

# Úvod

Celá diplomová práce se bude zabývat tematikou seniorů, jako cílové skupiny sociální práce. Tato práce se zaměřuje především na sociální práci z hlediska péče o seniora a na sociální služby, které péči jedincům v seniorském věku poskytují. Ve všech kapitolách této diplomové práce odkazujeme na domácí péči jako vhodnou alternativu tolik rozšířených domovů pro seniory.

Cílem diplomové práce je obecně popsat sociální práci se zaměřením na domácí péči o seniory a zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu, či nezájmu o domácí a institucionální péči.

V teoretické části této práce bude prostor pro popis stáří z hlediska biologického, psychologického a sociálního. Za osoby seniorského věku v celé této práci považujeme jedince starší 65+, jelikož na tuto hranici se posunuje státem stanovený odchod do penze, kdy zpravidla začínají projevy stáří. Dále se zaměříme na potřeby seniorů, které popisuje Marie Vágnerová ve své knize Vývojová psychologie. Potřeby osob v seniorském věku jsou důležité pro tematiku péče o ně. Péče totiž spočívá v napomáhání uspokojovat tyto potřeby. Od naplnění potřeb se odvíjí i kvalita života seniora. Cílem všech pečujících, tedy rodiny, domácí i institucionální péče, by mělo být dosáhnout co nejlepší možné kvality života pro opečovávaného.

V diplomové práci uvedeme i několik kapitol, které se budou zabývat nejen riziky sociální práce se seniory, ale i riziky, které se vztahují k péči o seniory, jako takové. Podrobněji se budeme zaměřovat především na problematiku ageismu, který je mnohdy příčinou špatné péče a nedostatečného zájmu o potřebné osoby v seniorském věku. Ageismus společně s mýty o stáří vytváří nejen mezi pečovateli, ale celou společností napětí a negativní postoj k osobám, které považuje za „staré“.

Péče o seniory je bezpochyby nutná vždy, v případě jejich vážného zhoršení zdravotního stavu. Proto se jedna kapitola této diplomové práce bude zabývat sociální prací ve zdravotnictví, a tím jaký má vliv na domácí péči, jaké jsou kroky sociálních pracovníků v nemocnicích v případě příjmu seniora ohroženého poklesem soběstačnosti, apod. Nezapomeneme ani nastínit hospicovou péči, které kombinuje sociální a zdravotní práci s lidmi v posledním stádiu umírání, a to nejen v kamenných hospicích, ale také v mobilních. Ty pomáhají nejen umírajícímu, ale i jeho rodině zvládat terminální stádium.

Hlavním důvodem nutnosti péče o jedince v seniorském věku je snížení či úplná ztráta jejich soběstačnosti. Proto tomuto tématu vyhradíme jednu celou kapitolu, kde popíšeme, co se skrývá pod pojmem soběstačnost, a jak její pokles dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách hodnotíme. Při snížení soběstačnosti má jedinec dle zákona nárok na příspěvek na péči, který slouží k zajištění potřebné kompenzace soběstačnosti. Příspěvků na péči bude v této diplomové práci také dán prostor.

Poslední dvě kapitoly se budou zaměřovat na formulaci sociálních služeb vhodných pro seniory dle zákona o sociálních službách, a na popis péče o seniory fungující v České republice. Přiblížíme téma transformace péče o seniory prostřednictvím strategie 4D. A zaměříme se na to, v čem spočívá domácí a institucionální péče, a jaké jsou jejich hlavní výhody a nevýhody.

V praktické části diplomové práce s cílem zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči, blíže popíšeme výběr respondentů, a metodiky zvolené pro vytvoření výzkumného šetření a vyhodnocení zkoumaného problému. Vymezíme problém, který nás vede k výběru tohoto šetření a podrobněji vymezíme hlavní a dílčí cíle šetření. Dále stanovíme úkoly, které je třeba během šetření splnit, určíme hypotézy, které po zhodnocení výsledků výzkumného šetření budeme potvrzovat či vyvracet. Nakonec zhodnotíme hlavní cíl praktické části diplomové práce a vyvodíme závěry z celého šetření. Díky výsledkům šetření bude možné určit oblasti, kterou jsou z hlediska volby odborné sociální péče u seniorů rizikové.

## Stáří

Stáří a stárnutí se týká celé populace. Stárnutí je proces lidského organismu, kterému není možné se vyhnout, stáří je pak poslední fáze tohoto procesu. Průměrný člověk v průběhu svého života projde několika odborně ohraničenými fázemi života. V každé této fázi člověk prochází nejen stárnutím, ale také fyzickým a mentálním vývojem. Tento vývoj zprvu prudce stoupá, ovšem od určitého věku, tedy seniorského, začínají jak mentální, tak fyzické schopnosti jedince ubývat. Tento úbytek schopností je ve stáří stále zřetelnější, proto je v mnoha případech potřeba zajistit pomoc rodiny či odborných sociálních služeb, které pomohou seniorovi zvládat každodenní činnosti.

V současné době se naše republika potýká s populačním stárnutím. Jedná se o jev, kdy je poměr mezi natalitou a mortalitou neúměrný, tedy nerodí se tolik osob, aby dorovnali počet starých a umírajících. Počet obyvatel v seniorském věku má vzrůstající tendenci, úměrně k tomu i vzrůstá počet a rozšíření sociálních služeb, které se zaměřují na klienty právě v seniorském věku.

Vysokého věku se dnes lidé dožívají díky výbornému systému zdravotnictví a aktivní politice stáří, která nejenže prodlužuje dobu odchodu do důchodu, což přispívá k delšímu zachování plné soběstačnosti jedince, ale také umožňuje zřízení kvalitních sociálních služeb, které seniorům pomáhají co nejdéle zachovat, co nejvyšší možnou míru soběstačnosti. Aktivní politika stáří nepomáhá jen seniorům v jejich osobních životech, ale bojuje i proti ageismu, který představuje diskriminaci z důvodu věku, netoleranci vůči stáří a stárnutí a sociální vyčleňování seniorů, taky známé jako sociální smrt. Sociální smrt je v případě seniorů jedním z nerizikovějších jevů pojících se ke stáří. Dochází k opuštěnosti seniora, i když se zdá, že je neustále mezi lidmi, ovšem tito lidé nejsou jeho blízcí, nemají zájem o kontakt s ním.

Ke stáří se pojí nejen zvýšená sociální rizika a větší potřeba pomoci od rodiny, blízkého okolí, či sociálních služeb, ale dochází také k častějšímu a závažnějšímu střetu s nemocemi. V případě nemocí dochází nejen k jejich chronicitě, ale také začínají být pro život seniora ohrožující i takové choroby, které by mladý člověk zvládl bez zvláštní lékařské péče.

Všechny tyto poznatky, které o osobách v seniorském věku máme, mohou být zavádějící. Mohou vést nejen k ageismu, ale stejně tak k systematickému stereotypizování seniorů. Může se zdát, že všichni senioři jsou nemocní, nesoběstační, neužiteční státní ekonomice apod. Ovšem, je důležité si uvědomit, že každý člověk, a tím pádem i senior je

individuum, a tak na něj musíme pohlížet. Zejména v sociální práci je tento individuální přístup nesmírně důležitý. Věk není důvodem potřeby pomoci, ale ztráta schopnosti zvládat každodenní činnosti.

Je nutné podotknout, že ač vnímáme seniory jako individuum, není možné se vyhnout určitému kategorizování, stejně jako u neseniorské populace. Toto kategorizování pomáhá nejen sociálním pracovníkům, ale také jiným odborníkům lépe pojmut a pochopit seniorskou problematiku. Nejčastěji se setkáváme s trojím členěním stáří, a to na kalendářní, biologické a sociální.

## **1.1. Kalendářní stáří**

Seniorský věk dle Světové zdravotnické organizace (WHO) začíná v 60tém roce života člověka. WHO neohraničuje věk seniora pouze začátkem (60 let) a koncem (smrt), rozčleňuje jej na tři podkategorie:

- Ranné stáří – 60-74 let
- Pravé stáří – 75-89 let
- Dlouhověkost – 90 let a více

Nejčastější ukazatel přiřazení člověka k seniorské populaci je odchod do penze. I když se v různých státech důchodový věk různí, princip označení člověka za seniora na základě jeho ukončení pracovní kariéry z důvodu věku je stejný. S oddalováním penze přichází i tendence ke zvýšení seniorského věku, a to na 65 let. (Haškovcová 2010)

Toto kalendářní dělení nám ukazuje jaké zdravotní a sociální obtíže se u které věkové skupiny významně vyskytují. V raném stáří jde především o sociální problémy, jako jsou přechod do penze, nadbytek volného času, náhlá neschopnost seberealizace apod. U pravého stáří se do popření dostávají zejména zdravotní obtíže, horší adaptabilita a osamělost. Pokles či úplná ztráta soběstačnosti, se individuálně projevuje u seniorů každého věku, ovšem větší závislost na druhých se ukazuje u osob ve věku 85+. (Haškovcová, 2010)

Takovéto členění seniorského věku se využívá pouze pro odborné účely, v běžné populaci se s označením raný senior atd. nesetkáme. Nutno podotknout, že i toho členění a potíže připisující se věkovým kategoriím jsou jednou z příčin ageismu, zejména z pohledu postupné neužitečnosti seniorů.

## **1.2. Biologické stáří**

Biologické stáří je zvlášť individuální záležitost. Jedná se o tělesné a psychické změny osoby, které mohou být ve stejném věku u různých osob rozdílné. Biologické změny způsobující zhoršení zdravotního stavu přivádí seniora nejen ke zvýšené potřebě zdravotní péče, ale také ke zvýšení nebo samotnému nalezení vhodné sociální pomoci, ať už se jedná o pomoc v případě poskytování dávek či služeb.

Na biologickém stáří člověka se odráží jeho dosavadní život. Jeho zaměstnání, životospráva, úroveň stresu v každodenním životě a jeho zvládání, sociální vazby a jejich naplňování. To vše se odráží na zdravotním stavu jedince, na jeho fyzické schránce i psychice.

### **1.2.1. Fyzické změny**

Fyzické změny člověka můžeme pozorovat především na jeho vnější schránce. Tělo jedince ochabuje, ubývá svalová hmota a přibývají vrásky a pigmentové skvrny. Dochází ke zhoršení funkcí smyslových orgánů, například k zhoršení zraku, sluchu, atd. Změny funkčnosti vnitřních orgánů se projevují u každého jinak, stejně tak se různí i potřeba medikace při projevech fyzických změn. Snižuje se schopnost imunity a adaptability. U fyzických změn je možné vlastním přičiněním ovlivnit, kdy se začnou projevovat a v jaké míře. Každý jedinec si ke zdravějšímu stáří může dopomoci zdravým životním stylem a včasnou diagnostikou. (Poledníková, 2006)

### **1.2.2. Psychické změny**

Některé změny v psychice člověka se neprojevují tak nápadně jako mnohé změny fyzické. Senior může být schopen dobré adaptace na svoji situaci, která mu přináší změnu sociálních rolí, neztrácí optimismus a je tolerantní, ovšem časté jsou i negativní psychické projevy stáří, které přicházejí pomalu se změnami osobnostních rysů jedince, a to v souvislosti s prohlubováním vlastností spíše v negativním slova smyslu. Dochází k obtížnějšímu prožívání a vyjadřování emocí, proto jsou senioři často konfliktní až agresivní. Dochází k izolovanosti od rodiny, nepřátelství vůči rodinným příslušníkům a celému sociálnímu okolí, či naopak k potřebě připoutat si členy rodiny a využívat jejich starosti. Stejně jako u fyzických změn dochází k poklesu adaptačních schopností a celkovému

zpomalení člověka (prodlužuje se reakce na podnět). Asi nejobtížněji prožívají sami jedinci i jejich blízcí změnu kognitivních funkcí, která sebou nese obtížné soustředění a zhoršení paměti. (Dlabalová a Klevetová, 2008)

### **1.3.Sociální stáří**

Sociální stáří nebo lépe stárnutí určují zejména společenské kontakty a vztahy. Dá se říct, že člověk se cítí tak starý, jak staré je jeho okolí. Na svých přátelích vidíme, jako v zrcadle, v jaké životní fázi z hlediska věku jsme. I rodina nám připomíná, tím jak se rozrůstá a rodí se nová generace, že stárneme.

Stáří se chápe jako zásadní sociální událost v životě člověka, při které se odehrávají změny rolí, změny životního působení člověka a v neposlední řadě i změna jeho ekonomického zajištění. (Mühlpachr, 2004)

Se změnou životních rolí se jedinec setkává tvrdě při odchodu do důchodu. Přejchod z ekonomicky aktivního člověka, živícího nejen sebe, ale i rodinu k člověku, který se musí spolehnout na stát a své úspory je bezpochyby náročný pro každého. Penze nemá jen ekonomická rizika, ale také sociální. Přetrhávají se sociální vazby s kolegy v zaměstnání, jedinec se může stát pasivním a sám přestane vyhledávat přítomnost ostatních známých, se kterými se dříve setkával, sociální okruh se zužuje a senior zůstává sám. Podstatně se mění životní role a hodnoty jedince.

Osamocení seniora přispívá i trend dnešní společnosti a to je atomizace rodiny. Mezigenerační soužití v dnešní době již nefunguje, což není považováno za přílišný problém, dokud jeden z prarodičů neumírá a druhý nezůstává sám. V tomto případě dochází u seniora k zjevnému pocitu osamělosti. Potřeba udržení sociálních vazeb je důležitá i z hlediska zdravotního stavu seniora. Člověk osamělý a vyčleněný ze společnosti častěji podléhá různým nemocem a rychleji se u něj rozvíjejí různé typy demencí.

Odchod do starobního důchodu ovšem nepřináší jen rizika, ale také může člověku umožnit rozvoj jeho zájmů, pocit volnosti. Senior má teď více času nejen např. na práci na zahradě a luštění křížovek, ale také na cestování, sportování, na rozvíjení stávajících nebo získávání nových znalostí na různých kurzech či univerzitách třetího věku. Senior využívá svůj nově nabytý volný čas pro svou rodinu, péči o vnoučata či potřebného člena rodiny. Seniorský věk tedy nepřináší jen starosti, ale i radosti.

## 1.4. Potřeby seniorů

Haškovcová (2010) tvrdí, že stárnoucí a starý člověk potřebuje zdraví přiměřené jeho věku, odpovídající materiální a finanční zajištění. Dále místo, kde se cítí ctěn a vážen, kde ho mají rádi a kde i on je rád, tedy domov.

Každý senior má základní i vyšší potřeby, jak je popisuje ve své pyramidě Maslow. Vyšší potřeby se v seniorském věku jedince stávají naléhavější než dříve. Pocit lásky, důvěry, bezpečí, seberozvoje, pomáhá člověku nepodléhat chorobám spojeným se stářím, a také udržuje jejich psychickou kondici na velice dobré úrovni. Ne vždy jsou vyšší potřeby seniorů naplňovány dostatečně, zejména pokud žijí v institucionálních zařízeních a ne se svou rodinou. Ovšem ani základní potřeby nejsou naplňovány s takovou samozřejmostí, jak tomu bylo v produktivním věku. Potřeba hladu a žízně se vytrácí, následkem toho může dojít až k malnutrici (podvýživě) a dehydrataci, i osobní hygiena je často zanedbávána, také proto mají rodinní příslušníci snahu zajistit nejstaršímu členu rodiny odbornou domácí péčí nebo ho přestěhovat do zařízení poskytujících odpovídající sociální a zdravotní péči.

Pro naši práci uvedeme kategorie potřeb dle Vágnerové.

### 1.4.1. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem

Příliš mnoho podnětů starého člověka spíše unavuje a dráždí, než podněcuje k výkonu a soustředění. Jedinec se pak spíše distancuje od společnosti a světa, ve kterém nestihá reagovat. Na druhou stranu i nedostatek podnětů vede ke stejným závěrům izolovanosti. Je třeba předkládat a upozorňovat na takové podněty ve světě, které jedince příliš nezahltí. (Vágnerová, 2007)

### 1.4.2. Potřeba sociálního kontaktu

Sociální kontakty utvářejí existenci jedince. Každý z nás potřebuje slyšet a být slyšen. Senior má zájem o komunikaci s druhým člověkem, ale ne vždy mu komunikace vyhovuje. *„Jedná se zejména o věkové rozdíly, kdy si mladí a staří nemají co říct, navzájem si nerozumí, jelikož nesdílejí stejný okruh zájmů, cílů a hodnot. Seniori se tedy samozřejmě raději uchylují ke známým ve své věkové kategorii. Tento poznatek neplatí u rodinných příslušníků, kde je vazba na mladší generace založena převážně na emocích, než na společných zájmech.“* (Vágnerová, 2007, str. 344-355)

### **1.4.3. Potřeba citové jistoty a bezpečí**

Pocit ohrožení bývá u starších lidí obvyklý. Bojí se možných nemocí, úmrtí partnera či ztráty soběstačnosti. Uvědomují si, že již nemají tolik sil a schopností, jako dříve. Stávají se závislími na svém okolí, rodině. Na druhou stranu jim vědomí, že se o ně rodina postará, dodává pocit jistoty. Pocit jistoty také rodina posiluje vědomím, že senior někam patří, patří k nim, k rodině. Nejstarší generace je závislá na emocionální opoře blízkých v případě, kdy se cítí být ohrožení, ať už reálným či hypotetickým nebezpečím. Staří lidé se často fixují na svou rodinu, jelikož jim jejich přítomnost dodává větší pocit jistoty v pro ně neznámých situacích a také zvyšují pocit bezpečí seniora v pro něj tak přehlčeném, technickém světě. (Vágnerová, 2007)

### **1.4.4. Potřeba seberealizace**

Lidé po odchodu do starobního důchodu nevnímají mnoho možností pro seberealizaci, mají pocit, že s jejich kariérou skončila i možnost dalšího rozvoje, z tohoto důvodu často upozorňují na své minulé pracovní úspěchy, a připomínají si tak, že v životě něco dokázali. K nalezení jiných aktivit k seberealizaci je někdy staršímu člověku třeba pomoci, protože sám si možnost nové naplňující aktivity, která ho bude provázet až do konce života, neumí představit. Tento krok je důležitý, aby potřeba seberealizace nebyla kompenzována pouze vzpomínkami. (Vágnerová 2007)

Ke snížení sebeúcty dochází také v důsledku neschopnosti udržení autonomie, jedinec se stává stále závislejší na pomoci druhých, a toto uvědomění je pro něj stresující. Stejně tak i vědomí neužitečnosti, které se v člověku probouzí při zhoršení jeho fyzických a psychických schopností. (Vágnerová, 2007)

### **1.4.5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje**

Potřeba otevřené budoucnosti je u seniorů kritická. Vědomí brzké smrti, konečné budoucnosti člověka otupuje. Je proto důležité uvědomění si vlastní konečnosti nejen v negativním slova smyslu. Je důležité přijmout svoji smrtelnost a vložit naději, že něco ze sebe zanechám ve svém potomstvu. (Vágnerová, 2007)

## 2. Sociální práce se seniory

Slovník sociálních práce (2008) uvádí, že sociální práce je zejména společenskovední disciplína a praktická činnost, která si klade za cíl odhalovat, vysvětlovat, zmírňovat a řešit sociální problémy. Sociálními problémy myslíme chudobu, diskriminaci, zanedbávání, nezaměstnanost a další obtížné životní události, které není jedinec schopen zvládnout vlastními silami.

Pro přímou sociální práci s klientem je jednou z nejdůležitějších fází navázání vztahu. Jedná se o úvodní fázi práce s klientem, ve které dochází k vytvoření důvěry. Neexistuje stoprocentně funkční model navázání vztahu s klientem, jedná o velice individuální přístup každého sociálního pracovníka. Existuje i několik kritérií, které je nutné hned v úvodu rozhovoru vyjasnit, aby později nedošlo k nedorozuměním. Jedná o vzájemné oslovování, osvětlení toho, co od sociálního pracovníka může klient během spolupráce očekávat, dále je důležitá shoda na spolupráci a dohoda na vzájemných časových možnostech spolupráce. (Peniška, Bobek, 2008)

Sociální práce se seniory má svá specifika, stejně jako sociální práce s jinými cílovými skupinami. Jedná se zejména o přístup sociálního pracovníka ke klientovi.

Sociální pracovník, pracující nejen se seniory, by měl být zejména důvěryhodný. Záleží na diskrétnosti, spolehlivosti, porozumění, trpělivosti, otevřenost, fyzická přítomnost při jednání s klientem, atd. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013) Důvěryhodnost sociálního pracovníka pomáhá klientům se uvolnit a nechat si pomoci při řešení svých obtíží, na které vlastními silami již nestačí.

Sociální pracovník musí být také zdatný v komunikaci. Umění naslouchání a empatie jsou samozřejmostí. Bez nich není možné navázat vztah s klientem, který povede k práci na klientově problému a jeho řešení. I komunikace, která se zdá být beze smyslu, se ukazuje jako důležitá. Komunikace se seniorem nemusí vždy záměrně vést k objevení či řešení problému, ale může být jen naplněním volného času, projevem zájmu o klienta, a zejména prostředkem k navázání důvěrného vztahu.

Při komunikaci se seniorem je prioritou dbát na zachování identity seniora, oslovovat ho jménem či titulem, nikoliv „babi“ nebo „dědo“. Respektovat jeho zpomalení psychomotorického tempa a zhoršení pohybových schopností. Dbát na důstojný přístup, který vylučuje jednání s dospělým klientem jako s dítětem. Důležité je nejlépe před zahájením komunikace s klientem, nebo na jejím začátku, ověřit komunikační bariéry, které se u seniora

mohou vyskytovat (porucha sluchu, zraku, zpomalené chápání, atd.). Snažíme se stále pohybovat v klientově zorném poli, udržujeme oční kontakt, nezvyšujeme na klienta hlas, pokud nemáme ověřený zhoršený sluch u seniora. Pokud se při komunikaci se seniorem bude sociální pracovník řídit těmito jednoduchými zásadami, má dobře nakročeno k rychlému získání důvěry klienta. (Kuzníková a kol., 2011)

Při sociální práci se seniory je důležité znát jejich prioritní hodnoty. Každý člověk má samozřejmě individuální žebříček hodnot, ale dle výzkumu P. Kaufamové (2/2004) se na vrcholcích objevují zejména zdraví, láska, přátelství, rodina, soběstačnost, vlastní domácnost, fyzická a sociální pohoda. Tyto hodnoty jsou odvislé od zvyšujícího se věku, který sebou nese právě rizika osamocení, zhoršení zdravotního stavu i ztrátu soběstačnosti.

Spokojenost seniora neurčuje pouze naplnění těchto hodnot, ale také práce sociálního pracovníka a pracovníků v sociálních službách vykonávajících přímou ošetrovatelskou či pečovatelskou péči. Pokud se senior cítí spokojený a v bezpečí, i když nejsou jeho hodnoty zcela naplněny, je to známka kvality sociální práce s daným klientem. (Vágnerová, 2007)

V práci se seniory je třeba vědět, že se senior v institucionálním zařízení často cítí odtržený, odložený rodinou. Uzavírá se do sebe a začíná být více osamělý, než je nutné. Je proto důležité, aby nejen sociální pracovník, ale i ostatní pracovníci v sociálních službách vynaložili úsilí k zapojení klienta nejen do kolektivu klientů instituce, ale pokusili se ho nadchnout pro novou věc nebo obnovili nadšení v zálibě dřívější. (Peniška a Bobek, 2008)

Sociální pracovníci se nejčastěji při práci s klienty seniory setkávají s jejich zhoršenou kvalitou života, tedy se sníženou pohodou, ztrátou smysluplnosti i sníženou ekonomickou úrovní. Sociální práce se snaží kvalitu života seniora zvyšovat na úroveň, která je nejen přijatelná pro společnost, ale také odpovídá představám samotného seniora.

## **2.1. Kvalita života seniora**

Kvalita života představuje velice široký pojem, který se týká nejen seniorů, ale každého člověka. Posuzuje se z hlediska subjektivního a objektivního, kdy subjektivní kvalita života odpovídá psychické pohodě jedince, jeho spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života souvisí s fyzickým zdravím a naplněním sociálních a materiálních podmínek života. (Hnilicová, 2005)

*„Kvalitu života dle WHO definujeme jako to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a*

*zájmům.*“ (Ondrušová, 2011) Tuto definici doplňuje tvrzení Svobodové (2008), dle které chápeme kvalitu života jako ukazatel uspokojování potřeb a individuálních preferencí. Hodnotový žebříček se v průběhu života mění. U seniorů jsou mnohé hodnoty v jejich žebříčcích na podobných místech, nemůžeme na to ovšem spoléhat, a musíme ke klientům přistupovat vždy individuálně.

Kvalitu života z hlediska sociální práce posuzujeme na jedné straně objektivně, aby životní úroveň seniora odpovídala společností přijatelné úrovni. Na druhé straně sociální práce ve značné míře přihlíží k subjektivní kvalitě života, tak jak ji hodnotí sám senior. Ne každý má stejné nároky na svou finanční situaci, na počet blízkých osob ve svém okolí, na možnost pravidelně se věnovat svým zájmům atp. Haškovcová (2010) upozorňuje, že hlavním ukazatelem kvality života je schopnost adaptace člověka na zásadní změny v jeho životě, jako jsou smrt partnera, stěhování atd.

*„Kvalita života se dnes u seniorů nejčastěji měří pomocí dotazníků a strukturovaných rozhovorů. V rámci mezinárodního projektu „Měření kvality života u seniorů a její vztah k zdravému stárnutí“, který proběhl v letech 2001-2004 vznikl Dotazník kvality života pro starší populaci – WHOQOL-OLD. V tomto dotazníku je hodnoceno 6 oblastí, které jsou důležité pro seniory. Těmito oblastmi jsou: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, intimita, postoj k smrti.“* (Ondrušová, 2011, str. 51) Rozepsanou tabulku najdeme jako přílohu č. 1 této práce.

## **2.2. Rizika práce se seniory**

Život se seniorem v jedné domácnosti je velice náročný, stejně tak sociální práce se seniorem. Pracovníka i rodinné příslušníky může v jejich práci či péči negativně ovlivňovat ageismus a mýty o stáří. Ageismus nemusí postihovat přímo pečujícího, ale jeho celospolečenská přítomnost může člena rodiny či profesionála ovlivňovat natolik, že se u něj vytvářejí vůči seniorům různé negativní pocity. Tyto pocity vedou k nedůsledné péči, zanedbání péče či nedostatečnému zájmu o seniora, což může vést až k jeho psychickému a fyzickému poškození.

Sociální pracovník, jako odborník by měl umět své postoje vůči klientům reflektovat. Tak snadno odhalí, jaký případný vliv na něj ageismus a mýty o stáří mají. Pokud k takovému odhalení dojde, je z poloviny vyhráno, protože může na svých postojích aktivně pracovat, aby ovlivnění takovýmito předsudky a stereotypy předcházel. Pokud se negativní a mylné

smýšlení o seniorech objeví u pečující rodiny, je třeba jim poskytnout odbornou pomoc a poradenství, jak se s tím vyrovnat. Problémem je, pokud rodina sama nedokáže reflektovat své postoje a péči nekonzultuje s odborníkem, který by tyto známky předsudků dokázal odhalit.

### **2.2.1. Ageismus**

Ageismus je chápán jako negativní postoj vůči osobám v seniorském věku. Jedná se o stereotyp, který v člověku vyvolává vyšší věk jiné osoby. Jde také o diskriminaci z hlediska věku, která vede k vyloučení seniorů a upřednostňování mládí ve společnosti. Stáří je bráno jako nedostatek mládí, jako přítěž společnosti, která jen bere, ale nic nového nepřináší. (Tošnerová, 2012)

Ageismus je pojem poměrně nový, objevuje se až v 60. letech 20. století, kdy se uvádí, že se jedná o „*systematické znevýhodňování starších osob, a to zejména v západních společnostech*“. (Matoušek, 2008) V principu ageismu společnost předpokládá, že všichni senioři jsou stejní, proto není nutné dělat mezi nimi rozdíly ve všech oblastech jejich života. Z toho důvodu dochází ke znevýhodnění značného počtu seniorů v oblasti zaměstnání, v přístupu ke službám nebo v respektu k samotné osobě seniora. Obecně se vyšší věk v západních společnostech pojí zejména s negativními přívlastky.

### **2.2.2. Mýty o stáří**

Mýty o stáří ovlivňují, jak většinová „mladá“ společnost vnímá seniorskou populaci. Mýty představují určité stereotypy typické zejména pro západní kulturu, která si svých členů ve vyšším věku, v mnoha ohledech dostatečně neváží, jak je tomu v tradičních společnostech. Starých lidí v současnosti stále přibývá a mladí mají čím dál větší tendenci se proti nim vymezovat. Mají pocit, že je stáří určitým způsobem utiskuje, z toho důvodu fenomén ageismu narůstá a mýty o stáří jsou častěji považovány za pravdivé. Je důležité upozornit na fakt, že předpoklady, které vycházejí z mýtů o stáří nepovažuje za pravdivé pouze neseniorská populace, ale v některých případech i sami senioři.

Helena Haškovcová (2010) uvádí 10 mýtů o stáří, které vylučují individualitu každého jednotlivého seniora:

- Mýtus falešných představ se zakládá na představě, že staří lidé pro svoji spokojenost vyžadují v první řadě ekonomické a materiální zajištění. Tohoto

zajištění dosahují pomocí principu solidarity, kdy se ekonomicky aktivní občané země podílejí na financování starobních důchodů. Tudiž mají pracující občané pocit, že „živi důchodce“.

- Mýtus zjednodušené demografie tvrdí, že člověk je jednoznačně starý v době, kdy odchází do starobního důchodu. Dnem ukončení zaměstnání se stává seniorem, který je obtěžkán pouze nemocemi a trápením a není schopen radovat se ze života, jelikož se připravuje na blízkou smrt. Mýtus zjednodušené demografie nebere v úvahu individualitu seniorů z hlediska věku ani zdravotního stavu a psychické pohody.
- Mýtus homogenity se zaměřuje především na vzhled seniorů, kdy tvrdí, že všichni senioři vypadají stejně. Je pravdou, že určité tělesné znaky jsou typické pro stáří, ovšem nelze je přiřazovat plošně celé seniorské populaci. Homogenita se kromě vzhledu zaměřuje taky na předpoklad, že všichni staří lidé mají stejné potřeby.
- Mýtus neužitečného času se soustředí na problematiku zaměstnanosti, kdy se předpokládá, že senioři již nejsou ekonomicky aktivní, a tím pádem jsou pro společnost neužiteční, a jejich čas postrádá účel.
- Mýtus ignorace vychází z názorů a činností starých lidí, kterým většinová společnost nepřikládá žádnou váhu. Osoba, která nepracuje, nemůže být naším partnerem, proto jsou senioři často přehlíženi. Dnešní společnost má pocit, že jim starý člověk nepřináší nic nového, zajímavého, užitečného.
- Mýtus schematismu a automatismu se zakládá na představě, že senior už nemůže ze svého bývalého profesního hlediska poučit mladé. Jeho pracovní zkušenosti a znalosti jsou dnes, v novém světě technologií a moderních postupů neužitečné.
- Mýtus asexuálního stáří tvrdí, že sex je jen pro mladé. Téma sexuálního života starých lidí je ve společnosti tabuizované téma, jelikož se pokládá za něco amorálního.
- Mýtus o lékařích ukazuje na skutečnost, že seniorská i neseniorská populace předpokládá, že všechny problémy, které se ve stáří vyskytují, vyřeší lékař (nejčastěji praktický), a to ať už se jedná o obtíže zdravotní, sociální či týkající se psychické pohody a štěstí člověka.

- Mýtus o arterioskleróze (o panu Alzheimerovi) ukazuje, že sklerózu, zapomnětlivost považuje společnost za typický ukazatel stáří.
- Mýtus o chudobě seniorů se zakládá na jedné straně na hrozbě nedostatku finančních prostředků na zajištění starobních důchodů, s čímž se pojí i důchodové reformy. Na straně druhé souvisí s mnohokrát znatelným rozdílem mezi výší platu a následnou výší důchodu. A na straně třetí s neustále rostoucími cenami zboží i služeb a vnitřním nesrovnáním se seniorů s tímto fenoménem a nejistotou, kterou oproti pevným cenám za socialismu přináší.

### 3. Sociální práce ve zdravotních službách

V první řadě je třeba upozornit, že stárí samo o sobě nemoc není, ale k seniorskému věku se pojí větší riziko vzniku různých komplikací spojených s méně či více vážnými chorobami. Senior a jeho organismus jsou náchylnější i k běžným chorobám, jako je např. chřipka, ovšem jejich průběh bývá vážnější, než je tomu u osoby mladší. Největší komplikací z hlediska nemocí je jejich sklon k chronicitě, polymorbidita a mnohdy atypický průběh nemoci oproti mladším nemocným.

Nemoc je označována jako porucha zdraví. Dle WHO je „*zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci*“. Žáček tuto definici ještě zpřesňuje a říká, že „*zdraví zahrnuje tělesnou a psychosociální integritu navozující stav optimální pohody, nenarušenost životních funkcí a společenských rolí, ale také adaptabilitu, tj. přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy*“. (Holčík, Žáček, 1995)

Onemocnění seniora má spojitost i s jeho sociální situací. S častými, vážnými a opakujícími se zdravotními obtížemi se pojí i postupné nebo náhlé omezení soběstačnosti seniora, které vede k závislosti na jiné osobě, často rodině. Této závislosti v důsledku některých zdravotních obtíží je možné předcházet, a to díky správné životosprávě, dostatku pohybu, psychické pohodě, podpoře imunity a pravidelným prohlídkám u lékaře, které dokáží včas odhalit a léčit mnohé nemoci.

Přítomnost nemoci nebo lépe řečeno nedostatek zdraví ovlivňuje kvalitu života seniora více, než je tomu u mladších dospělých. Hodnotový žebříček ve stárí má na nejvyšších příčkách právě zdraví, které dovoluje seniorům žít život samostatně, bez větší pomoci okolí. Nejen z toho důvodu je cílem sociální i zdravotní péče udržet seniora při dobrém zdraví co nejdéle.

Sociální práce či péče a péče zdravotní jdou v seniorském období života „ruku v ruce“, proto se práce sociálních i zdravotních pracovníků překrývá, zejména pokud jde o přístup ke klientovi. Sociální pracovník by měl disponovat takovými dovednostmi, aby byl schopen přistupovat ke klientovi a zjišťovat jeho potřeby, i v případě, kdy mu jeho zdravotní stav nedovoluje plně komunikovat a tak své potřeby a pocity vyjadřovat (Janečková in Matoušek, 2005)

Sociální práce ve zdravotnictví je důležitá vzhledem k pacientovi/klientovi i k jeho rodině. Sociální práce v nemocnicích má za cíl zmírňovat sociální důsledky nemoci klienta. Sociální pracovník spolupracuje s rodinou nemocného kvůli informacím, které mu může

rodina poskytnout o seniorově situaci a jeho životě (Kuzníková a kol., 2011). Sociální pracovník, lékaři a další zdravotnický personál, kteří jsou součástí geriatrického týmu v nemocnici (Janečková in Matoušek, 2005) by v případě seniorů měli věnovat pozornost nejen samotnému pacientovi, ale také jeho rodině, jeho rodinnému klimatu, zda se může senior do svého domácího, rodinného prostředí vrátit. Zajištění vhodného místa pro doléčovací proces po propuštění, ať už v domácnosti klienta, u jeho rodiny nebo v institucionálním zařízení (sociálním i zdravotnickém), by mělo být hlavním cílem sociální práce v nemocnicích. Sociální pracovník zjišťuje zejména, zda je prostředí, do kterého senior z nemocnice přichází, funkční a vyhovující jeho potřebám. Sociální pracovník málokdy funguje jako sociální pracovník celé rodiny. Pracuje sice mnohdy s celou rodinou, ale jeho primárním klientem je senior, pacient. Pracovníkovým úkolem je zmapovat případná vhodná místa, kde by se senior mohl doléčovat, a kde o něj bude pečováno. Sociální pracovník zprostředkovává informace o sociálních službách, které pomohou rodině s péčí o svého člena. Pokud je rodinné prostředí klienta nevyhovující, zprostředkovává sociální pracovník informace a kontakty na vhodné institucionální sociální služby.

Sociální pracovník v nemocnici funguje jako osoba, která zprostředkovává informace o možnostech pro doléčovací péči, pokud rodina seniora není schopna či ochotna se o svého člena postarat sama. V případě, kdy není reálné, aby se klient vrátil do svého přirozeného sociálního prostředí, nabízí sociální pracovník možnosti institucionální péče. Rozhodnutí o využití trvalých či přechodných sociálních služeb v domově pro seniory či v odlehčovací péči, musí učinit senior sám. Pokud k tomuto rozhodnutí není již kompetentní, činí toto rozhodnutí, na doporučení sociálního pracovníka, rodina.

Při přechodu z nemocnice do nového prostředí institucionální péče je u starého člověka vždy riziko rozvoje translokačního syndromu, který se projevuje zmateností, apatií, depresí až nepřátelstvím vůči okolí, a to vše je způsobeno častým přesouváním se seniora z místa na místo. Sociální pracovník proto musí klást důraz na své postupy v přípravě seniora na přechod do jiného zařízení. Poskytnutí dostatku informací, vyjádření podpory a rozhovoru, který pomůže seniorovi vybrat nejvhodnější domov, který bude odpovídat jeho potřebám i přáním, by mělo být samozřejmostí. Pro lepší adaptaci klienta na nové prostředí je vhodné využít i přímého kontaktu sociálního pracovníka, ze zvoleného zařízení, který navštíví seniora ještě v nemocnici a poskytne mu potřebné informace o tom, co má očekávat po přijetí do jejich institucionální péče. (Janečková in Matoušek, 2005)

### 3.1. Choroby a obtíže

U seniorů se setkáváme s mnohými chorobami a obtížemi. Některé nemoci si člověk přináší již z mládí, jiné se projevují častěji až ve vyšším věku. Stejně je tomu tak v případě obtíží, které nelze nazvat přímo nemocemi, ale spíše syndromy, které provázejí zejména stáří a některé choroby.

Dle Ondrušové (2011) se jedná o tři kategorie syndromů, a to somatické, psychologické a sociální. Nejběžnějšími somatickými syndromy jsou svalová slabost a obtíže s chůzí, spojené s pády a následnými úrazy či úplná imobilita. Dále poruchy příjmu potravy projevující se nejčastěji nechutenstvím nebo sníženým pocitem hladu a žízně. Nedostatek příjmu tekutin je také následkem inkontinence, kdy mají senioři strach požívat více tekutin, aby nedocházelo k úniku moči.

Psychické syndromy stáří a stárnutí se projevují nejčastěji depresi, špatnou adaptací na nové lidi, prostředí i věci, jako jsou například moderní technologie. S horší adaptací a výskytem demence se pojí i poruchy chování. Svým negativním chováním senior ukazuje svoji nepřátelskost vůči světu kolem něj. (Ondrušová, 2011)

Následkem zdravotních obtíží a psychické nestability jsou sociální syndromy, jak uvádí Ondrušová (2011). Tyto syndromy zahrnují nejen ztrátu soběstačnosti a sociální izolaci seniora, ale také dysfunkci rodiny z hlediska pečování o svého nejstaršího člena. Péče o seniora je pro pečovatele nejen fyzicky náročná, pokud se jedná o nesoběstačného starého člověka, ale také psychicky vyčerpávající, pokud se u opečovávaného projevují poruchy chování. Negativita, agresivita a nespolupráce seniora může být i příčinou týrání seniorů.

V každém případě vážnější nemoc seniora způsobuje narušení chodu celé rodiny a frustraci jejích členů. Pokud se nejedná o dysfunkční rodinu, předpokládá se, že v počátečních fázích se rodina o svého člena postará. To je samozřejmě příčinou změn denního harmonogramu pečujících. Péče o nemocného se projevuje nejen v osobním životě pečujícího, jak tráví volný čas a udržuje své sociální kontakty, ale také v jeho finančních příjmech. (Kuzníková a kol., 2011)

Zásah do běžného života v případě nemoci seniora postihuje samozřejmě i jeho samotného, nejen jeho rodinu. Existuje několik nejčastějších chorob, které zastihují osobu v jejím stáří a stávají se tak obtížemi, kterou musí řešit i rodina seniora. Onemocnění mohou omezit nebo připravit seniora o soběstačnost již v jejich začátku nebo i s postupným rozvoje

nemoci. Jedná se o ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkovou příhodu, osteoporózu a artrózu, diabetes a demenci.

### 3.2.Hospice

Smrt a umírání ke stáří neodmyslitelně patří stejně jako potřeba pečovat o osobu umírající. V případě seniorů dle Haškovcové (2000) hovoříme o smrti nikoliv předčasné, ale přiměřené, kdy věk umírajícího odpovídá průměrné délce dožití. Péče by v případě umírajícího měla být paliativní, tudíž nejen tišící bolest léky, ale také kontaktem s umírajícím, provázením ke klidné smrti. Takováto péče je odborná, proto na ni rodina sama, ve většině případů nestačí. Pro rodiny a seniory (a ostatní umírající různého věku), kteří nechtějí umírat v nemocnicích, existují hospice.

Umírání se lidé bojí více než smrti samotné, proto je doprovázení jeho důležitou součástí. Doprovázet může nejen rodina, ale i odborník v podobě sociální pracovníka, či psychologa, který pomáhá umírajícímu fáze umírání lépe pochopit a přijmout svůj život i jeho konec, najít smysl života i smrti, a tak dovést klienta k důstojné smrti. Doprovázení spočívá hlavně v porozumění klientovi, nejen v medikaci tišícími léky. Při kvalitním doprovázení dokonce může dojít k situaci, kdy umírající ani nebude mít potřebu léky tišící bolest přijímat, jelikož jeho bolest bude tišena právě přítomností a porozuměním doprovázejícího. (Ulrichová, 2009)

Doprovázení může probíhat jak v domácím prostředí umírajícího seniora formou mobilního hospice, tak v hospici lůžkovém. Hospic je spojením zdravotní a sociální péče. S umírajícím pracují tedy nejen lékaři a sestry, ale také sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Sociální pracovníci jsou nedílnou součástí hospicové péče a to nejen při práci s umírajícím klientem, ale i s jeho rodinou. Sociální pracovník je zprostředkovatelem informací pro rodinu klienta, která nemá zkušenosti s umíráním příbuzného nebo chtějí tentokrát dělat věci jinak, za asistence odborníka, který pomáhá zpříjemnit poslední chvíle umírajícímu i jeho rodině. Psychosociální kompetence pracovníka pomáhají klientovi a jeho rodině s přijetím těžké životní situace, ve které se nacházejí.

*„Péče o rodinu je v případě umírání jejího člena nezbytná. Pomáhá rodině zpracovat zármutek, který nastává v době zjištění stavu seniora a prohlubuje se jeho smrtí. Pracovník pomáhá rodině pracovat s obavami a pocity nejistoty“.* (Dvořáčková, 2/2010, str.17) Po smrti klienta sociální pracovník rodinu neopouští, ale zůstává dále nablízku, jako opora, která

vyslechne a dokáže porozumět žalu, který rodina právě prožívá. Jednotliví členové rodiny mohou v sociálním pracovníkovi najít osobu, které se mohou bez zábran vypovídat o tom, co právě prožívají, co v nich zanechaly poslední chvíle s umírajícím i samotný pohřeb. V případě lůžkových hospiců se rodinní příslušníci často vracejí, a sdílejí s personálem vzpomínky na zemřelého. (Ulrichová, 2009)

## 4. Soběstačnost

*„Soběstačnost člověka představuje míra jeho samostatnosti v oblasti sebekpěče. Schopnost sebekpěče znamená vykonávání denních aktivit vlastními silami.“* (Pokorná, 2013, str.81)

Soběstačnost jako schopnost postarat se o zajištění vlastní domácnosti a sebeobsluhy, je v pokročilém věku velice důležitá. Osoba, která přišla o svoji soběstačnost z části nebo úplně, je nucena spoléhat na pomoc ostatních. Stává se závislou na druhých. Tato závislost není nikomu příjemná, neméně pak seniorům.

Druhými mohou být v případě seniorů rodinní příslušníci a sociální služby domácí či institucionální péče. Na využití odborných služeb vždy závisí momentální situace seniora. Jak moc jeho soběstačnost klesla, v jaké míře se rodina angažuje na péči o něj, jaké jsou jeho finanční prostředky pro možnou úhradu sociálních služeb, ale také, jaký je samotný přístup potencionálního klienta k sociálním službám obecně.

Někteří senioři přirozeně odmítají využití jakýchkoli odborných sociálních služeb k zajištění péče o vlastní osobu. Nedůvěřují institucím, ani pracovníkům, kteří přicházejí do jejich domovů. Raději spoléhají na rodinu nebo, v horším případě, si neuvědomují nebo nechtějí přiznat, že sami už sebeobsluhu, péči o domácnost a vyřizování osobních záležitostí nezvládají. V takových případech by měla zasáhnout sama rodina a se seniorem si promluvit o jeho současném stavu. Pokud je rodina schopna a ochotna o svého nejstaršího člena pečovat, je to rozhodně pozitivní přístup k věci. I v takovém případě není od věci zažádat o příspěvek na péči, který bude kompenzovat nejen seniorovu sníženou soběstačnost, ale bude sloužit i jako finanční odměna pečujícím, a to ať už se jedná o odbornou službu či rodinu.

Soběstačnost je významným kritériem kvality života. Nedostatek soběstačnosti zasahuje i do sebedůvěry a sebeúcty seniora, který se těžko srovnává si tím, že už není schopen zvládnout sám to, co zvládl, když byl mladší. Z toho důvodu je při práci se seniory prioritou napomáhat opakovanému zvýšení či alespoň dlouhodobému udržení soběstačnosti na stávající úrovni. (Chlumecká, 2005)

Kozáková a Müller (2006) uvádějí 5 základních stupňů snižování soběstačnosti:

1. Jedinec sám uspokojuje své potřeby, není nutná pomoc druhé osoby.
2. Pomoc druhé osoby je nutná v případě zajištění fyziologických potřeb.
3. Částečné uspokojování fyziologických potřeb zvládá jedinec sám.

4. Uspokojování fyziologických potřeb zvládá jedinec sám, ale potřebuje vědění druhé osoby (dezorientovaní lidé).
5. Jedinec je ve stavu, kdy není schopen ani uspokojovat své potřeby, ani o nich rozhodovat. Druhá osoba tedy zajišťuje potřeby i rozhoduje za jejího svěřence.

#### **4.1. Příspěvek na péči**

V případě poklesu soběstačnosti a poklesu péče o vlastní osobu může senior (i jakákoli jiná osoba) zažádat na oddělení krajského Úřadu práce o příspěvek na péči. Žádost se podává písemně. Míru závislosti přicházejí ověřit a zhodnotit sociální pracovníci příslušného úřadu do přirozeného prostředí seniora. Při šetření je povolena přítomnost rodinného příslušníka, který má možnost uvést doplňující informace k poklesu soběstačnosti žadatele. Řada seniorů totiž před sociálními pracovníky zmobilizuje všechny síly a vypovídá, že vše zvládá bez problémů. V takových případech trátí pouze sám senior na možnosti získat odpovídající výši příspěvku, která mu pomůže k zajištění služeb. Senioři svůj pokles soběstačnosti pociťují jako slabost, která má negativní vliv na jejich sebepojetí a nechtějí vypadat před cizími lidmi slabí a neschopní.

Příspěvek na péči, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který celou problematiku příspěvku na péči definuje, náleží každý měsíc osobě, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje péči jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb. Rozsah závislosti je stanoven počtem úkonů, ze zákonem daných 36, které se vztahují k základním životním potřebám, které je člověk schopen samostatně a úplně zvládnout.

Existují 4 stupně závislosti, kdy každá z nich je jinak finančně kompenzována. Rozlišují se i stupně závislosti u osob dospělých a mladistvých. Pro účel této diplomové práce postačí uvést rozdělení pouze pro dospělé žadatele příspěvku.

První stupeň závislosti neboli lehká závislost odpovídá nutnosti pomoci při 12 až 17 úkonech, které se vztahují k soběstačnosti a péči o vlastní osobu. Výše příspěvku na péči činí 2000 Kč. Středně těžká závislost je druhým stupněm závislosti, která je uznána v případě, že žadatel není schopen samostatně a úplně zvládnout 18 až 23 úkonů. Příspěvek je v tomto případě 4000 Kč. Pokud žadatel potřebuje pomoci s 24 až 29 úkony, jedná se o třetí stupeň závislosti, tedy těžkou závislost. Výše příspěvku na péči u těžké závislosti je stanovena na 8000 Kč. Poslední čtvrtý stupeň závislosti je odvislý od nemožnosti zvládnout 30 a více úkonů.

V tomto případě se jedná o úplnou závislost, která se příspěvkem na péči kompenzuje ve výši 12000 Kč. (z.č.108/2006 §8,11).

Posouzení jednotlivých úkonů je sice přesně stanoveno zákonem danými úkony a jejich počtem zvládnutí či nezvládnutí k určení stupně závislosti, ale i tak je posouzení do určité míry individuální. Záleží totiž na sociálním pracovníkovi, jak přesně kterou schopnost žadatele vnímá a jak dalece přihlíží k vyjádření rodiny. Každý pracovník provádí šetření jinak, některému stačí pouze rozhovor s žadatelem, jiný vyžaduje i přímý rozhovor s rodinným příslušníkem, další zase požaduje ukázkou konkrétních činností, které jsou v rámci prostředí, ve kterém šetření probíhá možné. Při rozhodnutí o příspěvku na péči se také přihlíží ke zprávě praktického lékaře žadatele.

#### **4.1.1. Posouzení soběstačnosti a péče o vlastní osobu**

Soběstačnost a péči o vlastní osobu dělí příspěvek na péči na dvě samostatné kategorie. Zaměřují se na posouzení mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání, tělesné hygieny, výkonu fyziologické potřeby, péče o vlastní zdraví a posouzení osobních aktivit a péče o domácnost. Obě tyto kategorie obsahují po 18 úkonech, které určují míru závislosti osoby v šetření na druhé osobě. Pokud posuzovaný nezvládá odpovídající počet úkonů, je mu přisouzena daná výše finančního příspěvku. Posuzované úkony, výši příspěvku a podmínky nároku na příspěvek na péči, stanovuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Schopnost péče o vlastní osobu se posuzuje dle samostatného a úplného zvládnutí těchto úkonů (108/2006Sb. §9 odst.1):

- Příprava stravy
- Podávání, porcování strav
- Přijímání stravy, dodržování pitného režimu
- Mytí těla
- Koupání nebo sprchování
- Péče o ústa, vlasy, nehty, holení
- Výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
- Vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
- Sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě
- Stání, schopnost vydržet stát
- Přemísťování předmětů denní potřeby

- Chůze po rovině
- Chůze po schodech nahoru a dolů
- Výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
- Oblékání – svlékání, obouvání – zouvání
- Orientace v přirozeném prostředí
- Provedení si jednoduchého ošetření
- Dodržování léčebného režimu

Soběstačnost se posuzuje samostatným a úplným zvládnutím těchto úkonů (108/2006Sb. §9 odst.2):

- Komunikace slovní, písemná, neverbální
- Orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
- Nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
- Obstarávání osobních záležitostí
- Uspořádání času, plánování života
- Zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
- Obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
- Vaření, ohřívání jednoduchého jídla
- Mytí nádobí
- Běžný úklid domácnosti
- Péče o prádlo
- Přepírání drobného prádla
- Péče o lůžko
- Obsluha běžných domácích spotřebičů
- Manipulace s kohouty a vypínači
- Manipulace se zámky, otevírání a zavírání oken a dveří
- Udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
- Další jednoduché úkony spojené s chodem domácnosti

## 5. Péče o seniory

Péče o seniory je hlavním tématem této diplomové práce. Péče o nejstarší členy naší společnosti byla, je a bude aktuálním tématem. Vzhledem k této diplomové práci se zaměříme především na domácí péči. Její vymezení by ale nebylo možné bez specifikování péče institucionální. Proto jsou v následujících kapitolách přestaveny obě odvětví péče o seniory. Důležitá je také transformace práce se seniorskou populací, z toho důvodu je nutné v následující podkapitole uvést strategii 4D.

Projevy péče o nejstarší členy rodiny jsou ve společenstvích zvykem od nepaměti. Vždy bylo povinností rodiny postarat se o své starší. Pokud senior rodinu neměl, péče o něj se odvíjela od historické doby a povahy kultury, ve které žil. Některé kmeny zabezpečily své staré, pokud neměli příbuzné. Jinde byli nuceni žebrať a umírali na podvýživu a hygienické zanedbání. K péči o seniory výrazně přispěla židovská a křesťanská kultura. V desateru, které je obsaženo ve Starém Zákoně, se píše „*Cti svého otce i matku, ať jsi dlouho živ na zemi, kterou ti dává Hospodin, tvůj Bůh.*“ (Exodus 20,12). Židovství i křesťanství tedy nabádá ke starosti o své rodiče, protože jedině tak můžeme dojít spasení. Ukazuje nám, že to co ctíme, má ve společnosti váhu, musíme se o to postarat. To jak se staráme o své předky, vypovídá o péči, která čeká i nás. Páté přikázání má vysoce sociální rozměr.

V Českých městských společnostech se začal kromě opovržení rozvíjet i soucit s potřebnými, který byl základem pro vznik charitativních spolků. Tyto spolky fungovaly pod záštitou bohatých občanů nikoliv církve, jak tomu bylo zvykem. Pomoc, která se seniorům jejich prostřednictvím dostávala, byla nepravidelná, což vedlo k zakládání starobinců a chudobinců při kláštorech. K rozvoji péče o staré v Českých zemích přispěla vláda Josefa II. a jeho ustanovení v roce 1863 tzv. chudinského práva. Z tohoto práva vyplývala povinnost obce postarat se o své potřebné občany, pokud není možné, aby jim byla pomoc zajištěna jinak (rodina, církve, charitativní spolky). Chudinské právo, později s domovským právem, byly základním zákonným opatřením, které chránilo chudé, staré, nemocné, sirotky a vdovy, a neponechávalo je napospas nahodilé dobročinnosti. (Haškovcová, 2006) K rozvoji ústavní péče, která zabezpečovala materiální a sociální stránku života seniorů, docházelo až po druhé světové válce. S revolucí (1989) přišel velký rozmach všech sociálních služeb. V péči o seniory se jednalo zejména o vznik domácí ošetrovatelské péče a prvního hospice. Sociální a zdravotní péče byla od sebe oddělena, ale ukázalo se to jako neefektivní. Je to problém, se kterým se v péči o seniory bojuje ještě dnes. (Jarošová, 2006)

## 5.1. Péče o seniory 4D

Strategie 4D v péči o seniory vznikla již v 80. letech 20. století jako reakce na trend, který ukazoval, že péče o seniory je pouze v rukou lékařů a rodinných příslušníků. Strategie přichází s tím, že lékaři nejsou všemocní a nemohou kvalitně řešit všechny problémy, které se váží k seniorovi a jeho životu. Klade se důraz i na celou společnost, která je ponoukána k činnosti. Na péči o starého člověka by se měl podílet každý, kdo je schopen a ochoten. Tak vzniká myšlenka a rozvoj terénní a ambulantní práce se seniory, které vedou ke zkvalitnění života seniora. Tyto nové služby umožňují seniorům setrávat ve svém domácím prostředí, což je nejvíce oceňovaná část důsledků strategie 4D. (Haškovcová, 2012)

Přístup 4D označuje demedicalizaci, deinstitucionalizaci, deprofesionalizaci a deresortizaci služeb, které jsou určeny osobám v seniorském věku.

V demedicalizaci jde o zamezení ryze zdravotnického přístupu v péči o seniory. Dříve bylo stáří spojováno s nemocí, a tak se vždy přistupovalo k léčení projevů stáří, čímž docházelo k vysokému zamedikování pacientů v seniorském věku. Stáří by nemělo být vnímáno pouze jako biologické, ale jako sociálně konstruovaný celek. To vede k ústupu zdravotnického přístupu a dává prostor a význam přístupu sociálnímu. (Kubalčíková, 2004a)

Deinstitucionalizace se zaměřuje na individuální přístup k seniorům a na posílení možnosti jejich samostatného bydlení s podporou rodin a komunity. Vychází z rizik ústavní péče, jako jsou tendence k heterogennímu reagování na potřeby klientů a univerzálnost a omezenost jejich řešení. Institucionální sociální služby se snaží podporovat samostatnost jedince a navodit takové podmínky, aby mohl jejich klient vést život co nejvíce podobný seniorům, kteří žijí mimo instituci. (Kubalčíková, 2004a)

Při deprofesionalizaci se plán strategie 4D snaží poukázat na to, že profesionálové, jejichž oborem jsou senioři, nejsou jedinými odborníky, a ne vždy vědí, jaký bude pro každého jednotlivého klienta nejefektivnější způsob naplnění jeho potřeb. Při naplňování materiálních i nemateriálních potřeb seniora by měla velkou roli hrát zejména rodina seniora, která dokáže na potřeby svého člena lépe reagovat. Z toho důvodu je důležité, aby profesionál, ať už zdravotní či sociální, komunikoval s rodinou a podporoval snahu o zajištění péče pro jejího nejstaršího člena. (Kubalčíková, 2004a)

Deresortizace se převážně zabývá potřebami osob závislých na druhých z hlediska pomoci. Jde zejména o propojení sociálních a zdravotních služeb. Tyto služby by měly být

v symbióze u osob, které se neobejdou ani bez jedné z nich. Sociální služby musí umět reagovat na potřeby klienta, který nastupuje do zdravotnického zařízení. Stejně tak musí i zdravotnický personál poznat, kdy je vhodné jejich pacientovi doporučit sociální službu. Obě služby by v zájmu pacienta měly zvládat vzájemnou komunikaci a spolupráci. (Kubalčíková, 2004a)

## **5.2. Institucionální péče**

Odchod z domova, kde senior žil se svou rodinou, zakládal jí a vychovával děti, je velice náročný, obzvláště pokud se jedná o případ opuštění místa, ve kterém má domov a přesouvá se do domova pro seniory. Někteří zvládají tuto změnu lépe, jiní hůře. Mezi špatné projevy adaptace na nové prostředí instituce řadíme institucionalizační syndrom, kdy se jedinec stává závislým na službě, i když byl dříve soběstačný. Je to způsobeno poskytováním nevyžádaných služeb při úkonech, které by senior za normálních okolností (ve svém přirozeném prostředí) zvládl sám.

Dále se u seniora objevuje intenzivní pocit „poslední štace“ v životě. Chápe domov pro seniory jako místo, kam přišel dožít svůj život, zemřít. Velkou roli v adaptaci hraje rodina seniora. Pokud již nemá žádné příbuzné, lépe si zvyká, navazuje nové vztahy s dalšími klienty a personálem. Pokud senior rodinu má, může se cítit opuštěný, osamělý a to zejména v případech, kdy příbuzní nechodí na návštěvy nebo si nevozí svého nejstaršího člena někdy domů, např. na rodinné oslavy a Vánoce. (Bušková, 3/2011)

Institucionalizace seniorů souvisí s přetvářením rodiny. Tradiční pojetí rodiny v dnešní době již neplatí. Mezigenerační soužití se vidí v menším počtu domácností, než tomu bylo dříve. Každý se chce osamostatnit, aby získal svobodu i klid, které si v bydlení s jinou generací neumějí nalézt, vybudovat. Babička nebo děda již nejsou uznávanými členy rodiny, kteří mohou předat svým dětem a vnoučatům životní zkušenosti. Mladší generace má dojem, že jim starší nemohou nic nabídnout, a raději chodí za odborníky, pokud nenalézají pomoc v okruhu přátel a známých.

Vztahy v rodině jsou důležitým faktorem při přechodu seniora do institucionální péče. V té době potřebuje podporu nejen nejstarší člen rodiny, který se může cítit odstrčený nebo osamělý a zmatený v novém prostředí, ale také jeho rodina, zejména dosavadní pečující. Volba přestěhování rodiče nebo prarodiče např. v domově pro seniory je emocionálně náročná životní událost pro všechny členy v rodině. Z toho důvodu vyvstává důvodný apel na

pracovníky v sociálních službách pro seniory, aby se jejich kompetence rozšířily o doprovázení rodiny přijatého klienta do péče. (Janečková, Nentvichová Novotná, 1/2013) Křížová (2005) tvrdí, že sociální opora ze strany rodiny je pro seniora neopomenutelným faktorem kvality života, i významným faktorem adaptace na nové prostředí instituce. Spokojenost seniorů v instituci do značné míry ovlivňují návštěvy jejich dětí, vnoučat či jiných příbuzných a známých. Jak uvádí Novotná (2007) ve svém výzkumu k diplomové práci, pokud jsou návštěvy časté, klient sociálního zařízení se cítí spokojený a popisuje svoje vztahy s potomky pozitivně. V případě, že návštěvy neprobíhají, ať už senior rodinu má či nikoliv, tento jev obhájí důvody např., že je spíše samotář, že nikoho nemá nebo že je obtížné najít někoho, s kým by si rozuměl.

Rodina se na institucionální péči obrací pro její hlavní výhodu, která spočívá v profesionálním zajištění a pomoci s naplňováním potřeb klientů, seniorů, v případě, kdy je péče nad její síly a možnosti. Senior je v instituci pod dohledem odborného personálu, který zajišťuje bezpečí svých klientů a snaží se předcházet rizikům vyplývajících z institucionalizace.

Nejdůležitějším rizikem je hospitalismus, jedná se o přizpůsobení se ústavním podmínkám, zvýšení závislosti a spoléhání se na pomoc druhých. V institucích, které zajišťují dlouhodobou pobytovou službu pro seniory, bývají senioři často až do konce svého života. Jedná se mnohdy o dlouhodobý pobyt ve stejném prostředí se stejnými lidmi, což může vést k tzv. ponorkové nemoci. Ta je příčinou snížené tolerance a zvýšené únavy. Projevuje se agresivitou, uzavřeností, vztahovačností a sklonem k depresi. Negativní projevy jedince vedou ostatní k jeho šikanování. Šikana je problémem uzavřených institucí nejen dětského kolektivu, ale také seniorského. Šikana může přicházet od ostatních klientů nebo pečovateli. Šikana se může projevovat i omezováním osobní svobody a narušováním soukromí seniory. V institucích je určitá míra ztráty soukromí běžným jevem, i když se ho pobytové sociální služby snaží minimalizovat. (Mühlpachr, 2004)

### **5.3. Domácí péče**

Hlavní výhodou domácí péče je setrvání seniora ve vlastní domácnosti, kterou dobře zná a cítí se v ní v bezpečí. Pokud stav nejstaršího člena rodiny neumožňuje samostatně žít, pomáhá domácí péče i v případě, že senior bydlí u svých příbuzných, kteří se na péči o něj podílejí a zajišťují mu bezpečí.

Domácí péče o seniora, kterou zajišťuje rodina, je ta nejlepší forma péče, kterou je možné nejstaršímu členu rodiny poskytnout. Další péče zajištěná sociálními službami, ať už domácí či institucionální péče, je jen náhradním řešením. Domácí péče zajišťovaná rodinou a sociálními službami příznivě působí na psychiku, fyzické zdraví i soběstačnost jedince v seniorském věku. Ovšem nemá význam, pokud s ní klient nesouhlasí. (Pacovský, 7-8/99) Důvodem může být stud za své obtíže, které jedinec nechce prezentovat před rodinou, nebo nechce rodinu obtěžovat tím, že by o něj musela pečovat. Proto se raději uchyluje k volbě pomoci v institucích. Důvodem odmítnutí péče od příbuzných mohou být špatné vztahy v rodině nebo týrání.

Nevýhody domácí péče nalézáme především na straně pečujícího, pro kterého péče o životního partnera, rodiče či prarodiče přináší významná omezení. Pečující, často žena, musí umět spojit vlastní zaměstnání, péči o děti i o seniora. Taková situace je dlouhodobě neudržitelná a pečovatel buďto zanedbává jednu ze svých povinností, opouští zaměstnání, přestává žít osobní život, začíná opečovávaného ponižovat, omezovat, týrat nebo se uchyluje k rozhodnutí umístění seniora do institucionální péče. (Bartoňová in Jeřábek a kol., 2005)

Jelikož je péče o staré lidi velice náročná jak psychicky, tak fyzicky, a to obzvláště, pokud je pečujícím příbuzný seniora, je důležitá i péče o pečující. Jedinec, který pečuje, by neměl zapomínat na své záliby a osobní život. I když je někdy těžké najít i čas sám pro sebe, je to nezbytná součást pečování, která zajišťuje uvolnění, odpoutání se od povinností a sebehygienu. Díky tomu se předchází syndromu vyhoření. S bojem proti vyhoření a s vyrovnáním se s emocemi, které pečování o nejstaršího člena rodiny přináší, pomáhají různé sociální služby, které se zaměřují na pomoc seniorů, ale také jejich rodinám. Péče o pečující je o to naléhavější, pokud bydlí senior společně s rodinou, která mu zajišťuje bezpečí a pomáhá v oblastech, které jsou narušeny snížením nebo ztrátou soběstačnosti.

Pokud jedinec i ve stáří zůstává ve svém bytě, měl by myslet na jeho úpravu, aby byl byt funkční a bezpečný i v případě, kdy dojde k omezení hybnosti a snížení soběstačnosti seniora. Na úpravu bydlení by měla myslet i rodina, která se rozhodla postarat o svého nejstaršího člena tak, že si ho vezme k sobě domů. Základní úpravy nejsou nijak časově ani finančně náročně, jedná se zejména o odstranění prahů a koberečků, instalaci madel, změna vany ve sprchový kout a pořízení komunikačního zařízení, pokud senior ještě není jeho vlastníkem.

Pravdou je, že změnu prostředí nemusí senior vnímat pozitivně. Pokud se jedná o změnu jeho vlastního bytu, ve kterém žije většinu svého života, každou, byť drobnou změnu těžce nese. Náročný je také úkol naučit se ovládat techniku, která slouží k lepšímu bezpečí

seniora, jako jsou mobilní telefony nebo tísňová tlačítka sociálních služeb. Také nutnost přestěhování se není výjimečná. Senioři žijící v bytech ve vyšších patrech bez výtahu, v nich nakonec bývají uvězněni, jelikož jejich pohybové omezení jim nedovolí byt opustit. Mnohdy nejsou rodiny dostatečně informovány o možných a nutných změnách domácností. V tomto případě je důležitý apel na sociální pracovníky, jejichž cílovou skupinou jsou senioři, aby měli dostatek informací nejen o kompenzačních pomůckách, které je třeba pořídit do domácnosti jedince v seniorském věku, ale také o místech, kde je možné tyto pomůcky obstarat. (Grollová, 4/2012)

## 6. Sociální služby

Základní podmínkou sociálních služeb je jejich dostupnost. U seniorů se obzvlášť velký důraz klade na dostupnost finanční a dopravní. Seniori jsou omezeni nejen financemi, které jsou značně omezené tím, že často jediný seniorův příjem je starobní důchod, vyplácený státem. Ale také musí sociální služby, které chtějí být prospěšné osobám v seniorském věku, myslet na jejich dobrou dopravní dostupnost. Zejména pokud se jedná o služby nepobytové, kam senior dochází trávit volný čas ze svého domova. Například taková centra denních služeb nemohou být za městem či na odlehlejších konci města, kam nezajíždí ani hromadná doprava. V takových případech by byla služba nevyužita. Taktéž nesmějí provozovatelé sociálních služeb pro seniory zapomínat na to, že služba by měla odpovídat i potřebám fyzickým a sociální. Musí reagovat na měnící se potřeby klienta. (Janečková, 2005)

Problémem někdy může být dostupnost sociálních služeb potenciálnímu klientovi. Existuje několik druhů služeb, které se zaměřují na seniorskou klientelu. V každém kraji funguje nepřeborné množství takovýchto služeb, ale ne všechny jsou vždy potřebným dostupně. Nejedná se pouze o nedostupnost z hlediska financí, která by se mohla zdát prioritní, ale zejména o nedostupnost z hlediska vzdálenosti služby, či míst jejího poskytování. Seznam sociálních služeb, jejich nabídku a dostupnost může potenciální klient nebo jeho rodina nejlépe zjistit na sociálním odboru městského úřadu a městské části, na úřadu práce, u praktického lékaře nebo v registru poskytovatelů sociálních služeb na webových stránkách MPSV.

Sociální služby zákon o sociálních službách (108/2006Sb.) dělí do třech kategorií, a to sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. Základní sociální poradenství nabízejí všechny sociální služby, a to bez rozdílu. Senior či jeho rodina mají tedy možnost jít se informovat o vhodných sociálních službách pracujících se seniory, i do služeb, které se věnují jiným cílovým skupinám. Kdežto odborné sociální poradenství nabízejí pouze vybraná pracoviště, nejčastěji poradny. Sociální poradenství nabízí klientům pomoc při uplatňování práv a zájmů, stejně jako všechny ostatní služby. Dále zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a sociálně terapeutické činnosti. (108/2006Sb.)

Různorodost sociálních služeb a možností, které svým klientům nabízejí, sjednocují alespoň Standardy kvality sociálních služeb. Tyto standardy vypracovalo MPSV ČR s účelem nastavit minimální možnou kvalitu poskytovaných služeb. Důležité je uvědomění, že kvalita

služeb není zaručena pouze naplněním standardů, ale také individuálním přístupem, který přiměřeně reaguje na všechny naplněné i nenaplněné potřeby klientů konkrétní služby.

Vzhledem k tématu této diplomové práce se zaměřujeme především na domácí péči. Její vymezení by ale nebylo možné bez specifikování péče institucionální. Proto jsou v následujících kapitolách přestaveny obě odvětví péče o seniory.

## **6.1. Služby institucionální péče**

V případě institucionálních služeb, hovoříme o službách pobytových. Vzhledem k účelu této diplomové práce je nutné rozlišit institucionální služby, které poskytují seniorům péči v zařízeních natrvalo. A ta zařízení, která slouží spíše jako pomoc pro pečující rodinu, která se nemůže starat o svého nejstaršího člena 24 hodin denně.

Zákon o sociálních službách (108/2006Sb.) umožňuje poskytovatelům služeb zprostředkovávat možným klientům až 5 pobytových služeb. Jedná se o domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, které nabízejí celodenní a trvalou pobytovou službu seniorům. Dále to jsou týdenní stacionáře, odlehčovací službu, a také sociální služby poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních, jejichž účelem je na nezbytně nutnou dobu ulevit pečující rodině od přímé starosti o jejich nejstaršího člena. Všechny tyto služby spadají do skupiny služeb sociální péče.

Týdenní stacionáře poskytují celodenní péči seniorům, kteří vyžadují pravidelnou pomoc druhé osoby. Tato služba je vhodná pro klienty, jejichž rodiny mají zájem se o svého člena starat, ale z určitých důvodů nejsou schopni dlouhodobé péče. Jedná se například o situace, kdy rodina nemá možnost mít seniora ve svém přirozeném domácím prostředí ve všední dny, protože je velice pracovně vytížená. Ale o víkendech, svátcích či v době dovolené by ráda trávila čas a věnovala péči svému nejstaršímu členovi. (108/2006Sb.)

Domovy pro seniory jsou určeny klientům, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Tato pomoc je odvislá od stupně závislosti seniora, která může být v prvním, ale i čtvrtém stupni. Domovy pro seniory jsou nejčastějším institucionálním zařízením sociálních služeb orientovaným na klienty v seniorském věku v České republice. (108/2006Sb.)

Domovy se zvláštním režimem nabízejí dlouhodobou celodenní péči seniorům, kteří vyžadují specifickou pomoc. Jedná se o klienty s Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demencí, pro které není domov pro seniory a jeho pracovníci dostatečně kvalifikovaní. (108/2006Sb.)

Odlehčovací služba je službou kombinovanou z hlediska formy jejího poskytování, a to v podobě pobytové, ale i terénní a ambulantní. Odlehčovací službu častěji vnímáme jako pobytovou, jelikož umožňuje pečující rodinně nezbytný odpočinek. A to díky tomu, že jejímu nejstaršímu členu poskytne kvalitní péči na nezbytně nutnou dobu. (1008/2006Sb.)

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jsou určeny osobám, které již tuto péči nevyžadují, ale jejich stav jim nedovoluje postarat se o vlastní osobu bez pomoci druhé osoby. Z tohoto důvodu zůstávají pacienti i nadále ve zdravotnických zařízeních, např. LDN, kde je jim poskytnuta odpovídající péče za asistence sociálního pracovníka. To do doby, než má senior možnost vrátit se zpět do domácího prostředí, či mu je zajištěna vhodná sociální služba. (108/2006Sb.)

## 6.2. Služby domácí péče

Služby domácí péče jsou určeny seniorům, kteří žijí stále samostatně ve vlastní domácnosti nebo v jedné domácnosti s rodinou, která nemá dostatečnou kapacitu pro zvládnutí celodenní péče. Jako služby domácí péče vnímáme ambulantní a terénní služby. Ambulantní umožňují seniorům pravidelně navštěvovat daná zařízení, ovšem bez možnosti ubytování. Terénní programy zajišťují péči o seniora v jeho přirozeném domácím prostředí.

Domácí péče je poskytována, dle zákona o sociálních službách, v rámci služeb sociální péče a služeb sociální prevence. Mezi služby sociální prevence, jejichž cílem je předejít sociálnímu vyloučení seniora ze společnosti, řadíme sociálně aktivizační služby a telefonickou krizovou pomoc. Jako služby sociální péče, jejichž snahou je v první řadě kompenzovat seniorovo snížení či ztrátu soběstačnosti, uvádí zákon pečovatelskou službu, osobní asistenci, tísňovou péči, centra denních služeb a denní stacionáře.

Osobní asistence a pečovatelská služba jsou velice podobné služby. Je pravda, že osobní asistenci jako službu nacházíme spíše v organizacích, jejichž cílovou skupinou jsou lidé se zdravotním postižením, ale dle zákona není vyloučena osobní asistence i u seniorů. Zákon o sociálních službách totiž uvádí, že je možné poskytovat osobní asistenci lidem, kterým *„klesla soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení, a tím pádem vyžadují pomoc jiné fyzické osoby“* (108/2006Sb., §39).

Pečovatelská služba má velice podobnou charakteristiku jako služba osobní asistence, ovšem liší se zejména v době poskytování. Osobní asistenci je možné provádět bez časového omezení, kdežto pečovatelská služba je časově omezena. Rozdílem také je, že osobní

asistence je jen službou terénní. Službu pečovatelskou je možné provádět jak v domácnostech seniorů, tedy formou terénní péče, tak v zařízení kam senioři docházejí. V takovém případě se jedná o službu ambulantní.

Tísňová péče není typickou pečovatelskou službou. Účelem této služby je zajistit klientům pocit bezpečí v případech, kdy se z důvodu svého zdravotního stavu nacházejí v trvalém ohrožení života či náhlého zhoršení zdraví. Jedná se o nepřetržitou hlasovou a elektronickou komunikaci, kdy jsou pracovníci schopni přijmout nouzový hovor či signál od seniora. V takovém případě vyrazí pracovník tísňové péče za klientem, aby mu poskytl pomoc v akutní krizové situaci. (108/2006Sb.)

Centra denních služeb slouží jako centra pro aktivizaci jejich klientů. Nabízejí samozřejmě také služby týkající se péče o seniora, jako je pomoc s osobní hygienou a zajištění stravy. Především se ale soustřeďují na vzdělávací, výchovné a sociálně terapeutické činnosti, které slouží k trávení volného času seniora. Centra denních služeb jsou službou ambulantní, do které senioři pravidelně či nepravidelně docházejí, stejně jako denní stacionáře. (108/2006Sb.)

Denní stacionáře pomáhají klientům s běžnými činnostmi péče o vlastní osobu a snaží o co nejdelší udržení těchto schopností. Dále nabízejí možnost aktivizačních činností, sociálně terapeutickou péči a pomoc při zajištění práv a osobních věcí klientů. Služba je poskytována během dne seniorům, kteří žijí s rodinou, která o ně pečuje, ale její členové jsou zaměstnaní, a tak nemohou poskytnout péči trvající 24 hodin každý den v týdnu. (108/2006Sb.) Denní stacionáře a centra denních služeb jsou někdy pro svou činnost a otevírací dobu označovány za „školky pro dospělé“.

Telefonická krizová pomoc je služba, ve které sociální pracovník a klient nedojdou k osobnímu kontaktu. Jedná se o krizovou telefonickou linku, kterou může senior využít v případě, že se ocitá v situaci, kterou není schopen zvládat vlastními silami. (108/2006Sb.) Sociální pracovníci na lince nabízejí možnost anonymního sdělení trápení volajícím a aktivně se angažují v případě řešení jejich problému. Služba tedy slouží nejen k jednostranné ventilaci problému klienta, ale i k prosbě o pomoc s jeho řešením.

Sociálně aktivizační služby pro seniory slouží, jak už sám jejich název napovídá, k aktivizaci seniorů. Služba je poskytována jak ambulantní, tak terénní formou. (108/2006Sb.) Sociálně aktivizační služby zajišťují sociální kontakt se společenským prostředím, umožňují seniorům setkávat se při zájmových kroužcích, ale i na kulturních akcích. V neposlední řadě pomáhají klientům při uplatňování jejich práv a zájmů.

## 7. Vymezení problému péče o seniory

Postmoderní česká společnost se stále častěji obrací na institucionální péči. V České Republice v roce 2014 fungovalo 501 domovů pro seniory a 263 domovů se zvláštním režimem, které poskytují celodenní péči seniorům. Společně tato zařízení nabízejí 51,6 tisíc lůžek pro osoby seniorského věku vyžadující celodenní a každodenní péči jiné osoby. Vystává tedy otázka, jaký je hlavní důvod rozhodnutí se pro pobytovou sociální službu. (statistikaamy.cz)

V souhrnu poskytovaných sociálních služeb neuvádím ambulantní a pobytové služby ve formě denních a týdenní stacionářů pro seniory, jelikož jsem nezjistila důvěryhodný zdroj, který uvádí počet seniorů využívajících tyto služby.

Zdravotnická zařízení jako je LDN a hospic nezařazuji do svého bádání záměrně. U LDN a hospiců předpokládám pobyt pacientů vyžadujících odbornou zdravotnickou pomoc, která ne vždy je součástí sociálních služeb, jako jsou domovy pro seniory. To ovšem nevylučuje otázku, zda jsou rozhodnutí o využití péče domova pro seniory, odvislá od zdravotního stavu seniora, který v momentální situaci není tak vážný, aby byla vyžadována hospitalizace v nemocnici, či senior není v terminálním stádiu svého života, aby byla třeba zdravotnická a paliativní péče hospice. Musíme se tedy ptát, do jaké míry zdravotní stav seniora ovlivňuje rozhodnutí o životě v institucionálním zařízení či využití služeb domácí péče.

Na to nám navazuje další otázka, zda se senior obrací na institucionální či domácí péči v případě, kdy není jeho rodina schopna sama zvládnout péči o něj. Již samotná existence pečovatelských služeb, které využilo v roce 2014 přibližně 110 tisíc obyvatel, nám dokazuje, že pobytová služba není vždy první a jedinou volbou. (statistikaamy.cz) Pečovatelská služba je mnohdy vhodnějším řešením v případě pomoci, kterou rodina potřebuje při péči o svého člena. Umožňuje klientovi zůstat ve známém domácím prostředí, a zároveň s tím poskytuje kvalitní a jeho stavu odpovídající služby péče o vlastní osobu a často i domácnost, pokud senior stále bydlí ve vlastním bytě bez ostatních příbuzných. V tomto případě se ptám, co vede seniora a jeho rodinu k využití nejprve pečovatelské služby nebo naopak, co je vede rovnou k využití institucionální péče.

Tím se dostáváme k dalšímu problému, který se týká péče o seniory silami jeho vlastní rodiny. Pokusím se ve svém šetření zjistit, jak se rodina staví k péči o svého nejstaršího člena, a to z pohledu samotného seniora, a zda respondent rodinnou péči v případě nutnosti očekává.

Ve společnosti se často můžeme setkat s názorem, že je za institucionalizací stojí nezáměr ze strany rodiny, že se rodina nechce starat, jelikož jí tato péče o svého člena obtěžuje. Pomocí rozhovorů se vynasnažím zjistit, jak na tyto názory pohlíží respondent, zda s nimi souhlasí nebo ne.

Nepředpokládám ovšem, že se setkám pouze se seniory, kteří uvažují o domově pro seniory z důvodu nezáměru rodiny. Připouštím, že je k tomu mohou vést jiné příčiny, např. časová vytíženost dětí z důvodu zaměstnání a studium vnoučat. Rodina nemá čas a senior vyžaduje takovou péči, kterou mu nemůže dát, a ani pečovatelská služba v tomto případě není dostatečná, proto je domov pro seniory či domov se zvláštním režimem jediným řešením, které ale senior nepřijímá. Situace může být i opačná, kdy je jeden člen rodiny ochotný se každodenně a celodenně starat o nejstaršího člena rodiny, ten však nechce svou rodinu obtěžovat a proto se sám rozhoduje pro odchod do domova, kde mu bude poskytnuta profesionální péče.

Poslední část problému, který se týká zaměření mého šetření, spočívá v rozhodnutí zvolit institucionální péči pro ztrátu vrstevníků v domácím, přirozeném prostředí. Sociální smrt neboli osamělost je častým problémem u seniorů, kterým zemřel partner a rodina stoprocentně nenahrazuje sociální vztahy a počet přátel je minimální, či není možnost se s nimi stýkat. Únikem z tohoto osamění je právě domov pro seniory, který poskytuje nejen péči, ale i ubytování a různé volnočasové aktivity vyššímu počtu seniorů. Tak není nikdo sám, a vždy je možnost sociálního kontaktu, ať už s ostatními klienty, či personálem.

## 8. Cíl

Jako hlavní problém vycházející ze sociální práce se seniory vidím to, že mnoho seniorů končí svůj život mimo rodinu, a to nejen v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních, ale také v domovech pro seniory a jiných zařízeních sociálních služeb, i když si většina z nich přeje zemřít doma.

Služby domácí péče pro seniory nejsou vždy volbou, kterou senior nebo jeho rodina udělá, v případě nutnosti pomoci. Stává se, že o této alternativě péče o seniory ani nevědí. Proto je mým zájmem zjistit, zda jsou senioři v Ústeckém kraji nejen obeznámeni s možnostmi domácí péče, ale také zda o této formě péče o jejich osobu uvažují, a v jakých případech by jí využili.

Svým výzkumem se snažím objasnit, jak senior pohlíží na služby sociální péče, ať už péče domácí či institucionální. Dále jaké osobní nebo zprostředkované zkušenosti se sociálními službami respondent má. Co vede seniora k využití či úvahám nad využitím domácí a institucionální péče, a zda vůbec o využití sociálních služeb v budoucnu přemýšlí. Nakonec se snažím zjistit, jakou roli hraje rodina v zájmu o sociální služby.

Hlavním cílem mého výzkumu je: Zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči.

## 9. Hypotézy

Jako problém vycházející ze sociální práce se seniory, který jsem se rozhodla ve svém šetření prozkoumat, je stále se zvyšující počet seniorů žijících a končících svůj život v institucionálních zařízeních. Vzhledem k hlavnímu cíli práce, který je zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči, musím stanovit několik hypotéz, ze kterých bude můj výzkum vycházet, a jejich pravdivost či mylnost, se budu výzkumnou metodou a jejím vyhodnocením snažit ověřit.

- Předpokládám, že počet seniorů umírajících v institucích každým rokem roste.
- Předpokládám, že se zvyšujícím se věkem seniora je otázka institucionální a domácí péče stále aktuálnější.
- Předpokládám, že jedním z hlavních důvodů rozhodnutí se pro institucionální péči seniora je, že instituce jako jsou domovy pro seniory, stacionáře, hospice, atd. poskytují kvalitnější zdravotní a sociální péči, než jakou může senior dostat doma od rodiny nebo od pracovníků služeb domácí péče.
- Předpokládám, že jedním z faktorů rozhodujících o institucionální péči je pracovní a časová vytíženost rodiny seniora.
- Předpokládám, že nemožnost, neschopnost a neochota rodiny pečovat o seniora je jednou z příčin rozhodnutí se pro domácí nebo institucionální péči.
- Předpokládám, že senioři již nad institucionální nebo domácí péče uvažovali.
- Předpokládám, že pokud by nastala situace vyžadující odbornou péči, rozhodli by se senioři spíše využít domácí péči, aby mohli zůstat ve svém domácím prostředí.
- Předpokládám, že jedním z hlavních důvodů souhlasu s institucionální péčí je sociální smrt seniora.

## 10. Úkoly

Než začnu se samotnou realizací výzkumu, je nutné nejprve stanovit úkoly, které je třeba splnit. Objasnění těchto úkolů dopomůže ke snadnější realizaci výzkumu s cílem zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o institucionální péči.

Úkoly očísloji, ať jsou přehlednější ke kontrole jejich plnění.

1. Co přesně chceme šetřením zjistit
2. Přesně určit typ respondentů
3. Zjistit vhodnou techniku výběru vzorku respondentů pro sběr dat
4. Zvolit konkrétní místo či místa pro sběr dat
5. Určit datum sběru dat
6. Zvolit způsob realizace
7. Stanovit výzkumný rámec
8. Určit nejvhodnější metodu ke sběru dat
9. Vybrat metodu pro zaznamenávání dat
10. Vyhodnotit a interpretovat zjištěná data
11. Porovnat zjištěná data se stanovenými hypotézami

## 11. Metody a metodika

V této kapitole vyhodnotíme úkoly z kapitoly předchozí. Určíme metody výzkumu vzhledem ke stanoveným úkolům. Zachováme číslování úkolů, aby bylo zřejmé, jaká metoda patří k danému úkolu.

### 1. Co přesně chceme šetřením zjistit

Cílem výzkumné části mé diplomové práce je zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči.

Pokusím se zjistit, jaké důvody vedou seniora nejen k tomu, že se pro domácí či institucionální péči rozhodne, ale také co je při institucionální péči prvotním důvodem, kdy začne uvažovat, že se přestěhuje a bude využívat služeb např. domova pro seniory.

Dále mě zajímá, kdy si senioři poprvé uvědomují zájem rodiny o sociální služby poskytující péči o seniory. Také, jaké důvody je k těmto úvahám vedou. Zda jde spíše o nezvládnutí péče o seniora, či časová vytíženost.

Důležité pro mne bude i zjištění, zda senior v současné době využívá některou ze služeb domácí péče, či se o tuto variantu pomoci péče o vlastní osobu aktivně zajímá.

Neméně podstatné pro mě budou i názory seniora nejen na domácí, ale i institucionální péči. Zda se k těmto variantám pomoci staví pozitivně či spíše negativně. V čem spatřuje jejich výhody a nevýhody. Pro jakou variantu péče, institucionální či domácí, by se v případě nutnosti spíše rozhodl, a co by ho k tomu vedlo.

### 2. Přesně určit typ respondentů

V teoretické části diplomové práce se zabývám sociálními službami, které fungují pro seniory v rodině. V praktické části diplomové práce se snažím zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o institucionální péči. Proto je samozřejmé, že nejvhodnějšími respondenty mého výzkumu budou senioři.

V první kapitole jsem uvedla, že seniorský věk, dle WHO začíná v 60ti letech života člověka. Ovšem v České republice mnoho občanů v tomto věku je ještě zaměstnáno, proto má spodní věková hranice respondentů bude 65 let. Horní hranici nestanovím přesným věkem, ale dostačující mentální úrovní, která bude patrná při prvním krátkém pozorování možného respondenta a kontaktu s ním. Mentální úroveň potenciálního respondenta by měla být

dostačující pro racionální uvědomění si vlastní situace, která souvisí s uvažováním nad institucionální péčí.

Vzorek respondentů tedy nebude zcela náhodný. Vždy se bude jednat o jedince v seniorském věku, bez ohledu na pohlaví, s dobrou mentální úrovní, kteří již nejsou ekonomicky aktivní, a mají určité povědomí o možnostech institucionální péče. Podmínkou bude také bydliště v Ústeckém kraji.

### **3. Zjistit vhodnou techniku výběru vzorku respondentů pro sběr dat**

Pro určení vhodné velikosti výzkumného vzorku jsem zvolila metodu sněhové koule. Jedná se o způsob výběru respondentů, kde prvotní respondenty znám a vím, že mají určité informace o dané problematice, a proto si je vybírám. Další účastníci výzkumu budou navrženi předchozími dotazovanými a vybráni až po ověření kritérií, které jsem si pro respondenty zvolila.

Potencionální účastníci výzkumu budou přibývat, dokud se zjištěná data nezačnou opakovat, tudíž budu předpokládat, že nové informace už nebudou zjištěny a nemá tak smysl pokračovat v hledání a oslovování dalších respondentů.

### **4. Zvolit konkrétní místo či místa pro sběr dat**

Výzkum budu realizovat v Ústeckém kraji. Ústecký kraj je jedním z krajů s nejvyšším nárůstem počtu seniorů od roku 2005. Také je na třetím místě v počtu seniorů v domovech pro seniory, a to s 3600 klienty (poslední statistiky k 31. 12. 2013) za krajem Středočeským a Moravskoslezským. (czso.cz)

Hlavním důvodem výběru Ústeckého kraje je přístupnost, kterou mi nabízí, jelikož žiji v Ústeckém kraji, stejně tak jako moji příbuzní v seniorském věku, kteří budou prvními respondenty a zprostředkují mi kontakt s dalšími možnými účastníky výzkumu.

Konkrétní místo nelze specifikovat, jelikož mými prvními respondenty budou senioři v mém okolí, kteří mi poté, dají typ na další možné respondenty, vhodné pro můj výzkum. Z tohoto důvodu bude záležet především na dotazovaném, kde budou chtít setkání uskutečnit, zda v soukromí jejich domovů nebo na veřejném místě.

### **5. Určit datum sběru dat**

Vzhledem k tomu, že datum odevzdání diplomové práce je začátkem května, a je důležité počítat s časovou rezervou na vyhodnocení výsledků sběru dat, kontrolu a případné úpravy práce, rozhodla jsem se setkání s respondenty realizovat v průběhu měsíce března.

Přesná data a přesné časy není možné předem určit. Toto bude záležet na domluvě s každým dotazovaným, na jeho i mých časových možnostech.

## **6. Zvolit způsob realizace**

Výzkum budu realizovat individuálně, s podporou vedoucí práce, která kriticky zhodnotí a posoudí mé metody práce.

Realizace bude probíhat teoreticky, popisem několika odvětví sociální práce vztahujících se k sociální práci se seniory, a to se zaměřením na domácí péči. Následně bude realizace probíhat formou praktického šetření, které spočívá v setkávání se s respondenty, v pozorování a ve studiu evidovaných dat. Na setkáních budu od dotazovaných zjišťovat informace vztahující se k tématu nejen institucionální péče, a o tom, proč je pro respondenta dobrou budoucí volbou či nikoliv, ale také budu zjišťovat, jaký vztah má účastník výzkumu k domácí péči o seniory.

## **7. Stanovit výzkumný rámec**

Kvalitativní výzkumný rámec je nejvhodnější pro můj výzkum, jelikož pomocí něho se výzkumník snaží dostat do hloubky problému. Očekávám, že respondenti mají povědomí o domácí a institucionální péči a někdy o ní již uvažovali, byť nezávazně. Z toho důvodu, že se nepídím po tom, kolik seniorů v Ústeckém kraji se rozhoduje o péči, kterou jim nabízejí sociální služby, ale jaké jsou podněty tohoto rozhodnutí, co je vede k úvahám o využití péče druhou osobou, je kvalitativní výzkumný rámec samozřejmostí.

## **8. Určit nejvhodnější metodu ke sběru dat**

Za nejvhodnější výzkumnou techniku, vzhledem k mému cíli zjistit, jaké podněty vedou seniory a jejich rodiny v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči, považuji pozorování, studium evidovaných dat a rozhovor. Rozhovor jako kvalitativní forma výzkumné metody je vhodný také zejména z toho důvodu, že respondenty budou senioři. Více se od seniorů dovím ve slovní komunikaci, než když po nich budu žádat vyplnění dotazníku. Předpokládám, že návratnost dotazníků by nebyla dostačující pro kvalitní zhodnocení zjištěných dat.

V souvislosti s výběrem cílové skupiny seniorů, jako respondentů, jsem zvolila rozhovor polostrukturovaný, který mi dává určitou volnost při sběru dat. Tento typ rozhovoru mi umožňuje nechat dotazovaného hovořit bez větších zásahů s tím, zda se stoprocentně drží odpovědi pouze na položenou otázku. Také mi dovoluje vzít si ze získaných odpovědí

informace, na které jsem se přímo nedotazovala, ale pomohou mi lépe pochopit situaci respondenta. Polostrukturovaný rozhovor je pro mne výhodný i v tom případě, že mám jasné stanovené otázky, na které potřebuji a vyžaduji odpověď, aby bylo možné tento výzkum kvalitativně vyhodnotit. Ale dává mi tu výhodu, že se nemusím dotazovat na každou otázku zvlášť, pokud respondent odpoví v rámci jiné odpovědi. Také mi dává volnost v kladení otázek, které nemusí jít přesně za sebou tak, jak byly předem poskládány.

Otázky v rozhovoru budou otevřené i uzavřené. Uzavřené odpovědi budou mít formu likertovy škály (odpovědi ano X ne / souhlasím X nevím X nesouhlasím) a diferenciací, kdy číselná řada bude odpovídat školnímu známkování.

### **9. Vybrat metodu pro zaznamenávání dat**

Nejvhodnější metodou zaznamenávání dat bude kódování tazatelem, kdy bude mým úkolem hledat v obsáhlejších odpovědích respondenta informace, které jsou přímo podstatné pro můj výzkum. Tyto informace budu zaznamenávat do předem připravených materiálů, ve kterých budou rozdělené kategorie informací, které potřebuji zjistit. (Vojtíšek, 2012)

Některé informace budu nalézat v odpovědích dotazovaných, jiné budu přesně dle jejich odpovědi zaznamenávat do hodnotící škály.

### **10. Vyhodnotit a interpretovat zjištěná data**

Data zjištěná tedy v rozhovorech s respondenty v seniorském věku 65+, kteří jsou mentálně na takové úrovni, aby dokázali objektivně posoudit svou situaci a reálně zvažovat možnosti institucionální a domácí péče, budu porovnávat v následující kapitole Získaná data a jejich interpretace, a jejich podkapitolách.

### **11. Porovnat zjištěná data se stanovenými hypotézami**

Mnou stanovené hypotézy a data zjištěná pomocí rozhovorů s respondenty budu porovnávat v závěrečné kapitole této diplomové práce.

## 12. Otázky

K šetření jsem zvolila čtyři okruhy obsahující otázky, které mi pomohou zjistit informace týkající se postoje seniorů k institucionální a domácí péči. Jedná se o dílčí cíle mého šetření.

Cílem výzkumu je zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči. Okruhy, které jsem zvolila, nejprve zjišťují, jaký má respondent pohled na sociální služby. Dalším okruhem se zaměřuji na zkušenosti seniorů se službami domácí a institucionální péče. Třetí okruh zjišťuje pohled respondenta na roli rodiny v rozhodování se o sociálních službách. A poslední okruh mapuje důvody k využití či úvahám o využití domácí nebo institucionální péče.

Otázky v rozhovoru jsou otevřené i uzavřené. V tabulce otevřené otázky poznáme dle volného pole odpovědí. Uzavřené otázky mají v odpovědi výběr z diferenciací, tedy číselné škály, kdy volí odpověď jako školní známkování. Další volbou odpovědí na uzavřené otázky je možnost volby v likertově škále, a to z odpovědí Ano - Ne nebo Ano - Spíše ano – Nevím - Spíše ne – Ne.

První dvě tazatelské otázky rozhovoru ověřují věk a bydliště respondenta, aby bylo potvrzené, že spadá do předem určeného výzkumného vzorku.

Jedna tazatelská otázka v rozhovoru spadá pod 2 dílčí otázky. Jedná se o otázku týkající se využití odborné sociální péče v souvislosti s rodinou.

Otázky v rozhovoru jsou řazeny tak, aby se zajistila jejich nejlepší posloupnost a logičnost, a to bez ohledu na řazení dílčích výzkumných otázek v následující tabulce. Některé otázky navazují na předchozí. Z toho důvodu nebudou všichni respondenti odpovídat na všechny předem stanovené otázky. Klazení otázek v rozhovoru se bude odvíjet od odpovědí seniorů na otázky, které následně zahrnují další pro jejich upřesnění.

Tabulka: Otázky pro účastníky výzkumného šetření

Dílčí otázky	Tazatelské otázky	Volba odpovědi
Ověření správného výběru respondenta.	Kolik je Vám let?	
	Bydlíte v Ústeckém kraji?	Ano / Ne
Jak senioři hledí na užitečnost a kvalitu sociálních služeb?	Jak obecně hodnotíte užitečnost domácí péče?	1 / 2 / 3 / 4 / 5
	Jak obecně hodnotíte užitečnost institucionální péče?	1 / 2 / 3 / 4 / 5
	Myslíte, že domácí a institucionální péče dokáže zajistit kvalitnější péči o Vaši osobu, než je Vám schopna poskytnout rodina?	Ano / Spíše ano / Nevím / Spíše ne / Ne
	Myslíte, že institucionální péče Vám dokáže zajistit kvalitnější sociální a zdravotní péči, než péče domácí?	Ano / Spíše ano / Nevím / Spíše ne / Ne
Mají senioři zkušenost se službami domácí a institucionální péče?	Máte zkušenost se službami domácí péče?	Ano / Ne
	Jak tyto služby ze své zkušenosti hodnotíte?	1 / 2 / 3 / 4 / 5
	Máte zkušenost se službami institucionální péče?	Ano / Ne
	Jak tyto služby ze zkušenosti hodnotíte?	1 / 2 / 3 / 4 / 5
Jakou roli hraje rodina při rozhodování se využít služby sociální péče?	Jsou členové Vaší rodiny ochotni, se o Vás postarat, v případě nutnosti?	Ano / Spíše ano / Nevím / Spíše ne / Ne
	Spoléháte raději na rodinu, než na odborné služby	Ano / Spíše ano / Nevím /

	sociální péče, když potřebujete pomoc s péčí o vlastní osobu či domácnost?	Spíše ne / Ne
	Jak hodnotíte péči Vaší rodiny o Vaši osobu či domácnost?	1 / 2 / 3 / 4 / 5
	Uvažoval/a jste o využití služeb domácí nebo institucionální péče v souvislosti s Vaší rodinou?	Ano / Ne
	Je důvodem časová vytíženost Vaší rodiny?	Ano / Ne
	Je důvodem nemožnost nebo neschopnost rodiny se o Vás postarat?	Ano / Ne
	Je důvodem neochota Vaší rodiny pečovat?	Ano / Ne
	Je rozhodnutí o institucionální či domácí péči spíše rozhodnutím Vaší rodiny, než Vás samotných?	Ano / Spíše ano / Nevím / Spíše ne / Ne
Jaké důvody vedou seniora k využití či úvahám o využití služeb domácí nebo institucionální péče?	Kterou formu odborné péče byste v případě nutnosti zvolil/a, a proč?	Institucionální péče / Domácí péče
	Myslíte, že je otázka odborné sociální péče o Vaši osobu stále aktuálnější a naléhavější s Vaším zvyšujícím se věkem?	Ano / Ne
	Přemýšlíte do budoucna o domácí či institucionální péči?	Ano / Ne

	V jaké situaci jste poprvé uvažoval/a o využití služeb domácí nebo institucionální péče?	
	Uvažoval/a jste o využití služeb domácí nebo institucionální péče v souvislosti s Vaším zdravotním stavem?	Ano / Ne
	Uvažoval/a jste o využití služeb domácí nebo institucionální péče v souvislosti s Vaší rodinou?	Ano / Ne
	Uvažoval/a jste o využití služeb institucionální péče v souvislosti s menším se počtem blízkých ve vašem okolí?	Ano / Ne
	Uvažoval/a jste o službách domácí či institucionální péče z jiného, neuvedeného důvodu? Z jakého?	Ano / Ne
	Který důvod, pro využití odborných sociálních služeb zaměřených na péči o seniory Vám připadá nejzásadnější?	

### 13. Získaná data a jejich interpretace

K vyhodnocení získaných dat z výzkumného šetření jsem použila předem připravené formuláře, které jsem za pomoci odpovědí od respondentů vyplnila. Dle odpovědí seniorů na jednotlivé otázky bude teď možné odpovědět na cíl šetření, a to, zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči. Stejně tak bude možné odpovědět na předem stanovené dílčí otázky, ze kterých následně vznikaly otázky tazatelské.

Všechny předem připravené tazatelské otázky nebyly zodpovězeny všemi respondenty, jelikož některé otázky se pro jejich upřesnění dále rozvíjeli. Jednalo se o tazatelské otázky dotazující se na úvahy nad odbornou péčí, kterou by senior v budoucnu případně využil, a otázku, která zjišťovala, zda rozhodnutí využít sociální služby souvisí s rodinou respondenta. Pokud byla odpověď na otázku „ne“, rozhovor dál směřoval jiným směrem. Pokud odpověď zněla „ano“, další otázky směřovaly ke zjištění podrobností tohoto jevu.

Výzkumného šetření se dobrovolně zúčastnilo 22 respondentů. Všichni oslovení respondenti byli senioři ve věku 65+ z Ústeckého kraje. Nejmladšímu oslovenému bylo 65let a nejstaršímu 87let. Do výzkumné části mé bakalářské práce se díky rozhovorům zapojilo 13 žen a 9 mužů.

Prvními dotazovanými byli moji příbuzní, kteří mě následně odkazovali na další účastníky rozhovoru. Každému rozhovoru předcházelo objasnění, co se výzkumným šetřením snažím zjistit, k jakému účelu slouží a ujištění o anonymitě. Dále zjištění, zda potenciální respondent naplňuje podmínky, které jsem si pro výběr vzorku stanovila, a nakonec souhlas respondenta s rozhovorem a uveřejněním jeho odpovědí.

Rozhovory se uskutečňovaly v domácnostech seniorů, nebo v kavárnách, které si senioři předem sami vybrali. Časové rozmezí sběru dat bylo individuální dle toho, jak moc se respondent rozhovořil. Zda odpověděl jednoslovně, pouze výběrem z možných odpovědí nebo ke své jasné odpovědi přidal vysvětlení, zdůvodnění konkrétního výběru odpovědí. Ne vždy bylo respondentům zcela jasné, na co má tazatelská otázka mířit, proto bylo nutné, ne mnohokrát, dovysvětlit smysl otázky, co se odpovědí na ní snažím dozvědět.

### **13.1. Zhodnocení dílčích otázek**

Pomocí odpovědí respondentů na tazatelské otázky je možné vyhodnotit dílčí otázky, respektive dílčí cíle výzkumného šetření. Předem jsem si stanovila 4 dílčí otázky, které mi

pomohou objasnit hlavní cíl výzkumného šetření, a to, zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči.

- **Jak senioři hledí na užitečnost a kvalitu sociálních služeb?**

Užitečnost sociálních služeb se u účastníků výzkumného šetření pohybuje převážně v pozitivních číslech. Uvědomují si potřebnost těchto služeb v dnešní době, ale zároveň s tím vyjadřují, myšlenku negativního postoje k potřebnosti těchto služeb.

Respondenti z celkového pohledu hodnotí kvalitu domácí i institucionální péče jako dobrou. Ne výbornou, ale nepřiklánějí se ani k negativnímu hodnocení sociálních služeb. Celkově svůj pozitivní pohled na kvalitu sociálních služeb pro seniory zdůvodňují odborností a dobrou kvalifikovaností personálu, který tím pádem dokáže zajistit kvalitnější péči o jejich osobu, než rodina. Tento převládající názor bych díky pozorování respondentům i přisoudila tomu, že při zodpovídání mysleli pouze na praktické (tj. vybavení, pomůcky, hygienické potřeby, uzpůsobení prostředí) nikoli sociální a emocionální zajištění jejich osoby. Stejný přístup k věci pozoruji i u názoru na kvalitu domácí vs. institucionální péče, kdy respondenti pozitivněji hodnotí sociální a zdravotní péči v institucionálních zařízeních.

- **Mají senioři zkušenost se službami domácí a institucionální péče?**

Většina respondentů nemá zkušenosti s domácí ani institucionální péčí. Pokud zkušenosti mají, nejsou osobní. Sami službu nevyužívali. Pouze jedna respondentka má osobní zkušenost s domácí péčí, a tu hodnotí na výbornou. Senioři, kteří se dostali do kontaktu se sociálními službami domácí či institucionální péče, mají tuto zkušenost zprostředkovanou skrze své příbuzné.

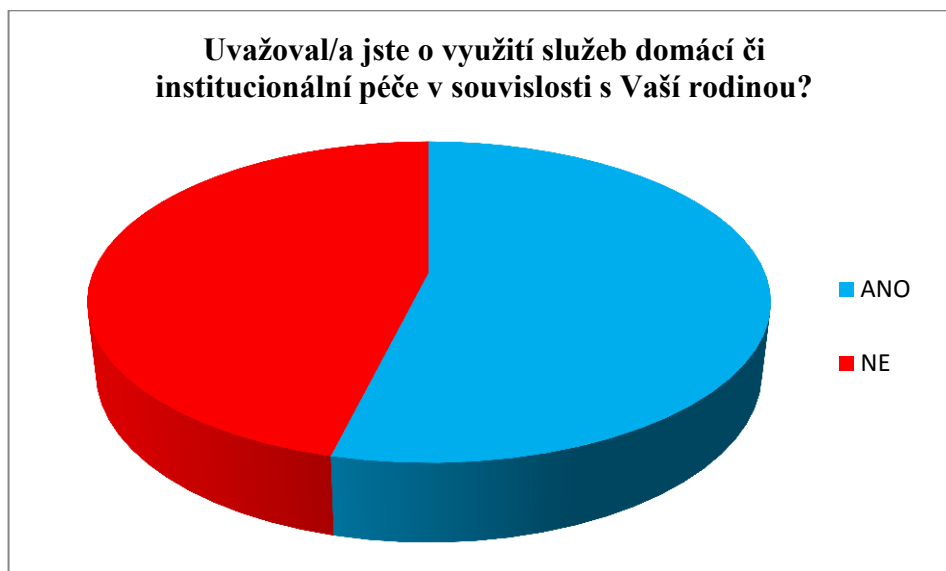
Domácí a institucionální péči hodnotí spíše pozitivně. Obzvláště pak jedna respondentka nemohla institucionální službu, kterou využívala její tchýně, než zemřela, vynachválit. Jednalo se o týdenní stacionář, který se zaměřoval především na klienty s Alzheimerovou demencí. Účastnice výzkumného šetření toto zařízení velmi pozitivně hodnotila po celou dobu našeho rozhovoru. Opakovala „*Dala bych 1\*, kdybych měla známkovat jenom stacionář v Proboštově. Je to tam parádní. Tam bych taky ráda byla, až už to se mnou bude špatný. Ale chtěla bych tam ten stejný personál, co je teď. To jsou moc hodný lidi. Jak oni se k těm stařečkům krásně chovají.*“

- **Jakou roli hraje rodina při rozhodování se využít služby sociální péče?**

Většina respondentů uvedla, že pokud by došlo na situaci, kdy by potřebovali pomoc druhé osoby, raději by se obrátili na rodinu, než na odborné sociální služby. Někteří respondenti, by rodinu nevolili, a to zejména z důvodu, že by jí nechtěli obtěžovat. I když, stejně jako ostatní senioři, kteří se účastnili výzkumného šetření, věří, že by jejich rodina chtěla, uměla a mohla pomoci při poklesu jejich soběstačnosti. Respondenti, o které již rodina v určitém rozsahu pečuje, hodnotí její starost a účast na posilování soběstačnosti na výbornou.

U jedinců, kteří již uvažovali o využití sociálních služeb v případě nutnosti, jsem se dotazovala, zda tyto úvahy souviseli i s jejich rodinou. Jak vidíme na následujícím grafu, není možné určit, zda je rozhodnutí respondentů využít služeb domácí nebo institucionální péče, výrazně ovlivněno rodinou či nikoliv. Pokud účastníci výzkumného šetření odpovídali záporně, tedy „ne“, další otázky ohledně rodiny jsem jim nepokládala.

*Graf č. 1 Využití sociálních služeb v souvislosti s rodinou*



Jedinci, kteří potvrdili význam rodiny při úvahách o využití sociálních služeb, dále uvedli, že na jejich rozhodnutí by měla vliv pracovní, školní i osobní vytíženost rodiny. To ovšem neznamena, že by rodina seniora nechtěla nebo neuměla pečovat. Respondenti, kteří se rozpovídali k těmto otázkám tvrdí, že hlavně nechtějí obtěžovat a zatěžovat své příbuzné, kteří u i tak mají dost svých starostí, ve svých osobních životech.

Respondenti také věří tomu, že rozhodnutí se o domácí nebo institucionální péči, je pouze na nich samotných. Rodina by nijak do rozhodnutí nezasahovala a nešla proti němu.

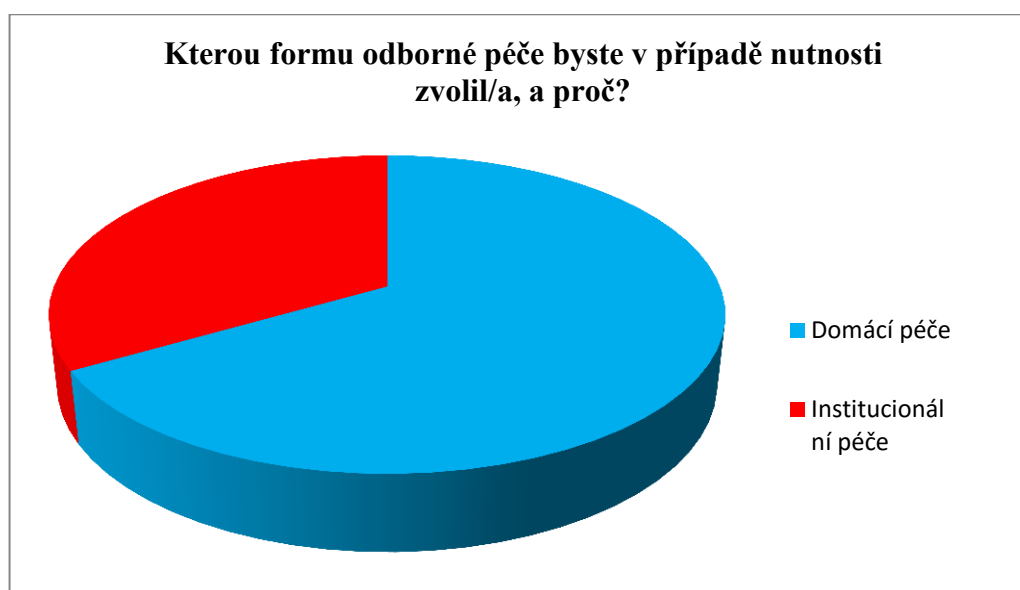
Otázkou je, jaká by byla skutečnost, v případě rapidního poklesu či úplné ztráty soběstačnosti seniora, navíc ještě spojené se snížením mentálních schopností jedince.

- **Jaké důvody vedou seniora k využití či úvahám o využití služeb domácí nebo institucionální péče?**

V první řadě jsem se od respondentů snažila dovědět, zda při preferovali péči domácí nebo institucionální, v případě zhoršení jejich soběstačnosti a nutnosti pomoci druhé osoby při zajištění vlastních potřeb. Jak ukazuje následující graf, většina respondentů se kloní spíše k volbě domácí péče. Důvod je jasný, a u téměř všech dotazovaných stejný. Preferují zůstat co nejdéle ve svých domácnostech, ve známém prostředí, v kruhu rodiny. Na přání co nejdéle setrvat v rodinném kruhu se ukazuje, jak institucionální péči vnímají dnešní senioři, a možná nejen ti. Institucionální péče představuje dům, do kterého vás zavřou, kde nebudete žít podle svých představ, a kde už nikdy nebo velmi málo uvidíte vlastní rodinu. Přitom vše záleží na přístupu k situaci, a to jak seniora, tak jeho rodiny.

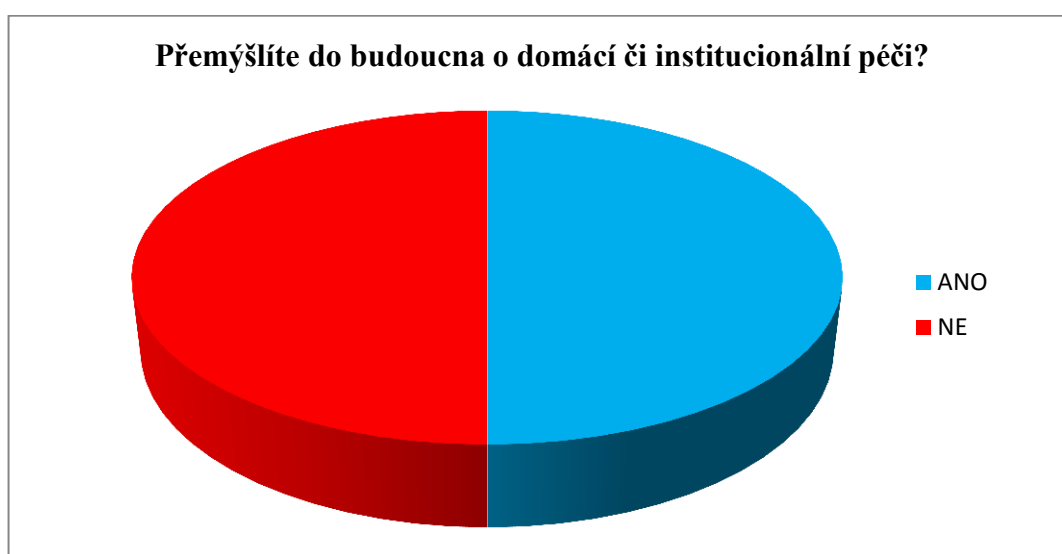
Respondenti, kteří se přikláněli spíše k institucionální péči, své rozhodnutí odůvodňovali tím, že nechtějí zatěžovat rodinu, která by se musela podílet na péči. Jeden z dotazovaných se nemohl jasně vyjádřit, rozhodnout, k jaké péči by se přiklonil. Měl pro to ojedinelý důvod. Tvrdil „*Pokud budeme oba s manželkou žít, a jeden z nás už nezvládne si třeba dojít na záchod, tak by bylo dobrý, aby k nám někdo chodil, ať můžeme být pořád spolu, ale někdo nám pomůže. No, ale když manželka zemře dřív než já, tak bych šel do domova. Tam se o mě postarají, a děti se o to nebudou muset starat.*“.

Graf č. 2 Domácí vs. institucionální péče



Na dotaz, zda respondenti přemýšlejí o domácí nebo institucionální péči byly reakce respondentů nerozhodně. Polovina odpovídala, že přemýšlí o nějaké formě péče, a polovina, že nepřemýšlí. Tyto odpovědi vypovídají o postoji seniorů k problematice stárnutí a omezování soběstačnosti, které v seniorském věku přichází. Respondenti si neuvědomují nebo nepřipouštějí, že bude nutné, aby jim druhá osoba, ať už blízká nebo kvalifikovaný pracovník odborné služby, dopomohl při zajišťování vlastních potřeb. Toto nevědomí souvisí i s převažujícím pocitem nesouvislosti zvyšujícího se věku a nutnosti odborné péče.

Graf č. 3 Budoucnost pod záštitou domácí či institucionální péče



Respondenti, kteří odpovídali, že do budoucna nepřemýšlejí o domácí nebo institucionální péči, nebyli dotazováni ani na otázky týkající se důvodů těchto úvah. Pouze jedna respondentka dovysvětlila své „ne“. Říkala „*O tom, že bych šla do důchodů neuvážuju. Ani o tom, že by někdo chodil ke mně domů, a tady mi pomáhal. To tedy ne. To já bych nechtěla. Já spíš hodně uvažuju o smrti. Připadám si ještě pořád mladá, ale je mi jasný, že už nejsem. Vždyť taky budu mít pravnouče, a to je mi teprve 70! Já bych byla nejradši, kdyby to se mnou bylo pořád dobrý a pak najednou prásk!, a jsem mrtvá. Nechci, aby mě někdo musel dávat pleny, koupat mě a takový ty věci. To teda ne.*“

Konkrétní situace, která vedla respondenty k prvotním myšlenkám na možnou nutnost využití odborných služeb sociální péče, byla u všech dotázaných shodná. Jednalo se o zhoršení zdravotního stavu. Rozdílnost odpovědí se ukazovala v tom, že ne vždy šlo o zhoršení stavu daného respondenta, ale lidí v jeho okolí, kteří jsou v podobném věku jako

dotazovaný, takže se s jejich situací dokáže sžít. Proto nebylo překvapení, že všichni účastníci výzkumného šetření potvrdili, že jednou z příčin jejich rozvažování nad odbornou péčí je jejich zdravotní stav.

Jako závažný důvod k využití institucionální péče senioři nepovažují sociální smrt. Tedy opuštěnost, která může ve vyšším věku souviset s úmrtím partnera, přátel i jiných členů rodiny, s odchodem přátel do zařízení, které poskytují sociální služby seniorům nebo s odcizením se od rodiny. Jedinci, kteří se účastnili výzkumného šetření, se s tímto jevem v jejich životech nesetkali. Z toho důvodu pro ně mohlo být obtížné tuto situaci posoudit. Dalším důvodem je důvěra respondenta v jistotu, kterou nalézá ve své rodině, v tom, že nebude opuštěný.

*Graf č. 4 Institucionální péče jako prevence sociální smrti*



Respondenti měli možnost sami doplnit další důvody, které je vedly k úvahám nad využití domácí nebo institucionální péče. Většina dotazovaných neměla dále potřebu toto téma více rozvádět. Jedinci, kteří se více rozhovořili, uvedli, že by jejich rozhodnutí o využití služeb záviselo na rozhodnutí jejich životního partnera či jeho úmrtí, nebo na pohodlí, které jim institucionální péče nabízí. Především úbytek starostí s bydlením a péčí o něj, placením nájemného, zajišťováním stravy, atd.

Za nejzásadnější důvod k využití domácí nebo institucionální péče považují účastníci výzkumného šetření zhoršení zdravotního stavu a snížení soběstačnosti. A to zejména v případech ztráty pohyblivosti a nemožnosti dojit si sám na toaletu. Senioři v pomoci péče o vlastní osobu a zajištění svých potřeb, raději spoléhají na rodinné příslušníky, kteří jsou jim ochotni pomoci. V případě, že respondent nemá nikoho příbuzného, kdo by byl schopný mu péči zajistit, reálně uvažuje o možnosti využití sociálních služeb, které mu zajistí odbornou

péči, budou pracovat na posílení nebo udržení jeho soběstačnosti a v případě nutnosti budou tuto ztrátu soběstačnosti vhodně kompenzovat.

## 13.2. Zhodnocení hypotéz

Před zahájením sběru dat jsem si stanovila několik hypotéz, které se teď pokusím obhájit nebo vyvrátit díky mým zjištěním z rozhovorů s účastníky výzkumného šetření, určeného ke zpracování této diplomové práce, a ze studia dat Českého statistického úřadu.

Pro zhodnocení některých předpokladů využiji grafy, které poslouží k vizuálnímu vyjádření situace.

- **Předpokládám, že počet seniorů umírajících v institucích každým rokem roste.**

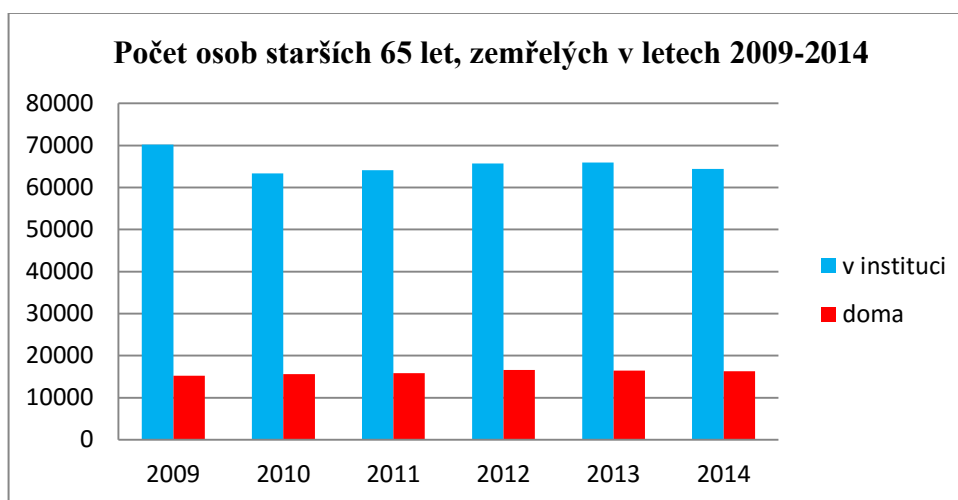
Tento svůj předpoklad jsem ověřovala pomocí statistik, které každoročně provádí Český statistický úřad. Na svých stránkách, v Demografických ročenkách, uveřejňuje různé demografické informace o obyvatelích České republiky, mimo jiné i počet zemřelých dle místa jejich úmrtí. Přístupné demografické ročenky na webových stránkách Českého statistického úřadu jsou od roku 2009 do roku 2014. Z těchto dat jsem tedy pro zhodnocení svého předpokladu, který je, že počet seniorů umírajících v institucích každým rokem roste, vycházela.(czso.cz)

Po přepočítání údajů, které každý rok rozdělují počet zemřelých mužů a žen, dle jejich místa úmrtí doma, v nemocnici, v dalších nemocničních zařízeních, na ulici, v zařízeních sociálních služeb a na jiných či neznámých místech, jsem dospěla k překvapivému závěru. Sečtením údajů o úmrtích osob v nemocnicích, dalších nemocničních zařízeních a v zařízeních sociálních služeb, jsem dostala výsledné číslo, které ukazuje počet jedinců, kteří zemřeli v institucích. Využila jsem pouze údaje o osobách ve věku 65+, které ve své práci považuji za seniory. Tato data za roky 2009 až 2014 mi po sestavení grafu č. 5 ukázala, že úmrtnost seniorů v institucích nijak výrazně nestoupá. Naopak od roku 2009 poklesla.

Pro srovnání jsem využila i data o osobách v seniorském věku, které zemřely ve svých domovech. I v těchto údajích nejsou výrazné rozdíly v průběhu naměřených 6 let. Dá se říci, že problematika dožití seniorů doma se zlepšuje, jelikož počet osob starších 65 let mezi roky 2009 a 2014 mírně stoupl.

Tato zjištěná a vyhodnocená data ovšem není možné považovat za stoprocentní. Hlavním důvodem je neuvedení dalších demografických údajů, které by bylo nutné porovnat s daty o úmrtí, aby bylo možné kvalitně určit, zda objektivně úmrtí seniorů v institucích klesá a v domácnostech stoupá. Zjištěná data by bylo nutné porovnat s demografickými údaji typu porodnost, počet obyvatel v daném roce apod. Bylo by zapotřebí náročnějšího zkoumání, které není v rámci mé diplomové práce nutné. Jeho rozsah by odpovídal samostatnému výzkumu.

*Graf č. 5 Seniori umírající v domácnostech a v institucích*



- **Předpokládám, že se zvyšujícím se věkem seniora je otázka institucionální a domácí péče stále aktuálnější.**

Tato hypotéza se mi zcela nepotvrdila. Je sice zřejmé, že více respondentů výzkumného šetření odpovědělo, že jejich zvyšující se věk souvisí s úvahami nad využitím domácí nebo institucionální péče. A vidí tyto úvahy jako stále aktuálnější a naléhavější. Ovšem rozdíl mezi těmi, kteří odpověděli „ano“, a těmi, kteří odpověděli „ne“, je tak malý, že se nedá považovat za příliš relevantní. Je obtížné usuzovat, na základě čeho oslovení seniori neocitují naléhavost potřeby odborné sociální péče vzhledem k jejich zvyšujícímu se věku. Může za tím stát nepřipuštění si faktu, že soběstačnost s přibývajícím věkem klesá. Nebo v péči o vlastní osobu, až to bude nutné, spoléhají na rodinné příslušníky, tudíž nebude sociálních služeb potřeba.

Graf č. 6 Odborná sociální péče a zvyšující se věk seniorů



- **Předpokládám, že jedním z hlavních důvodů rozhodnutí se pro institucionální péči seniora je, že instituce jako jsou domovy pro seniory, stacionáře, hospice, atd. poskytují kvalitnější zdravotní a sociální péči, než jakou může senior dostat doma od rodiny nebo od pracovníků služeb domácí péče.**

K ověření tohoto předpokladu jsem zvolila 2 tazatelské otázky. Jedna se zaměřovala na porovnání odborných sociálních služeb a péče rodiny „Myslíte, že domácí a institucionální péče dokáže zajistit kvalitnější péči o Vaši osobu, ne je Vám schopna poskytnout rodina?“, a druhá otázka zjišťovala porovnání kvality péče domácí a institucionální „Myslíte, že institucionální péče Vám dokáže zajistit kvalitnější sociální a zdravotní péči, než péče domácí?“.

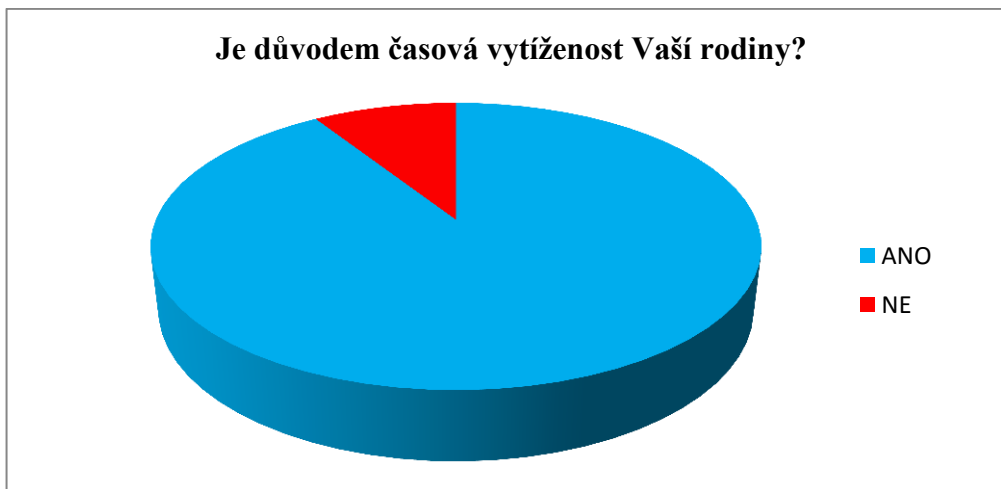
Hypotéza se mi potvrdila, protože většina respondentů odpovídala spíše kladně, tedy v závěru souhlasila s předpokladem, že institucionální péče je jim schopna zajistit kvalitnější sociální i zdravotní péči, než by tomu bylo ve vlastní domácnosti s pomocí rodiny a pracovníků domácí péče.

- **Předpokládám, že jedním z faktorů rozhodujících o institucionální péči je pracovní a časová vytíženost rodiny seniora.**

Předpoklad, že časová vytíženost rodiny je jednou z hlavních pohnutek k úvahám seniora nad využitím služeb domácí či institucionální péče, se mi potvrdil. Všichni respondenti, až na jednoho, kteří odpovídali na otázky týkající se rodinných faktorů ovlivňujících jejich rozmyšlení nad odbornými sociálními službami, odpověděli kladně. Tedy,

že časová vytíženost respondentových rodinných příslušníků vede k inklinaci k sociálním službám, které nabízejí péči o seniory.

Graf č. 7 Časová vytíženost rodiny jako příčina institucionální péče



- **Předpokládám, že nemožnost, neschopnost a neochota rodiny pečovat o seniora je jednou z příčin rozhodnutí se pro domácí nebo institucionální péči.**

Hypotéza, kde předpokládám, že se senioři rozhodují pro využití odborných sociálních služeb v případě péče o jejich osobu, vychází z neochoty, nemožnosti a neschopnosti rodiny tuto péči jejich nejstaršímu členu zajistit, se mi nepotvrdila. Účastníci výzkumného šetření vypověděli, že jejich rodinní příslušníci jsou, ve většině případů, ochotni poskytnou pomoc a zajistit tak seniorům jejich potřeby.

I když si respondenti myslí, že by jejich rodina byla schopna a ochotna, se o ně v případě potřeby postarat a kompenzovat tak seniorům jejich sníženou soběstačnost, tuto pomoc by neradi využili. Brání jim v tom stud před příbuznými, a také pocit, že by byli na obtíž svým životním partnerům, dcerám, snachám, zkrátka pečujícím.

Graf č. 8 Sociální služby jako následek nedostatku rodinné péče



- **Předpokládám, že senioři již nad institucionální nebo domácí péče uvažovali.**

K předpokladu, že každý senior již někdy uvažoval nad využitím domácí nebo institucionální péče mě vedla skutečnost neustále se snižující soběstačnosti se zvyšujícím se věkem jedince. V odborné literatuře se o úplné či částečné ztrátě soběstačnosti dočteme mnoho. Všechna literatura, která se touto problematikou zabývá, uvádí její nevyhnutelnost, a tím pádem i nutnost péče druhé osoby. Senior, který nemá nikoho, kdo by o něj pečoval, se stává izolovaným ve svém bytě, zanedbaným a na tomto základě, se mu zhoršuje zdravotní stav.

Má hypotéza se šetřením nepotvrdila. Senioři, kteří byli osloveni pro spolupráci na výzkumném šetření pro vypracování této diplomové práce, na otázku „Přemýšlíte do budoucna o domácí či institucionální péči?“ odpovídali z poloviny „ano“ a z poloviny „ne“. Tento jev ukazuje i graf č. 3 (viz výše).

Jak je možné, že respondenti v polovině případů nikdy neuvažovali nad možností využití odborných sociálních služeb, mi není známo. S ohledem na rozsah diplomové práce nebylo vždy reálně možné zabývat se detailně každou odpovědí dotazovaného seniora. Můžu se jen domnívat, že důvodem je pocit určitého jistého zabezpečení ze strany rodiny. Dalším důvodem může být neuvědomování si či nepřipouštění si rizik spojených s omezením soběstačnosti nebo respondenti nepovažují své občasné „zábleskové“ úvahy o možném využití domácí či institucionální péče, jako relevantní k veřejnému vyřčení.

- **Předpokládám, že pokud by nastala situace vyžadující odbornou péči, rozhodli by se senioři spíše využít domácí péči, aby mohli zůstat ve svém domácím prostředí.**

Přednostní využití domácí péče před institucionální mi připadá jako samozřejmý předpoklad. Důvodem je velký apel na deinsitucionalizaci péče o seniory. Motivování a nabádání rodin, aby o své nejstarší členy pečovali sami, dokud na to budou jejich schopnosti stačit. A pokud začne seniorova rodina v některých oblastech slábnout nebo už si nebude umět v pomoci seniorovi poradit sama, měla by nastoupit péče domácí. Institucionální péče být měla být až poslední možností jak pro seniora samotného, tak pro jeho rodinu.

Tento předpoklad se potvrzuje i ve výsledcích výzkumného šetření se seniory (graf č. 2, viz výše). Respondenti nebyly jednohlasně pro domácí péči, někteří zvolili jako lepší variantu péče, péči institucionální.

Důvody pro svou volbu obě skupiny respondentů objasnili. Příznivci domácí péče chtějí co nejdéle žít v kruhu rodinném, v prostředí, které je pro ně známé, cítí se v něm bezpečně a říkají mu domov. Chtějí, co nejdéle to půjde, ovládat své životy sami. Naopak senioři klonící se spíše k péči institucionální tvrdí, že hlavním důvodem je neobtěžovat rodinu, a vědět, že je o ně dobře postaráno. Obě skupiny respondentů myslí v první řadě na své příbuzní, ovšem každý z jiného úhlu pohledu.

- **Předpokládám, že jedním z hlavních důvodů souhlasu s institucionální péčí je sociální smrt seniora.**

Sociální smrt seniora je častým jevem, jak uvádí odborná literatura zmiňovaná v teoretické části této diplomové práce. Jedná se o situaci, kdy se jedinec cítí osamělý, opuštěný. Důvodem je smrt životního partnera, smrt přátel a známých, kteří se pohybují v seniorově okolí, a také nezájem rodiny o jejího nejstaršího člena, či absence blízkých příbuzných.

Oslovení respondenti výzkumného šetření pro účely této diplomové práci, ve většině případů, nenabývají dojmu, že by je sociální smrt ohrožovala natolik, aby zapříčinila úvahy nad využitím služeb domácí či institucionální péče, a stala se tak jedním z hlavních důvodů rozhodnutí se tyto služby zvolit jako vhodnou variantu kompenzace omezené soběstačnosti. Toto tvrzení účastníků šetření graficky znázorňuje graf č. 4 (viz výše).

### 13.3. Vyhodnocení hlavního cíle

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči. K vyhodnocení tohoto cíle jsem si stanovila 4 dílčí cíle, respektive otázky, které mi pomohly k vytvoření tazatelských otázek, které byly následně v rámci rozhovorů, kladeny respondentům. Účastníci výzkumného šetření se stali senioři ve věku 65+ žijící v Ústeckém kraji.

První dílčí otázka zjišťovala, zda senioři považují sociální služby za užitečné, a jak hodnotí jejich kvalitu. Respondenti ukázali, že vnímají užitečnost domácí a institucionální péče, ale potřeba těchto služeb jim nepřipadá správná. Účastníci šetření, hodnotili kvalitu služeb pozitivně, a to zejména kvalifikovaný personál, který jim může zajistit nejen odborné služby, ale mnohdy jsou pro seniora přítelem.

Další dílčí otázka se zaměřovala na zkušenost dotazovaných se službami domácí a institucionální péče. Zjistila jsem, že nemnoho respondentů má zkušenost se sociálními službami, které pečují o seniory. Pokud tuto zkušenost mají, nebývá osobní, ale spíše zprostředkovaná. Tedy, že někdo z jejich příbuzných či jinak blízkých osob služby domácí nebo institucionální péče využívá či v minulosti využíval.

Třetí dílčí otázkou jsem se snažila zjistit vztah mezi úvahami seniora o využití služeb a jeho rodinou. Téměř všichni dotázaní senioři věří, že by jejich rodinní příslušníci byli schopni a ochotni se o ně v případě nutnosti z důvodu poklesu soběstačnosti postarat. Také by se v případě mírného snížení soběstačnosti obrátili nejprve na své příbuzné, než na odborné sociální služby. Ovšem i u dnešních seniorů se již projevuje trend „neobtěžovat“. Respondenti často ve svých odpovědích uváděli, že by svou rodinu nechtěli zatěžovat pečováním o jejich osobu, styděli by se za to, že se stávají potřebnými. V případě rodiny účastníci výzkumu hodně spoléhají na to, že bude respektovat jejich rozhodnutí i v době, když už nebudou schopni si své rozhodnutí prosadit a obhájit. Rodina tedy nehraje nejdůležitější roli v zájmu seniora o služby domácí a institucionální péče. Projevuje se spíše v nezájmu respondentů o sociální služby pečující o seniory. Důvodem je spoléhání nejstaršího člena rodiny na své příbuzné v otázce pomoci při snížení soběstačnosti.

Poslední dílčí otázka směřovala přímo k hlavnímu cíli výzkumného šetření v této diplomové práci. Pomocí této otázky a tazatelských otázek, které pod ní spadaly, jsem se v rozhovorech se seniory snažila dozvědět, jaké důvody je vedou k úvahám nad domácí či institucionální péčí. Prvním důvodem byla rodina (viz výše). Dalším, a ne tolik zřejmým

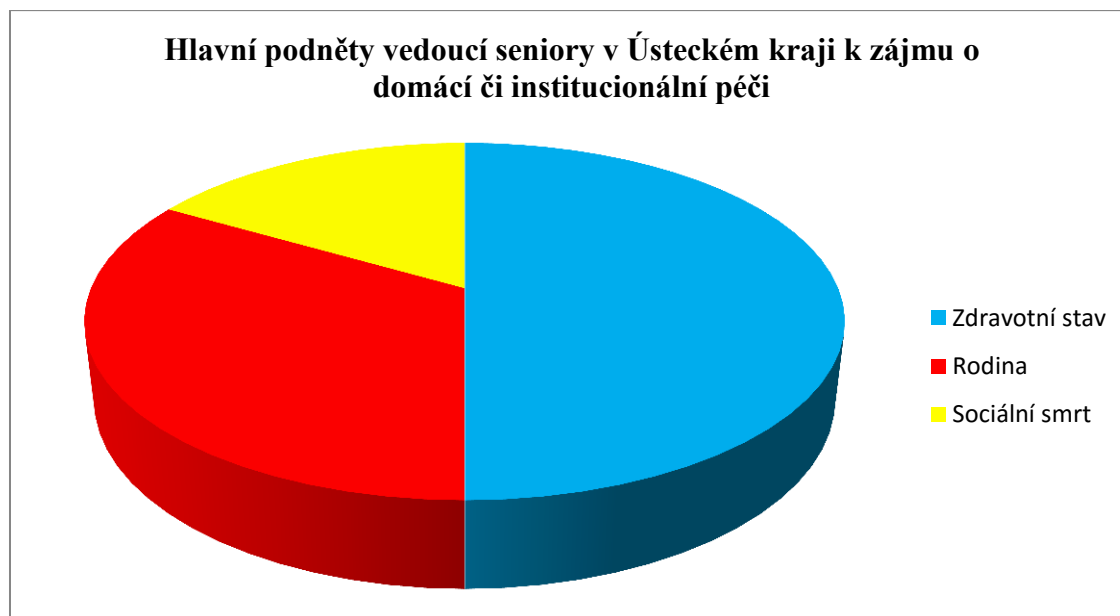
důvodem byla možná sociální smrt seniora. Většina dotázaných seniorů si ovšem riziko sociální smrti, tedy osamělosti a opuštěnosti jedince nepřipouští nebo neuvědomuje.

Nejzásadnější podnět vedoucí seniory k zájmu o domácí nebo institucionální péči je zdravotní stav. Zhoršení zdravotního stavu bývá často prvotním impulsem k úvahám o využití odborných sociálních služeb. A to, ať už se jedná o zhoršení zdraví samotného respondenta nebo někoho z jeho blízkých.

Dalšími podněty, které vedou respondenty k rozhodnutí, že využijí sociálních služeb, jsou velmi pozitivní zkušenosti s institucionálním zařízením, a to díky využití této služby příbuzným seniora. Vliv má také rozhodnutí jednoho z manželů o zajištění služeb domácí péče, či o stěhování se do pobytového zařízení sociálních služeb, a využití pohodlí, které nabízí. Pohodlím je v tomto případě myšleno snížení starostí s péčí o domácnost, se zajišťováním stravy, atd.

V následujícím grafu názorně vidíme, jaké zastoupení mají nejzásadnější podněty, které vyvolávají dostatečný impuls pro to, aby senior začal reálně rozvažovat své možnosti v budoucnu. Zda se bude i nadále spoléhat na rodiny, v případě zajištění jeho potřeb, nebo dá přednost a přeneše zodpovědnost, za naplňování jeho potřeb, na odborné sociální služby, které poskytují domácí nebo institucionální péči.

*Graf č. 9 Hlavní podněty vedoucí seniory k zájmu o domácí či institucionální péči*



Rodina společně se sociální smrtí seniora tvoří polovinu grafu. Druhou polovinu zaujímá zdravotní stav, jako nejdůležitější faktor, který nutí seniora zamýšlet se nad jeho

možnou budoucností v instituci nebo s využíváním pomoci od služeb domácí péče. Rodina je jediný podnět, zjištěný v tomto výzkumném šetření, který ovlivňuje zároveň zájem i nezájem seniorů o sociální služby. Sociální smrt jedince nelze považovat jako platný a důležitý faktor ovlivňující úvahy seniorů, jelikož se k tomuto jevu většina respondentů, jako k důležitému indikátoru, nepřiklání.

## Závěr

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Cílem teoretické části bylo obecně popsat sociální práci se seniory, se zaměřením na domácí péči. K naplnění tohoto cíle bylo zapotřebí 6 kapitol, ve kterých byla popsána hlavní témata vztahující se k seniorům, které se zároveň dají aplikovat v problematice domácí péče.

První kapitoly teoretické části byly zaměřeny na obecný popis stáří, potřeb seniorů, jejichž naplnění vede k dobré kvalitě života seniora. Nezapomnělo se ani na rizika, která stáří přináší, a která jsou příčinou mýtů o stáří, jež rozvíjejí ageismus, tedy diskriminaci z hlediska věku, ve společnosti. Kapitola sociální práce ve zdravotnictví popsala problematiku chorob ve stáří a úkoly sociálního pracovníka v nemocnicích. Důležitou součástí této kapitoly se stala i zmínka o funkci hospice.

Hlavní kapitoly teoretické části diplomové práce jsou soběstačnost, péče o seniory a sociální služby. Tyto kapitoly se věnují problematice seniorů z hlediska nutnosti péče o jejich osobu, kterou musí zajišťovat rodina nebo odborné sociální služby, které musí splňovat podmínky dle zákona o sociálních službách. Nutnost péče je způsobena poklesem nebo ztrátou soběstačnosti, která je jedinci kompenzována peněžní formou, a to příspěvkem na péči, jehož podmínky nároku a výši stanovuje zákon. Příspěvek na péči slouží k úhradě služeb, které seniorovi pomáhají udržovat nebo kompenzovat jeho snížení či ztrátu soběstačnosti. Je volbou příjemce příspěvku, zda využije pomoc domácí nebo institucionální péče nebo se raději obrátí na vlastní rodinu.

Hlavním cílem druhé, tedy empirické části diplomové práce bylo zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči. Pro výzkumné šetření jsme zvolili metodu sběru dat formou polostrukturovaného rozhovoru, který nám sice nakazuje mít předem připravené otázky pro respondenty, ale dává nám i svobodu volně se doptávat. Respondenty se stali senioři ve věku 65+, žijící v Ústeckém kraji, kteří byli mentálně na dostatečné úrovni, aby dokázali posoudit svou situaci a pohnutky vedoucí k rozhodnutím týkající se péče o ně samotné.

Stanovili jsme hypotézy, které byly po realizaci všech rozhovorů s 22 respondenty vyhodnoceny. Stejně tak 4 dílčí cíle praktické části této diplomové práce. K vyhodnocení některých dílčích cílů a hypotéz jsme v některých případech použili kódování odpovědí dotazovaných seniorů. Ale u většiny otázek byly odpovědi předem připravené a respondent si

jen zvolil nejvhodnější z nich. K názornému vyjádření výsledků výzkumného šetření byly v některých případech použity grafy.

Prvním dílčím cílem, jak senioři hledí na užitečnost a kvalitu sociálních služeb, jsme zjistili, že respondenti vnímají potřebnost a užitečnost domácí a institucionální péče v dnešní společnosti a jejich kvalitu hodnotí pozitivně, a to zejména díky kvalifikovanému personálu. Ovšem uvítali by, kdyby takovéto péče nebylo třeba a jedinec se mohl vždy spolehnout na rodinu. S čímž souvisí i další dílčí cíl, a to, jakou roli hraje rodina při rozhodování se využít služby sociální péče. Oslovení senioři věří, že by se o ně, v případě nutnosti, jejich rodinní příslušníci postarali. Považují za správné, když se rodina stará o svého nejstaršího člena. Zároveň ale nechtějí své životní partnery, děti či vnoučata zatěžovat, když sami ve svých životech mají tak málo času a tolik starostí.

I když by se účastníci výzkumného šetření, v některých případech, obraceli na sociální služby, tak zkušenost s nimi spíše nemají. Pokud ano, tato zkušenost není osobní, ale častěji díky jiné osobě z blízkého okolí, která služeb využívá nebo v minulosti využívala.

Dotazovaní senioři by v případě nutnosti raději zvolili péči domácí. Vede je k tomu touha zůstat ve známém prostředí, v kterém se cítí bezpečně a mohou ho kontrolovat. Hlavním důvodem vedoucím k úvahám o využití sociálních služeb se za pomoci výzkumného šetření ukázal zdravotní stav. Toto zjištění není zcela překvapivé, jelikož zdravotní stav je něco, co snižuje soběstačnost seniora, tedy se zvyšuje jeho potřeba pomoci od druhé osoby. A v případě, kdy senior nechce obtěžovat rodinu, nebo se před ní stydí, jsou služby domácí a institucionální péče jedinou volbou, pokud nechce zůstat senior izolovaný a zanedbaný ve svém bytě.

V závěru lze říci, že odpovědí na hlavním cíl této diplomové práce, který zní: zjistit, jaké podněty vedou seniory v Ústeckém kraji k zájmu či nezájmu o domácí a institucionální péči, jsou na prvním místě zdravotní stav, dále rodina, která vede k zájmu i nezájmu o sociální služby, a nakonec sociální smrt jedince.