

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Péče o nemocné seniory v domácím prostředí**

Jarmila Sládková

### **Diplomová práce**

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jaroslav Kořa

**Praha 2019**

# Prague College of Psychosocial Studies



## Caring for sick seniors in the home environment

Jarmila Sládková

### The Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Jaroslav Kořa

Prague 2019

### **Prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaným pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 30. července 2019

.....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat doc. PhDr. Jaroslavu Koťovi za jeho čas ,který mi věnoval při osobních konzultacích a za jeho cenné rady po celou dobu odborného vedení této práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za jejich vstřícnost a přínos pro tuhle práci.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá velkou společenskou skupinou zvanou senioři. Konkrétně jejich zdravotním stavem v závislosti na péči druhé osoby, a jestli je tato péče možná v domácím prostředí. Autorka se zaměřila na osoby s úplnou a těžkou závislostí v oblasti Karlových Varů. Tuto závislost definuje přiznání příspěvku na péči ve III. a IV. stupni. Téma seniorů je velice široké a v poslední době hodně diskutované. Lidská populace stárne a je potřeba se na novou situaci připravit.

Práce je rozdělena na práci teoretickou a praktickou. V teoretické části je rozebrána problematika péče o nemocné seniory, jaké jsou kladeny nároky na tuto péči a zda je možné pečovat o seniora závislého na péči druhé osoby v domácím prostředí. Dále autorka popisuje, jaké jsou kladeny překážky pečujícím a jaké má rodina v Karlových Varech možnosti pomoci. Autorka zkoumá, zda je péče v domácím prostředí reálná a jestli nemocný senior může zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí. Mapuje jeho potřeby a potřeby pečující osoby.

Praktická část je tvořena kombinací rozhovorů a sociálního šetření, ve kterých autorka zkoumá problematiku nesoběstačnosti nemocného seniora a jeho potřebě pomoci od blízkých osob.

V závěru práce jsou ze strany autorky navrženy doporučení pro dlouhodobou péči o nemocného seniora, a proti dlouhodobému působení stresu na pečující osoby.

## **Klíčová slova**

senior, stáří, péče, pečující osoba, osoba blízká, nemoc, podpora státu, důstojnost, sociální služby, etika

## **Abstract**

The diploma thesis deals with a large social group and seniors, namely their health condition depending on the care of the other person, and whether this care is possible in the home environment. The author focused on people with complete and severe addiction in Karlovy Vary. This dependency is defined by the grant of the care allowance in III. and IV. degree. The subject of seniors is very broad and has been much discussed lately. The human population is aging and needs to be prepared for the new situation.

The work is divided into practical and theoretical. In the theoretical part is analyzed the issue of care for sick seniors, what are demands for this care and whether it is possible to take care of senior dependent on the care of a second person in the home environment. In addition, the author describes what are the obstacles to caring and how the family in Karlovy Vary can help. The author examines whether home care is real and the senior patient can stay in his native home environment. It maps its needs and the needs of the caregiver.

The practical part consists of a combination of interviews and social surveys, in which the author examines the issue of the unsatisfaction of the sick senior and his need for help from close persons.

At the end of the thesis, recommendations are suggested by the author for long-term care of a sick senior and against long-term stressors on carers.

## **Key words**

senior, age, care, care person, close person, disease, state support, dignity, social service, ethics

# Obsah

Úvod.....	1
1 Stárnutí, demografické změny .....	2
2 Potřeby seniorů a pečujících osob .....	10
2.1 Rozhovor .....	13
2.2 Okolí nemocného seniora.....	16
2.3 Spiritualismus.....	19
3 Sociální služby.....	22
Zdravotní a sociální služby podporující péči doma.....	22
Péče ve zdravotním či sociálním zařízení .....	23
4 Podpora seniora i pečující osoby .....	28
4.1 Podpora státu.....	31
5 Možnosti péče v Karlových Varech.....	36
6 Metodologie výzkumu .....	41
6.1 Sběr dat.....	42
6.2 Zpracování dat.....	44
6.3 Analýza dat.....	47
6.4 Etické aspekty výzkumu .....	54
6.5 Diskuze k závěrům.....	55
6.6 Závěr výzkumné části .....	57
7 Závěr .....	59
Použité zdroje .....	61
Literatura .....	61
Internetové zdroje.....	62
Seznam příloh .....	64

# Úvod

Práce je zaměřena na problematiku nemocných seniorů a pečujících osob, což je aktuální téma a práce reaguje na celospolečenský problém stárnutí populace. Jedná se o velkou oblast, a proto je práce zaměřena na péči o nemocné seniory v domácím prostředí, a to v Karlových Varech. Cílem práce je seznámit se s problémy seniorů v procesu stárnutí a onemocnění, s přístupem státu ke stárnutí populace a jeho pomoci nemocným seniorům v jejich nelehké životní situaci.

Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části jsou hodnocena specifika stárnutí a možnosti ponechat nemocného seniora v domácím prostředí. V první kapitole je uvedena problematika stárnutí a demografický vývoj, který ukazuje na dlouhodobý problém stárnutí populace i v České republice. Tento vývoj je doložen statistickými daty a poukazuje na důležitost geriatrické péče. Druhá kapitola se zabývá potřebami seniorů z hlediska zdravotní i sociální péče. Je zde zmapováno okolí nemocného seniora a jeho nejbližší rodina. Jaká pomoc může být nabídnuta blízkými osobami a zda je tato péče adekvátní. Také je zde popsána motivace pečujících osob, kteří se nemocnému věnují. V třetí kapitole je prezentován ucelený přehled sociálních služeb, které mohou být nemocným seniorem a pečující osobou využity v domácím prostředí. Čtvrtá kapitola je věnována úloze a možnostem státu v pomoci nemocným seniorům. Také je v této kapitole zmíněna prevence před nástrahy domácí péče. Pátá kapitola je zaměřena na možnou péči o nemocné seniory a rozsah služeb v Karlových Varech. Je věnována seznámení se, se situací v Karlových Varech a s potřebami seniorů v tomto regionu.

V praktické části jsou prezentovány výsledky výzkumu vhodnosti domácí péče o nemocné seniory. Výzkum byl veden formou polostrukturovaného rozhovoru a byl orientován na sdělení pečujících respondentů, na jejich problémy a potřeby, a na to, jak jsou informováni o nabídce služeb. Při společném rozhovoru byla probírána problematika péče v rodině. Obě části práce jsou shrnuty v závěru, který se zamýšlí nad cílem práce a snaží se také identifikovat a zmapovat potřeby seniora.



# 1 Stárnutí, demografické změny

Pro lepší přehled a představu o tématu této práce je v této kapitole uváděn celkový pohled na stárnutí populace, a co stárí obecně znamená. Zmiňován je rozdíl mezi geriatrií a gerontologií, z čehož je patrné, že zatímco geriatrii se zabývá spíše sociální politika, gerontologie je zcela lékařský obor. V kapitole jsou také uváděny demografické změny obyvatelstva i z hlediska statistiky. Je zde poukazováno na problematiku stárnutí z hlediska České republiky.

Je všeobecně známo, že se délka lidského života prodlužuje. Moderní medicína dovede léčit nemoci, na které se dříve umíralo a dovede značně prodloužit život u nevléčitelných nemocí. Vývoj lidské společnosti, její modernizace, postupná digitalizace, technologický vývoj, lepší gramotnost apod. přináší řadu změn ve zdravotním stavu obyvatel, péči o něj, ale také v prodlužování věku dožití a pohledu veřejnosti na stárnutí a stárí. S tématem stárnutí se setkáváme často. Společnost je tím plna, média nás informují o stárí v různých podobách a politici slibují zajištění ve stárí, různé výhody, a především starobní důchod. Již se jedná o velké společenské téma, současná populace stárne a nastává společenský problém. Porodnost je nízká, dožíváme se vyššího věku, ale hektická doba a způsob trávení našeho života přispívá ke zdravotním komplikacím a omezením obyvatel naopak v dřívějším věku. Moderní společnost je tak postavena před otázkou, jak bude vypadat věková struktura, zdravotní stav obyvatel za 20 let, za 50 let a jaká bude tendence v dalších letech.

Stárnutí se tak stává jedním ze sociálních problémů, které je nutné řešit. Zejména proto, že náš současný sociální systém není připraven na demografické změny. Solidární způsob příjmů a výdajů v sociálním systému již nepostačuje. V následujících letech je predikován stav, kdy pracujících, a tedy přispívajících do sociálního systému bude méně než lidí přijímajících pomoc z tohoto systému. V České republice je problematika stárnutí řešena již přes třicet let a stále nejsou ucelené informace a postupy do let dalších. Například není specifikováno, co bude do dalších let zajišťováno státem a co musí být zajištěno občanem, z vlastních prostředků. Obyvatelstvo zůstává v nejistotě.

Dle Arnoldové (2015), prochází Česká republika stagnací populace. Roste střední délka života a porodnost hluboce klesá. Není to nic neobvyklého, řadíme se tím k dalším evropským zemím. Je, jak Arnoldovou (2015), doloženo, nutný komplexní

přístup veřejné politiky a jejich nastavení tak, aby společnost mohla fungovat i v situaci za demografických změn. Vládou v roce 2015 bylo „Usnesením“ zřízeno samostatné oddělení, věnující se politice stárnutí. Koordinátorem tohoto oddělení je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zástupci se scházejí na různých konferencích, pořádají odborné setkání „Kulatý stůl“, vyjednávají s krajskými úřady apod. Spolupráce je nastavena i na mezinárodní úrovni. Zatím vše v teoretické úrovni. V České společnosti je problém stárnutí zredukován spíše na starobní důchody a vše okolo nich.

Starý člověk je často specifikován na základě stereotypní a v současné době již většinou mylné představy, kdy role „důchodce“ bývá spojena s představou starého, neaktivního jedince, který tráví čas doma, navštěvuje nákupní centra, popřípadě vysedává u lékařů. Většina států je procesem rychlého stárnutí populace zaskočena a nejsou připraveni na průvodní jevy související s procesem stárnutí. Stejně tak i Česká republika. Řešeny jsou spíše důsledky stárnutí, než aby byla předložena celková koncepce do dalších let, se smysluplným řešením. Tak je zatím státem pro „staré lidi“ zvýšen starobní důchod, valorizován příspěvek na péči, sníženy doplatky na léky, dotovány sociální služby, hrazeno bezplatné očkování a vytvořena nová dávka pro pečující osoby, „dlouhodobé ošetřovné“. Stále zůstává velkým tématem sociální politiky důchodový věk. Politicky je odchod do důchodu řešen spíše jako ekonomický aspekt, než sociální či zdravotní hledisko.

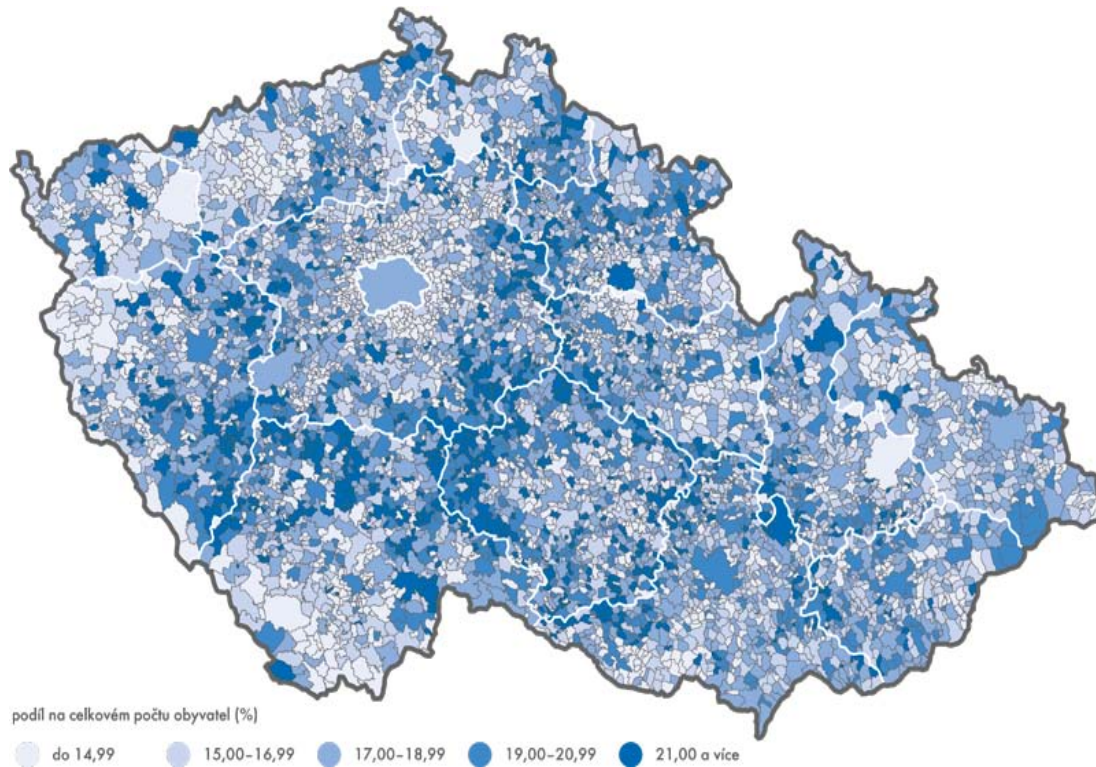
Je jasné, že důchodový systém je potřeba reformovat. Aby bylo možné lépe pochopit roli státu, a naopak vliv pokroku ve zdravotní péči, je nutno vysvětlit si pojmy a rozdíl mezi *geriatrií a gerontologií*. Rozdíl mezi geriatrií a gerontologií je velký. Gerontologií jsou řešeny otázky stáří, stárnutí a života ve stáří, zatímco geriatrie je lékařský obor, zabývající se péčí a léčbou seniorů. Tento obor je interdisciplinární a měl by se zabývat hlavně těmi seniory, u kterých již problémy se zdravotním stavem jsou větší než možnosti všeobecného lékařství, ale není vyžadován specialista. Geriatrické onemocnění má svá specifika stejně, jako geriatrický pacient. Pak potřebuje specifickou geriatrickou péči. Geriatrický pacient, jak je uvedeno Holmerovou et al. (2014), je člověk vyššího věku, se zhoršující se adaptabilitou, regulačními mechanismy a tolerancí k zátěži. Kalvachem (2014), jsou senioři děleni na zdatné, nezávislé a **křehké**. Poslední skupina je nejvíce ohrožena a potřebuje nejen zdravotní péči, ale i sociální a domácí péči. Předpokladem, že se jedná o křehkého seniora je celková slabost, senior je unavený, nerudný, trpí nechutenstvím, ubývá mu svalová hmota a ztrácí zájem. Také

geriatrické onemocnění je specifické. Geriatrickým pacientem je vyžadován delší čas na vyšetření, je potřeba s ním hovořit, popřípadě mluvit s rodinnými příslušníky. Holmerová et al. (2014) uvádí spolupráci s rodinou jako nezbytnou, protože je potřeba znát nejen průběh nemoci, ale i sociální zázemí.

Dalším charakteristickým rysem, který udává Holmerová et al. (2014) je **polymorbidity**. Takto je specifikován senior trpící více chorobami, ale určité typické příznaky nemoci nejsou přítomny. Tím je i potřebná péče u seniora specifická. Musí být zachována osobnost, a zabezpečena důstojnost. „*Medicína neumí zabránit stárnutí, ale může zabezpečit důstojnost stáří a jeho kvalitu. Poslední týdny života mohou být prožity bez fyzické bolesti, v relativním fyzickém a psychickém komfortu. To by mělo být jednou z hlavních rolí geriatric.*“ (Holmerová et al., 2014 s.55). U polymorbidity je Holmerovou (2014), zmiňován i dominový efekt a polypragmatie. Jedna nemoc může u seniora vyvolat i zhoršení ostatních nemocí, aniž by se do té doby nějak projevovaly příznaky, pak hovoříme o tzv. **dominovém efektu**. Ke zvládnutí svých nemocí, je seniory užíváno najednou mnoho léků, tento stav je nazýván jako **polypragmatie**. Geriatric je posuzován senior komplexně s jeho specifiky a akutními potřebami. Tento obor by měl být dále rozvíjen, a v současné době je mu věnována velká pozornost.

Na stárnutí populace může být také nahlíženo i na základě procesů porodnosti a úmrtnosti. Děti se rodí málo, ale lidé se dožívají vyššího věku. Věková struktura v České republice je regresivního typu, tzn. porodnost je nižší než úmrtnost. Počet seniorů v populaci jak je statisticky doloženo má zvyšující se tendenci, ale s rozdílnou intenzitou v různých krajích. Čeledovou et al. (2016), je konstatováno, že je významný podíl seniorů v obcích a na periférii měst, právě nejhorší dostupností sociálních služeb. Konstatování Čeledové et al. (2016) je potvrzeno i mapou. Z mapy, která svým zabarvením napovídá, kde je nejvyšší podíl seniorů. Ze zveřejněných statistických dat je potvrzeno stárnutí populace i prodloužení věku dožití. I tento ukazatel je v různých krajích odlišný. Co je společné pro všechny kraje, je fakt, že ženy se dožívají vyššího věku. „*Index feminity vyjadřuje počet žen na 100, případně 1000 mužů v jednotlivých kategoriích*“ (Hrozenská, 2013 s.14). Dalšími statistickými údaji je dokladováno, že v roce 2050 bude každý desátý obyvatel starší 80 let a zastoupení žen bude dvojnásobné oproti mužům. Díky statistickým údajům je možná předpověď dalšího vývoje. „*Projekce předpokládá stárnutí populace ve všech krajích, zvyšování průměrného věku obyvatel, pokles počtu dětí a obyvatel v produktivním věku ve prospěch obyvatel ve věku*

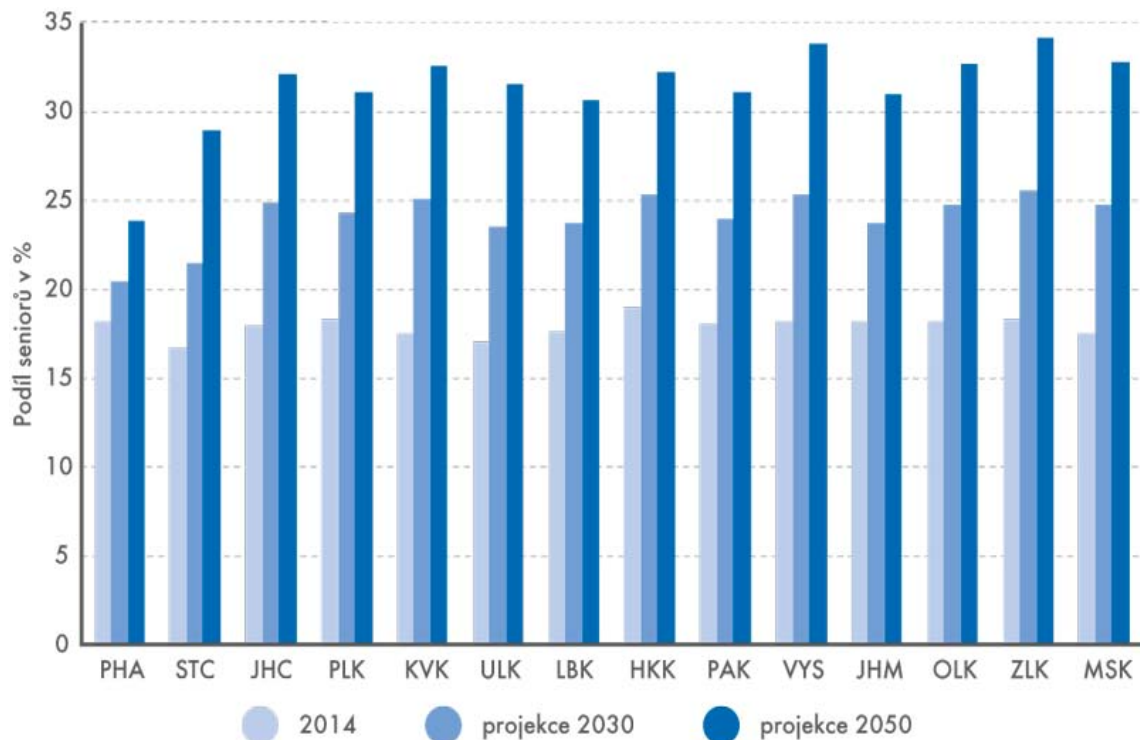
65 a více let. Zatímco kolem roku 2030 bude seniory v téměř polovině krajů tvořena čtvrtina populace, v roce 2050 jsou predikovány podíly obyvatel starších 65 let v řadě krajů blízké hranici jedné třetiny z celé populace.“ (Český statistický úřad, 2018) Stav roku 2014 je dokladován Grafem č. 1.



Graf 1 Obyvatelstvo ve věku 65 a více let podle obcí ČR k 31. 12. 2014

Zdroj: ČSÚ (dostupné na [www.statistikaamy.cz](http://www.statistikaamy.cz))

Na Grafu 2 je patrný další vývoj populace, tedy jejího stárnutí. Ke zvýšení počtu seniorů dle grafu dojde po celé ČR a z projekce je také patrné, že v Praze bude tento nárůst pozvolnější než v ostatních krajích. *Česká republika poměrně zestárne*, přibude obyvatel nad 80 let čili dlouhověkých.



Graf 2 Podíl obyvatel ve věku 65 a více let na celkovém počtu obyvatel v krajích ČR v roce 2014 a projekce pro rok 2030 a 2050

Zdroj: ČSÚ (dostupné na [www.statistikaamy.cz](http://www.statistikaamy.cz))

Čeledová et al. (2016) se zamýšlí nad ohrožením, které stárnutí populace a zvyšování věku dožití způsobí. Stárnutí je obecně chápáno jako pozitivní evoluční jev, jako úspěch civilizace, ale pomalá reakce společnosti, neujasnění pojetí dlouhého života, tím tlak na penzijní, zdravotní, sociální systémy, dává příležitost k projevu gerontofobie (strachu ze stáří a starců) aj. Vede to k demografické panice, kdy mandatorními výdaji je ohrožena mezigenerační solidarita.

Dalším závažným problémem, na který je také upozorňováno Čeledovou et al. (2016), je stereotypizace pojmů. Tím je sice usnadňována komunikace, protože každý ví, o čem je řeč, ale tím je také deformována realita. Často se tak děje cílevědomě, a zde hrají velkou roli média. Preferováno je mládí, krása, zdraví. Tímto je se vlastně dána neexistence „typických“ seniorů, pro které je možné stvořit universální sociální službu. Naopak stárnutím populace je před nás kladena řada otázek a jde o to změnit dosavadní přístup k seniorům a k vytváření sociálních služeb. Budoucnost v této oblasti by měla být prioritně směřována k podpoře úspěšného stárnutí, zdravého aktivního stáří, rozvoje funkční geriatrické medicíny, k minimalizaci medicínsky nepochopených geriatrických pacientů a transformaci podpory lidí dlouhodobě nemocných v přirozeném domácím prostředí.

Dle Holmerové et al. (2014), je východiskem pro zvládnutí stárnutí znalost všech faktorů, které stárnutí ovlivňují a aktivní přístup k nim. Holmerovou et al. (2014) je uváděno, že během stárnutí dochází k různým změnám biologickým, fyziologickým, psychickým. Mlýnkovou (2011), jsou změny ve stáří rozděleny na *biologické, psychické a sociální*. Pod biologické změny jsou řazeny všechny změny týkající se orgánových soustav např. na kůži, pohybový aparát, nervový systém, trávicí systém, smyslové vnímání, spánek aj. U psychických změn je Mlýnkovou (2011), konstatován jejich vliv na individualitu člověka. Změna psychiky se děje u každého různě. Jsou zhoršeny kognitivní funkce jako vnímání, pozornost, paměť, myšlení, ale i psychická vitalita, jazykové dovednosti, intelekt. Zhoršeno je přizpůsobení se životním změnám, objevuje se emoční labilita a velká až traumatizující změna je pro seniora ztráta partnera. Nejvýrazněji se projeví sociální změny. S tím jak je zmiňováno Mlýnkovou (2011), souvisí ve většině případů odchod do starobního důchodu a s tím související ekonomická situace. Rostou náklady na zdraví, roste počet nemocí, které brání vykonáváním běžných činností a tím dochází k omezení soběstačnosti a sebezpečí. Roste závislost na pomoci druhých osob. Jak jsou tyto změny seniorem zvládnány je individuální a záleží to na mnoha faktorech.

Dle Holmerová et al. (2014) je nutno brát v potaz determinanty zdraví. To jsou podmínky, do nichž se lidé rodí, žijí, pracují a stárnou. Jejich důležitost je dána tím, že je jimi přímo ovlivněno zdraví člověka a nepřímo i jeho rozhodování a další životní záměry. Nebezpečím pro zdravé stárnutí je negativní stereotypizace a absence vůle ke smyslu a zodpovědnosti za sebe sama. Jak je konstatováno Holmerovou et al. (2014), největší zátěž pro člověka nastává mezi 50. a 60. rokem, kdy jsou na život člověka kladeny velké nároky. Problém je také blížící se odchod do důchodu, ubývání sil, přibývající choroby a mnohdy nastávají i finanční těžkosti. V procesu stárnutí je pro seniora hlavním úkolem.:

- adaptace na pokles tělesných sil,
- vyrovnání se s odchodem do důchodu,
- příjem nové společenské role,
- návyky správné životosprávy.

Jiný pohled na změny ve stáří je popsán Hrozenkou et al. (2013), z jejího pohledu stáří s sebou přináší i různá omezení hlavně z hlediska zdraví. „*Stárnutí je*

provázeno změnami morfológickými a funkčními – všeobecně lze říci, že změna struktury má za následek změnu funkce. S přibývajícím věkem člověka podléhají orgány jeho těla různým změnám na úrovni buněk a tkání. Změny, které se v lidském organismu vyskytují v závislosti na zvyšujícím se věku jedince, je možné porovnat a rozdělit jako:

- **Primární stárnutí** – tělesné změny stárnoucího organismu.
- **Sekundární stárnutí** – změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nejsou jeho nutným průvodním znakem.
- **Terciární stárnutí** – prudký a nápadný tělesný úpadek, bezprostředně předcházející smrti“ (Hrozenská et al., 2013 s.31).

Tabulka 1 Přehled změn ve stáří

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Změny vzhledu</li> <li>• Úbytek svalové hmoty</li> <li>• Změny termoregulace</li> <li>• Změny činnosti smyslů</li> <li>• Degenerativní změny smyslů</li> <li>• Kardiopulmonální změny</li> <li>• Změny v trávicím systému</li> <li>• Změny vylučování moči</li> <li>• Změny sexuální aktivity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zhoršení paměti</li> <li>• Problematičtější osvojování si nového</li> <li>• Nedůvěřivost</li> <li>• Snížená sebedůvěra</li> <li>• Sugestibilita</li> <li>• Emoční labilita</li> <li>• Změny vnímání</li> <li>• Zhoršení úsudku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odchod do důchodu</li> <li>• Změna životního stylu</li> <li>• Stěhování</li> <li>• Ztráta blízkých lidí</li> <li>• Osamělost</li> <li>• Finanční problémy</li> </ul>

Zdroj: (Hrozenská et al., 2013 s.31)

V Tabulce č. 1 je uvedeno, kolik změn musí senior zvládnout během stárnutí, a ne vždy se to obejde bez komplikací. Přítomnost choroby se stává každodenní situací. Onemocnění ve stáří jsou specifická svým odlišným průběhem. Běžné nemoci mohou být pro seniora fatální, proto má prevence a péče o zdraví seniorů i společenský význam. Dle Hrozenské et al. (2013), je s rostoucím počtem seniorů dána i potřeba větší zdravotní péče, tedy i ekonomický aspekt pro společnost. Proto je potřeba zaměřit se na prevenci a usilovat nejen o prodloužení délky života, ale i o prodloužení délky života bez zdravotních potíží. K tomu napomáhá správná životospráva ve vyšším věku, a jak uvádí i jiní autoři, důležitá je optimální adaptace. Ta například odkazuje na 5 „P“.

- **„Perspektiva** – časová a věková – jako způsob chápání smyslu života a pohled do budoucnosti úzce související s hierarchií hodnot vyznávaných jedincem.

- **Pružnost** – udržování pružnosti v myšlení a chování má velký vliv na dobrou adaptaci i ve vyšším věku a otevírá možnosti řešení nových úkolů.
- **Prozíravost** – schopnost vidět dál než jen v rozsahu dané konkrétní situace, rozvíjejícími se zkušenostmi a poučením se z vlastních chyb a omylů.
- **Porozumění** (pochopení) pro druhé – schopnost empatie v konání a myšlení jiných lidí.
- **Potěšení** – v srdci i v mysli, citová saturace“ (Hrozenská et al., 2013 s.39-40).

Zdraví, jak již bylo řečeno, je jedním z determinantů kvality života. U seniorů jde především o udržení zdraví a k tomu má napomáhat zdravý životní styl, zvládnutá adaptace na změnu a přiměřená aktivita. Stáří a stárnutí čeká na každého člověka a je potřeba si tuto skutečnost uvědomit. Lidé, kteří se na sebe dívají reálně, mají větší předpoklad, že se lépe vyrovnají se svým stárnutím a vším, co k tomu patří.



## 2 Potřeby seniorů a pečujících osob

V kapitole je pojednáno o hodnotách člověka a okrajově jsou také zmíněny potřeby seniorů. Důležitým faktorem ve vzájemné interakci seniora a pečujícího, je správná komunikace. Tato kapitola je věnována jak komunikaci, tak i mapování okolí nemocného seniora a jeho nejbližší rodině. Závěr kapitoly je zaměřen na smrt a vyrovnání se s touto situací.

Do daného prostředí se člověk rodí, po celou dobu jeho života je ovlivňován okolím, a to až do stáří a smrti. Během života prožívá různé životní události a reaguje na ně různě. Někdo je odolnější, někdo méně. Někdo je zhroucen při sebemenším problému, jiný statečně čelí nepřízni osudu, prostě jsme každý jiný a právě ve stáří se začnou projevovat všechny faktory našeho života. To kde jsme vyrůstali, jak jsme žili, koho máme kolem sebe apod., tím každý prožívá stárnutí jiným způsobem a je na něj připraven jinak. Každý člověk má jinou kvalitu dožití. Má-li být zmíněna kvalita života, je nutno brát v potaz také hodnotu života. Tato hodnota je chráněna nejen Listinou základních práv a svobod, ale i mezinárodní dokumenty, kdy každému člověku je zaručeno právo na život. *„Hodnota života je daná ním samým a kvalita života znamená naplnění této hodnoty na úrovni minimálně humánního optima a je zároveň závislá na společenských podmínkách tohoto naplnění“* (Hrozenská et al., 2013 s.21).

Zpočátku byly vytvářeny různé statistiky na měření kvality života, ale prezentovány byly pouze ekonomické ukazatele, hospodářský život, což Hrozenská et al. (2013) stejně jako jiní považuje za neadekvátní a nic neříkající, proto se přešlo spíše na zjišťování sociálních indikátorů. *„Sociální indikátory se definují jako sociální faktory, které usměřňují chování jednotlivce, nebo statistiky a jiné formy s ohledem na naše hodnoty a cíle, vyhodnotit specifické programy a určit jejich vliv“* (Hrozenská et al., 2013 s.21).

Na téma kvalita života lze nalézt mnoho publikací, ale autoři nejsou jednotní právě v indikátorech. Lze hovořit o tom, že kvalita života nemůže být měřena. Může být totiž posuzována z různých hledisek a z různého nahlížení na přístup k životu. Forrester in Hrozenská et al. (2013) se pokusil vytvořit systém, ve kterém se určují čtyři faktory – zajištění lidí potravinami, finance zajišťující životní standart, stav znečištění životního

prostředí a stav růstu počtu obyvatel. Dle Hrozenská et al. (2013) v roce 1961 již bylo OSN doporučeno dvanáct hledisek a v roce 1974 jsou Evropskou komisí OSN rozděleny „sociální indikátory“ do osmi skupin – zdraví, kvalita pracovního místa, nákup zboží a služeb, možnosti naplnění volného času, pocit sociální jistoty, šance rozvoje osobnosti, kvalita fyzického životního prostředí a možnosti účasti ve společenském životě.

„Dle WHO (světová zdravotnická organizace) jsou indikátory kvality života:

- **Fyzické zdraví** – ovlivňuje energii, únavu člověka, bolest a diskomfort nebo spánek.
- **Psychické zdraví** – vyjadřuje image, pozitivní a negativní city, sebehodnocení, způsob myšlení, učení a pozornost.
- **Úroveň nezávislosti** – pohyb, denní aktivity, pracovní kapacita, závislost na lécích.
- **Sociální vztahy** – jde o osobní vztahy, sociální oporu, sexuální aktivity.
- **Prostředí** – přístup k finančním zdrojům, svoboda, bezpečí, zdravé prostředí, sociální péče, domov, přístup k informacím, účast na rekreaci, cestování.
- **Spiritualita** – osobní víra a přesvědčení, hodnotová orientace“ (Hrozenská et al., 2013 s.26).

Na kvalitu života má i každá profese svůj pohled. To, co je zkoumáno sociologem, a ekonomem je odlišné od toho, co zkoumá sociální pracovník. Samozřejmě také samotný jedinec má svůj pohled na zmíněnou kvalitu. Jedním kritériem k posouzení kvality života seniora je i jeho vzdělávání. Oficiální forma seniorského vzdělávání je nabízena *univerzitami třetího věku*. Ta je organizovaná vysokou školou a jak uvádí Čeledová et al. (2016), studenti mají statut mimořádní studenti. Dále jsou pořádány neformální vzdělávací akce, besedy, kurzy. Podobná univerzité třetího věku je i *akademie třetího věku*. Je obdobná, ale vzdělávání organizují jiné instituce.

Jak je popsáno Čeledovou et al. (2016) nejde jen o vzdělávání ve stáří, ale i o vzdělávání ke stáří a vzdělávání o stáří.

- **Vzdělávání ve stáří** – je celoživotním vzděláváním ve vyšším věku.

- **Vzdělávání ke stáří** – spočívá k informování lidí středního věku o age managementu a o přípravě na penzi.
- **Vzdělávání o stáří** – je o obecném informování veřejnosti, vytváří povědomí o periodizaci života a k zodpovědnosti za vlastní stáří.

Všechny tyto informace jsou prezentovány v médiích, na pracovištích jako součást age managementu aj. Age management se využívá na pracovištích nejen ke zjišťování potenciálu starších zaměstnanců, ale také informuje a nabízí podpůrné nabídky k penzionování a k životu ve stáří. „*Celoživotní vzdělávání má pozitivní důsledky pro mentální svěžest ve stáří*“ (Mlýnková, 2011 s. 49).

„*Potřeby se v jednotlivých věkových obdobích mění*“ (Mlýnková, 2011 s. 48). Dospíváním a stárnutím dochází ke změnám hodnot a potřeb. Tyto změny jsou ovlivněny mnoha faktory. Každý člověk má své potřeby a budeme-li se řídit hierarchií potřeb dle Maslowa (nalezneme na [www.filosofie-uspechu.cz](http://www.filosofie-uspechu.cz)), víme, že po zajištění základních životních potřeb je na řadě pocit bezpečí a jistoty. „*Senioři jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům*“ (Mlýnková, 2011 s. 48). „*Zůstávají a jsou zvýrazněny potřeby fyziologické a z psychosociálních potřeb to jsou především potřeby bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti*“ (Mlýnková, 2011 s. 48). Tyto pocity ve stáří nabývají většího významu. Mnohem více senioři prožívají jakékoliv bezpráví, jakýkoli útok a snadno se stávají oběťmi násilného trestného činu. Proto je i státem společenská skupina „senioři“ zařazena do skupiny ohrožených osob.

Jak je Mlýnkovou (2011) popsáno, senioři preferují z **fyziologických potřeb** chutné jídlo, následně vyprazdňování a inkontinence, více spánku, být bez bolesti, mít zajištěno teplo a pohodlí. Naopak ustupují potřeby příjmu tekutin, sexuální potřeby, hygienická péče a úprava zevnějšku. Ve vyšších potřebách je dle Mlýnkové (2011), preferován **pocit jistoty a bezpečí**. Senioři prožívají strach, a to z onemocnění, ze ztráty životního partnera, ze závislosti na pomoci druhých osob, z nedostatku financí apod. Další potřeba **lásky a sounáležitosti** byla dříve zajištěna mezigeneračním soužitím, to dnes již neplatí. Potřeba **uznání a úcty** naopak jde do popředí v seniorském věku. Staří lidé mají mnoho zkušeností a mají klid a trpělivost k předávání svých moudrostí. Proto senioři rádi mluví o svém životě, vypráví, co vše zažili apod. A tím se dostaneme k nejvyšší potřebě a to **seberealizace**. Ve svém věku mají právě potřebný čas na realizaci svých tužeb a přání. Mnozí senioři pracují až do vyššího věku a realizují se

ve svém zaměstnání, jiní si zvelebují domov nebo zahrádku. Senioři chtějí mít své potřeby uspokojeny stejně jako jiné skupiny, ale většinou jsou odkázáni na pomoc jiné osoby. Proto je důležité okolí seniora a jeho rodina. Tam, kde není rovnováha mezi nároky na prostředí a schopností člověka zvládnout tyto nároky, nastane dle Mlýnkové (2011) problém v sociálním fungování. „*Sociální fungování je proces, uskutečňující se na základě interakcí mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém jedinec žije*“ (Hrozenková et al., 2013 s. 119).

Důležitým faktorem, kterým jsou uspokojovány potřeby seniora, je potřeba komunikace. Díky ní je senior v kontaktu s okolím, není sám. Snižuje se tak jeho izolovanost a pocit osamocení. Při komunikaci se seniory musí být brán v potaz faktor přizpůsobení se rytmu řeči starého člověka a akceptace jeho zdravotních omezení (sluch, zrak, kognitivní poruchy atd.). Starý člověk má potřebu popovídat si a diskutovat. My se musíme naučit mu naslouchat a pozorovat jej celistvě, protože nemluví jen slovy. Z neverbální komunikace můžeme mnohé vyčíst, ale pozor, totéž platí i obráceně. Senioři jsou velmi vnímaví k našim neverbálním projevům, zejména pokud nejsou v souladu s projevem verbálním. Je potřeba seniorům dát najevo, že o komunikaci s nimi stojíme, vytvoříme hezkou atmosféru a věnujeme jim potřebný čas. Jen dobrou komunikací může být navozen dobrý vztah mezi nemocným seniorem a pečující osobou.

## 2.1 Rozhovor

Každému je dán určitý styl komunikace a je vhodné si nejprve uvědomit, jakým stylem chceme komunikaci vést. Zda se jedná o rozhovor motivující, edukační nebo jen potřebujeme zjistit zdravotní obtíže seniora. Vždyť komunikace je vlastně předávání si informace oběma směry. Komunikace je rozlišena na komunikaci verbální a neverbální. **Verbální komunikace** se týká používání různých slov, kterým senior rozumí. Dobré je vyvarovat se cizím názvům a dlouhým souvětím. **Neverbální komunikace** se týká našich gest, pohledu, tónu řeči, mimiky apod. Hned v úvodu by měl být vymezen čas, který bude rozhovoru věnován. Je také důležité pozdravení a oslovení seniora. Důležité je také zjištění, na jaké oslovení je senior zvyklý a zda není nějak zdravotně omezen. Prioritní je navázání dobrého vztahu a získání si důvěry seniora. Při péči o nemocného dochází k rozhovorům nejen mezi pečujícím a nemocným, ale také mezi nemocným a jeho lékařem, sestrou, pečovatelkou apod. Důležitým prvkem při zvládnání svého

onemocnění je dobrá informovanost. Každý nemocný má právo být informován o svém zdravotním stavu, aby se mohl rozhodnout o své léčbě. Dle Kalábové (2013) je komunikace se zdravotníky dělena na běžnou a výjimečnou. „**Běžná komunikace** se týká praktického a „obyčejného“ kontaktu zdravotníků s pacienty a váže se k nemocím, které jsou léčitelné a vyléčitelné“ (Kalábová, 2013 s. 6).

Mezi takovou patří komunikace nemocného nebo jeho pečujícího se zdravotníky. Mají právo se zeptat na cokoli, čemu nerozumí. Ke každému vyšetření musí být podepsán informovaný souhlas. Pokud něčemu nemocný nebo pečující nerozumí, mají právo se znovu zeptat nebo také se mohou poradit s jiným odborníkem. „**Výjimečná komunikace:** Pacient rozhoduje o tom, zda chce, či nechce být o nemoci informován.“ (Kalábová, 2013 s. 6).

V komunikaci nemocného s pečujícím jsou používány všechny prostředky, kterými můžeme vyjádřit své nálady, postoje, své pocity. Jen zdravou komunikací může být vytvořeno bezpečné, klidné prostředí, kde členové skutečně říkají to, co si myslí. Od Kalábové (2013) zjistíme, že jsou situace, které komunikaci ztěžují:

- Nevěnujeme druhému pozornost, nevšímáme si, co skutečně říká, nebereme ho na vědomí a chováme se, jako by tam nebyl.
- V rozhovoru nastolíme jiné téma, než o kterém chtěl nemocný hovořit.
- Stále skáčeme druhému do řeči a tím mu nedáme možnost doříct, co chtěl.

Správné zásady komunikace se lze naučit. Existují různé kurzy, videa na internetu aj. Komunikace, která mezi členy je zdravá, přináší seniorovi a pečující osobě ovzduší porozumění, tolerance a vzájemné pomoci. Komunikace se seniory bývá specifická. Musíme si uvědomit, že někteří senioři mohou vykazovat známky stárnutí a mohou mít různá omezení. Kalábovou (2013), je popsáno rozdělení bariér v komunikaci ze strany seniora a ze strany pečujícího.

### **Bariéry v komunikaci ze strany seniora:**

- **Porucha sluchu** – mluvíme pomalu, zřetelně (nekřičíme), díváme se do tváře, používáme gesta (ne přehnaně). Používáme naslouchátko (motivujeme seniora k jeho používání). Připravíme si tužku a papír a volíme jednoduché otázky, nejlépe s možností odpovědět ANO nebo NE.

- **Porucha zraku** – tiše zaklepeme a tím upozorníme svého blízkého o vstupu do místnosti. Vše, co dělám, komentuji, a říkám, kam co pokládám. Je vhodné zajistit nemocnému brýle, a pokud se jej chce dotknout, upozorníme jej předem.
- **Porucha řeči** – důležité je si ujasnit, proč, nemůže senior mluvit. Zda se jedná o poruchu řeči (špatně vyslovuje, nemůže promluvit), nebo zda nerozumí obsahu sdělovaných informací. Pak je potřeba sdělovat informace jednodušeji pomocí mimiky, obrázků apod.
- **Vhodná vzdálenost** – dodržujeme intimní zónu svého blízkého. Nejlépe se vede rozhovor na délce natažené paže. Pokud si to senior přeje, nebráníme se většímu přiblížení.

#### **Bariéry v komunikaci ze strany pečujícího:**

- Strach ze závažného tématu.
- Téma, o němž se ve společnosti nemluví.
- Nedostatek času.
- Únava, syndrom vyhoření.

Dle Mlýnkové (2011), může být použito i toto dělení.

#### **Bariéry v komunikaci na straně prostředí:**

- Hluk a pohyb lidí.
- Přítomnost dalších lidí v místnosti, žádné soukromí.
- Na pracovišti chybí vhodná místnost určená k rozhovorům s klienty.

Při rozhovoru se setkáváme s mnoha překážkami a problémy. Jedním z nich je neochota seniora ke komunikaci. Senioři jsou dle Mlýnkové (2011) citliví na náš zájem o komunikaci. Jakmile mají pocit, že neposloucháme nebo že předstíráme zájem, hned ztrácí chuť pokračovat. Proto musí mít pečující osoba osvojeno několik zásad pro dobrou komunikaci, obrnit se trpělivostí a být velmi empatická. Je nutno aktivně naslouchat, projevit neverbální i verbální projevy naslouchání, navázat kontakt aj. Nemůžeme se ani divit, pokud nám senior nerudně odpoví nebo naopak používá vulgarizmy, nadávky, ironický tón hlasu. Je třeba rozlišit, zda se jedná o záměr nebo zda tak mluví z důvodu svého duševního postižení. Shrneme-li to do několika doporučení, pak:

- Naslouchejte tomu, co druhý skutečně říká.
- Nehodnoťte, nekritizujte, nekárejte.
- Mluvte o sobě (Cítím s Vámi...).
- Uvědomte si, že senior se zlobí na situaci a ne na vás.
- Buďte připraveni na agresivní nebo impulzivní reakce.
- Naučte se bez agrese vyjádřit své kladné i záporné pocity.

## **2.2 Okolí nemocného seniora**

Nemocí seniora jsou vyvolány určité sociální důsledky. Nemoc často způsobuje seniorovi nemožnost v plné míře vykonávat dosavadní činnosti. Senior je postaven před velké rozhodnutí, zda upřednostnit nějakou formu ústavní péče, nebo zda ještě zůstat doma. Je to velmi těžké rozhodnutí, které je třeba neuspěchat. D. Abbott, autorkou knihy „The Decision Maker’s Guide To Senior Care And Assisted Living“ je poukázáno na důležitost okamžiku rozhodnutí, kdy se přestěhovat do nějakého domova pro seniory, nebo zda ještě zůstat ve vlastním domově a v kapitole „Take Your Time And Get It Right“, což v překladu znamená „Dejte si na čas a udělejte to správně“, hovoří o významu slova domov. Doslova je zde uvedeno: „Home is truly where the heart is...“ v překladu „Domov je opravdu tam, kde je srdce...“ a přirovnávána je tak velikost tohoto rozhodnutí ke slonovi v pokoji. Ve stejné kapitole pak v alegorii hovoří o tom, že akceptovat takového slona v pokoji neznámá, že jej musíme hned začít krmit. Důležité je však reálně zvážit pro a proti a nebát se odpovědět si pravdivě na otázky, jaký je zdravotní stav, motorické, pohybové a paměťové schopnosti, a jestli potřebujeme pomoci či do jaké míry. Rozhodujeme-li se za nějakého svého blízkého člověka, důležitá je především komunikace. Měli by být zjištěny reálné možnosti a zvážena ona pro a proti společně. Je nutné mít důkladně promyšleno, co je v našem případě opravdu důležité a rozhodující a co méně. Do tohoto rozhodnutí v neposlední řadě patří i výběr lokality a dostupnost, aby člověk nebyl zcela odříznutý od rodiny a příbuzných. Do případného výběru zařízení spadají i finanční možnosti. Především je třeba zvážit možnosti soběstačnosti, motorické, pohybové, rozumové a paměťové schopnosti člověka. Konečné rozhodnutí musí být uvědomělé rozhodnutí, vycházející z reality Abbott (2015).

Senioři chtějí své potřeby uspokojit stejně jako jiné skupiny, ale většinou jsou odkázáni na pomoc jiné osoby. Proto je důležité okolí seniora a jeho rodina. Tam, kde není rovnováha mezi nároky na prostředí a schopností člověka zvládnout tyto nároky, nastane problém v sociálním fungování. „*Sociální fungování je proces, uskutečňující se na základě interakcí mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém jedinec žije*“ (Hrozenková et al., 2013 s. 119).

V současné době je péče o staré lidi zajišťována v první řadě rodinou. Pokud rodina není schopna, přebírá ji zařízení sociálních služeb. Z výzkumů a statistických dat je patrné, že o nemocné pečují převážně ženy, a to dospělé děti, či životní partnerky. Dle Dudové (2015), je větší počet pečujících žen dán vyšším zdravým věkem, kterého se ženy dožívají. Světová zdravotnická organizace nyní preferuje péči o nemocného doma. Tak hraje významnou roli rodina. Je to základní společenská skupina, která se stejně jako historie vyvíjela. V moderní rodině je nižší počet dětí a vyšší rozvodovost. „*Moderní sociologické pojetí chápe rodinu jako společenskou instituci, jejíž základ tvoří tzv. nukleární rodina, čímž je chápána bezprostřední skupina otce, matky a dětí žijících pospolu*“ (Bártlová, 2005 s. 96). Úloha rodiny v péči o nemocného člena rodiny doznala v průběhu vývoje určitých změn. Dříve bylo běžné postarat se o toho, kdo z různých důvodů ztratil schopnost se o sebe postarat. Postupně šla rodina do pozadí a péče o nemocné je přebírána zdravotnickým zařízením. Současnost ale ukazuje, že péče rodiny nemůže být žádnou institucí nahrazena a rodina má své nezastupitelné místo v životě nemocného seniora. Bártlová (2005) říká, že ochota členů rodiny se nesnižuje i přes měnící se strukturu rodiny, ale mění se podmínky a možnosti rodin v poskytování péče. Je malá podpora státu, je podceněna ekonomická stránka a pečující není oceněn. Při onemocnění člena rodiny dochází v rodině ke změně rolí. Jsou přerozdělovány úkoly, mohou nastat finanční problémy, zvyšuje se stres, nastávají konflikty z neočekávané zodpovědnosti a jsou měněny i společenské zvyklosti. Rodina jako celek by měla uplatňovat opatření i podmínky pro posílení zdravého způsobu života. Prvním předpokladem je uvědomění si, že nemocného nemohu z rodiny eliminovat, ale je potřeba aby byl zapojen v míře jemu možné. Každým členem rodiny, říká Bártlová (2005), musí být přehodnocen svůj dosavadní životní styl a změněn nejen vůči rodině, ale i vůči okolí. Krátkodobou péči zajistí rodina bez problémů, ale při dlouhodobém pečování dochází ke konfliktům. U lidí, dlouhodobě pečujících o nemocného seniora, má péče negativní efekt. Sami mají zdravotní obtíže, problémy s psychikou nebo



v sociální oblasti. Většinou bývá v rodině primární pečující, který je nejvíce ohrožen např. syndromem vyhoření.

Péče o nemocného seniora je náročná psychicky i fyzicky a vyvolává mnoho konfliktů v rodině i v okolí nemocného seniora, proto musí být pečující osoba dobře motivována, aby vše zvládla. Péče o seniora v rodině je závislá na podmínkách v rodině, je ovlivněna postoji k péči a také závisí na hodnotách a především je péče o seniora v rodině výrazem mezigenerační solidarity. Dobré rodinné zázemí a ochota pečovat jsou základním předpokladem pro příznivý vývoj jakéhokoliv onemocnění. Rodinní příslušníci mohou ovlivnit zásadním způsobem zdravotní stav. U nesoběstačného seniora vycházejí z jeho potřeb. „Potřeba je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj“ (Mlýnková, 2016 s. 26). Pečovatel vychází ze subjektivních (žízeň, hlad...) a objektivních (okorálé rty, apatie...) projevů potřeb. Kalvach (2014) zmiňuje základní potřeby, na které pečující musí dát pozor.

**Stravování a výživa** - pokud je to trochu možné, měl by i nemocný jíst u stolu. Jídlo by mělo být pestré a adekvátní. Pozor se dává na nechutenství, poruchy chrupu, polykání. Je potřeba cíleně sledovat příjem potravy, aby nedocházelo k malnutrici.

**Příjem tekutin** - stále pobízíme seniora k pití. Nedostatek tekutin způsobuje únavu, bolest hlavy, zmatenost, hrozí dehydratace.

**Nestabilita a pády** - většina seniorů má problémy při chůzi. Jsou nestabilní a ohroženi pády. Nebezpečí zvyšuje i jeho okolí. Je důležité nebezpečí předcházet a odstranit vše nebezpečné z cesty. Druhou stránkou je cvičení, správná obuv a použití opěrných pomůcek.

**Nedostatečná pohybová aktivita** – způsobuje chátrání svalů. Je potřeba poradit se s fyzioterapeutem o vhodném cvičení. Extrémem je imobilita (upoutání na lůžko). Přináší s sebou některé zdravotní komplikace. Mělké povrchní dýchání, pokles krevního tlaku, zkrácení měkkých tkání, záněty žil, proleženiny, poruchy vyměšování.

**Inkontinence** – samovolný únik moči či stolice. V domácím prostředí lze používat pleny, vložky, plenkové kalhotky, které může předepsat praktický lékař.

**Zácpa** – zhoršuje ji nedostatek tekutin a některé léky. Je vhodné dát projímadlo.

**Bolest** – je subjektivní pocit a rozhodující je, jak velká bolest je právě v danou chvíli.

## 2.3 Spiritualismus

Zvláštní kapitolou v životě člověka je jeho závěr. „*Senioři v závěrečné fázi svého života bilancují, hodnotí svůj dosavadní život a kladou si otázky o smyslu svého života. Přemýšlí, zda splnili všechno, co si kladli za úkol a cíl. Stává se, že na mnohé otázky nemají odpověď*“ (Mlýnková, 2011 s. 50). Zde je také důležitá role pečující osoby, která může suplovat roli duchovního, může, jak uvádí Mlýnková (2011), pomoci seniorovi svěřit se s trápením, nedosaženými cíli, chybami a smířit se s tím. Toto zvláštní místo v životě seniora je souhrnně nazýváno spiritualismem.

Senior svůj život prožil a má právo na důstojný odchod ze života. V historii byla smrt běžnou součástí života, během vývoje a příchodem modernizace, kdy je uznávána krása a zdraví, jsou hovory o umírání na okraji zájmu. Naštěstí v současné době o smrti hovoříme více. Smrt je konečná lidského života. „*Lékařským kritériem smrti člověka jsou: ztráta reakcí organismu na okolí, úplné zrušení všech reflexů a ztráta svalových pohybů, zástava dýchání, pokles tlaku krve v tepnách, absolutně lineární encefalografická křivka, zástava činnosti mozku a ztráta vědomí*“ (Bártlová, 2005 s. 64). Díky pokroku poklesla úmrtnost, a pokud dojde ke smrti, je to většinou v instituci. Je možné říci, že smrt je medicinalizovaná. Oproti minulosti se smrt stala spíše lékařskou záležitostí. Jak píše Bártlová (2005), každý člověk před smrtí prochází určitými fázemi umírání. Pokud je senior vážně nemocen a dojde ke změně označení od lékaře z „nemocného“ na „umírajícího“, dochází k dramatické změně. Člověk nemá žádnou naději a je na něm, jak se s tímto vědomím vypořádá. Další rána pro seniora je, když se na jeho smrt začnou připravovat jeho příbuzní a známí. Již se nedá nic dělat a senior jen čeká na konec. Blízké osoby neví, jak se mají chovat, personál se umírajícímu vyhýbá a senior se propadá do osamělosti. Zdravotní stav se začne zhoršovat, zdravotnický personál zvýší svou aktivitu a rodinou je navštěvován častěji. V posledních hodinách mohou být vykonány např. církevní obřady, rodina zůstává s umírajícím. Během čekání na smrt může blízký příbuzný zůstat u umírajícího po celou dobu, personál péči tomu přizpůsobí. Vývojem doby se v současnosti razí trend postarat se o umírajícího v jeho přirozeném prostředí, tedy doma.

## **Umírání doma**

Každému je dáno právo na důstojné umírání a důstojnou smrt za podmínek kvalitní péče, a to v domácím prostředí nebo v zařízení, kde bude zajištěna odborná zdravotní péče, ale také umožněno rodině zůstat s umírajícím v kontaktu. Umírající se nedostane do izolace, ale odchází ze života obklopen blízkou osobou.

**Domácí hospicová péče** pomáhá lidem prožít důstojným způsobem a v rodinném kruhu poslední období života. Pacient je doma navštěvován lékaři a sestrami, do péče je zapojena celá rodina. Lékař je k dispozici vždy, když je potřeba zhodnotit, změnit či nově nastavit léčbu. Dochází také sociální pracovník, psychoterapeut, dobrovolníci atd. dle potřeby. Zdravotní péče je hrazena, sociální si hradí pacient sám.

**Lůžkový hospic** je zdravotnické zařízení s nepřetržitou péčí pro pacienty ve stádiu nevyléčitelné nemoci, kdy byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Rodina na péči odborně ani fyzicky nestačí a není možný domácí hospic. Nemocný může být navštěvován příbuznými a přáteli bez omezení, podle jeho přání a potřeb a mohou ho doprovázet ve dne i v noci. Mohou přicházet i děti, pokud si to přeje. O přijetí může požádat nemocný nebo jeho blízcí, pokud nemůže souhlas s umístěním dát nemocný, ošetřující lékař musí žádost odůvodnit.

### **Rozhovor s umírajícím:**

Jedna z těžkých komunikací je rozhovor s umírajícím. Člověk, který umírá, musí být se svou situací vyrovnán. Prochází určitými stádii, než se vyrovná z nevyhnutelnosti smrti. Jak popisuje Kalábová (2013), je 6 fází, kterými si nemocní i jeho blízké okolí musí projít.

- **Fáze šoku, výkřiku**

Člověk není schopen přijmout a akceptovat sdělení diagnózy („Proč právě mně?“).

- **Fáze popření**

Popření nemoci vede nemocného člověka ke stažení se do izolace. („Nechte mě být, to nic není!“).

- **Fáze zloby a hněvu**

Toto období je nejobtížnější hlavně pro okolí člověka. Nemocný obrací svůj hněv na své nejbližší nebo i na zdravotnický personál.

- **Fáze smlouvání**

Záleží na hodnotové orientaci člověka. Vyřknuté přání je projevem největší hodnoty této části života. („Kéž bych se dočkal promoce vnuka“).

- **Fáze deprese**

Charakteristickým znakem je prožívání smutku.

- **Fáze akceptace**

Konečná fáze, kdy člověk myslí na diagnózu bez negativních emocí.

Člověk, uvádí Kalábová (2013), sám všemi stádii neprojde, musí mu být poskytnuta pomoc. Po přijetí pravdy se nemocnému uleví a může být nastolen klid v duši, ale také může přijít zoufalství nebo rezignace. Stejně jako nemocný si všemi fázemi prochází i jeho blízcí. Je potřeba ošetřit i je. Nejvhodnější je o svých pocitech mluvit. Umírající lidé se ptají „Kdo jsem a proč zde jsem?“, ohlížejí se za svým životem. Vyprávění příběhů je jedním ze způsobů, jak může být nalezen v životě člověka nějaký smysl. Své obavy a strach vyjadřuje nemocný různě. Může o svých pocitech hovořit, ale častěji jsou spíše odečteny z jeho mimoslovního projevu. Proto je potřeba dávat pozor na jeho oči, výraz tváře a pohyby těla.

### **Doprovázení**

*„Doprovázení je pomoc druhému člověku na jeho cestě. Nemocný je tím, kdo určuje směr cesty. Má jít o doprovázení, ne vedení. Cílem doprovázení je dopomoci nemocnému ke smíření se sebou, s lidmi, s Bohem“* (Kalábová, 2013 s. 33). Při doprovázení je potřeba být trpělivý, vytrvalý a pokorný. Umírající touží po doteku, komunikaci nebo chce jen spát, mít klid. Vždy touží po naší blízkosti. Ne každý může umřít doma. Je možné s umírajícím být i ve zdravotnickém zařízení po domluvě s personálem. Ne každý je schopen zvládnout doprovázení umírajícího a pečovat o něj.

## 3 Sociální služby

V této kapitole je prezentována situace, kdy je nemocný rozhodnut zůstat doma a nevyužít sociálních služeb, které mohou nemocní a osoby potřebující pomoc využít. Je zde vyjmenován základní přehled služeb, které podporují péči v domácím prostředí. Pro komplexní přehled jsou uvedeny i vhodné pobytové sociální služby, kterými je péče o nemocného seniora přebírána, pokud již není možná péče v domácím prostředí. Také je v kapitole několik slov o nemoci a vyrovnání se s ní.

Hektickou dobou, industrializací, znečišťováním životního prostředí dochází k nárůstu chronických nemocí. Léčení je pak dlouhodobé a je do něj zapojeno i nejbližší okolí nemocného. Dlouhodobá péče by měla spočívat v komunitě, to znamená v nejbližším okolí domácího prostředí. Měly by být využívány terénní a ambulantní služby. Bohužel, dostupnost sociálních služeb je v současné době nedostatečná, a hlavně nerovnoměrně rozložená. Nejhorší je situace v malých obcích, v odlehlých oblastech, na pomezí krajů. Služby nejsou provázány a chybí informovanost obyvatel. Z tohoto důvodu byla na krajských úřadech zřízena nová funkce „koordinátor sociálních služeb“, který má právě na starosti provázanost sociálních služeb. Také monitoruje situaci a poptávku po sociálních službách, poskytuje poradenství apod.

Většina nemocných touží po návratu domů, ale ne každý má zajištěny vhodné podmínky, aby to bylo možné. Většinou je péče přebírána rodinou, která může následně využít další zdravotní a sociální služby.

### Zdravotní a sociální služby podporující péči doma

#### Home Care

Pokud je po propuštění do domácí péče stále potřeba i péče zdravotní (převazy, aplikace injekcí atd.), může být ošetřujícím lékařem předepsána **domácí zdravotní péče** na dobu 14 dní. Pokračování další péče musí být posouzeno praktickým lékařem, který tuto péči prodlouží dále. Domácí zdravotní péče tzv. Home Care, je lékařem předepsána, pokud nemocný není schopen docházet k lékaři ze zdravotních důvodů a je nutné nadále zdravotní stav sledovat a nadále o něho pečovat. Tato péče je hrazena zdravotní pojišťovnou max. 3x jedna hodina denně. Častější návštěvy, Hrozenská et al. (2013) tedy větší péče je hrazena klientem. V případě nevléčitelně nemocného může být jeho

ošetřujícím lékařem předepsána domácí zdravotní péče až na 3 měsíce, ale stále 3x jedna hodina denně.

### Rehabilitace

V rámci zlepšení zdravotního stavu a naučení se správným návykům, je možná další služba a to rehabilitace. *„Veškeré činnosti, které pomohou znovu získat ztracené pohybové schopnosti či jinak napravit váš zdravotní stav“* (Viereckl et al., 2015 s. 16).

Léčba rehabilitační je navrhována a doporučována ošetřujícím lékařem, případně dalšími specialisty. Také určí, která léčba bude hrazena ze zdravotního pojištění. Lékař může doporučit další léčbu, která již musí být hrazena klientem. Rehabilitace může být doporučení správné obuvi, správné židle i cvičení stabilizace oslabeného svalstva, elektroléčba, vodoléčba.

### Fyzioterapie

*„Fyzioterapie je léčba směřující k udržení, podpoře a obnově maximální fyzické zdatnosti nebo stabilizace osoby s vrozenou vadou, po nemoci nebo úrazu, s cílem vrátit ji ztracené schopnosti nebo funkce organismu“* (Viereckl et al., 2015 s. 22).

### Ergoterapie

*„Ergoterapie – cílem je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech, ve kterých je osoba z důvodu onemocnění, úrazu, vývojové vady či procesu stárnutí limitována. Nácvik probíhá v reálných situacích, a pokud to je možné, i v co nejpřirozenějším prostředí“* (Viereckl et al., 2015 s. 23).

### Osobní asistence a pečovatelská služba

Obě služby jsou si podobné. Liší se v obsahu sociální služby. Pečovatelská služba má přesně vymezeny úkony, které může provádět a kolik si může účtovat za své úkony. U osobní asistence je průběh i obsah služby určen klientem. Služba je adresována osobám, které mají sníženou soběstačnost, ale chtějí zůstat doma. Obě služby si hradí klient sám, ale právě tyto služby mohou být hrazeny z přiznaného příspěvku na péči, který klient dostává.

### **Péče ve zdravotním či sociálním zařízení**

#### Léčebna dlouhodobě nemocných

Je to zdravotnické zařízení zajišťující lůžkovou péči, kde pobyt je hrazen zdravotní pojišťovnou. Klient potřebuje vysokou zdravotní péči a nelze ji zajistit doma. O umístění rozhoduje ošetřující lékař.

### Odlehčovací služba

Jednou z možností, kdy si potřebujeme odpočinout, je využití odlehčovací služby. Také může být využita v případě, kdy pečující musí do nemocnice, nebo si potřebuje něco zařídit, přizpůsobit bydlení nebo prostě odpočinout na dovolené, navštívit děti aj., pak může využít na různě dlouhá časová období i tuto službu. Buď několika denní pobyt (pobytová forma), kdy klient je v zařízení na určitý časový úsek a je mu poskytnuta běžná ošetrovatelská péče dle potřeb, nebo na celodenní péči v zařízení (ambulantní forma), kdy klient dochází do zařízení. Ráno je převzat a odpoledne zase jede klient domů. Některá zařízení si klienty i vyzvednou v místě bydliště a následně jsou i odvezeni zpět. Další formou je návštěva doma u klienta, kam pečovatelka dochází a zůstává do dopoledne, do příchodu pečujícího. Služba může být využívána opakovaně, ale nepravidelně po dobu celého roku a je hrazena klientem.

### Stacionáře

Tato služba dělena na denní a týdenní. U denní je péče poskytována v průběhu pracovního dne a odpoledne se osoba vrací domů. Týdenní, péče je poskytována v průběhu týdne a na víkend se osoba vrací domů. Jedná se o zařízení, kde je postaráno o klienty s potřebou celodenní péči, kteří jinak pobývají doma s rodinou. Pobyt je placen klientem.

Pokud po zhodnocení svých možností a zvážení, zda je reálné pečovat o nemocného seniora doma, dojdeme k tomu, že je potřeba vyhledat vhodné sociální zařízení, je možno využít Domov pro seniory nebo Domov se zvláštním režimem.

## **Pobytové sociální služby**

### Domov pro seniory

Klient je trvale odkázán na pomoc a péči jiné osoby a není možné, aby pobýval v domácím prostředí. O umístění požádá klient přímo zařízení a po uvolnění kapacity je do zařízení přijat, pokud jsou splněny podmínky (cílová skupina, věk, onemocnění). Ubytování a strava je hrazena klientem, částka je dána zákonem (zákon č. 108/2016 Sb., o sociálních službách). Z příjmů je odečteno 15 % a ze zůstatku je placena úhrada.

### Domov se zvláštním režimem

Klient, má sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a má sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění jako je stařecká demence, Alzheimerova demence či jiný typ demence. Ubytování

a strava je hrazena klientem. Z příjmů je odečteno 15 % a ze zůstatku je placena úhrada. Služby jsou přizpůsobeny specifickým potřebám klientů.

#### Dům s pečovatelskou službou

Jedná se o specifickou péči, kdy klient, který potřebuje jen občasnou pomoc a péči jiné osoby, ale stále je schopen žít samostatně, může zažádat na městském úřadě o umístění do domu s pečovatelskou službou. V tomto domě jsou byty městské a městem jsou pronajímány za zákonem stanovených podmínek a pravidelně jsou zde přítomni pracovníci pečovatelské služby.

#### Tísňová péče

Tato služba je specifická a nemusí sloužit jen těžce nemocným, ale i např. osaměle žijícím seniorům. Posláním je zajistit bezpečí uživatelům v domácím prostředí. Jedná se o telefonickou pomoc v krizových situacích. V nouzi si klient stiskne tlačítko a vytočením čísla se spojí s dispečinkem. Kde je prostřednictvím vyškolených operátorek zajištěna pomoc. Komunikují se seniorem nebo rovnou volají pomoc. Na dispečinku jsou uloženy náhradní klíče a operátorka je obeznámena s klienty a může podat lékaři i potřebné důležité informace. Také může být informována rodina. Záleží na smlouvě, která je mezi klientem a službou uzavřena. Klientem jsou hrazeny paušální poplatky a výjezdy. K tomu je potřeba disponovat konkrétním telefonem.

Při dlouhodobé péči je potřeba zamyslet se nad našimi možnostmi. Jaké máme kompetence, a je nutné si uvědomit, že také přebíráme odpovědnost za péči o seniora a je na nás, jak tato péče bude kvalitní. Při dlouhodobé péči mohou být využity všechny již zmíněné služby a pečování tak ulehčeno.

#### Zdravotní pomůcky

Péče o nemocného je náročná a pro lepší péči je vhodné využívat i dostupné pomůcky. Kompenzační a rehabilitační, které pomáhají nahradit tělesné funkce, které nefungují. Tak, aby bylo dosaženo co možná největšího komfortu osoby, o kterou pečujeme. Na trhu je mnoho pomůcek, které mohou být zakoupeny, ale i pronajaty ve zdravotnických potřebách nebo u neziskových organizací apod. Mezi pomůcky patří např. pečovatelská lůžka, antidekubitní matrace, invalidní vozíky, chodítka, toaletní a koupelnové pomůcky, elektrické skútry, hole nebo berle, ale i přizpůsobené přístroje, hrnečky, nazouváky atd. Některé pomůcky jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Poukaz na zdravotní pomůcku je předepsán lékařem a zdravotní pojišťovnou plně nebo částečně



uhrazen. Některé pomůcky mohou být předepsány praktickým lékařem, jiné pouze specialistou. Některé jsou hrazeny plně ze zdravotního pojištění a na jiné si klient připlácí. Také je možné, že zdravotní pojišťovnou je uhrazena pomůcka v základní verzi a klient má možnost si doplatit nadstandardní úpravy. Další možností, poskytovanou zdravotně postiženým lidem je podpora od státu (zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením).

Zdravotní i sociální péče může být dělena na krátkodobou a dlouhodobou. Podle délky trvání, kdy nemocný potřebuje péči druhé osoby, můžeme využít i další nástroje sociální politiky. Při výběru sociální služby je také velmi důležité, aby si nemocný senior uvědomil, že pomoc potřebuje. Obvykle si nemocný myslí, že jeho snížená soběstačnost je jen dočasná. Často má představu, že po vyléčení či snížení obtíží, bude vše navráceno do původního stavu. Tedy do doby, kdy mohl uspokojovat své potřeby sám. Má takzvaný subjektivní pocit a náhled na svůj zdravotní stav. Autory Leventalem a Nerenzem (1985) je tento subjektivní pocit nazván laickým přesvědčením o své nemoci. Domnívají se, že díky tomuto laickému pohledu, může nemocný člověk lépe si pomoci v orientaci stavu, do kterého se dostal. Leventalem a Nerenzem (1985) je specifikováno pět kognitivních dimenzí laických představ o zdravotním stavu:

- Identifikace – nemocný na sobě pozoruje nějaké příznaky a přisuzuje jim možné příčiny, např. bolí mě v krku, mám angínu.
- Představa příčin změněného zdravotního stavu - např. vypil jsem studený nápoj, proto mám angínu.
- Časové dimenze změněného zdravotního stavu – např. budu-li se léčit, budu nemocen týden, nebudu-li se léčit, pak budu nemocen jen 7 dní.
- Následky změněného zdravotního stavu - např. budu muset pár dní ležet a pít se.
- Léčitelnost změněného zdravotního stavu – např. nejedná se o nic vážného, za několik dní příznaky nemoci zmizí.

Ukazuje se, že vlastní obtíže jsou vnímány s velkými diferencemi. Dle Krivohlavého (2002) jedním z momentů je zkušenost, kterou jsme měli s danými obtížemi v minulosti. Máme už nějakou zkušenost a dle ní je k příznaku nemoci přistupováno. Také může mít určitou zkušenost někdo v našem blízkém okolí. Jedná se o **emocionální zážitek** s daným příznakem nemoci. Pokud onemocní někdo nám blízký,

jsou vnímány jeho obtíže a zanechají v nás určitou zkušenost jako by byla naše vlastní. Dalším momentem je **očekávání**. Např. v době chřipkových onemocnění jsou příznaky této nemoci očekávány a vnímány jinak, než když je nečekáme. Jinak jsou vnímány příznaky, pokud se dotýkají důležitých částí těla. Jedná se o **ohroženou hodnotu**. Např. chirurg si bude dávat pozor na ruce, modelka na obličej apod. Pokud se příznaky objeví na těchto částech těla, budeme k nim přistupovat obezřetněji a ihned řešit jako vážné. Pro nás zásadní je také příznak, znesnadňující pohyblivost. Je-li **ohrožená pohyblivost**, chápeme příznak nemoci jako vážný a snažíme se jej hned řešit. Nemocný člověk se snaží svou situaci pochopit, zvládnout a soustředí se na přítomnost a vyrovnávání se, se svým stavem. Hodnotí situaci a snaží se na ni adaptovat. Když dojde k závěru, že na svou situaci sám nestačí a potřebuje pomoc, očekává, že tato pomoc bude zajištěna jeho nejbližšími. Otázkou je, zda mu mohou jeho nejbližší být opravdu nápomocni. Zde se střetá realita s nadějným očekáváním a často je nemocný senior zklamán a těžko se vyrovnává se svou nemohoucností a potřebě péče od druhé osoby. Řadou studií a výzkumů je prokázáno, že mezi lidmi jsou velké odlišnosti ve zvládání životních těžkostí. V psychologii je užíván anglický termín **coping**. Krívohlavým (2002), je tento termín chápán jako proces při zvládání těžkých životních situací. Na jednu stranu staví nemocnou osobu, která má určité možnosti, zdroje, hodnoty a osobní zaměření, na straně druhé je nemoc, která působí na člověka a klade na něj určité požadavky. Na obě strany působí řada vlivů a ve vzájemném působení dochází k řadě akcí, které vedou k adaptaci člověka a nalezení smysluplnosti svého žití.

## **4 Podpora seniora i pečující osoby**

Tato kapitola pojednává o aspektech podpory nemocného i pečujícího. Uvedeny jsou možnosti motivace pečujících a také jaký je podíl státu na podpoře nemocného a pečujících osob.

### **Podpora nemocného**

Základem je zdravotní primární péče o nemocného, která je poskytována praktickým lékařem. Tím je také uplatňována primární, sekundární a terciární prevenci. Měl by spolupracovat s rodinou a s různými organizacemi. Praktický lékař má možnost předepsat domácí ošetrovatelskou péči, zdravotní pomůcky, rehabilitaci apod.

### **Podpora pečujícího**

Je zcela samozřejmé, že péči o naše blízké přebírána rodina. Stejně je to i s péčí o seniory. V naší republice stále přetrvává kulturní předpoklad či jistý stereotyp, že péči by měla být zajištěna ženou. Právě žena upřednostní zájmy rodiny před svými vlastními. Z předpokladu Dudové (2015), je péče v rodině o nemocného seniora v ohrožení. Potřeba péče narůstá, ale v rodinách se rodí stále méně dětí. Také rostou pečovatelské povinnosti a děti nemají s kým se o ně rozdělit. V různých studiích je dokládáno, že prodloužená délka života nemusí předpokládat i potřebu péče. Zdravotní stav obyvatelstva se zlepšuje a může zkrátit období, kdy je zapotřebí právě péče druhé osoby. Naše společnost je založena na mezigenerační solidaritě. Bylo přirozené, že neformální péče o své stárnoucí rodiče byla většinou přebírána dětmi. Bohužel, ze zamyšlení Dudové (2015) vychází, že již zmiňovanými demografickými změnami byl systém poskytování péče ohrožen. Roste počet osob, které žijí bez partnera, je větší počet rozvedených párů a bezdětných, roste vzdálenost mezi domácnostmi jednotlivých členů rodiny. Ženy jsou méně připraveny a ochotny vzdát se ekonomického života a poskytovat péči. Pracovní vytíženost a potřeba placeného zaměstnání znemožňuje pečovat o své blízké. Na jedné straně je prosazována péče o své blízké v domácím prostředí, ale na druhé stát očekává pozdější odchod do důchodu a je prodlužována doba pracovního procesu. To má za následek, že pečující musí volit méně časově náročnou práci, aby byl schopen zvládnout potřebnou péči a tím má velice nevýhodnou pozici na pracovním trhu. Dostává méně placenou práci a tím i nižší budoucí důchod. Tímto

mohou být nastoleny předpoklady, že osoby pečující mohou být ohroženy chudobou. Zde se nabízí i otázka, zda má být péče v rámci rodiny nějak finančně ohodnocena. Lze se tedy zamyslet nad tím, proč je jedinec ochoten pečovat o svého blízkého.

Dudová (2015) udává několik teorií.

**Sociální směna** – Rodiče poskytovali svým potomkům obživu, ochranu a další věci během dospívání, a tak děti vnímají jako povinnost pomoci rodičům v době, kdy ji potřebují. Pokud by to tak nebylo, cítili by pocit viny nebo i odsouzení od okolí.

**Teorie závazku** – Péče o staré rodiče plyne z kulturních a morálních norem platných v dané společnosti. Ty vzbuzují pocit odpovědnosti postarat se o své blízké.

**Teorie vazby** – Dospělé děti zůstanou v kontaktu se svými rodiči. Pomáhají jim, pečují o ně, protože je mezi nimi určitá vazba. Je mezi nimi pouto přátelství, vzájemné lásky, blízkosti, a ne pocit dluhu či odpovědnosti.

Péče o blízkého člověka je fyzicky, psychicky i časově velice náročná. Měli bychom usilovat o to, aby péče byla podpůrná, plánovaná a bezpečná. V nemocnicích je zkracována ošetrovatelská doba, vědeckotechnický pokrok jde kupředu a dochází k nárůstu lékařské a technické podpory domácí péče. Tak budou moci být pečující se svým blízkým seniorem déle doma, a to i v případě závažné nemoci. Jak píše Kalábová (2013) k tomu si musí dojít k osvojení příslušných kompetencí a po zaškolení získána i potřebná sebedůvěra. Toto zaškolení provede domácí péče nebo i rehabilitační pracovník. Profesionál nám ukáže, jak pečovat, ošetřovat a cvičit se seniorem. Také nás upozorní, na co si dávat pozor. Stále mějme na paměti, že necháme na nemocném, co zvládne udělat sám. Podpoříme jej a raději vytvoříme podmínky delšího procesu.

Pečující osoba je svému blízkému nejbližší. Měla být obeznámena s veškerými omezeními a znát možnosti nemocného. Zároveň ale nesmí na něj dohlížet, ale snažit se být spíše nápomocen v jeho nelehké situaci. Jak již bylo několikrát uvedeno, je velice důležitá komunikace mezi členy rodiny, ale i umění mlčet. Nemocnému často stačí jen vnímat naši přítomnost, uvědomit si, že není sám. To se osvědčuje hlavně v terminálním stádiu života uvedla Kalábová (2013).

Stejně pro nás může být stresující i komunikace s člověkem trpícím demencí. Už jen proto, že stále dokola opakuje to samé, stále se ptá na to samé, nepoznává nás nebo

si nás plete s někým jiným. Pak by měli být dodrženy zásady, které Kalábová (2013), shrnula do těchto rad.

- Snažte se být otevření, přátelští, laskaví. Pokud budete v napětí, přenešete se to i na Vašeho blízkého.
- Nejdříve nemocného oslovte a ujistěte se, že Vám věnuje pozornost.
- Představte se a sdělte cíl návštěvy.
- Buďte věcní, mluvte pomalu.
- Jestliže váš blízký reaguje negativně, je nervózní, nezačínajte spor a vyhněte se domluvám.

## 4.1 Podpora státu

Současná sociální politika se snaží zvýšit aktivní chování obyvatel v řešení jejich problémů. Stále je kladen důraz na péči v domácím či přirozeném prostředí, ale ve skutečnosti je to přenesení odpovědnosti na rodinu. Stát se podílí na ochraně nesoběstačných obyvatel třemi pilíři sociální pomoci. V prvním pilíři je ukotven pojistný systém. Do druhého pilíře je dána státní sociální podpora a do třetího sociální pomoc. Péče o nesoběstačného občana je zakotvena i v některých zákonech např. zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce nebo zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník.

### Dlouhodobé ošetřovné

Tato dávka je nová a teprve se ukáže její přínos, nicméně je dalším krokem, jak se stát připravuje na demografickou změnu. Dlouhodobé ošetřovné je vypláceno ze systému nemocenského pojištění, a to od června 2018 osobě, která péči poskytuje. Zákonem je přesně stanoveno, které osoby za splnění dílčích podmínek, mají nárok na tuto dávku. Zároveň zakotvil i v Zákoníku práce povinnosti zaměstnavateli. Smyslem této dávky je, pokrýt dobu, kdy je nemocný závislý na péči druhé osoby a potřebuje její péči a pečující je postaven před volbu, zda pracovat a zajistit finance nebo pečovat a dostat se do finančních těžkostí. S pomocí této dávky má možnost pečující u svého zaměstnavatele požádat o Dlouhodobé ošetřovné, které se poskytuje až na 3 měsíce (90 dní) a zároveň pobírat náhradu příjmů ve výši 60 % denního vyměřovacího základu. Doba tří měsíců by měla postačit k tomu, aby se rodina mohla vyrovnat s novou situací, kdy nemocný např. po vážném úraze či onemocnění je propuštěn z nemocnice domů a rodina řeší co dál. Buď doba postačí a člověk se uzdraví, nebo zda má být zajištěna další péče. Mohou si požádat o příspěvky, zajistit pečovatele nebo vhodnou sociální službu. Také je možné se v péči vystřídat s jiným členem rodiny. Péče musí být poskytována v domácím prostředí a zaměstnavatel s ní musí souhlasit. Pečující je po dobu tří měsíců v klidu, neboť má jistotu, že se vrátí zpět na své původní pracoviště a zaměstnavatel nesmí v této době dát zaměstnanci výpověď. Pravidla platí i pro osoby samostatně výdělečně činné, pokud jsou splněny i ostatní podmínky. Pečující i nemocný mají možnost na adaptaci s nastalou situací, na nalezení vhodných řešení apod. aniž by museli řešit existenční problémy. To přispívá ke kvalitě života nemocného i jeho rodiny.

## **Zásah do svéprávnosti osoby**

S novým občanským zákonem bylo změněno posuzování omezení svéprávnosti osob.

Nově byly zavedeny tři úrovně zásahu do svéprávnosti osoby:

- a) nápomoc při rozhodování (podpůrce),
- b) zastoupení členem domácnosti,
- c) omezení svéprávnosti.

O všech třech zásazích je rozhodováno soudem. Vždy je potřeba podat návrh na soud, který zahájí řízení, provede dokazování a rozhodne.

### **• Nápomoc při rozhodování**

Mezi oběma stranami je uzavřena smlouva o nápomoci písemně nebo ústně, ale vždy musí být schválena soudem. Ten dohlíží, aby smlouva nebyla v rozporu se zájmy podporovaného. Ve smlouvě je uvedeno, jakým způsobem podpůrce bude pomáhat podporovanému. Většinou jde o účast při úředních jednáních. Podporovanému je vše vysvětleno vhodnou formou a doporučen další postup. Podpůrce jedná dle uzavřené smlouvy, sám nevyvíjí aktivitu. Je na podporovaném, zda využije možnosti konzultace či pomoci. Pokud podporovaný podepisuje smlouvu, může požádat o pomoc podpůrce a ten může smlouvu podepsat vedle podporovaného, k podpisu uvede svou funkci a popíše, jaká podpora byla z jeho strany poskytnuta. Podpůrce je garantem, který chrání podporovaného před zneužitím nebo jakýmkoliv protiprávním jednáním. Podpůrce nejedná za podporovaného, ale poskytuje mu rady a potřebné údaje. Podporovaný se rozhoduje sám na základě získaných informací. Podpůrce se nesmí na úkor podporovaného obohatit nebo jej nevhodně ovlivňovat ve svůj prospěch. Nápomoc je dobrovolná a může být kdykoli oběma stranami ukončena, ale vždy Rozhodnutím soudu, které nabude právní moci. Na soud se je podán návrh na ukončení a soud má povinnost žádost respektovat. Soudem může být také smlouva zrušena i bez návrhu, pokud je zjištěno, že podpůrce jedná protiprávně.

### **• Zastoupení členem domácnosti**

Jedná se o další formu pomoci, kdy nemocný nedisponuje duševními kompetencemi k právnímu jednání, ale není důvod, aby byl omezen na svéprávnosti. Občanským zákoníkem je přesně stanoven okruh osob, které mohou tuto funkci vykonávat. Jsou to osoby člověku nejbližší, člen jeho rodiny či domácnosti. Kromě rodiny (manžel(ka),

děti, sourozenci, předci...), to může být i člen domácnosti za předpokladu, že spolu žijí v jedné domácnosti alespoň 3 roky. Zastoupení je schvalováno soudem, který musí vyslechnout zastupovaného a zjistit si jeho názor, dále zastupovaný musí být informován o tom, co zastupování znamená a co z toho plyne pro něj. Zástupce musí chránit zájmy zastupovaného, plnit jeho přání tak, aby způsob jeho života těmto přáním odpovídal. Zástupce může jednat pouze v obvyklých záležitostech např. při jednání na úřadech. Ovšem s příjmy zastupovaného smí nakládat pouze do té míry tak, aby byl zajištěn životní standard zastupovaného a jeho potřeby. V Občanském zákoně je přímo uvedeno, že s penězi na účtu smí zástupce disponovat pouze do výše životního minima. Zastupovaný může právně jednat v běžných záležitostech každodenního života, například nakoupit. Ze strany zástupce nesmí být zasahováno do integrity duševní či tělesné tak, aby to mělo trvalé následky, ani nesmí takový souhlas udělit. Zástupců může být více, ale musí jednat společně a jednání si nesmí odporovat. Zastupování může zaniknout ze strany zastupovaného nebo zástupce, nebo bude-li ustanoven opatrovník. Zánik musí být potvrzen soudem. Dojde-li ke kolizi mezi podpůrcem a zastupováním, má větší váhu mírnější zásah do práv zastupovaného.

- **Omezení svéprávnosti**

Jedná se o největší zásah do práv člověka. K omezení může dojít pouze je-li to v zájmu člověka, kdy by mu hrozila vážná újma a nelze to řešit mírnějším opatřením. Omezit člověka smí pouze soud, a to po shlednutí s plným uznáním jeho práv a jedinečnosti. Soud smí omezit člověka pouze v rozsahu, v jakém není schopen právně jednat, a to na dobu nejdéle tří let. Pokud je předpoklad, že se stav člověka nezlepší, lze omezení prodloužit, nejdéle však na pět let. Po uplynutí této lhůty omezení zaniká, pokud nebylo zahájeno řízení o prodloužení lhůty omezení svéprávnosti, pak běží roční lhůta na rozhodnutí. Soud zjišťuje přání člověka, jeho situaci a pak mu jmenuje opatrovníka. Zjišťuje v nejbližším okruhu člověka, zda se neobjeví někdo vhodný k opatrovnictví, také zjišťuje přání člověka a samozřejmě se ptá adepta na opatrovnictví, zda je chce vykonávat. Je-li vhodná osoba, jmenuje ji opatrovníkem. Opatrovník jedná v zájmu opatrovance a vyřizuje veškeré záležitosti opatrovance dle stanovení soudu. Člověk je soudem na právech pouze omezen, a to v rozsahu, v jakém je to nezbytně nutné. Není-li nalezena vhodná osoba, zpravidla je soudem jmenován městský či obecní úřad v místě trvalého bydliště.



## **Sociální pomoc**

Pomoc poskytovaná státem jde ze systému sociálního zabezpečení. Tato pomoc je zajištěna orgány státní správy. Pro osoby se zdravotním postižením jsou dávky zejména příspěvek na péči, průkaz osoby se zdravotním postižením a sociální služby.

### **Příspěvek na péči**

V rámci transformace péče byla změněna i sociální politika státu. Stále více se zdůrazňováno posílení svobodné volby péče u osoby závislé na pomoci druhých. Jak upozorňuje Dudová (2015) nebyla to iniciativa státu, ale Národní rady osob se zdravotním postižením v čele s panem Krásou, kterou byl prosazen návrh nového zákona o sociálních službách s touto novou myšlenkou. Jeho cílem bylo, aby se každý člověk mohl postarat sám o sebe a spolurozhodoval o tom, jakým způsobem. Kompetence byla svěřena občanům, aby mohli rozhodnout sami za sebe, jakou službu budou využívat. To mělo být zajištěno novou dávkou „Příspěvek na péči“. Díky této dávce si lidé mohu svobodně vybrat druh služby a budou mít prostředky, aby si ji mohli zaplatit. Do té doby se jednalo o „péči o osobu blízkou“ a byl pouze jediný pečující, který si mohl přivydělat maximálně částku do výše 6 000,- Kč. Nový příspěvek byl vyšší a umožňoval péči rozdělit nebo delegovat i na jiné služby, aniž by byl ohrožen příjem pečující osoby. Soudilo se, že tato nová dávka posílí domácí péči v rámci rodiny a tím budou i sníženy náklady na pobytové služby. Očekávalo se, že postupem času dojde k vytrídění sociálních služeb. Zůstanou jen ty, o které je zájem a ty budou placeny nemocným. Také se předpokládalo zvýšení zájmu o terénní pečovatelskou službu.

Jak se ukázalo, peníze vyplácené přímo osobám, zejména seniorům nebyly do systému z velké části navraceny. To vedlo ke krizi financování sociálních služeb, neboť měly být převážně hrazeny právě z příspěvků od klientů. Naopak jsou zvýšeny náklady státu na sociální služby, ale příspěvek na péči není využíván na nákup sociálních služeb. Není možné kontrolovat, za jakou péči je příjemce příspěvku placen. Nemůže být zhodnoceno, zda je péče systematická či jen nárazová a jak je placena péče osob blízkých. Většinou příspěvek na péči slouží jako přílepení k důchodu. Již v roce 2008 se vláda shodla na nutné změně a v roce 2009 byl zákon (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) znovelizován. Tato novelizace nebyla v takové míře, jaká byla Hrozenská et al. (2013) vypláceného v 1. stupni závislosti u dospělých osob z částky 2 000,- Kč na částku 800,- Kč.

Příspěvek na péči je upraven zákonem o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). Slouží nemocnému k zabezpečení vlastních potřeb tak, že je určeno, komu zaplatí za pomoc. Příspěvek je poskytován pouze osobám, které jsou závislé na péči druhé osoby, a jeho zdravotní stav je dlouhodobě nepříznivý. Výše příspěvku je stanovena přiznaným stupněm závislosti, který je dán počtem nevládaných oblastí základních životních potřeb. Tyto oblasti jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. V roce 2016 došlo k valorizaci příspěvku na péči o 10 % a v roce 2019 se příspěvek na péči ve III. stupni zvedl na 13 900,- a ve IV. stupni 19 200,-, pokud není žadatel v pobytové službě.

## 5 Možnosti péče v Karlových Varech

Téma práce bylo pro velkou obsáhlost zúženo na Karlovarský kraj. Pro lepší představu o jaký region se jedná, jsou uvedena základní data a možnosti nemocného seniora ve využívání sociálních služeb a pomoci, kterou kraj nabízí.

Karlovarský kraj se nachází na západě České republiky. Tvoří jej 3 okresy - Chebský, Karlovarský a Sokolovský. Rozloha Karlovarského kraje je 3 314 km<sup>2</sup>. Patří mezi nejmenší kraje v republice. Přímou působností okresu Karlovy Vary jsou v současné době poskytovány krajem: dva denní stacionáře, šest domovů pro seniory, tři osobní asistence, dvě sociálně terapeutické dílny, jednu telefonickou krizovou pomoc, tři domovy pro osoby se zdravotním postižením a dva domovy se zvláštním režimem, jeden týdenní stacionář, sedm pečovatelských služeb, dvě sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a tři sociální rehabilitace. Tyto služby jsou pro seniory a osoby zdravotně postižené. (Registr sociálních služeb 2019)

### **Síť sociálních služeb**

Sociální služby jsou souhrnem odborných činností, které pomáhají člověku řešit nepříznivou sociální situaci. Protože jsou příčiny těchto situací různé, existuje mnoho druhů sociálních služeb. Je na Kraji samotném, jaké ve své oblasti bude poskytovat sociální služby. MPSV bude poskytovat krajům ze státního rozpočtu příspěvek na zajištění těchto služeb. Tím má kraj možnost zřízení sociálních služeb, které skutečně potřebuje v závislosti na skladbě obyvatel a jejich potřebách. Konkrétně je zde tato problematika zaměřena na Karlovarský kraj. Každý kraj má svá specifika a potřeby, a právě přechod financování ze státu na kraje slibuje, že ze strany kraje může být lépe posouzena služba, která je potřebná a také zhodnocena efektivita vložených prostředků.

### **Sociální služby lze rozdělit do tří základních oblastí:**

- Sociální poradenství, které je obvykle specializované pro určitou cílovou skupinu či situaci, přičemž základní poradenství je nedílnou složkou všech sociálních služeb.
- Služby sociální péče zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby.

- Služby sociální prevence slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy.

### **Sociální služby můžeme rozdělit i podle místa jejich poskytování:**

- Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Příkladem může být pečovatelská služba, osobní asistence či terénní programy pro ohroženou mládež.
- Za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením nebo kontaktní centra pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách.
- Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života fakticky celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale patří sem také tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy pro matky s dětmi nebo osoby bez přístřeší.

Důležitým principem je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob.

V Karlových Varech má nemocný senior možnost využít **osobní asistenci** Agentury domácí péče Ladara, o.p.s., Centrum pro zdravotně postižené Karlovarského kraje, o.p.s. a Dveře do kořán, z. s. Těmito službami je nemocnému nabízena pomoc v jeho domácím prostředí např. s oblékáním, s péčí o domácnost apod. popřípadě doprovod k lékaři atd.

Další možností je využívání služeb **domácí péče** a to Agentury domácí péče Ladara, o.p.s., Domácí péče Karlovy Vary, s.r.o., Městské zařízení sociálních služeb, p.o., Res vitae, z.s. Pečovatelky dochází k nemocnému seniorovi domů a pomáhají mu dle nasmlouvaných úkonů, např. pomoc při sebeobsluze, pomoc s péčí o domácnost, nákupy, dovoz obědů atd.

Další z možností je **denní** nebo **týdenní stacionář**. Pokud je pečující osoba zaměstnaná nebo nemají možnost o nemocného seniora celodenně pečovat, pak lze využít denní nebo týdenní stacionář Farní charity Karlovy Vary.

Pokud již není adekvátní možnost jak se starat o nemocného v domácím prostředí a je potřeba celodenní péče, lze využít pobytové služby. Nemocní senioři mohou využít **Domovy pro seniory**. Přímo v Karlových Varech je Domov pro seniory Karlovy Vary – Stará Role, p.o. Obyvateli Karlových Varů mohou být využity i Domovy v nejbližším okolí. Domov pro seniory v Mariánské, p.o., Domov pro seniory „Květinka“, s.r.o., Domov pro seniory Pernink, p.o., Domov pokojného stáří Ostrov, Domov pokojného stáří bl. Hroznaty. Pokud nemocný senior onemocněl nějakou duševní nemocí, pak lze využít pobytovou službu **Domov se zvláštním režimem**. Ten je u Karlových Varů pouze jeden Domov se zvláštním režimem „MATYÁŠ“ v Nejdku, p.o.

Nemocným mohou pomoci i jiné služby např. TyfloCentrum Karlovy Vary, o.p.s. Podporuje a pomáhá nemocným **s poškozením zraku**. Novodobá sanitka zase dopravuje seniory k lékařům nebo jinam, dle potřeb seniora.

Karlovarským krajem jsou v rámci své působnosti realizovány také různé projekty v sociální oblasti. Jedním z projektů je tzv. *Seniorská obálka*. Jedná se o projekt převzatý z Jihomoravského kraje a na popud častých výjezdů záchranářů. Tento projekt usnadňuje záchranářským složkám pomoc nemocným seniorům v tomto kraji. V tomto projektu se jedná o jakousi kartu, na které budou vypsány základní údaje o zdravotním stavu, užívaných lécích a kontaktů na rodinné příslušníky a praktického lékaře. Karta je uložena v zalepené obálce na viditelném místě a popsána mezinárodní zkratkou ICE, což česky znamená „otevřít v případě nouze“. (Informace Karlovarského kraje 2019)

Dále probíhala v kraji analýza potřebnosti sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra. Tato analýza bude sloužit pro zkvalitnění péče pro tyto osoby, a především k zajištění potřebných sociálních služeb pro osoby s PAS, které budou zařazeny do sítě sociálních služeb v Karlovarském kraji.

Krajem jsou také pořádány různé konference, přednášky, workshopy apod. k tématům, které jsou věnovány vždy určité oblasti sociálních služeb. Tak, aby lidé měli dostatek informací, jak se k sociální službě dostat. Vydávány jsou sborníky a příručky, které mají především pečující osobám usnadnit orientaci v nabízených sociálních službách. Jimi je nabízen ucelený přehled tak, aby si nemocný senior či pečující osoba

našla pro sebe vhodnou pomoc. Součástí jsou také kontakty na uvedené služby a jednoduchým popisem krátké seznámení se sociální službou.

Karlovarský kraj se přidal k celorepublikové kampani „*Můžeme je potřebovat*“. Kampaň realizuje Asociace poskytovatelů sociálních služeb a cílem této kampaně je zvýšit povědomí veřejnosti o sociální oblasti a zdůrazňuje hlavní roli neziskového sektoru v poskytování sociálních služeb. V kinech, rádiích a na sociálních sítích běží audiospoty, videospoty, které poskytli sami poskytovatelé sociálních služeb nebo známé osobnosti čtou životní příběhy lidí, kteří se dostali do těžké životní situace.

Je samozřejmé, že i Karlovarský kraj se potýká s řadou problémů v sociální oblasti. Jedním z nich je i nerovnoměrné rozložení sociálních služeb po celém Karlovarském kraji. Hustší síť nabízených sociálních služeb je v okolí bývalého okresu Cheb. Naopak nejméně sociálních služeb se nachází v bývalém okresu Karlovy Vary. Byl vytvořen „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji“, který na tento problém již reaguje. V okolí Chebu jsou slučovány sociální služby se stejným zaměřením a naopak v okolí Karlových Varů se hledají možnosti výstavby nových pobytových sociálních služeb, kterých je v Karlovarském kraji nedostatek.

Dalším problémem je deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na léta 2016 – 2025 uvádí, že problémem současnosti je nemožnost lidí nacházejících se v těžké životní situaci možnost žít nezávislým způsobem. I Karlovarský kraj reagoval na deinstitucionalizaci a snažil se o snížení ústavní péče a podporoval péči v komunitě. S odstupem několika let je možné hodnotit tuto snahu jako finančně i personálně náročnou a ne vždy lze uskutečnit. MPSV ve své publikaci *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče* je pojem vysvětlen takto: „*Proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů, a ne potřeby formalizované organizace/instituce*“ (Sociální služby březen 2019 s. 29). Dle této formulace vidí stát řešení v posílení neformální péče, terénních služeb a vznik malých pobytových služeb. Naopak prognóza demografického vývoje a stárnutí obyvatel jasně ukazuje, že potřeba sociálních služeb pro nemocné seniory bude narůstat. Na tento trend zareagovala Asociace poskytovatelů sociálních služeb vydáním oficiálního stanoviska, kde se ostře vymezila proti snaze omezovat rozvoj pobytových služeb. Již teď je

neadekvátní situace v uspokojování žadatelů seniorů o pobytovou službu. Díky deinstitutionalizaci by se mohlo stát, že bude spousta nemocných seniorů v nemocnicích či v domácnostech, protože nebude dostatek terénních služeb. Např. péče o seniora s demencí v domácnosti znamená zajistit mu 24 hodinovou péči po celý týden pomocí cca 5 zaměstnanců, aby mohli být střídáni. V současné době je potřeba na 1 zaměstnance minimálně 40 000,-Kč (včetně odvodů). Tím vyjde stát péče o jednoho člověka měsíčně na 200 000,-Kč. V tomto však nefigurují náklady na domácnost, stravu, zdravotníky atd. Je hezké hovořit o zlepšování života lidí nacházejících se v nepříznivé životní situaci či závislých na pomoci druhé osoby, ale již se nezamýšlíme nad realitou a konkrétním zabezpečením jak finančním, personálním tak i sociálně společenským.

## 6 Metodologie výzkumu

Jak je popsáno v teoretické části, populace stárne a seniorů přibývá. Vyšší věk s sebou nese i omezení soběstačnosti a potřebu péče druhé osoby. Senior se stává nesoběstačný, a tedy závislý na péči druhé osoby či instituce. Sám není schopen zajišťovat si zejména fyziologické potřeby a tato zodpovědnost spadá na pečující osoby nebo různé instituce. Každý má své omezení, které nejde sumarizovat. Nesoběstačný senior je individualita, a tak k němu musí být přistupováno. Právě v zařízeních sociálních služeb je tato individualita částečně omezována. To v rodinné péči fungují jiné vazby než pečovatel a uživatel, proto je s individualitou jinak nakládáno a z tohoto důvodu je pochopitelné, že nesoběstačný senior chce zůstat v domácím prostředí. To je také předmětem výzkumu tedy spíše výzkumné sondy.

Tím, že lidé nejsou stejní a jsou mezi nimi rozdíly, lze získávat různé informace. Data empirického výzkumu jsou získávána v terénu. Empirický sociální výzkum, jak je uvedeno Jeřábkem (2014), pracuje s údaji zjišťovanými nejčastěji o jednotlivcích a výsledné závěry jsou formulovány pro společenské celky. Tam, kde nebylo možné získat statistické přehledy, výzkumníci sami musí data zjistit z dalších zdrojů. Dále musí být zvolena výzkumná strategie a zvolen cíl výzkumu.

Protože poznatky byly získány z rozhovorů, byl použit kvalitativní výzkum. Co je kvalitativní výzkum přebíral Hendl (2008) od metodologa Creswella. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (Hendl, 2008 s. 48). U tohoto výzkumu však bývá špatně zajištěna objektivita, neboť zjištění bývají ovlivněna výzkumníkem, jeho názory či jeho očekáváním.

Cíl výzkumu kolidoval mezi popisem problematiky, vysvětlením nebo porozuměním tématu. Jedná se o velice široké spektrum, a tak byla zjišťovaná data zúžena na populaci v Karlovarském kraji a po další úvaze byl zkoumaný vzorek ještě specifikován, a to na nemocné seniory ve III. a IV. stupni příspěvku na péči. Výzkumné šetření bylo vedeno formou rozhovorů a vhodně formulovanými otázkami byla snaha



zjistit, kdy je péče o nemocného seniora v domácím prostředí reálná a kdy má nastoupit již instituce, tedy především pobytová sociální služba. Pozornost byla zaměřena především na osobní vnímání péče nemocného seniora a jeho pečujícího.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda nemocný senior preferuje domácí péči a to i na úkor kvality péče o svou osobu a zda tuto péči zajišťuje především rodina. Dále pak, zda mají přehled o nabídce sociálních služeb.

Stanoveny byly výzkumné otázky:

**Zajišťuje péče, kterou upřednostňuje nesoběstačný senior, dostatečně jeho potřeby?**

**Jaký přehled o nabídce sociálních služeb má nemocný senior či pečující osoba?**

Na základě teoretické části a definování výzkumných otázek, byly položeny ještě další otázky. Jakou péči senioři od pečující osoby potřebují? Kolik času pečující osoba věnuje nemocnému seniorovi? Odpočívá pečující osoba? Jak jsou pečující osoby či nemocný senior informováni o sociálních službách? Využívá nemocný senior a pečující osoba sociální službu?

## 6.1 Sběr dat

Při výzkumu, aby bylo zamezeno zkreslení vzorku, byl použit náhodný výběr. Výběr byl proveden ze seznamu podaných žádostí o příspěvek na péči v Karlových Varech v časovém období od 1.1.2018 do 30.4.2018.

Hlavní metodou sběru dat uvádí Hendl (2008) v empirickém výzkumu naslouchání vyprávění a kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí. Proto bylo použito polostrukturované dotazování s určitou osnovou, ale s pružností celého procesu. Sběr dat měl být vytvořen vztah, kdy se teoreticky rámec výzkumníka překrývá s možnostmi respondenta. To znamená, že se autorka musela přizpůsobit respondentovi. V úvahu pro získání dat přišel i čas potřebný k rozhovoru, místo a situace daného respondenta. Tím, že respondentovi nebyly nabízeny předem možné odpovědi, byl získán jeho subjektivní názor. Mohl sám navrhnout možné souvislosti a vztahy. Bylo nutné věnovat pozornost začátku a konci rozhovoru, aby se předešlo negativním jevům (nervozita, odměřenost, pocit, že nebylo řečeno vše...). Během rozhovoru bylo dbáno na jeho průběh. Rozvleklé odpovědi či nepodstatné poznámky, snižují efektivnost

rozhovoru, ale někdy nebylo vhodné respondentu přerušovat, a tak byly tvořeny otázky ad hoc.10.

Byly provedeny formální i neformální rozhovory, které mapovaly péči, kterou nemocný senior potřebuje. Rozhovory byly polostrukturované a v domácnostech, kdy byly předem domluveny a trvaly zhruba 45 až 60 minut, záleželo na možnostech respondenta. Na úvod rozhovoru byla provedena identifikace respondenta, tedy žadatele o příspěvek na péči a jeho pečující osoby. Postupně byly zjišťovány údaje o zdravotním stavu, o průběhu péče osoby blízké, o potřebách nemocného seniora apod. Rozhovory s pečující osobou se lišily od rozhovorů s nesoběstačným seniorem zejména ve formě kladení otázek. Během výzkumu byla snaha o různorodost respondentů. Data byla potřeba získat bez zásahu výzkumníka, a proto byla respondentům ponechána možnost hovořit, aniž by do jejich proslovu bylo vstupováno. Důležitější pro práci byl kontakt s respondentem v jeho přirozeném prostředí. Ve výzkumu jsou použity rozhovory s nemocnými seniory a s pečujícími a z rozhovorů byly vyloučeny ty, které nesplnily daná kritéria. Protože jsou slova v kvalitativní analýze důležitá, zapisováno bylo vše, o čem respondenti hovoří a u některých respondentů byl proveden i rozhovor nahrávaný na diktafon. Nahrávka byla přepsána co nejvěrněji a sledovány byly také neverbální projevy zúčastněných osob.

Je zcela přirozené pozorovat různé projevy lidí. Pomáhá nám to zjistit, co se skutečně děje. Také autorce pozorování pomohlo dokreslit situaci o popis prostředí, o tom, co slyšela, viděla. O pozorování respondenti informováni nebyli. Respondenti byli při rozhovoru sledováni a zároveň byla věnována pozornost okolnímu dění. Výzkumník měl více rolí. Pro výzkum šlo o pozorovatele jako účastníka. Respondenti si byli vědomi, kým je a proč přišel, ale nijak se neúčastnil děje během rozhovoru. Problémem při pozorování byla skutečnost, že většinu toho, co se dělo, výzkumník nepostřehl.

Při záznamu pozorování autorka nejdříve popsala prostředí, zúčastněné a události. Postupně si vytvořila teoretický rámec, který je zakotven v datech a dovolil ji porozumět tomu, co se v domácnosti dělo. Vše bylo zaznamenáváno na arch papíru, kde byly již předem napsané identifikační údaje. Na dalším archu byly zformulovány otázky. Rozhovor začínala ona a ptala se respondentů, jak se cítí, a zkontrolovala si s nimi formality spojené s řízením o příspěvek na péči. Postupně přecházela od lehčích

otázek na důvěrnější. Odpovědi na otázky byly zaznamenávány volně, jak respondent hovořil. V průběhu rozhovoru byl také registrován i popis prostředí a okolního dění, včetně subjektivních pocitů (měl bolesti – naříkal; mluvil nahlas...). Během rozhovoru byli respondenti dotazováni, zda jejich příběh může být použit pro diplomovou práci. Následně byli informováni o všech aspektech, které z toho plynou. Odmítnutí nebylo komentováno a dál se pokračovalo v rozhovoru. Při souhlasu byl respondenty podepsán formulář „Informovaný souhlas“ a nadále se pokračovalo v rozhovoru. Jen pár respondentů bylo ochotno hovořit na diktafon. Nechtěli být nahráváni po celou dobu, a chtěli znát otázky předem. Proto rozhovor na záznam byl proveden na konci šetření, kdy si respondent přečetl otázky, které mu byly pokládány.

Na konci rozhovoru autorka ještě jednou shrnula obtíže respondenta. Zjišťováno bylo, zda má respondent další otázky a byla nabídnuta možnost diskuze. Výzkumníkem bylo prováděno i odborné poradenství a v případě potřeby byli nasměrováni na kompetentní odborníky či instituce. Rozloučení proběhlo přirozenou formou.

Data byla také získávána i z dokumentů, které byly dány respondenty k nahlédnutí. Většinou chtěli potvrdit svá tvrzení dokumentem např. lékařskou zprávou, propouštěcí zprávou, Rozhodnutím o invaliditě atd. Jednalo se o osobní a úřední dokumenty.

## 6.2 Zpracování dat

Po shromáždění dat, byl stanoven způsob jejich vyhodnocení. Během období od 01.01.2018 do 30.04.2018 bylo provedeno 106 sociálních šetření u žadatelů o příspěvek na péči. Z tohoto počtu, jak je z Tabulky číslo 2 patrné, bylo 59 sociálních šetření, kde pečující osobou byla osoba blízká a jen 48 respondentů ve věku 60 let a více tj. 21 mužů a 27 žen. Z těchto 48 žadatelů o příspěvek na péči 25 požádalo poprvé a 23 seniorů již příspěvek na péči pobírají a zažádali si o jeho zvýšení. Příspěvek na péči, ve III. stupni, to je těžká závislost, byl přiznán 15 lidem (5 mužů a 10 žen). Příspěvek na péči ve IV. stupni, to je úplná závislost, byl přiznán 9 lidem (5 mužů a 4 ženy). V Tabulce č. 2 jsou vyznačeni tučně všichni respondenti, kteří splnili kritéria výběru.

U všech šetření byl použit nejdříve neformální rozhovor, který přešel na formální. Pokládány byly polostrukturované otázky a odpovědi zapisovány. 18 lidí nesouhlasilo s použitím jejich příběhu. Čtyřmi pečujícími osobami a jedním nesoběstačným seniorem byl poskytnut nahrávaný rozhovor. Audionahrávka pomohla autorce vrátit se do situace při rozhovoru a lépe si vybavit prostředí i aktéry rozhovoru.

Tabulka 2 Přehled respondentů, o které pečuje osoba blízká

Č.	Respondent	Pohlaví	Pečující osoba	Přiznaný stupeň PnP	Č.	Respondent	Pohlaví	Pečující osoba	Přiznaný stupeň PnP
1	PB	muž	manželka	1	31	DP	žena	syn	2
2	<b>MĎ</b>	<b>muž</b>	<b>matka</b>	<b>3</b>	32	FK	muž	manželka	1
3	NN	chlapec	matka	2	33	JKA	chlapec	matka	1
4	PV	muž	jiná blízká os.	2	34	<b>IT</b>	<b>žena</b>	<b>dcera</b>	<b>3</b>
5	GN	žena	dcera	2	35	PS	žena	vnuč	2
6	<b>LB</b>	<b>muž</b>	<b>dcera</b>	<b>4</b>	36	<b>FS</b>	<b>muž</b>	<b>dcera</b>	<b>3</b>
7	<b>MR</b>	<b>žena</b>	<b>vnučka</b>	<b>3</b>	37	<b>JK</b>	<b>muž</b>	<b>syn</b>	<b>3</b>
8	AJ	chlapec	matka	3	38	JN	žena	dcera	2
9	<b>ZS</b>	<b>žena</b>	<b>dcera</b>	<b>4</b>	39	KK	muž	vnučka	1
10	<b>OS</b>	<b>žena</b>	<b>manžel</b>	<b>3</b>	40	<b>MZ</b>	<b>muž</b>	<b>dcera</b>	<b>4</b>
11	<b>MT</b>	<b>žena</b>	<b>dcera</b>	<b>3</b>	41	TM	dívka	matka	1
12	<b>AF</b>	<b>muž</b>	<b>dcera</b>	<b>4</b>	42	AFR	žena	dcera	2
13	MK	žena	dcera	1	43	MP	muž	manželka	2
14	JG	chlapec	matka	3	44	EN	chlapec	otec	4
15	<b>VK</b>	<b>muž</b>	<b>dcera</b>	<b>4</b>	45	AL	žena	dcera	1
16	MČ	dívka	matka	1	46	<b>GNA</b>	<b>žena</b>	<b>dcera</b>	<b>3</b>
17	<b>KJ</b>	<b>žena</b>	<b>dcera</b>	<b>3</b>	47	LBA	muž	dcera	2
18	<b>MB</b>	<b>žena</b>	<b>manžel</b>	<b>3</b>	48	MŠ	dívka	matka	4
19	JB	žena	manžel	2	49	LM	žena	vnučka	1
20	DK	chlapec	matka	2	50	<b>MU</b>	<b>žena</b>	<b>manžel</b>	<b>3</b>
21	<b>MRO</b>	<b>žena</b>	<b>syn</b>	<b>3</b>	51	<b>VS</b>	<b>muž</b>	<b>syn</b>	<b>3</b>
22	GNĚ	muž	dcera	1	52	PU	žena	dcera	2
23	AŠ	žena	dcera	2	53	<b>MS</b>	<b>muž</b>	<b>syn</b>	<b>3</b>
24	<b>MKO</b>	<b>žena</b>	<b>dcera</b>	<b>4</b>	54	NP	chlapec	matka	3
25	<b>GV</b>	<b>žena</b>	<b>dcera</b>	<b>4</b>	55	BV	muž	syn	2
26	VŠ	muž	syn	1	56	MKR	žena	dcera	2
27	IŠ	žena	syn	1	57	<b>KM</b>	<b>žena</b>	<b>dcera</b>	<b>4</b>
28	LP	dívka	matka	2	58	RK	muž	manželka	2
29	<b>AG</b>	<b>žena</b>	<b>jiná blízká os.</b>	<b>3</b>	59	GŠ	muž	syn	1
30	<b>JBU</b>	<b>muž</b>	<b>manželka</b>	<b>4</b>					

Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Nahrané rozhovory byly autorkou za použití transkripce převedeny do literárního opisu. Využita byla technika popsaná Hendlem (2008). Pomocí zvláštních znaků byly označeny promluvy jako pauza, pomlka, smích... Použity byly tyto značky:

- „...“           krátká pauza
- „...“           střední pauza
- „,hmm“       vyplnění pauzy
- „jistě“       nápadné zdůraznění
- „(smích)“     charakterizace neslovních projevů

Vyslechnutá nahrávka rozhovoru byla přepsána na papír. Toto přispělo k přehlednější analýze dat, vytištěných na papíře a včlenění různých poznámek přímo do textu. Otázky v první části rozhovoru byly zaměřeny přímo na poskytovanou péči. Ve druhé části rozhovoru bylo zjišťováno, kolik času je věnováno této péči, jak pečující osoby začaly péči poskytovat a jak je pro ně péče náročná. Zkoumán byl také faktor odpočinku respondentů. Ve třetí části rozhovoru byli respondenti dotazováni, zda využívají pomoci některé ze sociálních služeb a zda mají o těchto službách povědomí.

### 6.3 Analýza dat

Tato část je věnována komentovanému shrnutí jednotlivých rozhovorů. Je to první krok analýzy dat a komentáře výzkumníka jsou uvedeny rozdílným písmem. Protože rozhovor je limitován, je u nahraných rozhovorů uveden popis příběhu nesoběstačného seniora a jeho pečující osoby k lepší orientaci. Tyto rozhovory byly vyhodnoceny pomocí otevřeného kódování. Předtím byly doslovně přepsány a autorka použila kódování v ruce. Při otevřeném kódování jak uvádí Švaříček et Šedřová (2007) byly údaje rozbité na části, kterým byla přidělena hesla, a s těmito nově pojmenovanými částmi textu dále výzkumník pracuje. Nejprve je analyzovaný text (u nás přepsaný rozhovor) rozdělen na jednotky (slovo, sekvence slov, věta, odstavec) a každé této jednotce přidělen nějaký kód, tedy označení. Rozhovory byly označeny písmenem A, B, C, D, E. Rozhovory byly přepsány a každý řádek daného rozhovoru očíslován. Tím se mohlo přejít ke kódování. Po vytvoření seznamu kódů byla provedena kategorizace. Dle Švaříčka et Šedřové (2007), je nutno tyto kódy seskupit podle určité souvislosti. Důležité citace z rozhovorů uvedeme, a porovnáme názory a odpovědi respondentů. Pro lepší orientaci byla vytvořena tabulka, kde jsou uvedeny kategorie a kódy. Z rozhovorů byly vybrány pasáže, následně byly zařazeny do kategorií a přiřazen jim kód. Kód (viz Tabulka č. 3) je složen z písmene rozhovoru a čísla řádku, kde je citace uvedena. Následně byly porovnány kategorie a přiřazené kódy a hledána odpověď na výzkumné otázky: Zajišťuje péče, kterou upřednostňuje nesoběstačný senior, dostatečně jeho potřeby? Jaký přehled o nabídce sociálních služeb má nemocný senior či pečující osoba? Také bylo důležité znát anamnézu nemocného seniora a jeho pečující osoby, aby bylo možno lépe pochopit jejich zájem, jejich potřeby, důležitost, s kterou k péči přistupují, a jiné. Také je popsáno, jak byl rozhovor veden a jak probíhal. Popisem je dokreslena situace a potřeby seniora.

**Rozhovor A**

Jedná se o 66letého seniora, který bydlí v rodinném domě spolu s dcerou a její rodinou (přítel a dvě děti 3 a 5 let staré). Dcera a zároveň pečující osoba, čeká třetí dítě a nyní je na rodičovské dovolené. Senior má vážné zdravotní problémy, kdy prodělal komplikovanou operaci srdce a byl i v umělém spánku několik dní. Pohybuje se s pomocí jedné francouzské hole, vždy jen pár kroků, kdy si musí sednout a odpočinout. Každá činnost jej hodně namáhá a senior se zadýchává. Potíže mu činí i zvednout horní končetiny. Při předklonu padá. Pohybuje se pouze po bytě a s pomocí dcery jde na zahradu, kde sedí na lavičce a sleduje okolí. Je mírně obézní, i když od operace značně zhubl. Má stařeckou cukrovku kompenzovanou léky. Je polymorbidní a celkový zdravotní stav mu nedovolí zajistit si základní životní potřeby. Je orientován a komunikuje adekvátně, i když mluvení mu činí obtíže, zadýchává se při řeči. Senior má v přízemí svůj pokoj, kde má vše potřebné. V přízemí domu je ještě koupelna s toaletou, kuchyň a obývací pokoj. Dům je situován v klidné části města a je vzdálen od centra 10 minut chůze. Praktický lékař je vzdálen asi tak 2 km. V případě potřeby seniora navštěvuje doma, ale většinou dcera dochází za ním do ordinace a spolu vyřídí vše potřebné. Ke specialistům je dopravován vozem, přítele dcery. Okolo domu je zahrada, o kterou se stará dcera s přítelem. Vchod domu je situován na hlavní ulici, kde je mírný provoz.

Rozhovor se seniorem byl veden v dopoledních hodinách v pokoji seniora za přítomnosti dcery. Čas příchodu byl předem domluven a otevřít mi přišla dcera. Byla jsem uvítána slovy „jsem ráda, že jste přišla, tatínek na Vás již čeká“, uvedena do místnosti, a otci představena slovy, „Tati, vedu paní, o které jsme spolu mluvili. Je z úřadu, kvůli tomu příspěvku“. Senior ležel v posteli, ale byl oblečen v domácím oblečení, a tak předpokládám, že jen odpočíval. S pomocí dcery si přesedl do křesla, kde byl veden z počátku rozhovor neformální a poté i formální s vážnějším tématem. Jeho výpovědi dcera doplňovala. S použitím svého příběhu souhlasil, ale rozhovor nahrávat nechtěl. Stejně tak i dcera. Několikrát jsem se zeptala, zda by mi neodpověděla na otázky přímo na diktafon. Nahráný rozhovor ze začátku nechtěla, ale ke konci mé návštěvy při diskuzi nakonec se zodpovězením některých otázek souhlasila. Byla nervózní a odpovídala spíše úsečně. Odpovídala mi v kuchyni, senior zůstal sedět vedle v místnosti a celou dobu poslouchal, co mi dcera říká. Před rozloučením s rodinou, si

dcera poslechla pořízený záznam a odsouhlasila, že může být použit. Rozloučila jsem se v příjemné atmosféře.

### **Rozhovor B**

Jedná se o 71letou seniorku, která bydlí v rodinném domě spolu se synem a jeho rodinou (manželka). Syn a zároveň pečující osoba, jsou ještě v pracovním poměru. Seniorka má problémy se stabilitou, často padá. Pohybuje se v mírném předklonu a má potíže s dechem. Potíže má i s horními končetinami. Při předklonu padá. Pohybuje se pouze po bytě. Ven nevychází. Je částečně orientována, a to pouze osobou. Čas nerozlišuje, orientuje se pouze v bytě a pozná syna se snachou. Je polymorbidní a celkový zdravotní stav ji nedovolí zajistit si základní životní potřeby. Komunikuje, ale odpovědi nejsou vždy adekvátní. Seniorka má v přízemí svůj pokoj, kde má vše potřebné. V přízemí domu je ještě koupelna s toaletou, a otevřený obývací pokoj společný s kuchyní. Dům je situován na okraj obce. Praktický lékař je ve městě vzdáleném 6 km. V případě potřeby je seniorka dopravována vozem syna. Okolo domu je zahrada, o kterou se stará syn. Vchod domu je situován na ulici, kde je zástavba dalších rodinných domů.

Rozhovor se seniorkou byl veden v ranních hodinách, protože to bývá nejméně unavená, a navíc byla na odpoledne sjednána návštěva u lékaře. Rozhovor byl uskutečněn v obývacím pokoji za přítomnosti syna a jeho ženy. Čas příchodu byl předem domluven a otevřít mi přišla snacha. Uvedla mě do místnosti, a vybídla k sednutí do křesla naproti seniorce. Ze začátku jsme neformálně hovořili a zkontrolovala jsem si uvedené identifikační údaje. Poté jsme přešli k formálnímu rozhovoru i k vážnějším tématům. Výpovědi seniorky nebyly zcela pravdivé, ale mluvila přesvědčivě. Odpovědi byly upřesňovány a doplňovány ze strany syna. S použitím svého příběhu souhlasila, ale rozhovor z důvodu náročnosti pro seniora nebyl ani nabídnut. Syn s nahráváním otázek přímo na diktafon souhlasil. Při nahrávání byl syn nespokojen. Odpovídal mi v kuchyni, ale maminku odvedla jeho žena do její místnosti. Byla unavená. Synem byl pořízený rozhovor vyslechnut a odsouhlasen k použití. Rozloučení proběhlo v příjemné atmosféře.

### **Rozhovor C**

Jedná se o 68letého seniora, který bydlí s manželkou v bytě jednopatrového bytového domu. Manželka a zároveň pečující osoba, je také v důchodu. Senior je



upoutaný na invalidní vozík. Pohyb mu činí bolesti, a tak raději leží. Je polymorbidní a celkový zdravotní stav mu nedovolí zajistit si základní životní potřeby. Komplexní ošetrovatelská pomoc je poskytována manželkou. Je orientován a komunikuje adekvátně. Dům se nachází nedaleko centra obce. Praktický lékař bývá určité dny přímo v obci. V případě potřeby jej dopravuje manželka vozem.

Rozhovor se seniorem byl veden v odpoledních hodinách v pokoji seniora za přítomnosti manželky. Přítomna byla nová pracovnice úřadu, z důvodu seznámení se s průběhem šetření. Do hovoru nezasahovala. Čas příchodu byl předem domluven a otevřít mi přišla paní. Příjemně mě uvedla za manželem do pokoje a pak šla připravit kávu. Se seniorem byl veden ze začátku neformální rozhovor a poté i formální a s vážnějším tématem. S použitím svého příběhu souhlasil, ale celý rozhovor nahrávat nechtěl. Nakonec souhlasil, se zodpovězením otázek na diktafon, za předpokladu že s nimi bude dopředu seznámen. Byl soustředěný a rozhovor vzal zcela vážně. Před rozloučením si poslechl pořízený záznam a odsouhlasil, že jej mohu použít. Rozloučení proběhlo v příjemné atmosféře.

*Nahrany rozhovor je jediný rozhovor s nesoběstačným seniorem. Byl jediný, kdo souhlasil.*

## **Rozhovor D**

Jedná se o 73letého seniora, který bydlí v rodinném domě spolu s dcerou, která se k němu přistěhovala. Dcera a zároveň pečující osoba, žila sama v bytě a u tatínka zůstane, dokud bude třeba. Senior má vážné zdravotní problémy, upadl a zlomil si krček. Prodělal operaci a byl na doléčení v léčebně dlouhodobě nemocných, kde spíše chřádl. Přál si jít domů, a toto přání bylo tedy ze strany dcery splněno. Operaci senior nezvládl zcela dobře, je hodně unavený a stále spí. Je imobilní a zcela odkázán na péči dcery. V pokoji má polohovací postel. V přízemí domu je ještě koupelna a toaleta, kuchyň a obývací pokoj. Dům je situován v klidné části města na jeho okraji. Do centra města je to 20 minut autem. Praktický lékař je vzdálen asi tak 2 km. V případě potřeby seniora navštěvuje doma, ale většinou je kontaktován dcerou pro předepisování potřebných léků. Okolo domu je zahrada, o kterou se stará dcera s rodinou.

Rozhovor se seniorem byl veden v dopoledních hodinách v pokoji seniora za přítomnosti dcery. Čas příchodu byl předem domluven a otevřít mi přišla dcera.

Senior ležel v posteli po celou dobu rozhovoru. Několikrát během hovoru usnul. Vzhledem k okolnostem, jsem rozhovor s ním zkrátila. S použitím svého příběhu souhlasil, ale rozhovor nahrávat nechtěl. Dcera souhlasila, že mi na otázky odpoví. Byla nervózní. Před rozloučením s rodinou byl dcerou vyslechnut pořízený záznam a následně odsouhlaseno jeho použití. Rozloučení proběhlo v příjemné atmosféře.

### **Rozhovor E**

Jedná se o 68letého seniora, který bydlí v bytovém domě v 1. patře. V bytě žije sám. Vnučka a zároveň pečující osoba, bydlí ve vedlejším vchodu a za seniorem dochází. Také jezdí dcera pomáhat. Senior zkolaboval a stal se závislým na péči druhé osoby. Dvakrát denně aplikuje vnučka inzulin. Pohybuje se pouze po bytě. Je polymorbidní a celkový zdravotní stav mu nedovolí zajistit si základní životní potřeby. Je orientován a komunikuje adekvátně, i když mluví pomalu. Dům je situován v klidné části města a je vzdálen od centra 30 minut chůze. Praktický lékař je vzdálen asi tak 10 minut autem. K lékařům je dopravován vozem, dcery.

Rozhovor se seniorem byl veden v odpoledních hodinách v pokoji seniora za přítomnosti vnučky. Čas příchodu byl předem domluven a otevřít mi přišla vnučka. Senior již čekal v obývacím pokoji, kde byl veden z počátku neformální rozhovor a poté i formální a s vážnějším tématem. Jeho výpovědi byly doplňovány vnučkou. S použitím svého příběhu souhlasil, ale rozhovor nahrávat nechtěl. Vnučka souhlasila. Byla stále v pohybu. Odpovídala mi při práci a různě chodila po bytě. Před rozloučením s rodinou, byl vnučkou vyslechnut pořízený záznam a odsouhlasen k použití. Rozloučení proběhlo v příjemné atmosféře.

Tabulka 3 Kódování dat z nahraných rozhovorů

<b>Zajišťuje péče, kterou upřednostňuje nesoběstačný senior, dostatečně jeho potřeby?</b>			
Jakou péči senioři od pečující osoby potřebují?	Poskytovaná péče v přirozeném prostředí	hygiena	A6,B9+10,B25,C7,C10,C11,D11,D20,E6,E13,E16
		stravování	A6,B25,B27,C7,C10,D11,E11,E17
		oblékání	A6,B25,C7,C9,D11,E6,E14,E17
		péče o zdraví	A10,B9,B17,C7,D11,D21,E7,E9,E12,E17
		péče o domácnost	B8+9,B9,C7,D11
		orientace	B11+12,C7,D11
		pomoc s mobilitou	A8,C7,C9,C11,D11
		pomoc na záchod	C7,C10,D11
	Zázemí pro péči v přirozeném prostředí	bydlení u rodinných příslušníků	A13,B20,B22+23
		vlastní bydlení	C16,D9,E19
	Důvody/motivy pro péči v přirozeném prostředí	situace spojená s nemocí	A15,E23+24
		rodinné vazby	B22,C16,D16
		přání seniora	D12
Kolik času pečující věnuje nemocnému seniorovi?	Čas věnovaný péči o nemocného seniora	celodenní	A6,A17,B35,C22,D6
		3,5-8 hod/den	B32
		7-8 hod/den	B32
		4 hod/den	E28
		několikrát za den	E26
Odpočívá pečující osoba?	Vliv péče na pečující osobu	únava	A18+19,B35,C24,D15+16,E30
		nedostatek volného času	A20

<b>Jaký přehled o nabídce sociálních služeb má nesoběstačný senior i pečující osoba?</b>			
Jak jsou pečující informováni o sociálních službách?	Informovanost o nabídce soc. služeb	povědomí o nabídce soc. služeb	A28,B45
		nedostatek informací	C30+31,D25,E39+40
Využívá nemocný senior a pečující osoba soc. službu?	Možnost využití sociální služby	odmítavý přístup	B40,C31,D26
		využití soc. služeb v případě potřeby	B46+47,E39
		již využívá soc. službu	D20,E35

Zdroj: vlastní zpracování, 2019

## Komentované shrnutí

Při vyhodnocování výzkumné sondy byla zjištěna disproporce v otázce výběru respondentů, neboť ne všichni náhodně vybraní, splňovali daná kritéria užšího výběru. Proto byl použit příležitostný vzorek, tedy takový, který zrovna splnil podmínky. Pokud jde o zjišťování subjektivního pocitu, je specifický v tom, že nelze měřit, proto se při interpretaci dat výzkumník rozhodoval, jaké úryvky textu budou směrodatné. Při konečné prezentaci výsledků byly pak vybrány citace, kterými byly závěry zdokumentovány. Po přidělení indikátorů a analýze textů z rozhovorů byly nakonec využity nahrané rozhovory a získaná data zhodnocena v závěrečné diskuzi.

Cílem práce bylo zjistit, zda nemocný senior může zůstat v domácím prostředí a je mu poskytnuta reálná péče. Bylo zkoumáno, zda je o nesoběstačné seniory pečováno osobou blízkou, nebo spíše sociální službou a zda jsou pečující osoby informovány, kam se v případě nutnosti obrátit o pomoc. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky, a to č. 1 *Zajišťuje péče, kterou upřednostňuje nesoběstačný senior, dostatečně jeho potřeby?* a č. 2 *Jaký přehled o nabídce sociálních služeb má nemocný senior či pečující osoba?* Rozhovory byly vedeny s muži i ženami různého věku. Odpovědi na otázku týkající se poskytované péče, odpovídali všichni dle toho, jakou péči poskytují. Z odpovědi DVO2 bylo zjištěno, že všichni pečující si odpočinek představují jinak a každý také jinak odpočívá. Lze říci, že všichni mají vnitřní pocit, že odpočívají. V jakém rozsahu je odpočinek a v jaké kvalitě, to je téma spíše pro další výzkum.

Na základě rozhovorů s respondenty lze konstatovat, (odpověď na VO1) že o nemocné seniory je pečováno převážně rodinou, pomoc sociálních služeb je spíše individuální a podpůrná. Odpověď na VO2 také z rozhovorů vyplynula. Přehled o nabízených službách pečující osoby nemají, ale v případě potřeby ví, na koho se obrátit o pomoc nebo si informace budou hledat na internetu.

Odpověďmi na pokládané dotazy byla potvrzena první výzkumná otázka. Nesoběstačný senior sice upřednostňuje péči v domácím prostředí ale i na úkor svých potřeb. Přesto je spokojený a péče mu vyhovuje. Byla potvrzena také druhá výzkumná otázka. Pečující osoby nemají přehled o nabídce sociálních služeb.

Lze se domnívat, že seniory je preferována péče v domácím prostředí a rodinou je tato péče automaticky přejímána. Vždy je jeden hlavní pečující a širší rodina pomáhá

v případě potřeby. U všech dotázaných se vztahy v rodině jeví jako dobré. Nebylo rozhodující, zda bydlí společně senior s pečující osobou. O nabídce sociálních služeb spíše nejsou informováni. Využívána je pečovatelská služba a domácí péče. Povědomí o pomoci nemají, ale věděli by, na koho se obrátit o pomoc.

Tabulka 4 Přehled závislosti na péči a času, kolik péče dostávají.

Respondenti	Výše PnP	Částka	Čas, který věnují péči
Rozhovor 1	III. Stupeň	8 800,- Kč	Prakticky celý den
Rozhovor 2	IV. stupeň	13 200,- Kč	Tak 3; 5 někdy i 8 hodin denně, manželka, ta je s ní pořád tak 7-8 hodin denně
Rozhovor 3	III. Stupeň	8 800,- Kč	Celý den
Rozhovor 4	IV. stupeň	13 200,- Kč	Takřka pořád
Rozhovor 5	IV. stupeň	13 200,- Kč	Většinou tak, 4 hodiny každý den

Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Jak je z Tabulky č. 4 patrné, nelze říct, že by odpovídající péče byla také tak hrazena. Senior, který pobírá příspěvek na péči, má potřebu péče daleko vyšší, než by byla částkou pokryta. Zejména je-li vzata úvaha výše minimální mzdy na měsíc a výše příspěvku na péči. Odpovědi na čas, který je věnován péči o osobu blízkou, jsou spíše orientační. Žádný respondent neuměl přesně vyčíslit časový harmonogram poskytující péči, a to ani v hrubých obrysech. Je patrné, že se nad tím nikdy nezamýšleli. Toto srovnání bylo uvedeno jen jako příklad a další zamyšlení pro hlubší výzkum.

## 6.4 Etické aspekty výzkumu

Sociální šetření byla provedena v domácnostech a předem byla ohlášena a s respondenty domluvena. Autorka se řídila etickým kodexem sociálních pracovníků. Priorita byla zachovat anonymitu respondentů a co nejméně zasahovat do jejich soukromí či intimity. Proto se autorka přizpůsobila jejich požadavkům a potřebám (čas šetření, mluvit hlasitěji apod.). Při rozhovoru byli respondenti dotázáni, zda může být jejich příběh použit pro potřeby diplomové práce. V kladném případě byl podepsán informovaný souhlas s poskytnutím osobních informací pro potřeby diplomové práce. Ze strany autorky nedošlo k žádným zatajeným informacím. Účastníci měli možnost ji odmítnout, a to i během rozhovoru. Na tuto možnost byli několikrát upozorněni. Několik účastníků nechtělo nikde figurovat. Ostatní nebyli proti, ale jen pár (zde by

bylo vhodné přesné vyčíslení) poskytlo rozhovor. Všem bylo autorkou několikrát zdůrazněno, že bude dodržena jejich anonymita. Rozhovory byly vedeny v jejich soukromí a respondenti poskytli data, jen která byli ochotni sdělit. Rozhovor nezačínal nikdy citlivými a důvěrnými otázkami. Nejdříve byly vyřízeny formality, následně byla zjišťována aktuální situace a prostřednictvím jednodušších otázek byla otevřena důvěrnější témata. Pozornost byla věnována zdravotnímu stavu respondenta, rodině a vztazích v ní, kým jsou role v rodině zastávány a jaké. Byly zkoumány i možnosti pohybování se seniora v obývaných prostorech. Na začátku byli respondenti srozuměni s tím, že během hovoru budou také činěny poznámky. Vždy před odchodem z rodiny, byly shrnuty získané poznatky, ponechán prostor pro dotazy a znovu interpretováno poučení, jak bude se sdělenými daty naloženo. Všechna data jsou veřejnosti nepřístupná. Pořízené písemné záznamy jsou bezpečně uloženy v zalepené obálce u autorky diplomové práce a je zachována mlčenlivost.

## 6.5 Diskuze k závěrům

Při zpracovávání nashromážděných dat a rozhovorů byly zjištěny některé problémy. Prvním problémem bylo, že byly prezentovány pocity respondentů a bylo potřeba najít způsob, jak je hodnotit a porovnávat. To se podařilo díky metodě otevřeného kódování. Další problém vycházel z toho, že z množství 106 respondentů nakonec jen u 24 z nich byla splněna stanovená kritéria a to, že pečující osoba o nemocného seniora je osoba blízká, senior je starší 60 let a má přiznaný III. nebo IV. stupeň příspěvku na péči. Z těchto respondentů bylo ochotno pouze 5 lidí hovořit do diktafonu. Proto nelze mluvit o výzkumu, ale spíše o výzkumné sondě. Kdyby autorka začínala výzkum znovu s těmito zkušenostmi, věnovala by výzkumu větší časový rozsah a dále by již byli navštěvováni respondenti s příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni. Pak by výzkumný vzorek nebyl náhodný, ale již by byl blíže specifikován a bylo by více respondentů. Přesto existuje předpoklad, že výsledky by se příliš neměnily. Z provedených šetření, přestože respondenti nesplňovali bližší kritéria, bylo také zjištěno, přání zůstat doma co nejdéle. Ze strany respondentů vyplynul předpoklad, že péče jim nadále bude zajišťována rodinou, a to i za cenu menšího komfortu. Už Haškovcovou (2010), bylo zmíněno, že většina seniorů si přeje zůstat doma i v případě nemoci a nelze oddělovat péči zdravotní a sociální. Zdůraznila, že je potřeba podporovat rozvoj ambulantních a komunitních způsobů péče. Toto tvrzení platí i dnes

a je smutné, že ambulantní či komunitní péče nikam nepokročila. O něco lepší situace je ve městě, ale na okrajích měst či vesnicích zůstává péče na rodině nebo pobytové sociální službě.

Zvažována byla také zvolená metoda výzkumu a dosaženo závěru, že výzkumná metoda by měla být ponechána, ale měl by být zvýšen počet rozhovorů s respondenty z důvodu hodnotnějšího seznámení, získání větší důvěry a tím i otevřenější komunikace. Tím by se ale výzkumník již stal součástí výzkumu a není jasné, jak moc by byl ovlivněn či by naopak ovlivnil respondenty.

Často byla zjištěna neznalost respondentů v oblasti možné pomoci a následně tedy byl závěr rozhovoru věnován spíše poradenství. Pokud by byl veden ještě jeden rozhovor, pak by toto poradenství druhou výzkumnou otázkou ovlivnilo, a tudíž by musela být zkoumána jiná věc. Během výzkumné sondy byla objevena i jiná témata. Například zda péče, která je pečující osobou svému blízkému poskytována je adekvátní k času, který touto péčí stráví. Nebo jak pečující osoby odpočívají a jiné.

Během výzkumu byly zjištěny některé disproporce. a chyby zejména při sběru dat. Ze začátku byly rozhovory málo plynulé, vyvstala nutnost kontrolovat, zda byly otázky položeny všechny a často docházelo více k soustředění se na okolí než na respondenta..Také nahrávání na diktafon bylo obtížné. Záznam byl špatně slyšet, řeč se chvílemi ztrácela, nahrály se i rušivé zvuky apod. Postupně s rostoucí zkušeností stoupala i kvalita přípravy na rozhovory. Závažných chyb si není autorka vědoma. V případě dalšího výzkumu a uvědomění si chyb a implementování získaných zkušeností, došlo by pravděpodobně k jiným disproporcím, neboť autor není kvalifikovaným výzkumníkem.

Získaná data z výzkumné sondy mapují potřebu nemocného seniora a jeho pečující osoby, což by se dalo uplatnit při plánování sociálních služeb v kraji. Při tvorbě střednědobých a dlouhodobých plánů a z dat by mohl čerpat i koordinátor sociálních služeb.

## 6.6 Závěr výzkumné části

Během výzkumné sondy byla získána data potřebná k zodpovězení výzkumných otázek. Provedenými rozhovory byly potvrzeny, či vyvráceny výzkumné otázky. Obě výzkumné otázky byly potvrzeny, zjištěná data však nelze aplikovat na celou populaci vzhledem k nízkému počtu respondentů. Ačkoli bylo provedeno 106 sociálních šetření, 48 jich splnilo užší výběr, ale jen 24 odpovídalo všem kritériím. Potvrzením výzkumných otázek lze zobecnit data pro Karlovarsko, kde byla výzkumná sonda provedena. Při provádění výzkumných zjištění se osvědčila technika polostrukturovaného rozhovoru, neboť nechávala volnost odpovědi respondentovi.

Z poznatků teoretické části práce může být odvozeno, že prioritně bude nesoběstačným seniorem preferována domácí péče a zároveň vyvstává otázka, kým bude tato péče poskytována. Z provedených šetření vyplynulo, že je senior spokojen i s laickou péčí, důležité je pro něj domácí prostředí. Prostor kde je doma, zná jej, prožil zde kus života, cítí se v něm bezpečně a má pocit zachování určité důstojnosti. Během výzkumu bylo s respondenty diskutováno i o mnoha dalších otázkách, přirozeně vyplývajících z témat rozboru. Ne vždy byly dotazy příjemné, zejména diskuze o smrti. Senioři toto téma zvládali lépe a bylo znát, že o smrti hodně přemýšlí. Mnozí byli se smrtí i smíření.

Velmi kladně lze hodnotit chování v rodinách. Přestože většina respondentů byla postavena rovnou před volbu, zda pečovat o nemocného seniora a ta vyvstala spíše z nutnosti, nebyla to pro pečující nepřekonatelná překážka a nikde nebyl vysledován negativní postoj. Péče o své blízké byla vnímána jako samozřejmost. Je patrné, že dobrý základ chování byl postaven již při výchově. Vztahy v rodině se jevíly dobře a všichni měli kladný přístup. Přání seniora byla respektována a v rámci možností také realizována. Naopak chování nemocných seniorů ne vždy odpovídalo představě pečujících. Velkou roli zde sehrál zdravotní stav.

Podpora státu v dnešní době není velká, proto se pečující spoléhá spíše na širší okruh rodiny. Snaží se vše pokrýt s přispěním rodiny, a tak ani nemá potřebu vyhledávat sociální službu. Pečující osoby většinou nemají komplexní přehled o možnostech sociálních služeb, ale z výzkumu vyplynulo, že v případě potřeby jsou schopni si informace vyhledat.



Výzkumem byla potvrzena funkce rodiny jako celku. Tímto je dán odkaz do budoucna, že pohled na stáří a péči o blízkého člena rodiny se mění, a to pozitivním směrem. Je jasné, že rozhovory měli své limity a, bylo také nutno počítat se subjektivním pocitem výzkumníka. Výzkum poskytl náhled do soukromí rodiny, kde je alespoň jeden člen rodiny závislý na péči druhé osoby. Při kvalitativním výzkumu je nebezpečí, že výzkumník bude do jisté míry ovlivňován a může také ovlivnit získaná data. Přesto získaná data z rozhovorů jsou jednoznačná a výzkumník na odpovědi v rozhovoru nemá příliš velký vliv. Výzkum dále poukázal na možnosti zkoumání dalších témat, např. zjišťování, zda je odpočinek pečujících dostatečný apod.

## 7 Závěr

Cílem práce bylo identifikovat potřeby nemocných seniorů, a potřebu jejich závislosti na péči druhé osoby. Teoretická část je zaměřena na potřeby, hodnoty a zdravotní obtíže, jež souvisí se stárnutím. Jsou zde také popsány změny, ke kterým dochází v procesu stárnutí. Informace o soudržnosti rodiny vyzdvihly pečující osoby do popředí, protože se o svého blízkého člena rodiny starají bez očekávání finančního ohodnocení. Rozepsána je potřeba komunikace mezi nemocným a pečující osobou. V práci je uveden stručný přehled sociálních a zdravotních služeb, o kterých by měla rodina vědět. Tyto služby mohou být využity právě k péči o nemocného seniora. Celá kapitola je věnována péči o nemocného seniora právě v Karlovarském kraji. Jaké jsou možnosti pomoci a čím vším se kraj v sociální oblasti zabývá. Podpora není nabízena pouze kraji, obcemi nebo neziskovými organizacemi, ale především státem, který je garantem, že péče o potřebné bude zajištěna. Možnosti podpory státu jsou popsány v čtvrté kapitole.

V empirické části práce byla složitá interpretace subjektivních pocitů, ale stanovené výzkumné otázky byly potvrzeny. Při zkoumání byla věnována pozornost zejména nutnosti precizního pokládání otázek, z důvodu získání přesných odpovědí. Při práci s citlivými daty je zachována obezřetnost a mlčenlivost. Výzkum byl řádně zdokumentován a byly dodrženy etické aspekty práce. Z prováděného šetření vyplynulo, že je velice dobré řešení kombinovat domácí péči s péčí profesionála. Senior může zůstat ve svém přirozeném prostředí a péče je mu poskytnuta rodinou, za podpory sociální služby, která slouží jako podpůrná a tedy nenásilná. Slouží tedy především k podpoře pečující osoby, aby mohla získat další síly k náročné péči. Právě péče doma je velice individuální i přesto, že je laická a senior bývá spokojen. Pečující osoba může čas, kdy je v péči zastoupena vhodnou službou, věnovat sama sobě a tím snižuje rizika dlouhodobého působení stresu.

Problémem stále zůstává dostupnost potřebných služeb. Síť sociálních služeb není dostatečná. Sociální služby jsou koncentrovány ve městech a okrajové části kraje zůstávají nepokryty. Dalším faktorem je také časová dostupnost sociálních služeb, které většinou fungují od pondělí do pátku v běžné pracovní době a v neposlední řadě také

nedostatečné personální obsazení. Zda dojde ke změně podmínek a především bude změněn postoj ze strany státu nelze predikovat. Lze však konstatovat, že sociální služby se rozvíjejí, péče je zdokonalována a nemocný senior má stále větší šanci dožít svůj život důstojně i když je odkázán na pomoc druhé osoby či sociální služby.

# Použité zdroje

## Literatura

- [1] Abbott, Dee. *Makre's Guide To Senior Care and Assisted Living (The Elephant In The Room The Decision Book 1)*: ACN, 2015. B00TY0M4WY.
- [2] Arnoldová, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2015.
- [3] Bártlová, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2005.
- [4] Čeledová, Libuše, Zdeněk Kalvach a Rostislav Čevela. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016.
- [5] Čevela, Rostislav a Libuše Čeledová. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014.
- [6] Dudová, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2015. Sociologické aktuality.
- [7] Haškovcová, Hana. *Fenomén stáří*. Praha: HBT, 2010.
- [8] Hedeberg, Allan. *The Aging Brain*. NetCE, 2018. B07CB9HFBN.
- [9] Hendl, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [10] Holmerová, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient.
- [11] Holmerová, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, [2014].
- [12] Hrozenská, Martina a Dagmar Dvořáčková. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013.
- [13] Chovancová, Petra. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou*. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012.
- [14] Jeřábek, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství).
- [15] Kalábová, Martina. *Rady pro komunikaci*. Praha: Diakonie ČCE, 2013. Rady pro pečující.
- [16] Kalvach, Zdeněk. *Rady lékařské*. Praha: Diakonie ČCE, 2016. Rady pro pečující.
- [17] Kalvach, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008.
- [18] Křívohlavý, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002.
- [19] Messer, Barbara. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Přeložil Renata HALMO. Praha: Grada Publishing, 2016.
- [20] Mlýnková, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011.

- [21] Mlýnková Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. díl. 2., doplněné vydání, Praha: Grada Publishing, 2016.
- [22] Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020.
- [23] Švaříček, Roman a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007.
- [24] Viereckl, Michael, Daniela Lidinská a Petra Votočková. *Určitě si poradíte: praktické rady pro životní situace, kdy potřebujete zdravotní a sociální služby*. Praha: FM solutions, 2015.

## Internetové zdroje

- [1] STATISTICKÝ ÚŘAD. *Seniorů přibylo, nejvíce na Karlovarsku*. [online]. 2018 [citováno 2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2016/01/senioru-pribylo-nejvice-na-karlovarsku/>
- [2] MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. 2017 [citováno 2018-03-01]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=8A697821941F95D8AD2F4BD312F9E31D.node1?SUBSESSION\\_ID=1564198280790\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=8A697821941F95D8AD2F4BD312F9E31D.node1?SUBSESSION_ID=1564198280790_1)
- [3] KARLOVARSKÝ KRAJ. *Odbor sociálních věcí*. [online]. 2019 [citováno 2019-04-15] Dostupné z: [https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/socialni/seznam/Seniorska\\_obalka.aspx](https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/socialni/seznam/Seniorska_obalka.aspx)
- [4] FILOSOFIE ÚSPĚCHU. *Maslowova pyramida lidských potřeb*. [online]. 2019. [citováno 16-05-2019]. Dostupné z: <https://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

## Seznam grafů

Graf 1: Obyvatelstvo ve věku 65 a více let podle obcí ČR k 31. 12. 2014

Graf 2: Podíl obyvatel ve věku 65 a více let na celkovém počtu obyvatel v krajích ČR v roce 2014 a projekce pro rok 2030 a 2050

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled změn ve stáří

Tabulka 2: Přehled respondentů, o které pečuje osoba blízká

Tabulka 3: Kódování dat z nahraných rozhovorů

Tabulka 4: Přehled závislosti na péči a času, kolik péče dostávají.

## Seznam zkratk

ČSÚ	Český statistický úřad
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ČR	Česká republika
WHO	World Heald Organization (Světová zdravotnická organizace)

## **Seznam příloh**

- Příloha I – Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)
- Příloha II – Rozhovory s respondenty A, B, C, D, E
- Příloha III – Ukázka kódování rozhovorů s respondenty

# Příloha I

## Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<b>1. Orientace:</b> Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice? (toto oddělení? tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)	                      1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
<b>2. Paměť:</b> Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta-například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
<b>3. Pozornost a počítání:</b> Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
<b>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</b> Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
<b>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:</b> (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: - Žádná ale - Jestliže - Kdyby  Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „ <i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	                      2 1  3 1 1 1
<b>Hodnocení:</b> 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	



## **Příloha II**

### **Rozhovor A**

**Dobrý den, ještě jednou se Vás zeptám, zda souhlasíte s nahráváním rozhovoru?**

Ano.

**A rozuměla jste poučení o účelu a zpracování tohoto rozhovoru?**

Ano

**Říkala jste, že pečujete o tatínka, v čem Vaše péče spočívá?**

ehm.. O celodenní starost, koupání, mytí, ..stravu, ....oblíkání.

**Tatínek chodí nebo leží?**

Více je ležící.

**A co léky?**

Připravujeme,.. dáváme mu je, von si je jako bere, má je v pořadníku, ale musí se nachystat do pořadníku týdně.

**Bydlíte společně?**

Společně, má svoji místnost v který je.... Tam kouká na televizi, odpočívá.

**A jak jste začala pečovat?**

Byl nemocný,.. tak jsem... se musela postarat o něj.

**Když byste to měla vyčíslit, kolik času věnujete péči o tatínka?**

Prakticky celý den.

**Dobře, péče je určitě náročná, býváte unavená?**

Ano.

**A odpočíváte nějak?**

Odpočívám většinou v noci spánkem. (smích).

**Pomáhá Vám nějaká služba? sociální.**

Ne, nepomáhá

**A kdyby jste, najednou, nemohla, já nevím, jste onemocněla, nemohla jste pečovat, kdo by Vás zastal?**

Přítel.

**A víte, jaké služby jsou tady ve vašem okolí?**

Ano, je tu někde ten Červený kříž a domov důchodců.

**Dobře, děkuji Vám teda za rozhovor. Nashledanou**

Nashledanou.

## **Rozhovor B**

**Dobrý den, tak já si ještě si jenom taková formalita zeptám se, zda souhlasíte s nahráváním rozhovoru?**

Ano.

**A porozuměl jste poučení o účelu a zpracování tohoto rozhovoru?**

Ano

**Říkal jste, že pečujete o maminku, v čem Vaše péče spočívá?**

No mamka chodí v mírném předklonu a zadýchává se. .. Několikrát také upadla, .. bolí ji levé rameno a ruku nezvedne, padají ji věci z rukou ... takže manželka musí vařit, stará se o domácnost. Já vozím mamku k doktoru, jezdím nakoupit, topím, pomáhám s koupáním. ... Mamka prostě často zapomíná a ptá se na ty samé věci. Třeba ji řeknu, přijede Petr, jako vnuk, a za hodinu to neví .... Co za hodinu, za chvíli si na to nevzpomene.

**Jak s oblékáním, nebo s hygienou?**

No ze vším ji musím pomoci. .. Mamka nezvedne ruku, nic si nezapne a když se předkloní, tak upadne.

**A co léky?**

No ty máme tady v takové lékovce. .. Jednou za týden to připravím, pak jen překontrolujeme, aby si mamka ty léky vzala.

**Bydlíte společně?**

Ano, ano, maminka má svůj pokoj, ... hned vedle je koupelna se záchodem.

**A jak jste začal pečovat?**

No, to tak vyplynulo ze situace. Maminka potřebovala pomoc a tak jsme si ji vzali prostě k sobě.

**A kdybyste to měl spočítat, kolik času věnujete péči o maminku?**

No ráno.. pomůžeme mamce s mytím, oblékneme ji. ..Pak se společně nasnídáme a mamka kouká na televizi nebo třeba sedí v kuchyni a povídá si s manželem, s manželkou, jak kdo, jak kdy, kdo se zrovna naskytne. Potom se nají, ..jde si zdřímnout. Odpoledne je to různé, ale... většinou mamka sedí doma nebo na zahradě, odpočívá. Chodí brzo spát.

**Dobře, kdybyste to teda měl vyčíslit, tak kolik času by to bylo?**

No, .. nevím, když to vezmu zhruba, .. že ji vozím k doktoru, to je alespoň jednou za 14 dní, tak 3, 5 někdy i 8 hodin denně. Manželka, ta je s ní pořád tak 7-8 hodin denně, no... tak nějak to vyplývá.

**Takže péče je teda náročná, býváte unaven?**

No to si vezte, když se staráte o maminku celý den, je to náročné no

**A odpočíváte nějak?**

A tak víte co, přijedou děti... nebo jdeme za nimi a tady je pak sestra, ta občas vypomůže

**A nějaká sociální služba Vám pomáhá?**

Ne, ne, maminka by nikam nešla.

**A kdybyste třeba nějak onemocněl a nemohl jste pečovat, kdo by Vás zastal?**

Tak myslím si, že určitě sestra, rodina... Maminka nikam nechce a všichni to vědí, takže žádný ústav v podstatě nepřichází v úvahu.

**A víte, jaké jsou služby ve vašem tady okolí nebo kde hledat pomoc?**

No, asi je tady nějaký domov důchodců. Nejspíš chodí nějaká pečovatelská služba, u sousedů jsme to viděli, ale jinak nevím, zatím si myslím, že to tak nějak jde. Tak kdyby to nešlo, tak bych to asi nějak řešil.

Dobře, děkuji Vám za rozhovor.

**Rozhovor C****Dobrý den, ještě předem jednou se zeptám, zda souhlasíte s nahráváním rozhovoru?**

Ano.

**A porozuměl jste poučení o účelu a zpracování tohoto rozhovoru?**

Ano.

**Říkal jste, že Vám pomáhá manželka, s čím vším?**

Neviděli jste, že nemůžu chodit, žena mi musí pomoci se vším.

**Jak se pohybujete?**

Žena mi pomůže se obléct, a pak mi pomůže na vozík. odveze mě kam potřebuju. Na záchod, do koupelny, do kuchyně. Musí mě zase z vozíka posadit třeba na židli ... ve sprše. Osprchuje mě a zase odveze do postele. Jídlo mi nosí. Chce abych jedl u stolu, ale všechno mě bolí, ... a tak radši ležím.

**Co Vaše paměť?**

No zapomínám ... normálně, ale hlava mi ještě zatím slouží.

**Bydlíte s manželkou, jste s její péčí spokojen?**

Jistě, je to zlatá ženská. Kdybych ji neměl, nevím, co bych asi dělal.

**Stará se o Vás stále, nebo dochází i někdo jiný?**

Ne, jenom žena mě pomáhá.

**A doktoři?**

Jezdím sanitkou s ní.

**Kolik času stráví péčí o Vás?**

**Celý den.** Někdy odběhne nakoupit, ale to je tak, .... no, normálka.

**Bývá Vaše žena unavena?**

Jé je, taky už má své obtíže.

**Jak odpočívá?**

Spí.

**Kdyby nemohla paní pečovat, jak by to vypadalo?**

Mohla by zastoupit dcera. taky ji pomáhá, a tak už ví co je potřeba.

**A víte, jaké jsou služby ve vašem okolí a kde byste hledal pomoc?**

Byla tu paní z města, vyplnila nějaké papíry a když budu něco potřebovat, máme se ozvat. Ale já ... nic nepotřebuju. Chci umřít doma.

**Děkuji Vám za rozhovor. Nashledanou.**

**Rozhovor D**

**Dobrý den, ještě jednou se zeptám, zda souhlasíte s nahráváním rozhovoru?**

Ano.

**A porozuměla jste poučení o účelu a zpracování tohoto rozhovoru?**

Ano

**Říkala jste, že pečujete o tatínka, v čem Vaše péče spočívá?**

Tatínek je zcela odkázán na naši péči. jen leží a spí. Mívá lepší chvílky, ale většinou odpočívá.

**Bydlíte společně?**

Od té doby co se tatínek zhoršil, ... jsem se přestěhovala k němu a starám se o něj

**Jak jste začala pečovat?**

Jak říkám, tatínek potřebuje péči ve všem. Upadl a zlomil si krček. byl i v léčebně, ale prosil, abychom jej vzali domů. Tak jsme to udělali.

**Kolik času věnujete péči o tatínka?**

Takřka ff pořád.

**Péče je určitě náročná, býváte unavená?**

Ano, ale dělám to ráda. Táta si to zaslouží.

**Odpočíváte někdy?**

S dětmi.

**Pomáhá Vám nějaká sociální služba?**

Ano dochází 3 x týdně sestra, každý čtvrtek přijde sestřička tatínka vykoupat. Když je potřeba přijede se na něj podívat paní doktorka.

**A kdybyste nemohla pečovat, kdo by Vás zastal?**

Děti, rodina, hlavně dcera, ale myslím, že by ji i pomohli

**A víte, jaké jsou služby ve vašem okolí a kde hledat pomoc?**

Tatínek byl v LN... LDNce, chodí k nám sestřičky, pomáhá mi celá rodina. Tatínka by jsme do ústavu nedali

**Děkuji Vám za rozhovor.**

**Rozhovor E**

**Dobrý den, Ještě jednou se zeptám, zda souhlasíte s nahráváním rozhovoru?**

Ano.

**A porozuměla jste poučení o účelu a zpracování tohoto rozhovoru?**

Ano.

**Říkala jste, že pečujete o dědečka, v čem vaše péče spočívá?**

Děda se špatně pohybuje, potřebuje pomoc s ..oblíkáním, mytím, chozením na záchod. ...A tak,.. uvařím, uklidím. Když je potřeba, odvážím k doktoru.

**Užívá léky?**

jo, píchá si inzulín. 2x denně a nějaké léky mu připravujem do takové krabičky.

**Jak si aplikuje inzulín?, sám?**

Vždycky ráno někdo přijde, většinou já, než odvedu děti do školy. Připravím mu snídani na stůl, píchnu inzulín, ten je v takovém tom...ježíš... peru a dám léky, aby je zapil. On se děda nají a ještě si lehne. Tak kolem 9 hodiny vstává, pomůžem mu s mytím, obléknout se a tak... a mívá i malou svaču.

Na oběd mu jídlo přinese pečovatelská služba a o víkendu jezdí mamina. Odpoledne to vždycky zaběhnu, pomůžu s čím je potřeba. Manžel jej... když je potřeba vykoupe. Večer připravím večeři a zase dám inzulín. Pomůžu s převléknutím.

**Bydlíte společně?**

Ne, ale bydlíme vedle ve vchodu... a tak tady jsem docela často, jenom dopoledne chodím na poloviční úvazek uklízet.

**Jak jste začala pečovat?**

Tak.. děda na tom byl dlouho dobře. Mamka o víkendu přijela, pomohla mu, uklidila atak. Jednou zkolaboval a odvezli ho do nemocnice. ...No a potom už to úplně nezvládal. A my jsme vlastně nejbliž, tak vždycky zaskočím, a pomůžu.

**Kolik času věnujete péči o dědu?**

Ježíš to nevím, jsem tady vlastně každý den, několikrát.

**Dobře, kdyby jste to měla vyčíslit, kolik to je času?**

Je to, nevím, to je různé... většinou tak, 4 hodiny každý den?

**Péče je náročná, býváte unavená?**

No, někdy jo, ale.. to při dětech, práci, pořád v běhu a děda je ...strašně hodný člověk, moc toho nechce

**Odpočíváte nějak?**

No jo tak občas se projdu, poslouchám hudbu, jsem spíše akční typ

**Pomáhá Vám nějaká sociální služba?**

No pečovatelská služba vozí obědy.

**A kdyby jste nemohla pečovat, kdo by pečoval místo vás?**

Myslím si že mamina, za chvílku půjde do důchodu a tak na to bude mít více času.

**Víte jaké jsou sociální služby ve vašem okolí a kde hledat pomoc?**

No pečovatelská služba má různou nabídku a dál by se vidělo. Nevím v našem okolí co přesně je, ale na internetu bych určitě něco našla.

**Děkuji Vám za rozhovor.**

## Příloha III

### Rozhovor 1 ADELA

- 1 Dobrý den, ještě jednou se Vás zeptám, zda souhlasíte s nahráváním rozhovoru?  
 2 Ano.
- 3 A rozuměla jste poučení o účelu a zpracování tohoto rozhovoru?  
 4 Ano
- 5 Říkala jste, že pečujete o tatínka, v čem Vaše péče spočívá?  
 6 ehm... O celodenní starosti / koupání, mytí / stravu / ...oblíčení!  
*celodenní hygiena stravní oblékána*
- 7 Tatínek chodí nebo leží?  
 8 Více je ležící / *pomoc s mrt.*
- 9 A co léky?  
 10 Připravujeme... / *přes zdravotní* / dáváme mu je / von si je jako bere, má je v pořádku, ale musí se  
 11 nachystat do pořádku týdně.
- 12 Bydlíte společně? / *bydlí u RP*  
 13 Společně, má svoji místnost v který je... / Tam kouká na televizi, odpočívá.
- 14 A jak jste začala pečovat? / *situaci spoj. s nemocí*  
 15 Byl nemocný... / tak jsem... / se musela postarat o něj.
- 16 Když byste to měla vyčíslit, kolik času věnujete péči o tatínka?  
 17 Prakticky celý den,  
*celodenní*
- 18 Dobře, péče je určitě náročná, býváte unavená? / *sí nara*  
 19 Ano.
- 20 A odpočíváte nějak? / *nedostatek volného času*  
 21 Odpočívám většinou / v noci spánkem / (smích).
- 22 Pomáhá Vám nějaká služba? sociální.  
 23 Ne, nepomáhá
- 24 A kdyby jste, najednou, nemohla, já nevím, jste onemocněla, nemohla jste pečovat,  
 25 kdo by Vás zastal?  
 26 Přítel.
- 27 A víte, jaké služby jsou tady ve vašem okolí?  
 28 Ano, je tu někde ten Červený kříž a domov důchodců. / *pro nemocné a st.*
- 29 Dobře, děkuji Vám teda za rozhovor. Na shledanou  
 30 Nashledanou.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Jarmila Sládková  
**Studijní program:** Sociální politika a sociální práce

**Název práce:** Péče o nemocné seniory v domácím prostředí  
**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Jaroslav Kot'á

**Rok dokončení práce:** 2019

**Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh):**

**Přímé citace:** 6 602

**Ostatní text:** 113 618

**Celkový počet znaků:** 120 220

**Názvy souborů umístěných na doprovodném CD:**

**Text práce ve formátu PDF:** DP\_2019\_SLADKOVA

**Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:** DP\_2019\_SLADKOVA

**Další soubory:** Rozhovor\_A

Rozhovor\_B

Rozhovor\_C

Rozhovor\_D

Rozhovor\_E

**Posudek vedoucího diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Jarmila Sládková  
 Obor studia: Sociální politika a sociální práce  
 Název práce: Péče o nemocné seniory v domácím prostředí  
 Vedoucí práce: doc. PhDr. Jaroslav Kořa

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 62  
 Počet stránek příloh: 8  
 Počet titulů v seznamu literatury: 24 + 4

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a



Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké jsou výhody a jaké nevýhody péče o seniory v domácím prostředí?  
Jak by bylo možné zlepšit spolupráci osob pečujících v domácnosti o seniory a zaměstnanci sociálních služeb, které do domácnosti docházejí?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Diplomantka předložila práci z oboru, v němž se bezpečně pohybuje a věnovala se aktuální tematice možností péče o seniory v domácnostech a v sociálních zařízeních. V poměrně podrobné teoretické části autorka kladla otázku, do jaké míry je péče v domácím prostředí reálnou a jaké jsou pečujícím kladeny překážky. Zmapovala terén problémů, na které péče o seniory naráží a které ji v jistém slova smyslu limitují.

V praktické části autorka provedla šetření, v němž ji zajímala otázka ne/soběstačnosti seniorů a jaké jsou jeho potřeby a nároky na pečující osoby. Otázkou bylo rovněž to, do jaké míry jsou senioři informováni o možnostech sociálních služeb pro tuto věkovou skupinu. V závěru autorka navrhla doporučení pro zlepšení současného stavu v dlouhodobé péči o nesamostatného seniora.

Empirická sonda byla provedena v Karlovarském kraji. (Vzorek tvořilo 106 respondentů, 48 z nich prošlo užším výběrem a 24 vyhovovalo všem zvoleným kritériím.)

Připomínky k práci: i když je text psán jasně a srozumitelně, autorka ne zcela vždy zvládla formulace vět s tzv. zamlčeným podmětem. Také interpunkci zvláště v úvodních teoretických částech práce by bylo vhodné podrobit pečlivější korektuře; na s. 58 je gramatická chyba.

Celkové hodnocení: Ocenit lze široký interdisciplinární záběr při zpracování tématu, které je vhodně zvoleno vzhledem k oboru studia. Metodologicky jsou dobře a sebekriticky zvládnuté závěry výzkumné sondy; výsledky jsou inspirující. Text je psán čtivě, jasně a přehledně, je dobře uspořádán a je relevantní ke zvolenému tématu. Předložený text splňuje požadavky kladené na diplomové práce a lze jej doporučit k obhajobě. Klasifikace je navržena vzhledem k uvedeným drobnějším výhradám.

Doporučení k obhajobě: doporučuji  
Navrhovaná klasifikace: velmi dobře



Datum, podpis: 21. 8. 2019

doc. PhDr. Jaroslav Kořa

**Posudek oponenta diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Jarmila Sládková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Péče o nemocné seniory v domácím prostředí

Oponent\* práce: Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 63

Počet stránek příloh: 7

Počet zdrojů: 28

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěš/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Vysvětlíte pojem - polymorbidita.
- 2) Jaký je rozdíl mezi geriatrií a gerontologií?
- 3) Zamyslete se nad nejobtížnějšími momenty výzkumu.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Diplomová práce se věnuje zdravotně sociální problematice seniorů. V teoretické části se autorka nejprve zabývá klíčovými pojmy a fenoménem stáří, poté nastiňuje linii aktuálního i očekávaného demografického vývoje v České republice.

Dále se zamýšlí nad psychickými, biologickými a sociálními potřebami seniorů i nad bazálním významem rodiny v souvislosti s péčí o nemocné v období senia. Poukazuje také na možnosti státu, jež jsou zacíleny na zajištění péče o nemocné seniory v domácím prostředí prostřednictvím sociální služby.

V praktické části diplomové práce pak předkládá kombinovanou výzkumnou studii, jejímž cílem bylo zjistit, zda nemocný senior preferuje péči v domácím prostředí a zda tuto péči zajišťují výhradně rodinní příslušníci.

Zvolené téma považuji za aktuální a oborově přínosné. Oceňuji fakt, že autorka byla v diskusi schopna kriticky nahlédnout problematice momenty výzkumného postupu.

Po stránce gramatické se v textu pouze výjimečně objevují chyby, po stránce obsahové mám připomínku k záměně významu při vysvětlování rozdílu mezi pojmy gerontologie a geriatrie - s. 2 – 1. odstavec, což je však již na s. 3 – 3. odstavec - formulováno správně. Diplomová práce působí úsporně, což se odráží nejen na výstupech jednotlivých participantů, ale i na nepříliš vysokém počtu užitých zdrojů.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 10/9 2019 Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

