

# MASARYKOVA UNIVERZITA

Fakulta sociálních studií

Katedra sociologie



Preferované versus reálné podoby péče o seniory se sníženou soběstačností

Bakalářská práce

Vypracovala: Viktorie Hrazdilková

Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Marcela Petrová Kafková, Ph.D.

Brno 2018

Čestně prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a při jejím vypracování jsem vycházela pouze z pramenů uvedených v seznamu literatury.

.....

Viktorie Hrazdílková

V Brně 22. 10. 2018

## Poděkování

Děkuji především vedoucí své práce Mgr. et. Mgr. Marcele Petrové Kafkové Ph.D. za vedení mé práce, přínosné a inspirující rady a podnětnou kritiku při tvorbě této práce.

## Obsah

1	PÉČE O SENIORY SE SNÍŽENOU SOBĚSTAČNOSTÍ.....	4
1.1	Pojetí seniora se sníženou soběstačností.....	5
1.1.1	Vymezení pojmu soběstačnost.....	5
1.2	Nejčastější příčiny snížené soběstačnosti seniorů.....	6
1.3	Definice kvality péče o seniory.....	7
1.4	Péče o nesoběstačného seniora z pohledu rodiny.....	9
1.4.1	Sociální soudržnost pomáhající rodiny.....	9
1.4.2	Rodinná péče o staré lidi.....	10
1.4.3	Výhody a možná úskalí (překážky) rodinné péče.....	12
1.5	Péče o nesoběstačného seniora z pohledu sociálního pracovníka.....	14
1.5.1	Specifika sociální práce se seniory.....	14
1.5.2	Vybrané sociální služby pro seniory.....	17
1.5.3	Zařízení poskytující zdravotní péči seniorům.....	188
2	Obce a jejich participace při poskytování péče o seniory se sníženou soběstačností.....	19
2.1	Péče o seniory v Jihomoravském kraji.....	21
3	KONKRÉTNÍ PŘEDSTAVY SENIORŮ SE SNÍŽENOU SOBĚSTAČNOSTÍ O VLASTNÍ ŽIVOTNÍ SITUACI.....	244
3.1	Preferované podoby péče pohledem seniorů.....	255
3.2	Reálné podoby péče o seniory a možné přidružené problémy.....	29
	ZÁVĚR.....	344
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	377
	Jmenný index.....	423
	Anotace.....	434
	Annotation.....	445

# 1 PÉČE O SENIORY SE SNÍŽENOU SOBĚSTAČNOSTÍ

Francouzský spisovatel Jean de La Bruyère kdysi prohlásil: *„Být na obtíž je úlohou hlupáka. Jemný člověk vycítí, zda je vhod, či ne, a umí zmizet v okamžiku, který ještě předchází onomu, kdy se stane zbytečným.“* Co když se ale zbytečným cítí být nesoběstačný senior, který již ve většině oblastí svého života potřebuje pomoc od okolí a, lidově řečeno, „zmizet“ ve vhodném okamžiku zkrátka nedokáže? Každý člověk někde ve skrytu své duše a v hloubi svého srdce touží prožít pokročilé stáří doma, v důvěrně známém prostředí, kde se cítí dobře a bezpečně, neboť *„bezpečné prostředí seniorovi umožňuje být sám sebou a věřit, že mu bude nabídnuto správné řešení a pomoc.“* [Klevetová, Dlabalová 2008: 73]. A přece smutnou pravdou je, že stane-li se člověk nesoběstačným, nezdídka o způsobu jeho života rozhoduje někdo druhý, nejčastěji rodina. Péče o seniora je dodnes vnímána jako společenské tabu a pro samotného seniora i jeho rodinu tak představuje velký krok do neznáma, na který není ani jedna strana optimálně připravená. V celé řadě případů proto zcela zbytečně přichází na řadu ústavní péče. Přitom platí, že i když stárnoucí člověk vyžaduje z důvodu věku či zdravotního stavu pravidelnou pomoc a péči jiné fyzické osoby, v některých základních životních úkonech může být stále soběstačný. Jinými slovy, ne každý senior vyžaduje péči v nepřetržitém režimu dvaceti čtyř hodin. V mnoha případech může být osobám se sníženou soběstačností zajišťována pouze osobní asistence, tj. terénní služba poskytovaná osobám, *„které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje“* [MPSV v aktuální verzi].

## 1.1 Pojetí seniora se sníženou soběstačností

### 1.1.1 Vymezení pojmu soběstačnost

Soběstačnost, tj. „*schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost*“ [Dvořáčková 2012: 48], spoluutvářejí čtyři různé složky: fyzická – psychická – sociální – hmotná. Převážná či úplná ztráta soběstačnosti a samoobslužnosti i v těch nejelementárnějších potřebách představuje zdaleka nejvážnější problém, jemuž musí jedinci vyššího věku čelit.

S výrazným poklesem soběstačnosti začínají být senioři postupně závislí na výpomoci ze strany rodiny, případně sociálních pracovníků. Podle Národního plánu přípravy na stáří [MPSV v aktuální verzi] je nutné seniory podporovat v soběstačnosti v maximální možné míře zejména v domácím prostředí, které dobře znají. V prvním kroku často postačí upravit prostředí jejich bytu či domu tak, aby byli co nejvíce nezávislí a samostatní. Platí totiž, že ne vždy může být senior plně soběstačný, ale rozhodně může být přinejmenším spokojený s mírou vlastní soběstačnosti a úrovní dopomoci [Pokorná 2013]. Pokud není možné, aby senior žil sám v domácím prostředí, rozhoduje se nejčastěji mezi dvěma různými variantami. Buď se může přestěhovat do rodin svých dětí, nebo do některého ze sociálních zařízení. První varianta je však možná pouze za předpokladu, že klinický stav seniora je stabilizovaný, aby „*domácí prostředí umožňovalo poskytovat péči, která předpokládá během dne i zapojení rodiny nebo jiného laického pečovatele*“ [Dvořáčková 2012: 81].

Ve snaze o definici seniora se sníženou soběstačností je ale zapotřebí nejprve definovat samotný pojem „soběstačnost“. Pod pojmem soběstačnost si představujeme schopnost žít samostatně v běžném prostředí a zároveň se obejít bez podstatné pomoci druhé osoby [Štěpánková, Höschl, Vidovičová 2015: 77 - 92].

Zjednodušeně lze soběstačnost definovat jako „*schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí*“ [Kalvach 2004: 196]. Právě prostředí, v němž se jedinec seniorského věku pohybuje – ať už se jím myslí prostředí přírodní či

sociální, určuje společně s jeho zdatnostmi, dovednostmi a znalostmi – zda a do jaké míry se mu podaří uchovat si celkovou soběstačnost a dlouhodobou nezávislost na jiné osobě.

Neméně podstatné je zároveň vědomí skutečnosti, že oba výše zmíněné faktory, tj. prostředí a funkční zdatnost jedince, se navzájem ovlivňují, přičemž platí, že odstraňování různých omezení v rámci jednoho faktoru může zároveň kompenzovat nedostatky v případě faktoru druhého.

Na soběstačnost lze tedy pohlížet jako na ucelený komplex sestávající ze čtyř různých komponent. Tou první je komponenta fyzická, v níž stěžejní úlohu sehrává mobilita jedince seniorského věku, neboť „*vyšší věk je spojen s postupným zhoršováním neuromuskulárních funkcí, což vede k poruchám mobility a poklesu soběstačnosti*“ [Štěpánková, Höschl, Vidovičová 2015: 185]. Druhá, psychická komponenta představuje schopnost jedince zařizovat si věci samostatně. Třetí komponenta je sociální a reflektuje úroveň integrace jedince s rodinou, okruhem příbuzenstva a společností. Poslední ze všech čtyř komponent je ekonomická a jako taková přímo závisí na výši finančního příjmu, dostačujícího pro životní nároky a potřeby daného jedince seniorského věku [Zavázalová 2001].

## **1.2 Nejčastější příčiny snížené soběstačnosti seniorů**

Fyzická onemocnění se spolu s psychickými onemocněními řadí mezi nejčastější příčiny nesoběstačnosti ve stáří. Stranou pozornosti však nesmí zůstat ani sociální příčiny, které rovněž mají na kvalitu života jedince vyššího věku značný dopad. K různé míře nesoběstačnosti vede především dekonďice seniorů, tj. „*závažný pokles především vytrvalostní zdatnosti, přičemž postižena bývá obvykle také silová výkonnost svalů*“ [Kalvach 2008: 150]. Dekonďice přitom představuje významnou složku geriatrické křehkosti, již signalizuje přítomnost alespoň tří z pěti základních následujících znaků: hubnutí / nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o čtyři a půl kila za rok,

subjektivně vnímaná únava / vyčerpanost / svalová slabost / nízká hodnota síly stisku ruky / pomalá chůze / nízká úroveň pohybové aktivity [Kalvach 2008: 119].

Disabilita seniorů, tj. omezená schopnost, jejímž projevem je „*neschopnost jedince provádět určité činnosti, které dříve, před vznikem disability, prováděl*“, [Seidl 2008: 155] přináší určitý deficit sebezpečí, čímž u seniorů dochází k vývoji různého stupně nesoběstačnosti [Pokorná 2013]. Příčiny omezení či změny sebezpečí ve stáří jsou typicky multifaktoriální povahy. Prolínají se tu individuální charakteristiky jedince (tj. věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání, kulturní specifika aj.) a životní okolnosti (tj. zásah chronického onemocnění, změna prostředí aj.) s přináležitostí k dané kulturní společnosti (např. dlouhodobě lze sledovat, že romské rodiny stále žijí v takzvané vícegenerační rodině a domácnosti a jsou s to postarat se o své nejstarší členy bez pomoci institucionální péče) [Bekel, Halmo 2004].

Podpora samostatnosti jedince v seniui, jak je někdy seniorský věk také nazýván, a posilování pocitu osobní autonomie (nezávislosti) a důstojnosti v situaci postupného ubývání schopnosti jednat, myslet a pamatovat, závisí krom jiného na rozvoji a podpoře zdatnosti, odolnosti a kreativní adaptability. Souhrnně lze tyto tři vzájemně propojené, neoddělitelné a ovlivňující se složky označit souslovím – potenciál zdraví neboli „*nejvyšší úroveň zdraví, kterou může konkrétní jedinec žijící v dané společnosti dosáhnout*“ [Čeledová, Čevela 2010: 19]. Tato úroveň je přímo určena možnostmi jedince seniorského věku starat se jak o sebe, tak i o druhé, dále schopností se samostatně rozhodovat a přijmout svůj díl zodpovědnosti za vlastní životní osud.

### **1.3 Definice kvality péče o seniory**

Nadále, stejně jako dříve, platí zásada, že kvalita péče o seniory nastavuje společnosti zrcadlo ke srovnání jejího skutečného postoje a přístupu k seniorské populaci s tím, který je obecně považován za společensky žádoucí a společnosti prospěšný. V popředí zájmu tak stojí důležitost přijetí principu nediskriminace a solidarity, stejně jako i „*uznání starších občanů jako právoplatných členů společnosti a*



*uvědomění si péče o seniory jako stálé hodnoty v lidském společenství“ [Klvetová, Dlabalová 2008: 15]. Mělo by proto být naprostou samozřejmostí, že se budou senioři aktivně zapojovat do společnosti, budou zprostředkovávat nezažité zkušenosti mladším generacím, budou mít možnost pracovat a podílet se na rozhodování, kdy a za jakých okolností odejdou z pracovně produktivního života. Neméně významná je i nutnost respektovat nezcizitelnou důstojnost a nezávislost seniorů, neboť „pro většinu lidí neexistuje větší utrpení než to, když cítí, že přišli o svoji důstojnost“ [Dvořáčková 2012: 36].*

Shoda na teoretických východiscích kvality péče o seniory i obecně přijímaná a přesná definice kvality péče o seniory v sociálních vědách dosud stále chybí [Jabůrková, Mátl 2007]. Obecně platí, že od kvality péče o seniory se následně odvíjí také kvality jejich života. V sociálních a zdravotních službách lze přitom na kvalitu pohlížet mnoha různými způsoby. Klíčová je především spokojenost uživatele a jeho rodiny, optimální reakce na potřeby toho, komu je péče určena, dále profesionalita personálního zajištění služby a vedle její efektivity také cenová únosnost. Neméně důležitá je v pohledu na kvalitu péče o seniory také vhodnost prostředí, ve kterém je služba poskytována, a její udržitelnost.

Teprve podaří-li se specifické potřeby této životní etapy naplnit, lze život ve stáří nazývat kvalitním. Smutným faktem současnosti totiž je, že se kvalitě péče (nejen) o seniory se sníženou soběstačností stále nedostává zasloužené pozornosti. Jako výjimku z této všeobecné zkušenosti lze uvést například dokument *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*, jehož cílem je „ochrana i rozvoj zdraví lidí po celý jejich život, snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí“ [Juríčková, Ivanová, Filka 2013: 32]. Jeden z 21 vytyčených cílů by bylo možné definovat jako zdravé stárnutí, jež povede k tomu, že lidé nad 65 let věku budou do roku 2020 plně využívat svůj potenciál a účastnit se života společnosti. Ve spojitosti s kvalitou života jsou zde zdůrazněny také významné prvky v podobě seberealizace, autonomie, participace a v neposlední řadě také důstojnosti.

## **1.4 Péče o nesoběstačného seniora z pohledu rodiny**

### **1.4.1 Sociální soudržnost pomáhající rodiny**

Obecně lze konstatovat, že pomoc starému člověku v rodině je založena na poutu solidarity, což jinými slovy řečeno znamená, že tato pomoc si žádá značnou míru sociální soudržnosti rodiny, jež pomoc poskytuje. Dokonce již v samotné definici rodiny je tak prvek solidarity pevně zakotven. Rodinu lze totiž mimo jiné definovat také jako formu „*dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti*“ [Jandourek 2001: 206].

Sociální situace, do níž se rodina může někdy i ze dne na den dostat a v níž se rozhoduje pro pomoc starému nesoběstačnému příbuznému, jenž se o sebe již sám postarat nedokáže, je emocionálně velmi vypjatá a náročná. Nepochybně nutnou podmínkou zajištění péče o starého člověka v rodině je tak její sociální soudržnost, bez níž je rodinná péče takřka nemyslitelná. Soudržností se v tomto kontextu rozumí sdílení společných hodnot, norem a vzorů chování.

V české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny, v tomto případě seniorům, opírá o tradiční pojetí, jež předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je primárně odpovědná rodina. Formální, respektive státní služby přitom bývají využívány až v situaci, kdy neformální poskytovatelé buď chybí úplně, nebo péči ani přes veškeré úsilí nezvládají [Svobodová 2011]. Rodinná péče v České republice tak totiž skutečně pokrývá většinu potřeb starých lidí. Pro ilustraci, podle studií Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí zastává 84 % Čechů názor, že by se o staré rodiče měly postarat jejich děti, a to i v případě jejich nemohoucnosti. 80 % populace pak volí možnost poskytnout svému starému příbuznému péči raději v domácím prostředí. 50 % populace by pak tuto povinnost vzalo dokonce na svá vlastní bedra [Možný, Přidalová, Bánovcová 2003].

Na druhou stranu ale nelze přehlížet ani vliv dnešní společnosti založené na silném individualismu a konzumním způsobu života, který soudržnou a pečující rodinu

stále častěji staví po bok ohroženého lidského druhu. Tradiční rodina, jež představuje významný stabilizující prvek společnosti, je totiž na ústupu. Současná rodina naopak nabývá zcela nových podob, což je zapříčiněno rozvolňováním rodinného soužití. Rodiny se mnohem častěji rozpadají opakovanými rozvody i dalšími, nově uzavíranými manželstvími. Navíc stále větší počet lidí dává buď přednost nesezdanému soužití, nebo životnímu stylu života bez partnera, s nímž se přímo pojí také dobrovolná bezdětnost.

Není sporu o tom, že péče o nesoběstačného příbuzného v domácnosti klade na rodinu nesmírně vysoké nároky. V těchto emocionálně náročných a vypjatých časech tedy musí „zdravá“ rodina prokázat nejen solidaritu a vysokou soudržnost. To vše je však z praktického hlediska nutné podepřít ještě o dostatek potřebných informací (od zdravotníků, z odborných knih a časopisů aj.) a odpovídajících pomůcek, o úzkou spolupráci s profesionály, kteří se domácí péči věnují, a dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit či dočasně, v případě potřeby, nahradit – a tím podporovat život seniora v jeho přirozeném prostředí, kde budou zohledňovány jeho individuální potřeby [Hrozenská, Dvořáčková 2013]. Bez pestré nabídky nejrůznějších specializovaných i běžných služeb, spolupráce a vzájemné pomoci mezi institucemi a rodinou by totiž model rodinné péče nemohl nikdy zdárně fungovat [Havlík, Zimmelová 2005]. Zejména na samém počátku péče o nesoběstačného seniora v domácím prostředí musí pečující osoby získat zcela konkrétní a ihned pragmaticky využitelné informace o dostupných formách pomoci a finančním zajištění péče. Stejně tak ale musí být seznámeni i s možností využít sociální, případně zdravotní služby. Jelikož se rodinní příslušníci ocitají ve zcela nové a pro ně doposud neznámé situaci, neměli by se ostýchat využít ani poradenské služby v místě bydliště.

## **1.4.2 Rodinná péče o staré lidi**

Při posuzování vyspělosti lidské společnosti bývají uplatňována nejrůznější kritéria, od míry kriminality přes míru korupce, počet bezdomovců až po spotřebu toaletního papíru či ústní vody v dané společnosti. Za hlavní měřítko vyspělosti společnosti by však mělo být považováno to, jak se daná společnost stará nejen o staré

lidi, ale i o handicapované jedince. A to zcela v duchu myšlenky, že pevnost řetězu vždy záleží na nejslabším článku. 80 % populace sice prožívá seniorský věk naprosto nezávisle, ale zbývajících 20 % seniorů je již na péči druhé osoby právě z důvodu poklesu soběstačnosti plně nebo částečně závislých. 6 % z oněch 20 % je pak dokonce v důsledku významné ztráty soběstačnosti institucionalizováno [Matějovská, Kubešová, Kiss 2015: 20 - 34].

Praxe potvrzuje, že rodinná péče, jíž se zjednodušeně řečeno rozumí neustálá činnost, kterou vykonávají především členové rodiny, platí za nejlepší formu, jež plně respektuje integritu seniora, jeho psychický stav a zároveň i kvalitu života. Nadto platí, že vysoce citlivá pomoc pro seniory je pro jejich zdraví mnohem přínosnější a důležitější, než vysoce technologická medicína. Jednoznačnou předností rodinné péče v ideální formě je osobní vztah k seniorovi, který mu pomáhá nejvíce naplnit jeho psychosociální potřeby. K jeho dobré psychické pohodě pak v neposlední řadě přispívá i fakt, že se rodinná péče odehrává v místě, na které byl senior po celý svůj život nebo alespoň většinu života zvyklý. Tím se také daří naplňovat tezi o tom, že budoucnost péče o staré lidi má směřovat k setrvání člověka v původním prostředí – pouze s využitím denních center.

Nelze však zapomínat ani na to, že ne vždy je ale senior ochoten přijímat pomoc od svých příbuzných. „*Někdy mívá pocit, že své příbuzné příliš zatěžuje, a proto přijímá péči raději od profesionálů. V takovém případě je žádoucí rozhovor se seniorem na téma, proč si nechce dovolit přijímat lásku svých blízkých. Nezaslouží si ji snad? Rodina mu nabízí pomocnou ruku a on ji odmítá*“ [Kleťová 2017: 102]. V takových případech je třeba usilovat o detailnější rozpoznání motivace seniora, jež mu brání přijmout pomoc druhých.

Podle Millwarda [Hooyman, Kiyak 1992: 192] lze péči o staré lidi charakterizovat jako opatrovnickou či podpůrnou pomoc nebo službu vykonávanou pro blahobyt starých osob, které z důvodu chronické či duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti samy vykonávat. Rodinná péče tedy odpovídá principu subsidiarity (podpůrné působnosti) a je seniorovi zajištěna nejbližší institucí – rodinou.

Cílem péče o staré osoby je zajistit jim péči se zaměřením na co nejdelší udržení jejich soběstačnosti. Zapojením rodinné péče to lze navíc učinit s mnohem větší efektivitou jak po stránce kvalitativní, tak také po stránce finanční [Havlík, Zimmelová 2005: 97 - 107].

Jako jednu z možných nevýhod rodinné péče lze vnímat její časovou náročnost pro rodinu, stejně jako i nedostatečnou zdravotnickou způsobilost členů rodiny ve srovnání s profesionály, zastoupenými například lékaři, zdravotními sestrami aj., kteří vykonávají buď ústavní, případně terénní péči. Ovšem jako největší nevýhodu či úskalí rodinné péče lze obecně vnímat její fyzickou a psychickou náročnost přímo spojenou s velkým emocionálním vypětím. Na rozdíl od péče v institucích totiž rodina neposkytuje jen péči zdravotní a sociální, ale rovněž i péči emocionální. Jinými slovy, pokud by bylo možné vysledovat jednoho společného jmenovatele případů péče, pak by se rozhodně nejednalo ani o požadavky péče ani o její délku, nýbrž o emocionální dopad.

### **1.4.3 Výhody a možná úskalí (překážky) rodinné péče**

*„Ve stáří znamená dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné v případě nesoběstačnosti seniora. Důležité jsou možnosti, vůle, motivace a snaha rodiny pomoc poskytnout“* [Klvetová, Dlabalová 2008: 85]. Rodinná péče o nesoběstačného seniora s sebou pochopitelně přináší klady i zápory. Klady vystupují do popředí tehdy, když se jedná o emocionální složku péče. Staří lidé obecně si v dnešním moderním a přetechnizovaném světě připadají mnohdy úplně ztraceni, neboť v době jejich mládí bylo téměř vše jinak. Také z toho důvodu potřebují pomoc ze strany své rodiny, potřebují cítit lásku svých dětí a vnoučat a především potřebují získat pocit, že se mají na koho obrátit, když už sami nejsou soběstační a nedokážou se o sebe dokonale postarat. Rodina si však musí jasně vymezit úkoly a společně usilovat o nastolení dobré spolupráce a stmelení rodiny. A právě vytváření mezigenerační spolupráce a solidarity tak lze jistě vnímat jako další ryze kladný moment rodinné péče.

Rodinná péče má vedle dobře známých pozitiv také svá negativa, jež mohou být závažnou překážkou dlouhodobé péče o nesoběstačného seniora. Překážky se přitom mohou vyskytovat jak na straně pečujících, tak také na straně samotného seniora.

Faktory nebo také překážky na straně pečujících, podmiňující rozsah a možnost péče vlastních rodin o seniory, mohou být následující:

- nemoc pečujících osob;
- postupné snižování počtu členů rodiny, kteří mohou péči v rodině poskytovat;
- nevyhovující bydlení, které není uzpůsobeno zhoršeným smyslovým a pohybovým schopnostem, které s sebou stáří přináší, což znamená, že seniorovi neposkytuje bezpečné podmínky; navíc většina českých bytů není vedena jako dvougenerační a nucené sestěhování více rodin do jednoho bytu může vyvolávat spory;
- vysoká zaměstnanost žen střední generace, které musí ekonomicky zabezpečovat své rodiny (ztráta jejich místa by mohla rodinu dostat do neřešitelných problémů);
- radikální změna ekonomické situace v důsledku nedostatku peněz a problémů v zaměstnání, případně dokonce v důsledku dobrovolného či nedobrovolného opuštění zaměstnání);
- problematické nebo vážně nemocné dítě.

Mezi faktory nebo také překážky na straně seniorů pak patří:

- vážná nemoc s mimořádně vysokými nároky na péčování;
- osobnostní rysy a vlastnosti seniora – platí totiž, že *„s přibývajícím věkem také pomalu, ale plynule vzrůstá kognitivní rigidita, která se projevuje nechutí k novým postupům. Seniori často setrvávají u zafixovaných stereotypů, nejsou příliš ochotni akceptovat nějaké změny.“* [Špatenková, Smékalová 2015: 69].

Tímto výčtem ale zdaleka nekončí pomyslný seznam všech objektivních a závažných důvodů, proč se příbuzní nemohou postarat o své stárnoucí členy rodiny. Avšak i za předpokladu, že péče o seniora v rodině není možná, měla by rodina přinejmenším poskytovat svému příbuznému psychickou podporu a oporu a zajistit mu v dané situaci co nejlepší dostupnou péči.

Pokud již není dál možné pokračovat v domácí péči, je nutné vyhledat pro seniora vhodné pobytové zařízení, které bude seniorovi plně vyhovovat. Současně je ale velmi důležité seniora na tento krok v řešení jeho životní situace vhodně a citlivě připravit. Senior se nejprve musí s prostředím vybraného zařízení dobře seznámit a získat dostatek relevantních informací, které se vážou k jeho budoucímu pobytu v daném zařízení. Nezbytným předpokladem pro usnadnění pobytu, případně již samotného přechodu z domova do pobytového zařízení, je zachování stávajících společenských vazeb a navyklého životního stylu [Matoušek, Kodymová, Kolářková 2010].

## **1.5 Péče o nesoběstačného seniora z pohledu sociálního pracovníka**

### **1.5.1 Specifika sociální práce se seniory**

Sociální práce se seniory přináleží k některým dalším odborným disciplínám, v jejichž průběhu je člověku poskytována péče na základě specifických metod s profesionálním základem. Sociální práce se opírá o několik dalších společenských věd, jako je psychologie, pedagogika a sociologie. Částečně ale čerpá také z lékařských věd, práva, filozofie či ekonomie.

Definice sociální práce se neustále vyvíjí a mění. P. Navrátil [Navrátil 2000: 42] sociální práci definoval jako podporu „*sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.*“ Z tohoto pohledu lze sociální práci popsat jako snahu řešit problémy lidí, kteří se nacházejí v nepříznivé, případně obtížné životní situaci. Tyto situace přitom mohou mít

různého původce. Nejčastěji se však jedná o nepříznivě změněný zdravotní stav a psychické či sociální problémy. Situace tohoto typu si žádají globální řešení, neboť zasahují do sociální reality jedince a ovlivňují nejen jeho samotného, ale i jeho nejbližší okolí.

V případě sociální práce se seniory se pozornost soustředí zejména na dlouhodobě nemocné seniory, osaměle žijící seniory, seniory propuštěné z nemocnice s rizikem nedokončené rehabilitace a snížené soběstačnosti, seniory v domácí péči, případně seniory žijící v nevhodných prostorových podmínkách, seniory s naučenou závislostí, bezmocností, kteří odmítají vlastní aktivní přístup k péči o sebe, a v neposlední řadě také seniory, kteří nemají zajištěnu kvalitní péči a navíc čelí tělesnému nebo fyzickému týrání, zneužívání majetku a finančních zdrojů, případně zanedbávání [Matoušek, Koláčková, Kodymová 2005; Vitoušová 2007].

Ve vztahu k seniorům spočívá úloha sociální práce ve snaze o co nejdelší zachování kvality jejich života, a to v jejich přirozeném sociálním prostředí. Pokud už ale seniorům nemůže být pomoc doma dále poskytována, přecházejí do domovů pro seniory či do domovů se zvláštním režimem. Zatímco domov pro seniory je určen obecně všem seniorům bez rozdílu, domov se zvláštním režimem představuje specializované zařízení ze zákona určené osobám s chronickým duševním onemocněním, včetně demencí [Kučerová 2013].

Nástup do domova pro seniory je bez nadsázky považován za jednu z nejobtížnějších zátěžových situací, jimž je senior v průběhu svého života vystaven. Navíc pro nástup do domova neexistuje žádné jednotné pravidlo ani žádný vhodný okamžik. Rozhodně však nelze nástup podmiňovat věkem seniora, nýbrž pouze a jen jeho schopností adaptovat se na zcela novou životní situaci, kterou představuje život v kolektivním zařízení. Nutnou podmínkou úspěšné adaptace je i schopnost seniora se v novém prostředí dobře zorientovat. Pokud je totiž již při pobytu v domácím prostředí u seniora patrná snížená schopnost orientace v čase, prostoru, ale i v běžných situacích, lze usuzovat, že změna prostředí bude pro seniora velmi obtížná. V obdobných případech se proto nedoporučuje, aby musel senior čelit zásadní změně, kterou by pro



něj představoval přechod do nového prostředí, ale aby mu byly „na míru“ vytvořeny optimální podmínky pro setrvání v jemu dobře známém prostředí.

Senior, který se rozhoduje pro nástup do domova pro seniory, by se měl k tomuto kroku odhodlat sám, neměl by být přesvědčován například rodinou, že je toto rozhodnutí tím nejlepším, které pro sebe může udělat, atd. V této souvislosti je proto nutné seniora o životě v domově včas a dostatečně informovat a poskytnout mu potřebný čas, aby se s novou situací vyrovnal. Posléze je mu třeba pomoci s přípravou na pobyt a následně i se samotným pobytem. A právě v těchto momentech se jako obzvlášť důležitá ukazuje role sociálního pracovníka, který pomáhá seniorovi adaptovat se na změny a zvládat zátěž spojenou se sociální změnou, již mimo jiné přineslo zpřetrhání sociálních vazeb.

Se seniorem, který má o tuto službu zájem, tak rozhodně nestačí vyplnit jen potřebné formuláře a dál se mu již nevěnovat. Informace o budoucím uživateli je naopak nevyhnutelné získat v přímém a opakovaném rozhovoru s ním [Hauke 2011]. Během rozhovoru je potřeba projevat dostatek trpělivosti, na seniora nijak „netlačit“, v případě nutnosti mu vytvořit náležitý prostor pro odpočinek, nechat jej sdělit vše, co považuje za důležité, projevat ochotu mu pomoci, pohotově a adekvátně reagovat na vzniklé situace atd. [Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2012]. Sociální pracovník musí umět zjistit, co vše by senior v pozici zájemce potřeboval, aby se mu v domově pro seniory lépe žilo. Musí být s to seniorovi srozumitelným způsobem vysvětlit potřebné informace o službě, seznámit jej s pravidly jejího poskytování atd. Musí ho dostatečně a srozumitelně seznámit se všemi právy a povinnostmi, které vyplývají z podpisu smlouvy o poskytování pečovatelské služby atd. [Hauke 2011].

Ve chvíli, kdy dochází ke zhoršení zdravotního stavu seniora, zvyšuje se také potřeba sociálních služeb. Sociální pracovník tudíž musí spolupracovat se zdravotníky, tj. s lékařem a zdravotní sestrou.

## 1.5.2 Vybrané sociální služby pro seniory

Péče o starého člověka by se měla řídit důležitou zásadou, a sice že je nezbytně nutné jej udržet v jeho pracovním a přirozeném sociálním prostředí tak dlouho, jak jen to bude možné. Stále větší část populace se dožívá vysokého věku ve zdraví a řada seniorů dokonce stále ještě pracuje. V řadě případů tak není péče tím, co by potřebovali. Naopak – potřebují podporu společnosti, aby mohli v přirozeném prostředí vlastními silami setrvat co nejdéle. Už dnes je tak v sociální práci zřetelný posun směrem od pečovatelsví k podpoře a pomoci.

V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, lze rozlišovat sociální služby v závislosti na formě jejich poskytování. Ty přitom mohou být poskytovány hned třemi různými způsoby. Sociální služby se tedy poskytují ve formě: a) ambulantní péče (všeobecné a specializované), dále jako b) pobytová služba a c) terénní služba [Hrozenská, Dvořáčková 2013].

Jako příklad ambulantní péče lze jmenovat denní stacionáře, kam docházejí senioři se sníženou soběstačností, kteří potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby. „*Seniorům je poskytována všestranná péče, včetně socializační či aktivizační činnosti*“ [Mlýnková 2011: 66]. Na podobném principu jako denní stacionáře fungují také týdenní stacionáře, které se, jak již sám název napovídá, liší délkou pobytu seniora a jsou také považovány za službu pobytovou. Ve většině případů fungují od neděle večer / pondělí rána do pátku odpoledne. Víkendy tak již mohou senioři trávit v rodinném kruhu. Služby týdenního stacionáře zpravidla využívají senioři s nedostatečnou soběstačností a sebedpěčí a s poruchami paměti. Další pobytovou službou, avšak již s celoročním provozem určeným pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči, jsou domovy pro seniory. „*Služba je určena především pro osoby, které vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe nemohou dále setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí*“ [Malíková 2011: 46].

Terénní služba je pak poskytována seniorům v jejich přirozeném domácím prostředí. Jedná se o placenou sociální službu, jejíž součástí jsou také ošetrovatelské

úkony spojené s hygienickou péčí, přípravou snídaně, nakrmením aj., dále nakupování, péče o domácnost, praní, žehlení a některé další asistenční služby. Pečovatelská služba rovněž zřizuje takzvaná střediska osobní hygieny, prádelny, zajišťuje a rozváží obědy svým klientům [Mlýnková 2011]. Mezi další terénní služby patří i osobní asistence pro seniory, díky níž mohou senioři snáz zvládat péči o sebe i se integrovat do společnosti.

Jak terénní, tak také ambulantní a pobytová může být takzvaná odlehčovací (též respitní, úlevová či sdílená) služba, jejímž cílem je umožnit fyzické osobě pečující o seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí, aby měla dostatečný a tolik potřebný prostor pro odpočinek a regeneraci sil [Matoušek 2011].

### **1.5.3 Zařízení poskytující zdravotní péči seniorům**

V rámci zařízení, která seniorům poskytují zdravotní péči, lze jmenovat léčebny dlouhodobě nemocných, dále domácí péči a v krajním případě také hospice. Do léčeben dlouhodobě nemocných jsou umísťováni senioři, u nichž je předpokládána lůžková péče delší než tři měsíce. Jedná se tedy o specializované zdravotnické zařízení určené pro léčení starých a dlouhodobě nemocných lidí. Do léčeben tohoto typu jsou přijímáni nemocní senioři, u nichž již není možné prostřednictvím ambulantních forem péče zvládnout zhoršující se zdravotní stav, jeho důsledky, případně jiné negativně působící zdravotně sociální souvislosti. Přijetí nemocného předchází žádost ze strany obvodního lékaře, případně lékařů odborných oddělení, včetně lékařů sociálních ústavů [Sláma, Kabelka, Vorlíček 2011].

Domácí péči lze charakterizovat jako péči poskytovanou pacientům – seniorům v jejich přirozeném domácím prostředí [Kožuchová 2014]. Hlavními složkami domácí péče jsou rodinní příslušníci, pečující, dobrovolníci a také poskytovatelé odborné péče. Odbornou péči v tomto případě zajišťuje domácí ošetřovatelská péče. Intervence zdravotní sestry při ošetřování nemocného doma musí být vždy zaměřena na plánování péče se zřetelem na potřeby pacienty a musí dbát na to, aby se poskytovaná péče shodovala s kulturou pacienta. Nejčastější formou intervence je v tomto případě

parenterální a lokální aplikace (podávání) léčiv. Domácí péče je poskytována na základě rozhodnutí praktického lékaře, přičemž její rozsah se přímo odvíjí od zdravotního stavu seniora. Zažádat však o ni lze i bez doporučení lékaře s tím, že v takovém případě je tato péče plně hrazena samotným seniorem nebo jeho rodinou.

Do zdravotní péče náleží také hospice. I když umírání je jedno z nejbolestnějších témat ve společnosti, nelze před ním zavírat oči. Právě hospice dovedou poskytnout péči i těm seniorům, kteří jsou nevléčitelně nemocní, nejčastěji s onkologickými nemocemi. Hospice se však většinou nezaměřují jen na samotné umírající seniory, ale i na jejich pečující rodinné příslušníky, kterým nabízí již zmíněnou respitní péči. V praxi to vypadá tak, že pokud si příbuzní potřebují odpočinout, pobývá senior načas v hospici, kde je mu věnována komplexní péče. V neposlední řadě pak hospice nabízejí také pomoc ve formě péče o pozůstalé. Zmínit je potřeba také existenci takzvaného domácího hospice, jehož účelem je umožnit seniorům, aby závěrečnou etapu svého života prožili bezbolestně, klidně, důstojně a hlavně v kruhu své nejbližší rodiny. *„Speciální tým odborníků, lékařů onkologů, lékařů se zaměřením na paliativní medicínu, všeobecných sester dochází do domácího prostředí klienta a poskytuje specifickou péči nemocným v terminálním stadiu nemoci“* [Mlýnková 2011: 64].

## **2 Obce a jejich participace při poskytování péče o seniory se sníženou soběstačností**

Sociálně-zdravotní péče pro seniory poskytovaná na lokální úrovni představuje jednu ze stěžejních priorit národní politiky stárnutí a stáří (nejen) v České republice. V pozici klíčového aktéra, bez něhož by naplnění těchto cílů nebylo možné, vystupuje právě místní samospráva, která v různých evropských zemích hraje při realizaci sociální politiky přední roli. Každá obec v samostatné působnosti by tak měla v souladu s místními předpoklady a zvyklostmi vytvářet optimální podmínky pro rozvoj sociální péče i pro uspokojování potřeb svých občanů. Obce všech stupňů by měly zajišťovat dostupnost informací nejen o možnostech, ale i o způsobech poskytování sociálních služeb na svém území. Současně by se měly soustředit také na vzájemnou spolupráci

s dalšími obcemi / kraji a s poskytovateli sociálních služeb, jež by měla být nápomocnou při zajišťování efektivnější pomoci seniorům. V neposlední řadě pak může obec v návaznosti na kraj zpracovat také střednědobý / dlouhodobý plán rozvoje sociálních služeb.

Vznik *Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí* (dále již jen „Akčního plánu“) je v podstatě reakcí na populační stárnutí, které se dotýká naprosto všech oblastí života společnosti. Vychází přitom z přesvědčení, že má-li politika účinně reagovat na stárnutí obyvatelstva, musí se zasadit o komplexní přístup a koordinaci všech přijatých opatření, která budou v souladu s dlouhodobým výhledem pro maximální využití potenciálu starších pracovníků a seniorů. Jinými slovy, politika musí být s to pružně a efektivně reagovat na probíhající a očekávané demografické změny.

Akční plán představuje významný národní dokument zpracovaný v gesci MPSV ČR a představuje komplexní politická opatření reagující na demografické změny, tj. na pokles počtu narozených a zvyšování střední délky života (naděje dožití). První Akční plán byl koncipován na období let 2013–2017. Při bližším prostudování je zřejmé, že se zaměřil na dvě základní oblasti – zdraví a celoživotní učení. Od těchto dvou oblastí se následně odvíjí účast na trhu práce, aktivní podíl na rozvoji občanské společnosti (v podobě dobrovolnictví, případně v rámci vlastní rodiny) a podpora mezigeneračního dialogu. Jednotlivé priority Akčního plánu byly nastaveny tak, aby co nejlépe odpovídaly skutečným životním situacím osob ve vyšším věku. A jednou z takovýchto situací je také snížení soběstačnosti, v jehož důsledku potřebuje senior asistenci ze strany druhých osob. Zajištění péče o nejkřehčí pacienty s omezenou soběstačností tak je dokonce jednou z klíčových priorit celého Akčního plánu. Naplnění této priority je dále podmíněno zajištěním dostupnosti provázaných sociálně-zdravotních služeb, které budou s to pružně reagovat na měnící se potřeby těchto seniorů. Neméně důležitou roli v tomto ohledu hraje i dostupné a především kvalitní poradenství, na základě něhož se může senior sám rozhodnout, jakou formu péče upřednostní. Opakovaně zdůrazněn je zde také význam poskytování péče v domácím prostředí seniora. Zároveň se předpokládá součinnost nebo podíl krajské či místní samosprávy na naplnění těchto stanovených cílů.

*„Od místních samospráv se v oblasti péče o seniory se sníženou soběstačností očekává kromě bezprostředního zajištění terénních a návazně odlehčovacích forem pomoci také iniciativa v řadě dalších aktivit, jako je podpora neformálních pečovateli (včetně podpory při získávání pečovatelských kompetencí), nastavení koordinovaného systému komplexní dlouhodobé péče, rozvoj specializované geriatrické péče včetně péče zaměřené na osoby trpící demencí a některé další“ [Kubalčíková 2013: 54 - 65].*

## **2.1 Péče o seniory v Jihomoravském kraji**

Jihomoravský kraj by se mohl stát inspirací všem zbylým krajům a ostatním zřizovatelům v tom, jak přistupovat k řešení jednotlivých aktivit a opatření v oblasti sociálních služeb. S ohledem na aktuální demografickou prognózu zpracovávanou Českým statistickým úřadem, kdy bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 let a více (ve srovnání s 124 937 v roce 2007) [MPSV v aktuální verzi], je daná problematika závažná a příslušné odbory krajského úřadu Jihomoravského kraje se touto problematikou dlouhodobě aktivně zabývají.

Jihomoravský kraj, jako zřizovatel 28 příspěvkových organizací v oblasti sociálních služeb, je jedním z příkladů, kdy politici plní své sliby a s pomocí profesionálů usilují o dlouhodobé a systematické zkvalitňování služeb určených seniorům v sociálních zařízeních. V tomto duchu se nese také projekt nazvaný *„Gerontologická a organizační supervize – odborná podpora a organizační supervize v zařízeních pro seniory zřizovaných Jihomoravským krajem (GOS)“*, který Jihomoravský kraj realizuje již od roku 2010 v rámci tamějších domovů pro seniory a který se zaměřuje na služby domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů pro seniory / domovů se zvláštním režimem. Vznik projektu umožnila odborná spolupráce s Českou alzheimerovskou společností, Gerontologickým centrem v Praze 8 a Centrem pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče při Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze (dále již jen „FHS UK“). Doc. I. Holmerová z Centra pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče FHS UK v souvislosti s tímto projektem řekla, že

*„tento projekt je pozitivním příkladem prospěšné spolupráce interprofesionálního týmu pracovníků v sociálních službách, lékařů, sociálních pracovníků, zdravotních sester, psychologů a dalších specialistů a výjimečně na něm je to, že vznikl díky politické a ekonomické podpoře péče o seniory ze strany zřizovatele, tedy Jihomoravského kraje. Je tak ukázkou toho, že změny lze provádět i takzvaně zdola, aniž by zainteresovaní čekali na potřebné systémové změny“ [Novotný 2014].*

Záměrem tohoto projektu, který je jen dalším z řady důkazů, že se představitelé Jihomoravského kraje dlouhodobě snaží posílit kvalitu poskytovaných sociálních služeb a zároveň uznávají hodnotu práce, kterou personál v těchto zařízeních odvádí, je mimo jiné rozvíjet odbornost a dovednosti pracovníků s ohledem na specifické potřeby uživatelů, neboť *„změny v kvalitě péče jsou možné za předpokladu, že pracovníci zařízení poskytujících služby mají možnost aktivně se účastnit hodnocení, plánování a realizace změn a dostane se jim potřebného vzdělání a podpory“ [Hradcová 2013: 105].* V loňském roce, tj. v roce 2017 již probíhala třetí generace tohoto projektu, nazvaná *Gerontologická a organizační supervize III – odborná podpora pro klienty a pečující v zařízeních pro seniory a osoby se zdravotním postižením zřizovaných Jihomoravským krajem [Jihomoravský kraj v aktuální verzi].* Původním a po celou dobu sledovaným záměrem bylo podporovat samostatné zaměstnance domovů pro seniory, pro které například bylo v samých začátcích velmi obtížné komunikovat s klienty trpícími demencí. O kvalitě a významu tohoto projektu svědčí i fakt, že získal uznání nejen v České republice, ale i v zahraničí. V roce 2012 byl totiž oceněn mezinárodní cenou evropských nadací (NEF) *Fondation Médéric Alzheimer* – jako druhý nejúspěšnější projekt v oblasti péče o lidi s demencí v konkurenci 63 projektů z 15 evropských zemí.

Nejcennější ocenění však projekt dlouhodobě získává přímo ze strany uživatelů služeb nebo jejich rodin. Sami pracovníci to vysvětlují tím, že změny v prostředí a přístupu, které na základě vzdělávání v projektu a při přípravě k certifikaci zavedli, pomohly nastolit mnohem lepší komunikaci s uživateli, přičemž u řady z nich dokonce došlo ke zlepšení jejich zdravotního stavu i chování. Nejenže jsou teď mnohem klidnější a spokojenější, ale navíc se aktivně zapojují do společných aktivit. Neméně

důležitá je v tomto ohledu také úzká spolupráce představitelů všech profesí, kteří se na službě vzájemně podílejí.

Počínaje rokem 2003 začala být v Jihomoravském kraji mimo jiné rozšiřována kapacita rezidenčních služeb, přičemž provoz zahájilo 6 nových zařízení s kapacitou zhruba 400 míst. Úlohu zřizovatele přitom přijalo jak město, tak také nestátní neziskové subjekty. Důležitým bodem je rovněž zajištění rovných podmínek pro poskytování pečovatelské služby na území celého kraje. Tu nyní poskytují obce buď přímo, případně v úzké spolupráci s nestátními subjekty. Jihomoravský kraj tak v tomto ohledu podporuje proces komunitního plánování sociálních služeb, jehož posláním je zajišťování dostupnosti sociálních služeb.

*„Prakticky se jedná o zajištění stavu poskytování sociálních služeb v dané lokalitě a zároveň potřeb, které nejsou naplněny. Srovnáním těchto dvou základních parametrů a v souladu s množstvím finančních prostředků, které obec na sociální služby vynakládá, vzniká v procesu vzájemných konzultací komunitní plán, který je konsenzem mezi tím, co je možné, a tím, co bylo označeno jako potřebné či prioritní“ [MPSV v aktuální verzi].*

V této souvislosti tak Jihomoravský kraj sestavil krom jiného i podrobný adresář poskytovatelů sociálních služeb v kraji, jenž zahrnuje adresář domů s pečovatelskou službou a dále domů s chráněným bydlením. Poprvé byl vydán v roce 2004, a to jak v tištěné podobě, tak také na internetových stránkách kraje, a od té doby je průběžně aktualizován. Jihomoravský kraj je také velmi otevřený a nakloněný spolupráci s nestátními neziskovými subjekty, které poskytují sociální služby seniorům. V rámci dotačních zařízení se kraj může spolupodílet nejen na zajištění jejich chodu, ale i na jejich rozvoji. Víceleté financování těchto nestátních neziskových subjektů bylo poprvé naplánováno s účinností od roku 2006. Záměrem bylo především zajistit vytvoření stabilní sítě kvalitních poskytovatelů sociálních služeb.

Jelikož Jihomoravský kraj klade dlouhodobě důraz také na vzdělávání pracovníků, poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb, realizuje příslušné projekty i v této oblasti. Součástí dlouhodobých plánů kraje je též projekt k zavádění standardů



kvality sociálních služeb. Pro ten kraj získal podporu v rámci první výzvy MPSV v Operačním programu Rozvoj lidských zdrojů (opatření 2.1) [MPSV v aktuální verzi].

Na zasedání krajského zastupitelstva, které se konalo 21. 9. 2017, bylo schváleno, že se mezi poskytovatele sociálních služeb v Jihomoravském kraji přerozdělí 107 267 300 korun. Spolu s tím došlo také k částečné změně pravidel, jimiž se řídí přerozdělování financí do sociální sféry. Tyto změny jsou dány legislativními změnami, které ovlivňují výši nákladů spojených s poskytováním sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi.

### **3 KONKRÉTNÍ PŘEDSTAVY SENIORŮ SE SNÍŽENOU SOBĚSTAČNOSTÍ O VLASTNÍ ŽIVOTNÍ SITUACI**

Česká populace stárne, podobně jako stárne a i nadále stárnout bude také populace dalších vyspělých zemí. Budoucí senioři budou navíc stále vzdělanější a budou tak mít na rozdíl od svých předchůdců i vyšší nároky na životní úroveň, rozsah služeb aj. [Rychtaříková 2001: 43- 46]. Je však nutno poznamenat, že vlivem zkvalitňování zdravotní péče, bude výskyt chronických nemocí posunut do vyššího věku.

V České republice prudce přibývá lidí starších 65 let. V roce 2050 se jejich počet dokonce ještě zdvojnásobí. A seniorů starších 85 let bude dokonce pětkrát tolik. Tato významná změna věkové struktury však s sebou přináší i řadu obav, nejčastěji spojených s prudkým nárůstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči, stejně jako i nedostatkem pracovních sil na trhu práce a s tím spojené udržitelnosti financování důchodového systému.

A právě senioři starší 80 let, kteří se už o sebe v mnoha ohledech nedovedou postarat, také nejčastěji končí v ústavech, byť by zcela určitě nemuseli. V současném kulturním a společenském klimatu se totiž často upřednostňuje, aby stárnoucí a staří lidé žili raději v bezpečném sociálním zařízení. Jejich děti mají nezdědka obavy o jejich pohodlí, komfort a bezpečnost, a tak své povinnosti pečovat o rodiče raději rovnou

delegují na někoho dalšího. Tento přístup se ale jen zdánlivě ukazuje jako vhodnější a pro obě strany přijatelnější.

Některé děti nemají na své staré rodiče čas, a proto si často přejí, aby jejich rodiče odešli do vhodného sociálního zařízení, kde péči o ně převezme zdravotnický, sociální a ošetřovatelský personál. Tím ale vůbec nerespektují přání svých rodičů, kteří si ve valné většině případů přejí zůstat a dožít doma, tam, kde to dobře znají a kde to mají rádi. Podle průzkumů totiž většina seniorů usiluje o to zůstat ve svém bytě za asistence svých blízkých – a to i v případě vlastní bezmocnosti. Ale i přesto, že staří lidé vnitřně touží po péči v domácím prostředí, často mají pocit, že jim nic jiného než dožití v ústavu stejně nezbyvá. Staří lidé mají svou vlastní představu o bezpečnosti, aktivitách a způsobu života, avšak často se jich nikdo neptá, jak chtějí prožít poslední roky svého života.

Cílem této kapitoly je pokusit se o zhodnocení základních předpokladů doposud představených výzkumů a možných dopadů jejich aplikace v přístupu ke starým lidem. Společnou charakteristikou těchto výzkumů je, že se snaží vymezit preferované versus reálné podoby péče o seniory.

### **3.1 Preferované podoby péče pohledem seniorů**

Představy seniorů o způsobech a rozsahu intervence (zásahu do zaběhlého rytmu jejich života) jsou přímo odvislé od jejich vlastních očekávání, s nimiž přistupují k nabízené péči a pomoci ze strany svého okolí. Tady se odrážejí – více či méně – jejich potřeby, přání a očekávání, tužby a emoce, zrcadlí se tu jejich vlastní role a postoje, projevuje se také jejich osobnost atd. Důležitou roli též hraje jejich (dostatečná) informovanost o možnostech řešení problémů přímo spojených s uspokojováním jejich potřeb. I senioři, u nichž převládá touha po soukromí a uzavření se do vlastního světa, musí totiž bezpečně vědět, kam a na koho se v případě potřeby obrátit o pomoc. *„Každý se může cítit v určitých situacích nedostatečný, přemožený těžkostmi života a neschopen se s nimi vyrovnat. Jednou z nejsilnějších tendencí lidstva je tendence utvářet skupiny ve*

*snaze žít jako členové společenství, nikoli jako izolovaní jedinci“* [Dvořáčková 2012: 16].

Je zřejmé, že představy seniorů o tom, jak by rádi prožili svůj seniorský věk, se zpravidla odvíjejí od jejich schopnosti uspokojovat potřeby. Výsledky mezinárodních výzkumů ukazují, že si většina populace přeje bydlet ve svém vlastním domově, v komunitě, v níž má vazby jak na svou rodinu, tak také na své sousedy. Jako dobrý příklad lze uvést několik výzkumů na téma stárnutí populace a setrvávání seniorů v přirozeném domácím prostředí realizovaných mezi lety 1982–2003 M. P. Lawtonem [Lawton 1982: 33 - 59], S. Lansperovou & J. Hydeovou [Lanspery, Hyde 1997], R. Kunstlerem a M. P. Cutchinem [Cutchin 2003: 1077 - 1090]. Zjednodušeně řečeno, výsledky výzkumů se shodují v tom, že je vždy mnohem snazší přizpůsobit bytové podmínky seniorům, než očekávat od seniorů, že se oni sami přizpůsobí novému místu bydlení třeba v domě pro seniory nebo v domě s pečovatelskou službou. Současně ale tyto výzkumy zdůrazňují, že setrvání seniora v jeho přirozeném prostředí musí být podpořeno dostatečně rozvinutými terénními službami a dostatečnou občanskou vybaveností. Odpovědí na měnící se věkovou strukturu obyvatelstva, tak bude muset být rozvoj nových forem bydlení, které se úzce propojí s jednotlivými stupni péče. Tyto nové formy již také budou plně reflektovat měnící se vzorce rodinného života a současně budou pro seniory dostupné nejen místně, ale především finančně. Dodnes je totiž jasně patrné, že otázka včasného přizpůsobení bytu potřebám seniorského věku zůstává ve společnosti i nadále spíše přehlížena či opomíjena. Jen podaří-li se tyto podmínky beze zbytku naplnit, mohou senioři zůstat nezávislími a rozhodovat sami o svém životě. Dle H. Qureshi a M. Henwoodové [Qureshi, Henwood 2000] totiž senioři očekávají, že budou schopni i nadále setrvat ve svém domově, kde si budou moct na základě vlastního rozhodnutí plánovat a organizovat své dny. Stejně tak doufají, že se jim podaří zachovat si životní styl, na který byli dlouhá léta zvyklí. Očekávají, že se ve své domácnosti a v životě jako takovém budou cítit bezpečně. Senioři, kteří žijí sami, se o to víc potřebují a chtějí cítit ve větším bezpečí a jistotě. Dle statistik jsou právě oni jednou z nejohroženějších skupin obyvatelstva a i v prostředí vlastního domova se mohou setkat s různými druhy nebezpečných situací.

Senioři zároveň doufají, že se jim podaří zachovat si úzký kontakt s okolním světem a tím také předejít nudě, izolaci a nezájmu. Také senioři totiž mohou a chtějí vést zajímavý a uspokojivý život. Smutnou pravdou totiž je, že i když jsou dnešní senioři mnohem aktivnější a modernější, než byly předchozí generace seniorů, společenské vědomí v tomto ohledu naopak zcela zamrzlo. Byť se o tom otevřeně a nahlas nemluví, společnost, včetně státní správy a samosprávy dává v mnoha ohledech nepokrytě najevo, že jsou senioři ve společnosti nepotřební a že jejich celoživotní zkušenosti nikdo nepostrádá. Jen málokdo si je ochoten připustit, že senioři budou v budoucnu nejpočetnější sociální skupinou.

Jinými slovy řečeno, senioři chtějí rozvíjet zdroje potřebné k dosažení svých vlastních očekávání. Zároveň předpokládají, že budou mít zajištěn přístup k účasti na životě společnosti a také k různým úrovním podpory, na niž mají nárok a právo. Plnohodnotná participace ve všech stěžejních oblastech života předpokládá také svobodný přístup k informacím o službách dostupných v jejich městě a regionu. V neposlední řadě senioři doufají, že v případě potřeby budou moct využít podporu a péči rodiny. A v případě, kdy z důvodu snížené soběstačnosti již nebudou moct zůstat doma, protože jim již nepostačí ani péče rodiny, ani terénní služby, budou se moci přestěhovat například do domova pro seniory, kde budou mít dostupné všechny služby, které potřebují, a také pomoc při denních úkonech. Jako záruka udržení kvality života ve stáří seniorům dle H. Qureshiové a M. Henwoodové slouží také udržení čistoty prostředí a maximálního komfortu [Qureshi, Henwood 2000]. H. Qureshiová spolu s M. Henwoodovou zejména rozšiřují řady výzkumníků, kteří na základě svých vlastních šetření dospěli ke shodnému závěru: stále více seniorů (ty české nevyjímaje) chce strávit svůj podzim života aktivně, chce se postarat sama o sebe a být co nejsamostatnější.

*„Jinými slovy seniorský věk není důvodem pro jakékoli stereotypní představy. Může se jednat například o 'neměnné' představy střední a starší generace na vrub seniorské populace, které si nezdědaly vytvořily v mládí (jako mladá generace). Takto dochází k nereflexivní proměně vzdělanostní struktury a životních podmínek seniorů“* [Špatenková, Smékalová 2015: 86].

Potřebu samostatnosti a nezávislosti seniorů potvrdil také výzkum realizovaný brněnskou Mendelovou univerzitou, který v souvislosti s nakupovacími zvyky českých seniorů prokázal, že senioři nemají zájem o nákupní asistenty. Mnohem víc by například v supermarketu uvítali snížení regálů a odlehčení nákupních vozíků. Stejně tak by ocenili, kdyby byl každý nákupní vozík vybaven lupou pro snadnější přečtení složení výrobku, cen, data spotřeby atd. L. Kubíčková [Kubíčková 2017], vedoucí Ústavu marketingu a obchodu Mendelovy univerzity, řekla Právu: *„Naše zjištění naprosto boří mylné představy, které o dříve narozených máme. Možná jim dostatečně nenasloucháme.“*

Tuto potřebu samostatnosti si senioři ale nespojují jen se zajišťováním nákupů, ale i s péčí o celou domácnost. Podobného názoru je však i velká část seniorů se sníženou soběstačností, kteří si přejí setrvat ve svém bytě či ve svém přirozeném prostředí. Senioři tak ani v případě zhoršení své soběstačnosti a pohyblivosti ve většině případů nepočítají s tím, že by své bydlení vyměnili za jiné. To dokládá i další výzkum, který je dílem kolektivu autorů složeného z L. Vidovičové a L. Rabušice [Vidovičová, Rabušic, Mazáčová 2003]. Jejich výzkum prokázal, že i v případě seniorské nemohoucnosti preferují senioři možnost být doma – s péčí dětí, příbuzných či pečovatelky. A znovu tak jen potvrdil požadavek na péči poskytovanou rodinnými příslušníky. Pokud by již ale senioři se sníženou soběstačností přece jenom nemohli nadále zůstat v domácím prostředí, z nabídky institucionálních možností by volili penzionát, případně bydlení v malém bytě, který by vyhovoval jejich potřebám. Z analýzy navíc vyplynulo jedno zajímavé zjištění, a to, že muži více než ženy preferují žít v případě potřeby stálé péče doma s pomocí dětí a příbuzných a v domovech seniorů. Ženy by mnohem raději upřednostnily variantu, že by se přestěhovaly do domu některého z dětí, případně by volily možnost bydlení v jednom pokoji v penzionátu. Zájem o bydlení doma s pomocí dětí a příbuzných se podle L. Vidovičové a L. Rabušice s přibývajícím věkem zvyšuje. Pravidelnou pomoc ošetřovatelky by přitom mnohem víc uvítali mladší senioři.

K odpovídajícím službám se potřebuje dostat zejména skupina seniorů se sníženou soběstačností. Pomyslný kámen úrazu však tkví v tom, že i když může senior využít například pečovatelskou službu, pomoc osobního asistenta, dovážku jídla atd., neexistuje žádná platforma, na základě níž by se senior (se sníženou soběstačností) o těchto službách dozvěděl. To, že přibližně 80 % seniorů sociální služby nevyužívá, ale není dáno pouze nedostatečnou informovaností, nýbrž i skutečností, že informace je potřeba aktivně vyhledávat, což pro seniory se sníženou soběstačností představuje značné komplikace. Dalším problematickým bodem jsou finanční důvody [Starostová 2015]. Senioři s nejnižšími příjmy proto pro sebe často nevidí jiné východisko, než právě pobyt v domově pro seniory. Pro pobyt doma s péčí dětí, případě s odbornou výpomocí pečovatelské služby se tak nejčastěji rozhodují senioři spadající do nejvyšší příjmové skupiny [Vidovičová, Rabušic, Mazáčová 2003]. Proto je potřeba individuálně monitorovat problémy a požadavky jednotlivých seniorů a co nejpodrobněji zjišťovat, co aktuálně potřebují. Jedině tak je také možné jim účinně pomáhat.

### **3.2 Reálné podoby péče o seniory a možné přidružené problémy**

Základním mottem celé této kapitoly by se mohlo stát následující tvrzení: „*Péče o seniory není jen otázkou práva, ale především společenského závazku, k němuž by se každá municipalita měla přihlásit*“ [Tužilová 2016: 17]. Za tento závazek však neodpovídají jenom municipality, nýbrž i rodina za podpory státu. Zatímco od 50. let minulého století bylo běžným standardem, že stáří seniorům plánoval stát a vize stáří se výrazně podobala zájezdu či dovolené: „*v zámku či vilce s teplou vodou, splachovací toaletou a stravou zajištěnou třikrát denně*“ [Starostová 2016: 41 - 46]. Dnes již senioři naštěstí vědí, že nečinné pohodlí rozhodně zárukou spokojeného stáří není.

Osobním cílem každého seniora (a nejen toho se sníženou soběstačností) je dožít doma, důstojně a v bezpečí. Nejpřirozenějším a z hlediska psychického komfortu nejlepším řešením pro seniory je setrvat v místě, kde jsou navyklí dlouhodobě žít, kde jsou obklopeni nejen věcmi, na které si za dlouhá léta zvykli, ale mají tam i své přátele stejného věku, s nimiž mohou trávit čas a podnikat různé zajímavé a naplňující aktivity,

pokud jim v tom samozřejmě aktuálně nebrání jejich zdravotní, případně psychický stav. Je to ale realita, nebo spíš jen „zbožné přání“?

Byť stále větší procento seniorů zůstává ve svém přirozeném prostředí a domácí péče se v mnoha ohledech stává velmi komplexní a plně dostačující, příklon k institucím převládá. Jak poznamenávají Dobiášová s Kotrusovou, působící na Katedře sociální politiky FSS UK, přesto, že role domácího prostředí s neformálním, především rodinným příslušníkem jako pečujícím hraje významnou roli, český sociální a zdravotnický systém ji příliš neulehčuje [Dobiášová, Kotrusová 2012]. I přesto ale stále scházejí zařízení, kde by bylo o seniory dobře postaráno. A špičková zařízení jsou zase pro většinu seniorů finančně naprosto nedostupná, a to i tehdy, pokud na uhrazení všech výdajů senior použil celou svou penzi. Obecně je pak podpora bydlení zejména v případě seniorů se sníženou soběstačností v České republice hodnocena jako průměrná nebo nedostačující. To potvrzují například výsledky výzkumu, který realizovala O. Starostová a P. Wija [Starostová, Wija 2016: 11 - 16].

Přibývá seniorů starších 80 let, kteří už nejsou schopni se o sebe postarat, a tak poslední roky svého života tráví v ústavech. Přesněji 9 z 10 lidí umírá v ústavních zařízeních i přesto, že touží dožít doma, jak často upozorňuje ředitel sdružení Život 90 Jan Lorman. Senioři mají pocit, že v podstatě ani jiné řešení a východisko pro ně neexistuje. To je však nezřídka dáno i tím, že ani senioři, ani jejich nejbližší příbuzní netuší, jaké možnosti a služby by mohly obě strany využívat. Nedostatek informací je v České republice navíc podpořen i chybějícími informacemi o tom, jak správně pečovat. Na tuto neutěšenou situaci proto dlouhodobě upozorňují některá občanská sdružení. Mezi jinými lze jmenovat například občanské sdružení Život 90 a jeho kampaň Žít dále doma. Život 90 poskytuje služby seniorům i jejich blízkým. Provozuje jedinou bezplatnou nonstop telefonickou linku důvěry Senior telefon, instaluje a provozuje službu tísňové péče s tísňovým tlačítkem, organizuje vzdělávací a rekondiční aktivity pro seniory, odlehčovací pobytové centrum atd. [Život 90 v aktuální verzi]. Právě zástupci tohoto sdružení se shodují, že za umístováním seniorů do trvalé ústavní péče stojí zejména velmi nízká informovanost o alternativních službách. Obecně totiž platí, že vybrat si formu péče a konkrétní službu je možné pouze tehdy, má-li senior

dostatečné znalosti o všech dostupných možnostech. Základním typem služby, která musí být v kvalitní podobě seniorům vždy dostupná, je poradenství.

Nutným předpokladem toho, že si senioři budou moci vybrat sociální službu v závislosti na svých vlastních preferencích, je neustále rozvíjení a zkvalitňování všech druhů sociálních a zdravotních služeb. Nutnou podmínkou této možnosti je velice rozmanitá nabídka terénních a rezidenčních služeb. Neméně důležitá je vysoká míra osobní zodpovědnosti, stejně jako i dostatek potřebných informací pro seniory a jejich rodiny (informace „šité na míru“). Zkušenosti z praxe však ukazují, že většinou se potřebné informace dostávají k seniorům jen obtížně, případně jsou jen velmi obecné a nekonkrétní. I to je důvod, proč je tak velký význam přisuzován terénnímu poradenství společně s koordinátorem podpory péče, případně komunitním pracovníkem.

Dalším problémovým místem je velká propast mezi poptávkou po domácí péči a nabídkou. I když stále přibývá seniorů, kteří si přejí zůstat v domácím prostředí, lze očekávat, že v nadcházejících letech se bude rozdíl mezi poptávkou po domácí péči a nabídkou ještě prohlubovat. Celou situaci navíc ztěžuje i fakt, že péče a pomoc seniorům spadá jak pod Ministerstvo zdravotnictví, tak také pod MPSV. Je totiž známo, že obě ministerstva spolu historicky příliš dobře nekomunikují, což přerozdělení dané problematiky ještě více komplikuje. Byť domácí péče s pečovatelskou službou spolupracují, obě spadají pod jiný resort a jsou tudíž i jinak hrazena.

Mnohým problémům čelí také rodiny, které by se rády o svého příbuzného postaraly. Ve většině případů jim v tom však brání jak ekonomické, tak také zaměstnanecké důvody [Dobiášová, Kotrusová 2012].

Na prodlouženou délku období stáří, v jejímž důsledku se mezi sebou snoubí několik generací seniorů a řada životních stylů a preferencí, by měla pružně reagovat také nabídka běžného bydlení. Také v této oblasti ale realita zatím za tímto ideálem spíše pokulhává, neboť poptávka po bydlení pro seniory se sníženou soběstačností v České republice stále vysoce převyšuje nabídku. V podstatě zcela chybí malé byty pro seniory se sníženou soběstačností, kteří by rádi žili v domácím prostředí. Senioři jsou



proto nezřídka nuceni vybírat mezi dvěma různými extrémy, kdy na jedné straně stojí nedostatek možností, kdy senior bydlí sám, a na druhé straně domovem pro seniory.

Nedostatečná nabídka bydlení pro seniory se sníženou soběstačností je nejvíce patrná v menších obcích [Starostová, Wija 2016: 11-16]. Na vsi se pak může jednat o chráněné bydlení v centru obce. Jeho součástí by měl být také otevřený společenský prostor přístupný všem seniorům. Řešením je i výstavba nízkoenergetického bydlení pro seniory v těsné návaznosti na budovu školy či mateřské školy. Tento typ bydlení pomáhá budovat silné společenství a v praxi se dlouhodobě osvědčuje [Starostová 2016: 9]. Dobrým počinem je i komunitní dům s pavlačí, jako je tomu v případě atria Senior Parku v Medlově. Na webových stránkách Senior Parku je uvedeno, že pobyt tady je vhodný pro všechny seniory, kteří nechtějí jen lůžko nebo pokoj v institucionalizovaném zařízení, jako je domov pro seniory, případně dům s pečovatelskou službou, nebo kteří již dál nesnesou svou samotu, doma již všechno nezvládnou a zároveň se o ně jejich děti obávají [Senior park v aktuální verzi]. Pro komunitní domy je charakteristické zřizování společných prostor, které nabízejí seniorům bohaté možnosti k setkávání.

V oblasti bydlení, která je pro seniory nejen se sníženou soběstačností naprosto zásadní, lze vysledovat několik různých problémů, jak na ně souhrnně poukazuje publikace Stárnutí v komunitě, která vyšla za podpory Ministerstva práce a sociálních věcí [Starostová, Wija 2016]. Je to zejména nedostatek vhodných bytů pro seniory, ať už bytů malometrážních, bezbariérových či obecních, dále nedostatečná kapacita domů s pečovatelskou službou i dlouhá čekací lhůta, než senior získá místo v kvalitním zařízení s kvalitní péčí [Odbor sociálních věcí pro Jihomoravský kraj 2017]. Dalším palčivým problémem je také chybějící bezbariérovost bydlení a jeho vnějšího prostředí. Nejen v souvislosti s bydlením se pak senioři potýkají s finančními problémy a nedostatkem relevantních informací nejen o druzích bydlení, ale i péče. Jako nedostatečné se jeví i terénní služby poskytované seniorům, které nejsou vždy dostatečně kvalitní a flexibilní, i zmapování jejich aktuálních přání a potřeb. Jako jistý problém lze vnímat i skutečnost, že většina seniorů příliš dlouho otálí, než se rozhodne

opustit své domácí prostředí, které už však může seniora za jistých okolností dokonce ohrožovat, pokud není bezbariérové atd.

Senioři, kteří se rozhodli setrvávat ve vlastním bytě či domě, nejčastěji postrádají služby osobní asistence, odlehčovací služby i již výše zmíněné terénní služby. Jako problematické vnímají senioři také nedostatečnou nebo zcela chybějící tísňovou péči. Senioři, kteří zůstávají ve vlastním bytě / domě, mnohdy žijí sami. Ve většině případů si však uvědomují, že je možné žít sám, ale přitom nebýt osamělý. Obce svou činností také dopomáhají vzájemné interakci a zajišťují možnosti pro setkávání seniorů a jejich volnočasové aktivity. Je důležité, aby si nejen příbuzní seniora, ale i zástupci obcí uvědomovali, že osamělost, prázdno v životě patří k faktorům, které významně zkracují život seniora.

## ZÁVĚR

Tematika zdravotní a sociální péče o seniory má v současné společnosti i nadále platnost tématu, které je spíše vytěšňováno, než že by bylo veřejně probíráno, například v médiích. Kolem stárnutí a stáří existuje poměrně mnoho otázek, které mají pro společnost dosti negativní nádech, a tak raději zůstávají dlouhodobě bez odpovědi. Tím se ale také vysvětluje, proč dnešní společnost směrem k seniorům i nadále úzkostlivě uplatňuje takzvaný paternalistický přístup, který mimo jiné zapříčinil, že potřeby seniorů místo nich formulují příbuzní, úředníci, pracovníci pomáhajících profesí, specialisté aj. O to víc je tento zcela nevhodný a dnes již snad přežitý přístup k seniorům patrný ve vztahu k seniorům se sníženou soběstačností. Nebývá totiž výjimkou, že tito senioři pod tlakem okolí přestávají o svém životě rozhodovat a slepě se odevzdávají do rukou svého okolí.

Z výsledků reinterpretace výběrových šetření prizmatem srovnání preferovaných a reálných podob péče o seniory vyplývá, že současní senioři nejen v České republice vysoce preferují bydlení v přirozeném domácím prostředí, které jim zabezpečuje zachování jejich vlastního soukromí. Velmi důležité je tak pro seniory zachování osobní autonomie a respekt jejich důstojnosti. Senioři potřebují cítit společenské uznání, sociální integraci a současně absenci paternalizmu neboli ochránářského přístupu. Neméně důležité je také zachování a respektování soukromí zejména u těch seniorů, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých. Stejnou měrou je potřeba seniorům poskytnout lásku a společný prožitek.

Ne vždy je ale možné, aby senior žil doma i v pokročilém stáří. V tom případě pak přichází na řadu využívání institucionální péče. I když institucionální péče představuje prvotní volbu jen u menšiny seniorů, pro valnou většinu seniorů je nicméně určitou zárukou a zároveň příslibem zejména relativně bezproblémového zajištění primárních fyziologických potřeb a bezpečí. Při srovnávání preferované versus reálné podoby péče o seniory tak nelze zohledňovat pouze domácí prostředí na jedné straně a pobytovou péči na druhé straně. Vždy je totiž potřeba se obecně zaměřit také na uspokojování jednotlivých potřeb seniorů. Ty se mění v závislosti na zužujícím se

okruhu možností, institucionálních rámcích i dispozicích a osobních přáních seniorů. I když jsou instituce ve srovnání s neformálními (primárními) sítěmi považovány za značně odlišný zdroj saturace, v praxi se nezřídka navzájem doplňují.

Na základě výsledků ze zde prezentovaných výzkumů bylo opakovaně zjištěno a tím také potvrzeno, že v krátkodobé i dlouhodobé péči a pomoci seniorům připadá stěžejní úloha stále častěji rodině a dalším neformálním sítím podpory, do nichž se započítávají osoby mimo rámec formalizovaných sociálních či zdravotnických zařízení, tj. přátelé, sousedi a dobrovolníci. Právě tyto osoby také nejčastěji pomáhají seniorům se sníženou soběstačností vyhledávat a objednávat potřebné služby. V této souvislosti je však potřeba zdůraznit, že pomoc a podpora rodiny a blízkých lidí není o nic méně důležitá ani ve chvíli, kdy senior se sníženou soběstačností přechází do pobytového zařízení. Vědomí seniora, že do pobytového zařízení nebyl pouze příbuzným „odložen“ jako nepotřebný kus nábytku, napomáhá jeho vědomí důležitosti a vede k větší životní spokojenosti.

Pokud se senioři již bez pomoci neobejdou, a přesto chtějí i nadále setrvat ve svém přirozeném prostředí, přicházejí na řadu terénní a ambulantní sociální služby. Zájem o jejich využití je však i nadále poměrně nízký, což je možné si vysvětlit tím, že tyto druhy sociální služby stále ještě nepatří k zažitým způsobům řešení problémů. Lze však oprávněně předpokládat, že jejich využití v budoucnu prudce poroste a časem se stane nejvyhledávanějším i nejvhodnějším doplňkem péče o seniory zajišťované neformálními kanály. Ve prospěch sociálních služeb terénního charakteru hovoří i fakt, že seniory pořízení těchto služeb nijak významně finančně nezatěžuje a většina seniorů si tedy může dovolit je v plné míře hradit ze svého starobního důchodu. Na druhou i na této formě péče lze shledávat řadu negativ. V mnoha případech je to například zaměření pozornosti jen na jednu oblast, jako je například zajištění stravy pro seniora. Už méně se ale pozornost stáčí směrem ke klíčové péči o seniora. Jistým problematickým bodem je v této souvislosti citelný nedostatek krátkodobých pobytových služeb, zejména v obcích s nízkým počtem obyvatel, kam by mohl být umístěn senior, jehož zdravotní stav by se nečekaně zhoršil a seniorovi by bránil v tom, aby nadále zůstal v domácím prostředí.

Diametrálně odlišná je však situace v oblasti pobytových sociálních služeb. Výše úhrad za tyto služby totiž výrazně převyšuje veškeré měsíční finanční příjmy seniora.

Závěrem bych ráda zdůraznila, že péči, která je poskytována (nejen) seniorům se sníženou soběstačností, je vždy potřeba přizpůsobit potřebám jednotlivců, přičemž je vždy nutné dbát o zachování jejich autonomie. Zvýšenou pozornost je potřeba věnovat seniorům, kteří se rozhodli strávit „podzim svého života“ v přirozeném domácím prostředí. V tomto kontextu je nutné seniorům také garantovat kontinuitu a flexibilitu péče. Zvýšený význam je rovněž třeba přisuzovat multidisciplinární spolupráci odborníků, kteří se zaměřují jak na prevenci, tak také na terapii a péči. Poradenství by měli mít možnost využívat nejen samotní senioři, ale také jejich příbuzní. Jen tak budou schopni dobře zvládat veškeré obtíže, kterým čelí, pokud se rozhodli podpořit svého příbuzného v rozhodnutí zůstat v domácím prostředí.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BEKEL, Gerhard, HALMO, Renata. 2004. *Teorie deficitu sebeděče: soubor textů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého.
- CUTCHIN, Malcolm P. 2003. The process of mediated aging-in-place: A theoretically and empirically based model. *Social Science & Medicine*, roč. 57, č. 6, s. 1077–1090.
- ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. 2010. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada.
- DOBIÁŠOVÁ, Karolína, KOTRUSOVÁ, Miriam. 2012. Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péčí o seniory. *Fórum sociální politiky*., roč. 6, č. 6, s. 2-8.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada.
- HAUKE, Marcela. 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování. Praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada.
- HAVLÍK, Josef, ZIMMELOVÁ, Petra (eds.). 2005. *In: Sborník II. mezinárodní konference PROBLEMATIKA - GENERACE 50 PLUS*. 1. vyd. Třeboň: Jihočeská univerzita - zdravotně sociální fakulta.
- HOOYMAN, Nancy R., KIYAK, H. 1992. *Asuman. Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*. 3. vyd. Boston: Allyn & Bacon.
- HRADCOVÁ, Dana et al. 2013. Gerontologická a organizační supervize – odborná podpora a organizační supervize v zařízeních pro seniory zřizovaných Jihomoravským krajem (GOS). *Geriatric a Gerontologie*, roč. 2, č. 3, s. 105–107.
- HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada.
- JABŮRKOVÁ, Milena, MÁTL, Ondřej. 2007. *Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén.
- JANDOUREK, Jan. 2001. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál.

- Jihomoravský kraj. *Gerontologická a organizační supervize*. [online]. Jihomoravský kraj; s.a. [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <<https://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=341787&TypeID=2>>.
- JURÍČKOVÁ, Lubica, IVANOVÁ, Kateřina, FILKA, Jaroslav. 2013. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. 1. vyd. Praha: Grada.
- KALVACH, Zdeněk et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada.
- KALVACH, Zdeněk et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada.
- KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada.
- KOŽUCHOVÁ, Mária et al. 2014. *Domáca a ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Osveta.
- KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. 2013. Obce a jejich participace při poskytování péče o seniory se sníženou soběstačností Aktivní hráč, nebo přihlížející? *Sociální práce/Sociálna práca*, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 13, č. 4, s. 54-65.
- KUBÍČKOVÁ, Lea. In NaStaráKolena.cz. *Z výzkumů vyplývá, že čeští senioři chtějí být soběstační*. [online]. NaStaráKolena.cz.; 3. 8. 2017 [cit. 018-03-16]. Dostupné z: <<http://www.nastarakolena.cz/z-vyzkumu-vyplyva-ze-cesti-seniori-chteji-byt-sobestacni-1423/>>.
- KUČEROVÁ, Helen. 2013. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha: Grada.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina, GOLDMANN, Radoslav. 2012. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada.
- LANSPERY, Susan, HYDE, Joan (eds.). 1997. *Staying put: Adapting the places instead of the people*. 1. vyd. Amityville, New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- LAWTON, Mortimer Powell, WINDLEY, Paul G., BYERTS, Thomas O. (eds.). 1982. *Aging and the environment: Theoretical approaches*. 1. vyd. New York: Springer.
- MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada.

- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana, WEBER, Pavel. 2015. Specifika diagnostiky a léčby ve stáří. In MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana, KISS, Igor. *Geriatrická onkologie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta.
- MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana (eds.). 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál.
- MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada.
- MOŽNÝ, Ivo, PŘIDALOVÁ, Marie, BÁNOVCOVÁ, Lenka. 2003. *Mezigenerační solidarita: předběžná zpráva z mezinárodního srovnávacího výzkumu Hodnota dětí a mezigenerační solidarita*. 1. vyd. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- MPSV. *Co je komunitní plánování sociálních služeb a kdo jsou jeho hlavní aktéři?* [online]. MPSV; 28. 04. 2005 [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/cs/850>>.
- MPSV. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. [online]. s.a. [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/cs/2871>>.
- MPSV. *Příloha: Informace o plnění priorit a opatření Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 na regionální a místní úrovni*. [online]. MPSV; 28. 08. 2006 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/cs/3028>> .
- MPSV. 2017. *Příprava na stárnutí*. [online]. MPSV; 11. 12. 2017 [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/cs/2856>>.
- NAVRÁTIL, Pavel. 2000. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. 1. vyd. Brno: Národní centrum pro rodinu.
- NAVRÁTIL, Pavel. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman.
- NOVOTNÝ, Tomáš. 2014. *Kvalita v zdravotně-sociální péči je reálným cílem*. [online]. Medical Tribune; 18. 12. 2014 [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <<https://www.tribune.cz/clanek/34470-kvalita-v-zdravotne-socialni-peci-je-realnym-cilem>>.



- Odbor sociálních věcí pro Jihomoravský kraj. 2017. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji*. 1. vyd. Brno: Jihomoravský kraj.
- POKORNÁ, Andrea et al. 2013. *Ošetřovatelství v geriiatrii: Hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada.
- QURESHI, Hazel, HENWOOD, Melanie. 2000. *Older people's definitions of quality services*. [online]. Joseph Rowntree Foundation; [cit. 2018-03-28]. Dostupné z: <<https://www.jrf.org.uk/report/older-peoples-definitions-quality-services>>.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka. 2002. Úspěšné stárnutí – leitmotiv 21. století: 31. konference České demografické společnosti „Stárnutí populace České republiky a jeho důsledky“, 30. 5. 2001. *Demografie*. 2002, roč. 44, č. 1, s. 43–46.
- SEIDL, Zdeněk. 2008. *Neurologie: Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada.
- Senior Park. *Medlov u Brna*. [online]. Senior Park; © 2018 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <<https://www.senior-park.cz/medlov-u-brna/informace/>>.
- SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří et al. 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén.
- STAROSTOVÁ, Olga. 2016. Obce a občané na přemostění do společnosti dlouhověkosti. In *Stárnutí v komunitě. Podporované bydlení seniorů se sníženou soběstačností v obcích*. 1. vyd. Praha: Diakonie Československé církve evangelické.
- STAROSTOVÁ, Olga, WIJA, Petr. 2016. Jak se na bydlení seniorů se sníženou soběstačností dívá zainteresovaná veřejnost? In *Stárnutí v komunitě. Podporované bydlení seniorů se sníženou soběstačností v obcích*. 1. vyd. Praha: Diakonie Československé církve evangelické.
- SVOBODOVÁ, K. 2011. Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice. In *Dvacet let sociodemografické transformace. Sborník příspěvků XL. konference České demografické společnosti*. Praha: ČSÚ.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, SMÉKALOVÁ, Lucie. 2015. *Edukace seniorů: Geragogika a gerontodidaktika*. 1. vyd. Praha: Grada.

- ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, HÖSCHL, Cyril, VIDOVIČOVÁ, Lucie et al. 2015. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Karolinum.
- TUŽILOVÁ, Jindra. 2016. Právo seniorů na bydlení z hlediska vývoje koncepce bytové politiky ČR. In *Stárnutí v komunitě. Podporované bydlení seniorů se sníženou soběstačností v obcích*. 1. vyd. Praha: Diakonie Československé církve evangelické.
- VIDOVIČOVÁ, Lucie, RABUŠIC, Ladislav, MAZÁČOVÁ, Martina. 2003. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- VITOUŠOVÁ, Petra. 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Grada.
- ZAVÁZALOVÁ, Helena. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum.
- Život 90. Pro seniory a jejich blízké. *Kdo jsme*. [online]. Život 90. Pro seniory a jejich blízké; © 2008–2018 [cit. 2018-03-27]. Dostupné z: <<https://www.zivot90.cz/284-kdo-jsme>>.

## Jmenný index

- |                           |                      |                       |
|---------------------------|----------------------|-----------------------|
| Bánovcová 9               | Juríčková 8          | Možný 9               |
| Bekel 7                   | Kabelka 18           | Navrátil 14           |
| Cichá 16                  | Kalvach 5-7          | Novotný 22            |
| Cutchin 26                | Kiss 11              | Pokorná 5, 7          |
| Čeledová 7                | Kiyak 11             | Přidalová 9           |
| Čevela 7                  | Klevetová 4,8, 11-12 | Quershi 26-27         |
| Dlabalová 4,8, 12         | Kodymová 14-15       | Rabušic 28-29         |
| Dobiášová 30-31           | Koláčková 14-15      | Rychtaříková 24       |
| Dvořáčková 5, 8,10, 17,26 | Kotrusová 30-31      | Seidl 7               |
| Filka 8                   | Kožuchová 18         | Sláma 18              |
| Goldman 16                | Kubalčíková 21       | Smékalová 13, 27      |
| Halmo 7                   | Kubešová 11          | Starostová 29-30, 32  |
| Hauke 16                  | Kubičková 28         | Svobodová 9           |
| Havlík 10                 | Kučerová 15          | Špatenková 13, 27     |
| Henwood 26-27             | Kutnohorská 16       | Štěpánková 5-6        |
| Höschl 5-6                | Lansperry 26         | Tužilová 29           |
| Hoyman 11                 | Lawton 26            | Vidovičová 5-6, 28-29 |
| Hradcová 22               | Malíková 17          | Vitoušová 15          |
| Hrozenká 10, 17           | Matějovská 11        | Vorlíček 18           |
| Hyde 26                   | Mátl 8               | Wija 30,32            |
| Ivanová 8                 | Matoušek 14-15, 18   | Zavázalová 6          |
| Jabůrková 8               | Mazáčová 28-29       | Zimelová 10           |
| Jandourek 9               | Mlýnková 17-19       |                       |

## **Anotace**

Hlavním cílem přehledové stati bylo poukázat, že umístování seniorů do institucionální péče rozhodně není jediným možným způsobem řešení péče o seniory se sníženou soběstačností. Po uvedení do problematiky a vyjasnění terminologie byla shrnuta analýza péče o nesoběstačného seniora z několika pohledů. Práce se věnuje problematice preferencí podob péče u samotných seniorů s ohledem na jejich potřeby. Práce upozorňuje na důležitost rozvoje terénních služeb a dostatečnou občanskou vybavenost. Dále práce poukazuje na problém informovanosti seniorů v oblasti poskytování péče a nutnost rozvoje terénního poradenství společně s koordinátorem podpory péče, případně komunitním pracovníkem. V neposlední řadě se práce věnuje politice v sociální oblasti s důrazem na Jihomoravský region. Politiky musí být schopny pružně a efektivně reagovat na probíhající a očekávané demografické změny. Důraz má být kladen zejména na mezigenerační dialog a svobodný přístup seniorů k informacím o službách dostupných v městě a regionu.

Klíčová slova: péče, senioři, soběstačnost, preference, rodina, instituce

Počet znaků: 81 589

## **Annotation**

Main goal of the review study was to point out that locating seniors to the institutional care is not the only way to take care of elderly people that are no longer able to care after themselves. After introduction to the topic and terminology, there is a summary of care analysis about elderly not being to care after themselves from multiple points of view. Thesis points out the importance of improving mobility services and sufficient civic amenities. As for the next part, thesis points out the problem of information about care services among elderly and the need or extending mobility counseling along with care support coordinator or community worker. Last but not least, the work devoted to politics in the social field, with an emphasis on the South-Moravian region. Policy must be able to respond flexibly and effectively to the ongoing and anticipated demographic changes. Emphasis should be placed on inter-generational dialogue and free access for the elderly to information on services available in the city and the region.

Key words: care, seniors, self-sufficiency, preferences, family, institution