyjádřili přímo. Tyto negativní pocity a problémy spojené s výměnou rolí popisuje Bertiny (2013) ve své publikaci. Právě ty byly ve výzkumu nepřímo zjištěny.

V rámci stěžejních změn, které musely u respondentů nastat, se jednalo o tři přestavby domácího prostředí. U dvou respondentů se jednalo o zajištění

kompenzačních pomůcek a u jednoho respondenta o zajištění bezbariérovosti v domácnosti. V rámci využívání kompenzačních pomůcek jsem osobně očekávala větší využití, avšak to se projevilo pouze u dvou respondentů, pro které kompenzační pomůcky představují pomoc a nedílnou součást jejich života. To také uvádějí ve své publikaci Bártlová a Matulay (2009), ti popisují kompenzační pomůcky jako pomůcky, které pomáhají seniorům se sníženou soběstačností, a tak jsou součástí jejich života a pomáhají jim zajistit či udržet soběstačnost na nejvyšší možné úrovni.

Cílem druhé výzkumné otázky seniorům v domácí péči bylo zjistit, jaké služby sociální péče jsou respondenty využívány.

U této výzkumné otázky jsem se zaměřila na využívané služby sociální péče, jejich poskytovatele a následně na využívané činnosti a spokojenost s těmito službami.

Služby sociální péče využívalo pět respondentů ze šesti dotazovaných. Z čehož dva respondenti využívali odlehčovací služby a dva pečovatelskou službu. U jednoho respondenta, který využíval odlehčovací služby, pak byla kombinace s využitím i pečovatelských služeb. Jeden respondent z pěti dotazovaných pak využíval centrum denních služeb. Dle mého názoru je velice dobře, že respondenti využívají služby sociální péče, na základě toho si pak mohou například odpočinout jejich pečující osoby. Balíček služeb sociální péče je dle mého názoru velice obsáhlý a z výzkumu je zřejmé, že senioři zmiňované služby znají a využívají. Již v publikaci od Čeledové et al. (2016) je uvedeno, že je velice důležité, aby poptávka po sociálních službách byla zvyšována, a tak vznikala jakási podpora terénních sociálních služeb vzhledem k pozitivnímu vlivu setrváním seniora v domácím prostředí.

Organizace, které tyto sociální služby péče zprostředkovávají, jsou u tří respondentů z pěti stejné a zajišťuje je Centrum sociálních služeb Znojmo, příspěvková organizace, a u dvou respondentů z pěti jsou služby zajištěny v rámci Oblastní charity Znojmo.

Většina respondentů využívá nabízené činnosti v rámci sociálních služeb v těchto organizacích. Nejčastěji se jedná o pomoc při osobní hygieně, péči o vlastní osobu a u dvou respondentů se k těmto činnostem řadí zajištění stravy, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu a zajištění chodu domácnosti. Docílení co největší možné soběstačnosti v přirozeném prostředí domova je dle mého názoru pro všechny seniory

jednou z nejdůležitějších. Tudíž činnosti, které využívají respondenti tohoto výzkumu, by měly být dle Kaufmana a Eldera (2003) kombinované, a to na úrovni formálních a neformálních druhů péče, což u všech respondentů bylo dosaženo.

V rámci spokojenosti s využívanými službami sociální péče jsou všichni respondenti spokojeni, jen u dvou respondentů se objevují pocity, že služby sociální péče, které využívají, jsou drahé. Všichni respondenti dle výzkumu pobírají starobní důchod a příspěvek na péči, jímž mohou hradit poskytované sociální služby. Dále se stát ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, podílí na zajištění sociálních služeb a dalšími činnostmi napomáhá seniorům v jejich mnohdy obtížné situaci.

Cílem třetí a zároveň poslední výzkumné otázky položené seniorům v domácí péči bylo zjistit možnosti sblížení domácí a institucionální péče.

U této výzkumné otázky jsem se zaměřila na informovanost o dalších službách sociální péče, což pro můj výzkum představovalo možné sblížení institucionální péče s domácí péčí.

Informovanost u respondentů byla pro mě velice překvapující, jelikož respondenti v domácí péči byli více informováni než respondenti z DPS. Tři respondenti ze šesti zmínili možnost odchodu do DPS, jeden respondent nevyověděl o žádných možnostech služeb a zbylí dva respondenti uvedli nejméně tři možné služby sociální péče. Tento fakt, že senioři v domácí péči byli dostatečně informováni, je v rozporu s tvrzením Kalvach et al. (2004), kteří uvádějí, že informovanost seniorů o službách sociální péče je nedostačující.

Další předmět zkoumání v rámci této otázky se soustředil na vztahy s rodinou, kterou respondenti mají. Jelikož senioři byli v domácím prostředí, kde se o ně staraly pečující osoby z řad rodinných příslušníků, tak kontakt s rodinou byl nepřetržitý, ale já jsem se zaměřila na kontakt s dalšími členy rodiny, kteří se nestarají o respondenty tohoto výzkumu. Kontakt seniorů s rodinou má pro ně velmi důležitou funkci a slouží jim tak dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) k naplnění pocitu, že někam patří, že je má někdo rád a že jsou nepostradatelní. Právě těmito funkcemi rodina působí pozitivně na pocity seniora. Kontakt s rodinou jedenkrát týdně byl u dvou respondentů a u dalších dvou respondentů byl dokonce umožněn dvakrát až třikrát do týdne. Poslední dva



respondenti měli kontakt řidiší, jen jedenkrát do měsíce, případně nebyl senior vůbec vyhledáván.

## 6. Závěr

Tato bakalářské práce se zabývala možnostmi a perspektivou sblížením domácí a institucionální péče o seniory. Jejím cílem bylo identifikovat domácí a institucionální péči o seniory a prezentovat možnosti využití nabízených služeb a naznačit jejich perspektivu. V zájmu výzkumného záměru byly zvoleny tři výzkumné otázky zvláště pro každý druh respondentů.

U klientů DPS, kteří pro bakalářskou práci zastupují institucionální formu péče, byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jaké jsou charakteristické rysy institucionální péče v DPS? Jaké jsou požadavky na institucionální formu péče v DPS ze strany klientů? A dále jaké jsou možnosti sblížení domácí a institucionální péče?

Pro seniory v domácí péči byly zvoleny také tři následující výzkumné otázky: Jaké jsou charakteristické rysy domácí péče? Jaké jsou využívané sociální služby péče v rámci domácí péče? A jaké jsou možnosti sblížení domácí a institucionální péče?

Do výzkumu bylo zapojeno celkem dvanáct respondentů: šest klientů DPS a šest seniorů v domácí péči. Pro zpracování výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup s polostrukturovanými rozhovory.

Z okruhu odpovědí na výzkumnou otázku: „*Jaké jsou charakteristické rysy péče v DPS (institucionální péče)?*“ byly zjištěny tyto informace: respondenti se do zařízení DPS dostali nejčastěji z důvodu zhoršení zdravotního stavu vlivem onemocnění, kdy u respondentů bylo nutné zajistit 24hodinovou péči, která jim nebyla umožněna v domácím prostředí či jiném zařízení. Nejčastější doporučení na výběr domova DPS Božice p.o dostali respondenti od svého praktického lékaře. Služby, které respondenti využívají v DPS, byly všechny v rámci zařízení, navíc se vyskytly jen služby holičství a kadeřnictví. Celková spokojenost pobytu v tomto zařízení byla vyhodnocena jako velmi uspokojivá, kdy se objevilo pouze několik připomínek v rámci častějšího pobytu mimo zařízení a připomínka k lepší stravě v zařízení.

Z okruhu odpovědí na výzkumnou otázku: „*Jaké jsou požadavky na institucionální formu péče v DPS ze strany klientů?*“ bylo zjištěno, že respondenti jsou ve stávajícím zařízení velice spokojeni a zařízení, ve kterém žijí, jim přijde naprosto ideální. Dva respondenti navrhli možnost zlepšení DPS, měli by rádi v zařízení hospodářská zvířata a

více obrazů. Požadavky, které respondenti měli, byly na domov kladeny ve dvojitým charakteru, z materiálního hlediska a požadavky na personál. Nejčastěji se jednalo o možnost si do zařízení donést své osobní věci z domova, ze kterého se respondenti stěhovali. Jednalo se o ložní prádlo, pyžamo, fotografie a další předměty, které pro respondenty představovaly jejich domov. Další požadavky byly kladeny na personál, kdy se u všech respondentů objevil požadavek slušného chování, vzájemné úcty, respektu a porozumění. Veškeré požadavky na DPS ze strany respondentů byly uspokojeny až na požadavek většího výběru jídla, který není možné splnit.

Z významné otázky: „*Jaké jsou možnosti sblížení domácí a institucionální péče?*“ plyne, že respondenti nejsou informováni o možnostech sblížení těchto dvou péčí. Informovanost klientů, kteří by měli možnost zůstat v domácí péči a využívat tak kombinovaně sociální služby, byla velmi malá, z toho důvodu byli klienti umístěni do DPS. V opačném případě, pokud by to zdravotní stav klienta umožnil a byla by k dispozici pečující osoba, mohl by se nástup do zařízení pravděpodobně oddálit, nebo by k nástupu nemuselo vůbec dojít. V každém případě významný vliv má rodina, která by měla mít zájem o tyto rozhodující a zásadní informace. Péče o klienta je náročný proces jak z hlediska psychického, citového, tak i finančního. Ne každý se může o své nejbližší postarat. Hraje zde nesmírnou roli také psychická dispozice daného jedince, kdy je potřeba trpělivost, empatie, porozumění, naslouchání i taktu. Dále nedostatek času, náročné povolání a s toho plynoucí vyčerpání rodinných příslušníků, pro které je ztráta zaměstnání existenčně nemožná. Mnohým rodinám příspěvek na péči nepokryje náklady na chod rodiny. Proto si musíme vážit všech, kteří se o svého seniora postarají jak v domácí péči, tak i v DPS, kde jej pravidelně navštěvují a v případě možnosti si jej berou domů na víkend nebo svátky. Pro klienty se v zařízení otvírá široká škála možností. Netrpí pocitem samoty, je o ně postaráno z hlediska zajištění základních životních potřeb, jsou jim nabízeny vhodné aktivizační programy, najdou si zde spolubydlící, v důsledku čehož jsou stále nuceni komunikovat a cvičit svůj mozek. Je jim zde zajištěna rehabilitace, kterou provádí školený personál. Bohatá nabídka kulturního programu, pracovně zaměřená cvičení či sváteční programy jsou atributy, o které jsou klienti v domově obohaceni. Proto vyvstává otázka, dokážeme-li se o své nejbližší řádně postarat? Slovem postarat se, myslím se vším, co adekvátní péče v sobě zahrnuje. Náš nejbližší je pořád tím, kým pro nás byl, proto si zaslouží i nadále prožít skutečně naplněný život, který bychom se mu měli snažit dopřát.

Z okruhu odpovědí na výzkumnou otázku: „*Jaké jsou charakteristické rysy domácí péče?*“ byly zjištěny následující informace. Důvody, které vedly respondenty k umístění do domácí péče, byly shodné s důvody respondentů umístěných do DPS, především šlo o zhoršení jejich zdravotního stavu. Průměrná délka domácí péče byla v rozmezí 3 měsíců až tří let, což je kratší doba než u respondentů z DPS, u kterých je délka pobytu v rozmezí jednoho roku až deseti let. Pečující osoba byla převážně zastoupena ženským pohlavím a u všech respondentů byla tvořena rodinným příslušníkem. Na domácí péči respondentům vyhovuje to, že se nikam nemusejí stěhovat, a tak zůstávají i ve stáří ve svém domácím prostředí, které mají rádi a jsou na ně zvyklí. Spokojenost s touto formou péče byla u všech respondentů, avšak bylo zjištěno, že se u některých respondentů objevují pocity zatěžování rodinných příslušníků. Změny, které museli respondenti podstoupit, aby jim byla umožněna domácí péče, spočívaly nejvíce v přestavbách jejich domu/bytu, tak aby v něm nadále mohli plnohodnotně žít.

Z okruhu odpovědí na výzkumnou otázku: „*Jaká je využívaná péče sociálních služeb v rámci domácí péče?*“ bylo zjištěno, že respondenti využívají nejvíce pečovatelskou službu, dále odlehčovací služby a centrum denních služeb. Poskytovatelé těchto služeb jsou zastoupeni dvěma organizacemi: Centrem sociálních služeb Znojmo, příspěvková organizace a Oblastní charitou Znojmo. Nejvíce využívané činnosti těchto služeb byly pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně. Spokojenost v rámci služeb sociální péče byla zjištěna u všech respondentů, jen u dvou se objevil pocit vysoké platby za služby. Jeden respondent z výzkumu nebyl součástí této otázky, jelikož nevyužíval žádné služby sociální péče.

Z okruhu odpovědí na výzkumnou otázku: „*Jaké jsou možnosti sbližování domácí a institucionální péče?*“ vyplynulo, že respondenti v domácí péči jsou více informováni než respondenti z DPS, a tak je zde vidět, že možnost sbližování domácí péče s institucionální péčí je u respondentů v domácí péči docílena. Respondenti v domácí péči zůstávají v přirozeném prostředí, což je pro ně velice důležité a přínosné. Zároveň využívají a znají služby sociální péče, díky kterým mohou zůstat v tomto, jim známém prostředí. Respondenti z DPS tyto možné služby moc neznali, a tak z výzkumu vyplývá, že informovanost o možnostech péče přispívá k možnostem sbližování domácí a institucionální péče o seniory. Samozřejmě zde také hrají svou funkci i další faktory, jako jsou finanční prostředky, příspěvek na péči, rodinné zázemí, vztahy apod..

Informovanost o možných službách sociální péče poskytuje celou řadu možností, jak nejlépe zajistit péči o seniora, který vyžaduje nutnou 24hodinovou péči. U této otázky jsem se také zaměřila na četnost kontaktu s členy rodiny, vyjímajíc pečující osoby. Kontakt s rodinnými členy u respondentů v domácí péči byl dle výzkumu častější než u respondentů v DPS.

Po zodpovězení všech výzkumných otázek bych ráda zodpověděla i možnou perspektivu sbližování domácí a institucionální péče o seniory, která nám vyplývá ze získaného výzkumu se všemi respondenty. Perspektiva by dle výzkumu a mého přesvědčení měla spočívat v informovanosti o možných službách sociální péče v zařízeních, která tyto služby nabízejí a zajištění odborného poradenství v této problematice nejenom pro seniory, ale také pro rodiny obecně, jež mají ve své blízkosti seniora, u kterého se zvažuje plná institucionální forma péče. V institucionální péči se dostává dle prováděného výzkumu v DPS Domov Božice, p. o., čím dál více lepších kvalitně poskytovaných služeb a senioři jsou zde velice spokojeni, ale ne každé zařízení spěje k vyšší kvalitě, a nikoliv každému seniorovi vyhovuje umístění do institucionální formy péče.

Závěrem bych chtěla dodat, že získaná data výzkumné části této práce, která identifikují podobu domácí péče o seniory a institucionální péči o seniory, prezentují získanými informacemi nejenom podobu těchto péčí, ale také umožňují jejich perspektivu sbližování. Perspektiva sbližování těchto dvou skupin je na dobré úrovni. V každém případě je nutné seniorům a rodinám o seniory podávat včasné a pro ně velice důležité informace. Tyto informace by dle mého názoru měly být poskytnuty všeobecnými praktickými i odbornými lékaři, kteří klienta odkážou na odborné poradenství sociálních pracovníků. Osobně bych uvítala větší mediální zájem o předávání informací. Je důležité naučit se využívat těchto služeb. Brzy se toto téma může anebo už dokonce týká nás a našich blízkých, o které se velice rádi postaráme s tou největší láskou a úctou. Tato práce poskytuje kladnou zpětnou vazbu Domovu Božice, p. o., ve kterém byl výzkum proveden.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ALTINTAS, E., DE BENEDETTO, G., GALLOUJ, K., 2016. *Adaptation to Nursing Home: The Role of Leisure Activities in Light of Motivation and Relatedness*. Archives of Gerontology and Geriatrics. 70 (5-6), 8-13. doi: 10.1016/j.archger.2016.12.004
2. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl, učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
3. BÁRTLOVÁ S., MATULAY S., 2009, *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Osveta, 1. 144 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
4. BERTINI K., 2013 *Sendvičová rodina: souběžná péče o malé děti a seniory*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-802-6204-787.
5. BILBAO, A., ALMEIDA, A., LOPEZ, D., 2016. *Promotion of active ageing combining sensor and social network data*. Journal of Biomedical Informatics. Vol. 64. 108-115 p. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046416301307>.
6. DOMOV BOŽICE © 2020, *O domově pro seniory*, [online]. [cit. 2020-12-04]. Dostupné z: <https://domovbozice.cz/o-domovu/>
7. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
8. ČEVELA, R., KALVACH, Z. ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie, úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
9. DASKALOPOULOU, C., et.al. 2017. *Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies*. Ageing Research Reviews. Vol. 38. 6-17 p. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163717300302>.
10. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Čtvrté nezměněné vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
11. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 2015. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory*, [online]. [cit. 2020-15-03]. Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard\\_FIN\\_AL.pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FIN_AL.pdf)

12. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 80-2474-138-5.
13. FERNANDEZ-BALLESTEROS, et al. 2017. *The role of perceived discrimination on active aging*. Archives of Gerontology and Geriatrics. Vol. 71. 14-20 p. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016749431730105X>.
14. GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M., 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 978-80-247-2798-1
15. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
16. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9
17. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
18. HOLMEROVÁ I. et al., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV Public Relations. 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
19. HROZENSKÁ, M. et al., 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Vydavateľství Osveta. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
20. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-8471-7.
21. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů - 610 hesel*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
22. Jarošová D., 2006. *Péče o seniory*. Ostravská univerzita. 96 s. ISBN 807-36-8110-2.
23. JEŘÁBEK, H., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
24. KAHOUN, V., a kol., 2013. *Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly*. 2. vydání. Praha: Triton. 468 s. ISBN 978-80-7387-733-0.
25. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 397 s. ISBN 97-8802-474-0263.
26. KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80247-0548-6.

27. KAUFMAN, G., ELDER, G. H. Jr., 2003. *Grandparenting and age identity*. Journal of Aging Studies,
28. KINNEAR, D., WILLIAMS, V., VICTOR, CH., 2014. The meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people. *BMC Research Notes*. 7(1 / 854), 1-9. ISSN 1756-0500.
29. KLEVETOVÁ D., DLABALOVÁ I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
30. KLIMEŠOVÁ, I., RIGEROVÁ, J., STEJSKAL, P. et al., 2012. Zlepšení životní spokojenosti seniorů: Nordická chůze nebo Chuej čhun kung čínské terapeutické cvičení? *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*. 21(1), 46–47. ISSN: 1210-5481.
31. KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, R. et al., 2011. *Pečovatelství II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče- pečovatelská činnost*. Praha: Triton. 136 s. ISBN 978-80-7387-531-2.
32. LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
33. MALÍKOVÁ, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
34. MATOUŠE, O., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-80-2620-366-7.
35. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-2.
36. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
37. MOTLOVÁ L., 2007. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt* č. 2, 343–352. ISSN 1212-4117.
38. MOŽNÝ, I., 2011. *Rodina a společnost*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon). 323 s. ISBN 978-80-86429-87-8.
39. MÜHLPACHR. P., 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
40. PACÁKOVÁ H., TRUSINOVÁ R., 2012. Citová solidarita při péči o seniory. *Kontakt*. č. 4, 464–474. ISSN 1212-4117.
41. PACOVSKÝ V., 1990. *O stárnutí a stáří*, Avicenum. 135 s. ISBN 802-01-0076-8.



42. POKORNÁ, A. et al. 2013. *Ošetrovatelství v geriiatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-4316-5
43. PROCHÁZKOVÁ, E., 2014. *Práce s biografii a plány péče*. První vydání. Praha: Mladá fronta. Sestra. ISBN 978-80-204-3186-8.
44. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. .ISBN 978-80-7345-437-1.
45. REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1 vydání. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
46. SEIFERT, B., et al., 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Karolinum. 194 s. ISBN: 802-46-2082-0.
47. SKOPALOVÁ, J., 2010. O smrti a umírání. Sociální práce/Sociálna práca *Kontakt* č. 2, 64–70. ISSN 1213-6204.
48. TÓTHOVÁ, V. et al., 2011. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt* č. 2, 129–137. .ISSN 1804-7122.
49. TRUHLÁŘOVÁ, Z. et al. 2015 *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateliů*. Hradec Králové: Gaudeamus. 121 s. ISBN 978-80-7435-570-7.
50. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*.1. vyd. Praha: Karolinum. 471 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
51. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
52. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha; Grada. 96 s. ISBN: 978-80-247-2170-5.
53. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. 2011. In. *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4730. ISSN 1211-1244.
54. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 2006. In. *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37, s. 1257–1289. ISSN 1211-124.
55. ZAVÁZALOVÁ, H., 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
56. ZIMMELOVÁ, P., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2007. Faktory ovlivňující adaptaci klientů v domově pro seniory Máj, p. o. *Kontakt*. 2/2007, 353–57. ISSN: 1212-4117.

## 8. Seznam příloh

### Příloha č. 1 - Informovaný souhlas



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

#### Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážená paní ředitelko,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

**Název projektu:** Možnosti a perspektivy sblížení domácí a institucionální péče o seniory

**Řešitel projektu:** Lenka Hloušková

**Název pracoviště:** Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university v Českých Budějovicích

**Vedoucí práce:** PhDr. Vitoň Jan, Ph.D.

**Cíl výzkumu:** Identifikace rozdílů domácí a institucionální péče o seniory a možnosti využití nabízených služeb

**Popis výzkumu:** Zvolena bude kvalitativní výzkumná strategie. Metoda získávání dat: Polostrukturovaný rozhovor, metoda sněhové koule, obsahová analýza rozhovorů. Výběrový soubor: Osoby starší 60 let v domácí péči a péči institucionální-uživatelé DPS Domov Božice p.o. Předpokládaný přínos pro praxi: Práce bude možno využít k získání informací o aktuální problematice společnosti a jako zpětná vazba pro Domov Božice p. o – Domov pro seniory

13.3.2020

.....  
datum a podpis řešitele projektu

#### Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu.

Jméno a příjmení účastníka: Mgr. Ing. Ivana Petrášková, MBA

Podpis účastníka: .....

### **Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s klienty DPS**

#### Sociodemografické a informační údaje

1. Jaké je Vaše pohlaví?
2. Jaký je Váš věk?
3. Jaké je Vaše vzdělání?
4. Jaké bylo vaše bývalé zaměstnání?
5. Jaké jsou Vaše záliby?
6. Jaká je Vaše délka pobytu v DPS?

#### Charakteristické rysy institucionální péče z pohledu seniorů

1. Jaký byl Váš důvod odchodu do DPS
2. Co Vás vedlo k rozhodnutí k využití DPS?
3. Jaké využívané služby v DPS?
4. Jak jste spokojeni s pobytem v DPS a jaké jsou Vaše případné připomínky?

#### Specifické požadavky seniorů na institucionální formu péče

1. Jak si představujete ideální DPS?
2. Jaké jsou Vaše požadavky na DPS (materiální charakter)?
3. Jaké jsou Vaše požadavky na personál v DPS?
4. Jsou vaše požadavky uspokojovány v DPS?

#### Možnosti sblížení domácí a institucionální péče o seniory

1. Víte o jiných možnostech služeb sociální péče, které byste mohli využívat?
2. Jak často se stýkáte se svou rodinou či přáteli?

**Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor se seniory v domácí péči**

Sociodemografické údaje

1. Jaké je Vaše pohlaví?
2. Jaký je Váš věk?
3. Jaké je Vaše vzdělání?
4. Jaké bylo vaše bývalé zaměstnání?
5. Jaké jsou Vaše záliby?

Charakteristické rysy domácí péče z pohledu seniorů

1. Z jakého důvodu jste si zvolil/a tuto formu péče?
2. Jak dlouho jste v domácí péči?
3. Kdo, se stal Vaší pečující osobou?
4. Co Vám domácí péči vyhovuje?
5. Jaká je Vaše spokojenost s domácí péčí?
6. Co pro Vás bylo stěžejní při zajištění domácí péče?

Využívané sociální služby péče

1. Jaké služby sociální péče využíváte a případně jaká organizace Vám je zajišťuje?
2. Jaké využívané činnosti v rámci služeb sociální péče?
3. Jste se službami sociální péče spokojen/a?

Možnosti sbližování domácí a institucionální péče o seniory

1. Víte o jiných možnostech služeb sociální péče, které byste mohli využívat?
2. Jak často se stýkáte se svou rodinou či přáteli?

## **9. Seznam tabulek a schémat**

Tabulka č. 1 – Časový harmonogram bakalářské práce

Tabulka č. 2 – Sociodemografické a identifikační údaje klientu DPS

Tabulka č. 3 – Sociodemografické a identifikační údaje senioru v domácí péči

Tabulka č. 4 – Péče v DPS

Tabulka č. 5 – Požadavky na DPS

Tabulka č. 6 – Sbližování domácí péče z institucionální péče

Tabulka č. 7 – Podoba domácí péče

Tabulka č. 8 – Sociální služby v rámci domácí péče

Tabulka č. 9 – Sbližování domácí péče s institucionální péčí

## **10. Seznam zkratek**

DPS – Domov pro seniory

WHO – Světová zdravotnická organizace

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

SŠ – Střední škola

VŠ – Vysoká škola

VPL – Všeobecný praktický lékař

PLDD – Praktický lékař pro děti a dorost

Apod. – a podobně