

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Institut mezioborových studií Brno

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2010

Lenka Sobotková

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

Rezidenční péče o seniory jako důstojná alternativa života
v přirozeném prostředí (meze a možnosti)

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PaedDr. Jan Polák, CSc.

Vypracoval:
Lenka Sobotková

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Rezidenční péče o seniory jako důstojná alternativa života v přirozeném prostředí (meze a možnosti)“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Telnici dne 30. 3. 2010

.....
Lenka Sobotková

Poděkování

Děkuji panu PaedDr. Janu Polákovi, CSc. za odborné vedení bakalářské práce, cenné připomínky a trpělivost.

Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině za pomoc a podporu během mého studia. Zvláštní poděkování patří také mému otci a kolegyni Jaroslavě, kteří mi byli po celou dobu studia velkou oporou.

V Telnici dne 30. 3. 2010

Lenka Sobotková

OBSAH

Úvod	6
1. Historie sociál. péče o seniory a demografický vývoj společnosti	8
2. Sociální služby dle Zákona 108/2006 Sb.	10
2.1 Smysl Zákona 108/2006 Sb.	10
2.2 Sociální služby	10
2.3 Příspěvek na péči	10
2.4 Humanizace a transformace pobytových sociálních služeb	11
3. Péče o seniora v přirozeném prostředí	13
4. Ústavní péče o seniory	15
4.1 Domovy pro seniory	15
4.2 Potřeby a cíle seniorů	17
4.3 Adaptace	17
4.4 Demence	19
4.5 Paliativní péče	19
4.6 Důstojnost	20
4.7 Ekonomické mantinely	21
5. Metodologie výzkumu	23
5.1 Úvod do problematiky	23
5.2 Teritoriální a časové vymezení	23
5.3 Populace a vzorek	24
5.4 Metody sběru dat	24
6. Popis organizací	26
6.1 Rezidenční péče o seniory v Brně	26
6.2 Domov pro seniory Kosmonautů	26
6.3 Domov pro seniory Holásecká	29
7. Způsob zpracování rozhovorů a ankety	32
7.1 Rozhovory	32
7.1.1 Řízený rozhovor s klienty DS Kosmonautů	32
7.1.2 Řízený rozhovor s klienty DS Holásecká	36
7.2 Anketa	40
8. Interpretace výsledků	42
8.1 DS Kosmonautů	42
8.2 DS Holásecká	43
8.3 DS Kosmonautů a DS Holásecká	44
8.4 Personál	44
9. Návrhy a doporučení do praxe	48
Závěr	50

Resumé	53
Anotace	55
Informační zdroje	56
Předpisy, zákony, vyhlášky	56
Knihy, syntetické práce a monografie	56
Časopisy a jiné zdroje	56
Info z internetu	57
Odkazový a poznámkový aparát	58
Příloha	60
Rozhovor s klientem domova pro seniory	60

Úvod

Stáří nemá být koncem života, ale jeho korunou.

A. Repond

Vizitkou kulturnosti a vyspělosti civilizované společnosti je nabídka a úroveň služeb zajišťujících důstojné prožití stáří. Vytvoření a udržení takového sociálního zázemí je však pro ekonomiku každého státu velmi nákladné. Problematika adekvátního sociálně a ekonomicky únosného řešení života občanů důchodového věku se sníženou mírou soběstačnosti je u nás stále aktuálnější, neboť stárnutí populace (k němuž přispívá zestárnutí populačně silných poválečných ročníků a prodlužování života) je nejcharakterističtější rysem demografického vývoje České republiky a přináší s sebou silné společenské a ekonomické konsekvence. Jedině včasné, cílené a dlouhodobé prosazování strategie řešení stárnutí populace může zajistit připravenost společnosti na výraznou změnu demografické struktury obyvatelstva.

Existují dva hlavní důvody volby tématu předkládané bakalářské práce. Prvním (obecným) důvodem jsou alarmující demografické údaje o městě Brně, které je nejstarším z velkých měst v ČR a přibývá v něm starých občanů se sníženou mírou soběstačnosti, jejichž stav často vyžaduje přechodnou nebo trvalou ošetrovatelskou péči. Druhým (osobním) důvodem je moje profese. Pracuji několik let jako sociální pracovníce (agenda příspěvku na péči) a s žadateli o tento typ sociální dávky se potkávám nejen v kanceláři, ale zejména při sociálních šetřeních v jejich přirozeném prostředí i domovech pro seniory. K hlubšímu zájmu o otázky související s tímto tématem mne motivovala provedená šetření v domácím prostředí. Často jsem se zamýšlela nad tím, zda by v některých případech nebyla ústavní forma péče opravdu vhodnější a nezajistila důstojnější život seniora. Za cíl bakalářské práce jsem si tedy stanovila přispět k diskuzi o možnostech a mezích rezidenční péče o seniory u nás, zejména odpovědět na tři otázky:

Může být za určitých podmínek kvalita života člověka v postproduktivním věku v domově pro seniory objektivně lepší, než v případě dožití v přirozeném prostředí?

Je tato skutečnost důvodem opravdové spokojenosti (nikoli smíření se s osudem) některých klientů s tímto způsobem života?

Může být již dnes (v době probíhající humanizace rezidenčních zařízení v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) život v Domově pro seniory důstojnou alternativou života v přirozeném prostředí ?

Text je rozdělen do teoretického a praktického oddílu. Čtyři kapitoly teoretické části pojednávají o problematice života seniorů se sníženou mírou soběstačnosti u nás. Součástí krátkého exkurzu do historie sociální péče (1) je zmínka o demografickém vývoji v ČR a konkrétně městě Brně. Navazující kapitola sociálních službách (2) vychází z legislativního rámce, kterým je zákon 108/2006 Sb. Péče o seniora v přirozeném prostředí (3) je chápána jako ideální stav, k jehož dosažení je nutno vytvářet podmínky, ale ne vždy lze tuto péči v praxi uskutečnit. V takové situaci je třeba zvolit ústavní péči (4), jež se dnes jen obtížně zbavuje pejorativního cejchu z dob socialismu. V praktickém oddíle je zmíněna metodologie průzkumu (5), charakterizovány organizace, v nichž šetření probíhalo (6), popsán způsob zpracování rozhovorů a ankety (7), interpretovány výsledky (8) a s využitím poznatků z teoretické části formulována doporučení a návrhy pro praxi, resp. jsou uvedeny možnosti navázání na zjištěné skutečnosti (9).

1 Historie sociální péče o seniory a demografický vývoj společnosti

Ve středověku se pomocí potřebným zabývala církev (útulky při klášterech a kostelech). Od 16. století vznikají i městské sirotčince, chudobince a špitály. Nemocnice a chudobince zvané špitály byly spravovány řeholními řády. První nemocnicí s funkčním rozdělením na péči zdravotní a špitál pro péči sociální byla od roku 1620 pražská nemocnice Milosrdných bratří. Koncem 18. století se v důsledku osvícenských reforem snižuje význam církve při péči o chudé. Josef II. ruší hygienicky nevyhovující špitály a podporuje ústavní formy péče – vydává chudinské zákony, zřizuje nalezince, sirotčince, chudobince (k zaopatřování zestárlých a chudých příslušníků obce). Do té doby měla péče o chudé a zestárlé v městských špitálech charitativní a nahodilou povahu. Od roku 1868 na základě chudinského zákona musel být občan, který se ocitl v nouzi umístěn do obecního chorobince či chudobince. Až do konce 19. století byla společnost přesvědčena, že chudobince jsou nejvhodnější formou sociální péče.¹⁾

Po roce 1918 v tzv. první republice se sociální péče zaměřovala na válečné veterány, invalidy a sirotky. Starobince zřizovaly jen nejbohatší obce. Ideje Února 1948 předpokládaly, že s odstraněním nezaměstnanosti, chudoby a třídních rozdílů zaniknou i související sociální problémy. I další z myšlenek - že nebudou potřeba ústavy pro staré lidi - se ukázala jako mylná a příslušné „domovy“ (většinou v nevhodných prostorách klášterů a zámků – co nejdál od společnosti) se vracely původnímu účelu. Přístup k seniorům se měnil jen zvolna i po roce 1968, neboť za socialismu byly sociální problémy často interpretovány jako nemoci, tzv. „medikalizovány“.

V devadesátých letech minulého století vzniká (v důsledku uplatnění restitučních nároků na původní objekty, v nichž byly poskytovány sociální služby) potřeba výstavby nových zařízení s maximálně dvoulůžkovými pokoji. Současně však sílí trend deinstitucionalizace sociální péče o seniory a podpory života seniorů v přirozeném prostředí.

Aktuálnost problematiky zajištění důstojného života seniorů vynikne ve světle demografických údajů. Předpokládá se, že v období 2000 až 2050 se v hospodářsky

vyspělých zemích zvýší počet lidí ve věku 80 a více let třikrát, avšak počet stoletých a starších 15,5 krát. Vymírání a stárnutí české populace je evidentní, neboť do 50 let budou dle odhadů OSN Češi sedmý nejstarší národ na světě. V roce 1950 žilo u nás 12% populace nad 60 let, v roce 2006 19% a v roce 2030 se předpokládá již 31%. Podle demografické prognózy zpracované českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl miliónů občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání se 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let (31,3%). Délka života by se měla do roku 2065 prodloužit u mužů v průměru o 13 let a u žen o 11 let. V Brně je situace ještě dramatičtější, neboť dle údajů k 1.1.2008 je z 400 247 obyvatel téměř 17% ve věku nad 65 let. Index stáří (tj. poměr obyvatel starších 60 let k počtu dětí do 15 let) je 137 – tedy jeden z nejhorších v ČR. ²⁾ Z uvedeného vyplývá nutnost v městě Brně podporovat (v souladu s vizí života seniorů v přirozeném prostředí) rozvoj pečovatelské služby, jež je nyní poskytována cca 7 000 občanů, ale současně mít dostatečné kapacity v rezidenčních zařízeních pro seniory.

O tom, že si v posledních letech výkonné i zákonodárné složky moci začínají závažnost situace uvědomovat, svědčí kromě legislativních změn (mj. Zákon 108/2006 o sociálních službách), snahy provést důchodovou reformu či diskuzích o reformě penzijního připojištění, také strategický dokument se stanovenými cíli a opatřeními „Národní program přípravy na stárnutí populace v ČR“ (2003-2007, 2008-2012) a zřízení „Rady vlády pro seniory a stárnutí populace“ (únor 2006).

Není smyslem tohoto textu zabývat se teoretickými úvahami o pojetí pojmu „stáří“, proto budu vycházet z administrativní hranice dané odchodem do penze, kdy se člověk stane osobou v postproduktivním věku a bývá ztotožněn s označením senior. Toto vymezení však neurčuje homogenní skupinu osob, jež by byla závislá na mladších členech společnosti. Tzv. dynamické pojetí stáří vychází z funkčního potenciálu jedince tvořeného složkou fyzickou, psychickou a sociální. V souvislosti s věkem dochází k úbytku tohoto potenciálu, což s sebou často přináší závislost na pomoci druhé osoby. Klienty domovů pro seniory jsou tedy dnes již většinou jedinci, kteří jsou při uspokojování svých potřeb trvale závislí na pomoci druhé osoby.

2 Sociální služby dle Zákona 108/2006 Sb.

2.1 Smysl Zákona 108/2006 Sb.

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách (dále jen zákon) je přelomovou legislativní normou, jež přes všechny nedostatky, nepřilíš zdařilé novely a porodní bolesti při praktické aplikaci zásadním způsobem změnil přístup státu k občanovi, jenž potřebuje řešit nepříznivou sociální situaci z důvodu dlouhodobého špatného zdravotního stavu, zdravotního postižení či krizové sociální situace a není schopen tyto problémy zvládnout vlastními silami. Rozsah a forma pomoci těmto osobám musí zachovávat lidskou důstojnost a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci a zabrání sociálnímu vyloučení.³⁾

2.2. Sociální služby

Zákon definuje sociální službu jako ...“ činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“⁴⁾ Rozeznává tři druhy služeb (sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence) a uvádí tři formy jejich poskytování (pobytové, ambulantní, terénní)⁵⁾ „Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“⁶⁾ Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění, jež vzniká rozhodnutím o registraci příslušným krajským úřadem. Ten je také oprávněn prostřednictvím tříčlenných inspekčních týmů a pomocí standardů kvality sociálních služeb ověřovat úroveň poskytování sociálních služeb.⁷⁾ Poskytovatelé si mohou požádat o nenárokovou státní dotaci na provoz. Uživatel služby uzavře s poskytovatelem smluvní vztah.

2.3. Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při

zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném čtyřmi stupni závislosti (lehká, středně těžká, těžká, úplná). O příspěvku rozhoduje ve správním řízení obecní úřad obce s rozšířenou působností. Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat 18 úkonů, při posuzování soběstačnosti taktéž 18 úkonů.⁸⁾ Výše příspěvku činí 2 – 12 000 Kč.

2.4. Humanizace a transformace pobytových sociálních služeb

„Humanizace je proces, který vede k proměně systému péče a prostředí tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů“⁹⁾, tedy aby se i v podmínkách velkého ústavního zařízení provedla určitá deinstitucionalizace a zkvalitnily se sociální služby pro seniory, kteří z různých důvodů nezvládají samostatný život (individuální péče zaměřena na každého klienta, podpora soběstačnosti, zvyšování míry soukromí, dodržování základních lidských práv a svobod, otevření se zařízení veřejnosti...)

„Transformace sociálních služeb je chápána jako „souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách“.¹⁰⁾ „Hlavní priority procesu transformace pobytových zařízení sociálních služeb jsou vyjádřeny v dokumentu *„Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“*, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády České republiky č. 127...Koncepce je vypracována v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice, tj. Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2006 – 2008 a na léta 2008 - 2010, Bílou knihou v sociálních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je vytvořena v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práv a svobod.“¹¹⁾

K tomu je třeba dodat, že pojem transformace je užíván častěji v souvislosti s cílovou skupinou tělesně, smyslově a duševně postižených a samotnou proměnu pobytových zařízení sociálních služeb nelze řešit direktivně, protože je otázkou individuálního rozhodnutí a vývoje jednotlivých organizací, resp. jejich zřizovatele. Transformaci, která znamená faktickou změnu „velkokapacitních ústavních zařízení“ v sociální služby

typu chráněného bydlení, lze v praxi provést poměrně obtížně, ať už vzhledem k špatnému zdravotnímu stavu, nízké míře soběstačnosti a průměrnému věku klientů či k ekonomické a organizační náročnosti. Častěji se proto dnes setkáváme s probíhajícím procesem humanizace, jenž se v některých případech může stát předstupněm skutečné transformace.

3 Péče o seniora v přirozeném prostředí

Udržení fyzických i psychických schopností do vysokého věku prodlužuje aktivní fázi života a posiluje nezávislost člověka. Oddálení ztráty nezávislosti je podmíněno přiměřeným a důstojným bydlením v přirozeném sociálním prostředí s podporou péče rodinných příslušníků a blízkých osob. Je potřeba vychovávat společnost k mezigenerační solidaritě, k posílení role rodiny a ke změně obecného povědomí a přístupu ke stáří. „Potřebujeme nejenom více rezidenčních zařízení pro starší občany, ale také více možností pro aktivní a soběstačný život ve stáří. Pokud lidé starší 65 let budou tvořit třetinu populace, přestává mít smysl rozlišovat mezi službami a produkty pro seniory a nesenioary. Všechny služby a produkty, nejen specifické služby pro seniory, musí vyhovovat potřebám, omezením a preferencím starších lidí“¹²⁾

Kromě toho je nutno připravit rodinné příslušníky k poskytování kvalifikované péče (v rámci jejich možností) o staré a nemocné. Snad každá rodina je ve svém životě postavena před rozhodnutí, jak se postarat o staré rodiče se zdravotními problémy. Stupeň intenzity pomoci je dán mírou soběstačnosti seniora nikoli jeho věkem. Chtějí-li se rodinní příslušníci starat o své blízké doma, musí být poučeni o tom, jak o nemocné pečovat – zvládat ošetrovatelské úkony, jak s nimi mluvit a zacházet, ale současně by také měli být informováni o tom, jak zvyšovat svoji psychickou odolnost, relaxovat, bojovat se syndromem vyhoření apod. K tomu napomáhají nejen v Brně kurzy s různými názvy, ale podobným obsahem - *Na pomoc rodinám pečujícím o seniory a zdravotně postižené, Pečuj doma ...*

V Národním programu přípravy na stárnutí na období 2008-2012 se zdůrazňuje, co je žádoucí prosazovat horizontálně napříč sektory a na všech úrovních veřejné správy: aktivní stárnutí, prostředí a komunitu vstřícnou ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podporu rodiny a pečovatelů, podporu participace na životě společnosti a ochraně lidských práv. Do budoucna je také třeba upřít více pozornosti na sociálně aktivizační služby pro seniory, jejichž nabídka je stále nedostatečná. Má-li se podporovat setrvání seniorů v domácím prostředí, což je pro stát ekonomicky výhodnější než jejich pobyt v zařízení sociální péče, je také nutné rozšiřovat nabídku aktivizačních služeb, tak aby senioři nezůstávali v izolaci od společenského prostředí.¹³⁾

Je potřeba být připraven na legislativou podporovaný trend posunu věkové hranice přechodu klientů do pobytových služeb. Sociální a zdravotní služby by měly pružně poskytovat podporu a pomoc rodinám i pečovatelům a umožňovat oscilaci formální a neformální péče a jejich vzájemné doplňování.

Snahu o setrvání starého člověka co nejdéle v přirozeném prostředí je možno sledovat prakticky ve všech zemích EU, kde přes rozdílné tradice a socio kulturní podmínky preferují péči o seniory v původní rodině či samostatném bydlení. Celý komplex poskytovaných služeb je tu realizován v zásadě v pěti kategoriích – typech péče srovnatelných s naším systémem ¹⁴⁾:

- 1) v rodině bez nároku na pomoc společnosti
- 2) v rodině s nároky na ambulantní pomoc
- 3) semifamiliární (polorodinná) v kombinaci s denním zařízením (domovinka) nebo denním stacionářem
- 4) semifamiliární s parciální hospitalizací – stacionář, popř. respitní služba
- 5) institucionální – trvalá:
 - a) domy s pečovatelskou službou, penziony
 - b) domovy důchodců a ústavy sociální péče
 - c) léčebny dlouhodobě nemocných

K podpoře setrvání seniorů v přirozeném prostředí se v Brně v souladu s Komunitním plánem sociálních služeb ¹⁵⁾ uskutečňují postupné kroky, z nichž k nejvýznamnějším již realizovaným akcím patří komplexní informování veřejnosti v sociální oblasti - zřízení webového portálu www.socialnipece.brno.cz, otevření Socio-info centra či vydávání adresáře poskytovatelů sociálních služeb. Zkvalitnění a rozšíření pečovatelské služby, zřízení linky tísňové péče ¹⁶⁾, rozvoj dobrovolnické činnosti, rozšíření odlehčovací služby (terénní i pobytové), vznik podporovaného bydlení a další aktivity se připravují, ale konkrétní podoba a termíny jejich realizace jsou závislé na ekonomických možnostech města.

4 Ústavní péče o seniory

4.1 Domovy pro seniory

Dramatický nárůst počtu seniorů v ČR (viz kapitola 1) si přes jednoznačnou preferenci dožití seniorů v přirozeném prostředí vyžádá v nejbližší době zvýšit počet lůžek ústavní péče ze současných cca 38 tisíc na 40 tisíc, v roce 2020 až na 50 tisíc.¹⁷⁾ Zhorší-li se výrazně stav seniora a rodina ani ve spolupráci s pečovatelskou službou není schopna v dlouhodobém časovém horizontu zajistit plnohodnotnou (kvalifikovanou) péči, jinými slovy, potýká-li se starší občan se závažnými zdravotními, hygienickými či psychickými problémy, je často jediným řešením využití nabídky některého z domovů pro seniory. Hlavním účelem domovů pro seniory je poskytování časově neomezených služeb sociální péče formou celoročního pobytu osobám, které dosáhly věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a v důsledku svého věku a zdravotního stavu se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Tuto situaci nejsou schopny překonat ve vlastním prostředí ani za pomoci jiných typů sociálních služeb nebo rodiny a potřebují pomoc jiné osoby 24 hodin denně (ne však péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení) při zajištění svých potřeb s cílem zachovat dosavadní míru soběstačnosti a rozvíjet společenské návyky a dovednosti.¹⁸⁾

V praxi jde tedy o službu určenou především seniorům se sníženou mírou soběstačnosti, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost a kteří v této situaci nechtějí nebo již nemohou žít ve vlastním domácím prostředí.

Kromě pobytové sociální služby „Domov pro seniory“ definuje Zákon 108/2006 Sb. v §50 službu „Domov se zvláštním režimem“ „V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace si vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“¹⁹⁾ Služba „domov pro seniory“ i „domov se zvláštním režimem“ obsahuje ubytování, stravu, pomoc při zvládání

běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, ošetrovatelskou a rehabilitační péči, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, kulturní, zájmové, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Každý poskytovatel musí respektovat zákonem stanovené standardy kvality sociálních služeb²⁰⁾, jež jsou součástí materiálů předkládaných k registraci poskytovatele sociálních služeb a obsahují okruhy komplexně postihující celou problematiku poskytování rezidenční sociální služby. Pro účely této práce uvádíme jen jejich názvy: *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, Ochrana práv osob, Jednání se zájemcem o sociální službu, Smlouva o poskytování sociální služby, Individuální plánování průběhu sociální služby, Dokumentace o poskytování sociální služby, Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje, Personální a organizační zajištění sociální služby, Profesní rozvoj zaměstnanců, Místní a časová dostupnost sociální služby, Informovanost o poskytované sociální službě, Prostředí a podmínky, Nouzové a havarijní situace, Zvyšování kvality sociální služby* ²¹⁾ Inspekce kvality sociálních služeb znamená systematické ověřování a hodnocení postupů a metod užívaných při poskytování sociálních služeb.

V důsledku přijetí zákona č. 108/2006 Sb. a vzhledem k poptávce došlo v městě Brně v období 2007-2009 k restrukturalizaci pobytových zařízení pro seniory – z pěti domovů penzionů pro důchodce vznikly domovy pro seniory, z pěti domovů důchodců domovy pro seniory (poskytující i sociální službu „domov se zvláštním režimem“) a z jednoho pouze domov se zvláštním režimem (pro lidi trpící Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence). Podle výsledků sociodemografické analýzy zpracované pro potřeby Komunitního plánu sociálních služeb města Brna ²²⁾ bude i v dalších letech potřeba po tomto typu sociálních služeb narůstat. Rovněž je nutno zpracovat koncepci pobytových zařízení (domovů pro seniory) s ohledem na další handicap seniorů – tělesné, smyslové.

4.2 Potřeby a cíle seniorů

Péče poskytovaná v pobytových zařízeních by měla vycházet z potřeb seniorů, respektovat jejich přání a potřeby, podporovat je a rozvíjet. Jeden z výzkumů základních nadějí i obav člověka a jeho životních cílů sumarizoval následující potřeby a cíle:

- uspokojení potřeb vztahujících se na přežití
- zajištění dosud dosaženého
- snaha po pořádku a jistotě ve vlastním životě, po přehlednosti a jistotě bytí
- snaha o rozšíření a obohacení zkušeností a prožitků
- zaměření na naději a ne na rezignaci
- plné využívání svých schopností k rozhodování a činnosti
- možnost svobodného rozhodování
- prožívání vlastní identity a integrity
- udržení pocitu vlastní hodnoty
- mít hodnotu nebo přesvědčení, jemuž lze zasvětit život
- mít pocit jistoty a důvěry, že společnost, jíž je částí, zajistí splnění jeho nadějí ²³⁾

Jde sice o potřeby a cíle člověka v produktivním věku, ale je třeba si uvědomit, že i seniorů se týká většina výše uvedeného. Např. H. Chloubová uvádí, že saturace základních psychosociálních potřeb (zdraví, bezpečí, pomoc, sociální jistota, ekonomická soběstačnost, bydlení, informace, podněty, mír, klid, potřeba struktury řádu) přispívá k důstojnému způsobu poslední etapy života.²⁴⁾

4.3 Adaptace

Říká se, že „člověk třikrát umírá“ – ve chvíli, kdy se rozhodne odejít do domova pro seniory, když podepíše smlouvu a když se sbalí a jde. Tato nadsázka svědčí o tom, že „... přechod do „ústavního“ bydlení je pro seniory mnohdy psychicky náročný a znamená nejen ztrátu soukromí (ubytování na pokoji s „cizími lidmi“), ale též dosavadních kontaktů s rodinou, přáteli či sousedy, znamená velmi razantní změnu životního stylu, nutnost přizpůsobit se více či méně režimovým opatřením atd.“ ²⁵⁾ Je třeba brát v úvahu oslabené smysly seniorů, snížené vnímání, které způsobuje strach a nejistotu, ostražitost a nedůvěru. I tyto faktory přispívají k odevzdanému přístupu – pasivitě jedince, podvolení se umístění v kolektivním zařízení, což přispívá k adaptační

krizi. Jejími znaky jsou: ²⁶⁾

- neurotické, psychotické a psychosomatické příznaky

(úzkostné panické reakce; deprese, hostilita, morozita; apaticko-abulický syndrom; anhedonie a sebevražedné úmysly)

- snížená rezistence vůči somatickému onemocnění

(dekompenzace kardiovaskulárního systému, zažívací potíže, koliky a průjmy)

- popř. smrt do šesti měsíců po přijetí

Velice tíživá situace nastává, když zemře jeden z partnerů a pozůstalý, jenž ztrácí chuť dál žít, musí odejít do domova pro seniory, často ještě v období truchlení (tedy v době komplexní psychologické, sociální a somatické reakce na ztrátu). Několikatýdenní adaptační proces po příchodu do domova je pro pozůstalého dalším silným stresorem, což může v důsledku vést až k tragickému konci. Samozřejmě i pro ošetřující personál je péče o tyto klienty náročnější (smutek, zoufalství, bezmoc, ztráta smyslu života, vztek, obavy, poruchy spánku, impulzivní jednání, vyhýbání se sociálním kontaktům...)
Otevřený žal prožívá pozůstalý 6 – 8 týdnů. Doba truchlení, která má své opodstatnění, trvá zpravidla jeden rok a má čtyři základní fáze:

- 1) přijetí ztráty jako reality
- 2) prožití zármutku
- 3) zadaptování se ve světě, ve kterém zesnulý schází
- 4) citové odpoutání se od zemřelého, investice citů do jiného vztahu ²⁷⁾

Adaptační krizi je nutno předcházet, popř. se snažit její průběh zmírnit. Přispívají k tomu následující faktory:

- vstup do zařízení z vlastního rozhodnutí
- příprava na pobyt v domově
- předchozí seznámení se se zařízením
- zachovalá pohyblivost
- návštěvy příbuzných
- možnosti vycházek mimo areál
- empatický, erudovaný a tolerantní personál

4.4 Demence

Degenerativní onemocnění vedoucí k demenci (např. Alzheimerova choroba) zkracují a předčasně ukončují lidský život, Středně pokročilá a rozvinutá demence trvá např. u Alzheimerovy choroby 2 – 10 let a vyžaduje potřebu trvalého dohledu (omezená soběstačnost, dezorientace, potřeba pomoci ve většině aktivit). Nezbytný je dobrý vztah mezi osobou a pečovatelem, navození pocitu bezpečí, domáckosti a nabídka smysluplných aktivit, neboť tyto lidé vnímají, radují se z určitých činností a většinou dokáží uspokojivě komunikovat. Důležité je pro ně zavedení pravidelného režimu v péči v prostředí působícím uklidňujícím dojmem, dodržování rituálů a stereotypů, jež vycházejí z předchozího způsobu života. Stadium těžké demence či demence komplikované poruchami chování si vyžaduje trvalou přítomnost kvalifikovaného zdravotnického personálu a je pro ošetřující personál velmi náročné, neboť u klienta dochází k omezení verbální komunikace, omezení mobility, poruchám polykání apod.

Deset nejčastějších projevů Alzheimerovy choroby:

Špatná krátkodobá paměť

Problémy zvládat běžné činnosti

Nezvládnutí běžných činností

Problémy s řečí

Časová a místní zmatenost

Problémy s abstraktním myšlením

Ukládání věcí na špatné místo

Změny nálad a chování

Změny osobnosti

Ztráta iniciativy ²⁸⁾

Většina nemocných jsou ženy, u lidí starších 85 let je postižena třetina až polovina populace, což je alarmující údaj, např. při srovnání s průměrným věkem klientů v brněnských domovech pro seniory, který činí 82 let!

4.5 Paliativní péče

Považuji za vhodné se v tomto textu alespoň okrajově zmínit o paliativní péči, které je třeba věnovat adekvátní pozornost zejména v terminálních stádiích demence. Paliativní

péče bývá definována jako komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná člověku, který trpí nevy léčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu ²⁹⁾ Nezaměřuje se tedy na odstraňování příčin bolesti, ale na účinné zmírnění utrpení „Člověk v situaci vážné nemoci a v době umírání prožívá intenzivní pocit ztráty, izolace a osamělosti, je často vyčerpán předchozí léčbou. Je odcizen sám sobě, ztratil sociální zázemí, postavení, soukromí, životní rytmus, svoje dosavadní zvyklosti, pocit bezpečí, pocit důstojnosti, životní cíl. Jeho život je počítán ze dne na den“. ³⁰⁾ Americká lékařka Elizabeth Kubler-Rossová, jež na téma smrti a umírání napsala dvacet knih přeložených do více než 25 jazyků, uvádí pět stadií člověka, který se snaží vyrovnat se vzniklou situací – brzkou smrtí: popírání a negace, zlost a agrese, smlouvání, deprese, akceptace (přijetí, smíření). Je potřebné doprovázející i umírající připravit na emoce, které umírání a smrt doprovázejí, naučit se s nimi pracovat. Pečující osoba (ať už jde o rodinného příslušníka či profesionála v ošetřující profesi) by neměla zapomenout, že poslední smysl, který u člověka před smrtí mizí je sluch ³¹⁾

4.6 Důstojnost

Jednou z nejdůležitějších hodnot, kterou je člověk působící v pomáhajících profesích povinen respektovat vždy - bez ohledu na věk či fyzický, psychický nebo sociální stav klienta - je lidská důstojnost. Lze ji chápat jako jednu z nejdůležitějších hodnot života, kterou člověk pociťuje ze vztahu úcty od jiného člověka. Aby klienti neztráceli pocit důstojnosti je třeba respektovat jejich soukromí, nechat je svobodně rozhodovat o sobě, být citliví, aby se nestyděli, nedostávat je do situací, kdy svou nemohoucnost cítí jako ponížení.

Souhlasím s I. Úlehlou, že „respektování lidské důstojnosti a projev úcty by měly být základním rysem profesionálního jednání ve zdravotních i sociálních službách. Pomáhající může projevit úctu a respekt ke klientovi, pokud má sám vyřešenu otázku vlastní sebeúcty. Vnímání sebe sama a vztah k vlastní osobě se odráží do vztahu ke klientovi. Jaký vztah má pracovník vůči sobě, takový mívá i vůči klientům“. ³²⁾ Podle výzkumu provedeného v rámci projektu „Důstojnost a starší Evropané“ jsou pro seniory, jimž je poskytována péče, důležité projevy zájmu o klienta jako jednotlivce, vlídnost a zdvořilost, naslouchání, respekt k soukromí. Za nedůstojnou péči respondenti

považovali špatnou komunikaci, zacházení s člověkem jako s věcí, ponižující obnažování a nedostatek úcty při intimních činnostech (oblékání, mytí, vyměšování)³³⁾ Zachování důstojnosti seniora v kolektivním pobytovém zařízení - zvláště v kontextu zkušeností z čtyřicetiletého totalitního systému – nadále zůstává citlivou otázkou a samozřejmě je v hledáčku ombudsmana. „U sociálních zařízení pro seniory může mít špatné zacházení nejen podobu porušování základních práv, jako je např. právo na osobní svobodu či právo na soukromí, ale také podobu nekvalitně poskytovaných služeb, projevující se např. nedostatečným respektováním sociální autonomie a práva na spolurozhodování o vlastním životě, zneužíváním závislosti na péči nebo jejím prohlubováním.“³⁴⁾ Kromě některých rad veřejného ochránce práv, které lze bez problému akceptovat (mj. respektování soukromí – klepání na dveře pokojů, možnost svobodně pít alkohol a kouřit – není-li tím obtěžováno okolí), jsou mnohá doporučení (např. bezbariérová úprava objektů, orientace barevným značením, zvukově, změnami povrchu, stejně jako možnost, aby si klienti sami zvolili, zda jim při provádění hygieny bude asistovat osoba stejného či opačného pohlaví) limitována finančními možnostmi poskytovatele.

4.7 Ekonomické mantinely

I v tomto typu bakalářské práce považuji za nezbytné zmínit otázku financování provozu domovů pro seniory, neboť ekonomické možnosti příslušného zařízení jsou často mantinelem kvality a rozvoje poskytovaných služeb. Problematiku uvedu na příkladech příspěvkových organizací zřizovaných obcemi (popř. kraji), které mají výraznou početní převahu nad nestátními zařízeními.

Do konce roku 2006 fungovalo třízdrojové financování – příspěvek zřizovatele, úhrada klienta za stravu a ubytování, státní dotace na lůžko, kdy všechny tři zdroje byly přibližně ve stejné výši. Od 1. 1. 2007 hradí klient stravu a ubytování a příspěvek na péči (je-li jeho příjemcem) náleží domovu. Druhým zdrojem je příspěvek zřizovatele. Každý poskytovatel sociálních služeb má kromě toho možnost prostřednictvím kraje požádat o nenárokovou státní dotaci na provoz. V napjatém státním rozpočtu i v rozpočtech územních samospráv je stále obtížnější najít zdroje k pokrytí oprávněných požadavků poskytovatelů sociálních služeb zřizovaných obcí či krajem na provoz (dnes

nikoli k rozvoji, ale jen k pouhé reprodukci). Je logické, že v této situaci je pro management domova (potažmo zřizovatele) „zajímavější“ klient s příspěvkem na péči. Proto jsou mnohdy při přijetí preferováni nemocní a nemohoucí (inkontinence, imobilita, gerontopsychiatrické diagnózy - různé typy demencí /velmi často Alzheimerova choroba/), tzn. zdravotní aspekt umístění převažuje nad sociálním (např. naprostá osamělost). Vzhledem k prodlužující se délce života bude růst již tak vysoký průměrný věk klientů domovů pro seniory (v Brně u 1914 klientů v 11 domovech již zmíněných 82 let).

Z uvedeného je zřejmé, že typickým klientem domova pro seniory během několika let bude - někde již je - velmi starý, nemocný a nemohoucí člověk. Taková klientela však klade vysoké nároky na zcela nedostatečně placený ošetrovatelský personál - v mnoha případech se silnými příznaky syndromu vyhoření. Domov pro seniory by však měl být „opravdovým domovem“ poskytujícím základní životní potřeby (výživa, spánek, odpočinek, teplo, hygiena, pohodlí, aktivita...), ale být také místem, kde nebudou prázdnými pojmy láska, důvěra, komunikace, důstojnost, sebepoznání, úspěch, seberealizace, duchovní potřeby atd. Jak dopadne tento střet ideálů s realitou? Lze očekávat od podhodnoceného personálu v neobyčejně těžkých podmínkách „přímé péče“ vysoké pracovní nasazení a takové morálně volní vlastnosti, jež zaručí alespoň přiblížení se k uvedeným proklamacím? Jaké jsou tedy meze a možnosti rezidenční péče o seniory? Je název této bakalářské práce pouhou chimérou? I na tyto otázky se pokusím hledat odpovědi v praktické části tohoto textu.

5 Metodologie výzkumu

5.1 Úvod do problematiky

Při zpracování praktické části této studie jsem se – obecně řečeno - snažila porozumět lidem ve složitých sociálních situacích. Zjišťovala jsem motivy, mínění, postoje klientů domova pro seniory a personálu s úmyslem problematiku pochopit, popsat a případně vytvořit hypotézu. Proto jsem zvolila kvalitativní výzkum³⁵⁾, jehož výhodami je možnost získat hlubší informace o zkoumaném jevu a dosáhnout vysoké míry validity. Nevýhody - nízká reliabilita, i to, že získané informace nelze kvantifikovat a statisticky zpracovávat, tedy generalizovat - nebyly pro účely této práce podstatné. Cílem bylo zmapovat možnosti a meze života klienta v domově pro seniory ve srovnání s životem v domácím prostředí.

Stanovila jsem tři výzkumné otázky:

- 1) Může být za určitých podmínek kvalita života člověka v postproduktivním věku v domově pro seniory objektivně lepší, než v případě dožití v přirozeném prostředí?
- 2) Je tato skutečnost důvodem opravdové spokojenosti (nikoli smíření se s osudem) některých klientů s tímto způsobem života?
- 3) Může být již dnes život v Domově pro seniory důstojnou alternativou života v přirozeném prostředí ?

5.2 Teritoriální a časové vymezení

S prostředím domova pro seniory jsem byla obeznámena z mých praktických zkušeností sociální pracovnice, neboť jsem až do července 2009 prováděla šetření u klientů těchto zařízení v rámci výkonu agendy příspěvku na péči na Odboru sociální péče Magistrátu města Brna. Vybrala jsem záměrně architektonicky zcela odlišné objekty - Domov pro seniory Kosmonautů v městské části Starý Lískovec v nevhodném prostředí 30 let starého panelového domu z roku 1982 s vícelůžkovými pokoji a zcela nový Domov pro seniory Holásecká v městské části Tuřany vybudovaný s dodržením evropských

standardů pro zařízení tohoto typu a uvedený do provozu v květnu 2009. Výzkum probíhal v měsících srpnu a září roku 2009.

5.3 Populace a vzorek

Jako „seniorskou populaci“ jsem zvolila uživatele sociální služby „domov pro seniory“. Nezařadila jsem do ní uživatele služby „domov se zvláštním režimem“, i když Domov pro seniory Kosmonautů má zaregistrovanu a provozuje i tuto službu, protože mentální stav většiny těchto klientů neumožňuje komunikaci potřebnou k provedení výzkumu. Z populace jsem vybrala vzorek následujícím způsobem. Zjistila jsem charakteristiky relevantní pro podstatná hlediska výzkumu - údaje o věku ³⁶⁾, délce pobytu a počtu obyvatel na jednom pokoji a seřadila je do pěti skupin. Z každé skupiny jsem vybrala jednoho zástupce, tedy pět respondentů z Kosmonautů a pět z Holásecké.

Jako „zaměstnaneckou populaci“ jsem vybrala personál, který přichází denně do styku s klienty, a to v následující struktuře a počtu:

pracovník sociální péče	10
staniční sestra	5
sociální pracovník	3
ergoterapeutka	1
fyzioterapeutka	1

5.4 Metody sběru dat

Data o organizaci jsem získala z jejich webové prezentace a v přímo v domově pro seniory Kosmonautů a Holásecká. Vstupní data o klientech mi poskytla sociální pracovnice a ošetřující personál.³⁷⁾ Data pro výzkum jsem získala z rozhovorů s klienty v jejich pokojích bez přítomnosti jiné osoby a z ankety provedené u personálu.

Z použitelných metod v rámci kvalitativního výzkumu jsem zvolila metodu rozhovoru, která se mi zdála vhodnější než metoda zúčastněného pozorování vzhledem k charakteru zjišťovaných skutečností (zejména chování personálu v přímé péči by při vědomí toho, že jsou pozorováni, nemuselo být přirozené).

Otázky byly formulovány vzhledem ke stanoveným předpokladům i k aktuálním intelektuálním možnostem specifické skupiny respondentů, jimiž senioři v rezidenčních sociálních zařízeních s ošetrovatelskou péčí bezesporu jsou. Při formulaci otázek byl kladen důraz na stručnost, jednoduchost, srozumitelnost s cílem dosažení jednoznačně interpretovatelné odpovědi, aniž by ovšem otázka naznačovala názor a očekávání tazatele. Před zařazením každé otázky jsem si položila několik otázek sobě – zda je otázka opravdu nutná, je-li srozumitelná, bude-li na ni respondent schopen odpovědět a jak bude odpověď užitečná.

Kvalitativní výzkum, jehož smyslem bylo získání informací, jsem provedla sama - u klientů metodou tazatelem reprodukováného strukturovaného dotazníku s volnou odpovědí a u personálu dotazníkovým šetřením (anketou). Otázky byly formulovány a podány tak, aby senior mohl v odpovědi vyjádřit postoj k dané věci. K přesnému záznamu odpovědí seniorů jsem používala s jejich souhlasem diktafon a paralelně zaznamenávala písemně. Snažila jsem se vcítit do nálady respondenta, zúčastněně jej pozorovat a povzbudit k odpovídání, aby se mi nebáli svěřit s názory. Jednotlivé kroky jsem podrobně popsala, neboť v tomto typu výzkumu je cenná i cesta k výsledku.³⁸⁾ Při provádění rozhovoru jsem nejprve sdělila dotazovaným účel i smysl rozhovoru a ujistila je, že získané informace nebudou nijak zneužity. Kladla jsem krátké a jednoduché otázky, neptala jsem se v záporu, vyhýbala se podmiňovacímu způsobu, hypotetickým otázkám, abstraktním a složitým slovům, byla jsem vlídná, tolerovala pauzy a nechávala respondentům dostatek času. Snažila jsem se být empatická, aby klient věděl, že pozorně naslouchám a prožívám to, co mi sděluje. Používala jsem i nonverbální komunikaci (pokývání hlavou, vyjadřování zájmu, pohlazení... atd.), která povzbuzovala respondenta k odpovědi. Někdy jsem byla nucena flexibilně reagovat, abych omezila „nicneříkající“ výpovědi typické pro tuto věkovou skupinu, přesto jsem dodržovala požadavek na rovnocennou komunikaci v průběhu rozhovoru. Senioři odpovídali ochotně, beze strachu a v klidu. Každé sezení trvalo nejméně hodinu.

Pro personál jsem zvolila typ uzavřených otázek, neboť prioritou bylo nasměrování respondenta na to, co se chci dozvědět a jednoduché a rychlé vyplnění. Snahou bylo nabídnout všechny možné odpovědi i to, aby se odpovědi navzájem vylučovaly a byly na stejné úrovni obecnosti. Otázky byly sumarizovány v dotazníku, jenž jsem osobně předala respondentům a vyplněný od nich převzala.

6 Popis organizací

6.1 Rezidenční péče o seniory v Brně

Rezidenční péči o seniory zajišťuje 11 domovů pro seniory, příspěvkových organizací, jejichž zřizovatelem je statutární město Brno. Pět z nich je zaregistrováno jako poskytovatel sociálních služeb „domov pro seniory“ a „domov se zvláštním režimem“, pět zařízení poskytuje pouze službu „domov pro seniory“ a jedno „domov se zvláštním režimem“. Celková kapacita činí 1 914 lůžek. Kromě toho v Brně působí nestátní neziskové organizace s pobytovou kapacitou pro seniory 208 lůžek (Oblastní charita Brno, Naděje, Betánie-křesťanská pomoc, Concordia Bonum).

6.2 Domov pro seniory Kosmonautů

Domov pro seniory Kosmonautů, příspěvková organizace Statutárního města Brna je registrovaným poskytovatelem dvou typů pobytových sociálních služeb, a to „domov pro seniory“ a „domov se zvláštním režimem“. V roce 2009 tu žilo 119 seniorů (38 mužů, 81 žen), průměrný věk 80 let. K 31. 12. 2009 byl příspěvek na péči přiznán 116 klientům (I. stupeň 20, II. stupeň 35, III. stupeň 23, IV. stupeň 28), tři měli zažádáno.

Domov je umístěn ve standardním sedmipodlažním panelovém domě v sídlištní zástavbě Brno - Starý Lískovec, na ulici Kosmonautů 21, v něm byly provedeny úpravy splňující nároky na provoz domova - vybudování zvláštního bezbariérového vstupu do budovy i do jednotlivých místností, přístavba atrií apod. Okolí objektu je upraveno jako oddychová zóna s altánem, lavičkami, sadbovými úpravami, které zpříjemňují venkovní posezení. Domov má vlastní prádelnu a údržbu, strava se dováží z nedalekého Domova pro seniory Mikulášskovo náměstí. Celodenní strava je v rozsahu snídaně, oběd, svačina, večere s možností dietního stravování. V blízkosti domova je městská hromadná doprava (tramvajové, autobusové i trolejbusové linky), nákupní středisko, pošta, lékárna.

41 lůžek z celkové kapacity je určeno pro Domov pro seniory a 78 lůžek pro Domov se zvláštním režimem. Domov je rozdělen do třech oddělení - jedno oddělení obývá vždy dvě podlaží. Každé oddělení má k dispozici jídelnu, čajovou kuchyňku, ošetrovnu a koupelnu. Koupelny jsou vybaveny zvedacími vanami a zvedacími zařízeními. Klienti bydlí ve 25 komplexech, z toho 22 komplexů dvoulůžkového a třílůžkového pokoje a 3 třílůžkové pokoje. Každý komplex má svoje sociální zařízení – WC a sprchový kout.

Pokoje jsou vybaveny nábytkem a zařízením (polohovací lůžka, stoly, uzamykatelné noční stolky, polokřesla, uzamykatelné skříně, osvětlení, lůžkoviny, na každém pokoji je televize). Součástí třílůžkového pokoje je balkón. Domov nemá k dispozici komplex dvoulůžkového pokoje a sociálního zařízení, a z tohoto důvodu není vhodný pro společné ubytování manželských dvojic. Vzhledem k prostorovým možnostem není možné, aby si klienti při nástupu přiváželi vlastní nábytek.

Domov pro seniory - cílovou skupinu tvoří senioři po dovršení věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci projevující se sníženou soběstačností v základních aktivitách každodenního života vyžadující pomoc druhé osoby (stupeň závislosti I – IV). Službu lze poskytnout i seniorům, kteří jsou tělesně postiženi, ale i trvale upoutáni na lůžko s různými typy onemocnění.

V domově pro seniory jsou poskytovány následující služby:

- *ubytování a celodenní stravování*
- *poskytování pomoci při zvládání běžných úkonů v péči o vlastní osobu (oblékání, svlékání, přesun na lůžko, vozík, křeslo apod.)*
- *asistence při osobní hygieně (částečná nebo celková), případně zajištění podmínek pro osobní hygienu*
- *poskytování ošetrovatelské péče odborně školeným personálem*
- *úklid, praní ložního i osobního prádla, žehlení a drobné opravy prádla*
- *zajištění nepřetržitého zdravotnického dohledu s využíváním moderních metod – bazální stimulace, polohování (k dispozici antidekubitní matrace), aplikace léků, injekcí, mastí, kapek, převazy, péče o permanentní katétr*
- *zajištění lékařské péče (i odborné), v případě nutnosti i doprovod na odborná lékařská vyšetření, zajištění podmínek pro inkontinentní klienty. Lékař dochází*

do domova 4 dny v týdnu (klient má možnost volby lékaře). Domov spolupracuje s psychiatrem.

- *zajištění léků z lékárny*
- *léčebná rehabilitace – i dispozici je ultrazvuk, magnetoterapie, diadynamic, biotronové lampy, rotoped, pomůcky pro procvičování jemné motoriky, perličková lázeň*
- *zprostředkování nákupu dle vlastní objednávky (1x týdně)*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
- *organizování a poskytování aktivizační a sociálně terapeutické činnosti*
- *organizování a poskytování kulturní a zájmové činnosti, Pro klienty jsou pořádány besídky, zájezdy, hudební produkce.*
- *zabezpečení pracovní terapie zaměřené na aktivizaci klientů (malování, ruční práce, hry, apod.) K dispozici jsou videa, kulečnick, karetní a šachový stolek, knihovna.*
- *pomoc, případně zajištění, při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí – styk s úřady, úschova cenností*
- *duchovní potřeby jsou zajišťovány návštěvami duchovních přímo u klientů*
- *dostupné služby za úhradu – 1x měsíčně dochází do domova kadeřnice, pedikér*

Domov se zvláštním režimem – občané, kteří dosáhli důchodového věku a mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence. Z důvodu těchto onemocnění jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

V domově se zvláštním režimem jsou poskytovány následující služby:

- *ubytování a celodenní stravování*
- *poskytování pomoci při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu (oblékání, svlékání, přesun na lůžko, vozík, křeslo apod.)*
- *asistence při osobní hygieně (částečná nebo celková), případně zajištění podmínek pro osobní hygienu*
- *poskytování ošetrovatelské péče odborně školeným personálem*
- *úklid, praní ložního i osobního prádla, žehlení a drobné opravy prádla*

- *zajištění bezpečného prostředí – neustálý dohled*
- *zajištění nepřetržitého zdravotnického dohledu s využíváním moderních metod – bazální stimulace, polohování (k dispozici antidekubitní matrace), aplikace léků, injekcí, mastí, kapek, převazy, péče o permanentní katétr*
- *zajištění lékařské péče (i odborné), v případě nutnosti i doprovod na odborná lékařská vyšetření, zajištění podmínek pro inkontinentní klienty. Lékař dochází do domova 4 dny v týdnu (klient má možnost volby lékaře). Domov spolupracuje s psychiatrem.*
- *zajištění léků z lékárny*
- *pravidelné sledování psychických změn*
- *léčebná rehabilitace – i dispozici je ultrazvuk, magnetoterapie, diadynamic, biotronové lampy, rotoped, pomůcky pro procvičování jemné motoriky, perličková lázeň*
- *zprostředkování nákupu dle vlastní objednávky (1x týdně)*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
- *organizování a poskytování aktivizační a sociálně terapeutické činnosti*
- *organizování a poskytování kulturní a zájmové činnosti, Pro klienty jsou pořádány besídky, zájezdy, hudební produkce.*
- *zabezpečení pracovní terapie zaměřené na aktivizaci klientů (malování, ruční práce, hry, apod.) K dispozici jsou videa, kulečník, karetní a šachový stůl, knihovna.*
- *pomoc, případně zajištění, při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí – styk s úřady, úschova cenností.*
- *duchovní potřeby jsou zajišťovány návštěvami duchovních přímo u klientů*
- *dostupné služby za úhradu – 1x měsíčně dochází do domova kadeřnice, pedikér*

6.3 Domov pro seniory Holásecká

Domov pro seniory Holásecká, příspěvková organizace Statutárního města Brna poskytuje pobytovou sociální službu „domov pro seniory“. V roce 2009 tu žilo 103 seniorů (24 mužů, 79 žen), průměrný věk 82,8 let. K 31. 12. 2009 byl příspěvek na péči

přiznán 89 klientům (I. stupeň 26, II. stupeň 32, III. stupeň 18, IV. stupeň 13), čtrnáct klientů podalo žádost o přiznání.

Domov se nachází v klidné lokalitě na okraji městské části Brno – Tuřany v ulici Holásecká č. 33 a je situován na jihovýchod. Částí budovy, kde sídlí zásobování a provoz, je připojena k obecní zástavbě, z většiny pokojů pak vyhlédnete do přilehlých sadů a polí. Domov má také svou zahradu. V blízkosti Domova najdete zastávky městské hromadné dopravy, drobné obchody s potravinami a smíšeným zbožím, lékárnu, poštu i úřad městské části.

Kapacita nového zařízení (uveden do provozu v květnu 2009) je 105 lůžek s 69 jednolůžkovými a 18 dvoulůžkovými pokoji. Součástí každé obytné jednotky je předsíň, koupelna, WC a balkón, domovy jsou vybaveny novým nábytkem. Součástí objektu je pobytová terasa v druhém patře budovy, společenské odpočinkové místnosti a společná jídelna.

Posláním domova pro seniory je poskytnout klientům domova komplexní služby (ubytování, stravování, zdravotně ošetrovatelskou péči, možnost využití volného času) a podporovat pokud možno aktivně prožití stáří. Služba je založena na individuálním přístupu, je zajištěna kvalifikovaným personálem a respektuje svobodnou vůli klienta.

Uživatelům služby nabízíme:

- *komfortní ubytování ve vybavených převážně jednolůžkových a dále ve dvoulůžkových pokojích*
- *celodenní stravování v souladu se zásadami zdravé výživy a na základě doporučení lékaře (na pokojích nelze vařit),*
- *pomoc při osobní hygieně, příp. poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- *ošetrovatelskou a zdravotní péči,*
- *úklid, praní, žehlení a opravy prádla,*
- *individuální i skupinové terapeutické aktivity,*
- *podporu a nácvik soběstačnosti,*
- *podporu přirozených sociálních vztahů a kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,*

- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*
- *zajištění duchovní služby,*
- *doplňkové, poskytované jiným subjektem v areálu domova: kadeřnictví a pedikúra*
- *provoz kantýny*

Organizace zprostředkovává:

- *péči praktického lékaře v ordinálních hodinách*
- *specializovanou lékařskou péči*
- *další služby – kadeřnictví, pedikúra*

Domov poskytuje ubytování, stravování a úkony péče (tj. nepřetržitou zdravotnickou péči, nepřetržitou ošetrovatelskou péči a rehabilitaci) občanům, kteří z důvodu vysokého věku, ztráty soběstačnosti, nemoci, zdravotního postižení nebo jiných závažných důvodů nejsou schopni zabezpečit a uspokojit své životní potřeby a tyto jim nemohou být zajišťovány ani členy jejich rodiny, ani pečovatelskou službou, popřípadě jinými službami sociální péče.

Cílovou skupinu domova pro seniory tvoří občané v nepříznivé sociální situaci v seniorském věku (od 65 let), kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, nebo chronického onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, jež jim nemůže být zajištěna členy rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče.

7 Způsob zpracování rozhovorů a ankety

7.1. Rozhovory

Kontrolu záznamu a transkripci rozhovorů se seniory jsem provedla do 24 hodin po položení otázek, abych měla v paměti okolnosti, za nichž výzkum probíhal a při interpretaci tuto skutečnost mohla zohlednit. V další fázi jsem data zhodnotila, utřídila a zredukovala nepodstatné, tzn. ponechala důležitá fakta, vypustila „slovní vatu“, výrazy narušující plynulost a opakující se výpovědi, upravila stylizaci. Texty uvedené v této práci jsou tedy shrnujícím protokolem s mírnou redukcí dat. Vzhledem k specifické skupině dotazovaných jsem se samozřejmě při dotazování setkala s problémem „narativních odpovědí“. Riziko tendence seniorů „povídat si a dlouze vzpomínat“ i případného zkreslení odpovědí však bylo minimalizováno skutečností, že řízený rozhovor i interpretaci výsledků (položení otázky, paralelně prováděný zvukový i písemný záznam, přepis autentické nahrávky výpovědi respondenta, formulace odpovědí při konečném zápisu) jsem prováděla sama a mohla citlivě ve všech fázích provádět korekce. Následující záznamy z rozhovorů prošly výše uvedeným procesem.³⁹⁾

7.1.1 Řízený rozhovor s klienty DS Kosmonautů

Anamnéza:

Věk: 61 let

Rodinný stav: vdovec

Vzdělání: dělnické – skladník hut' materiálu

Délka pobytu v domově: 1 rok (po CMP)

Příspěvek na péči: I. st.

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: žádné vazby

Hlavní důvod pobytu v DS: sociální (nemožnost žít s družkou)

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: Pán si přeje rehabilitovat formou procházek a chůzí po schodech, sledovat sportovní pořady v TV.

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Pán je na 3 lůžkovém pokoji, bez přátelských vztahů – což mu nevádí – nerad by byl na jednolůžkovém pokoji. K zařízení-vybavení nemá námitky.

Strava

Chutná Vám jídlo?

V normě, není vybíravý. Množství i pestrost mu vyhovuje. Respektuje, že každému chutná něco jiného. Není konfliktní.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednají sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

Pán neměl žádné připomínky k jednání ošetřujícího personálu. Zapojuje se do kondičního cvičení – rehabilitace. Rád tráví čas se známou, hrají karty – povídají si.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

K tomuto bodu otázky bylo sděleno, že sestry pokaždé klepou a chovají se slušně. Někdy je na nich poznat, že jsou unavené a přetažené, ale vždy se snaží vyhovět, popř. se omluví, že přijdou za chvíli, jakmile dokončí jinou službu u druhého klienta. Pán se nemá důvod zlobit.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

Personálu se nesvěřuje, ale přítelkyni si našel. Necítí se osamělý.

Spokojenost

„Mám se dobře, cítím se v bezpečí. Někdy mám stavy lítosti, ale neměl jsem kde žít. Tady si mám s kým popovídat. Toleruji a respektuji chod domova. Žádné připomínky nemám.“

Anamnéza:

Věk: 66 let

Rodinný stav: *vdaná, ale nežijí spolu*

Vzdělání: *základní-dělnice*

Délka pobytu v domově: *4 roky*

Příspěvek na péči: *I. st.*

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: *dcera 1x týdně*

Hlavní důvod pobytu v DS: *sociální (žila v domě po rodičích – děti paní vystěhovaly – nebyla vítána)*

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: *Paní si přeje chodit na skupinové terapie, společenské akce v rámci domova, výlety. Ráda hraje karty se spolubydlíci. Ráda popije alkohol – poučena personálem.*

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Paní je na 2 lůžkovém pokoji. Se spolubydlíci vychází dobře. Nevadí jí, že nemá jednolůžkový pokoj. Spolubydlíci jezdí na víkendy k rodině – v tu dobu tráví čas s jinými klienty domova. Přestože je pokoj malý, paní si uvědomuje nemožnost změny v tomto směru. Zvykla si.

Strava

Chutná Vám jídlo?

Nemá žádné výhrady. Stravy dostává dostatek. Respektuje i to, že každý má jiné přání a všem se současně vyhovět nedá.

Úroveň ošetřovatelské péče

Jednají sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

Se sestřičkami nikdy žádné potíže neměla. Volný čas vyplňuje i skupinovým sezením. Vykládá si nebo velmi ráda hraje karty se známými.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

Paní sděluje, že nikdy neměla žádné výtky k chování sester jak po stránce slušnosti, tak i po stránce respektování soukromí.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

Má přítele – kamaráda, který žije ve stejném domově. Rádi spolu tráví čas, přesto má pocit, že by se mohla svěřit se svými starostmi i pečujícímu personálu domova.

Spokojenost

„V domově se cítím lépe než doma, kde jsem nebyla vítaná. Nemám zde pocit, že jsem někomu na obtíž. Mám tu své zázemí, jistotu. Cítím se zde v bezpečí. Personál respektuje moji důstojnost, nechová se povýšeně. Dělá pro mne mnohem víc – než moje vlastní rodina.“

Anamnéza:

Věk: 88 let

Rodinný stav: vdova

Vzdělání: střední – dělnice v zemědělství

Délka pobytu v domově: 5 let

Příspěvek na péči: I. st.

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: asi 2x-3x týdně – část, velice se věnují

Hlavní důvod pobytu v DS: zdravotní (po CMP)

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: *Paní je nábožensky založená, sleduje akce, na vozíku je doprovázena do kostela, odebírá časopis „Naše rodina“. Má ráda květiny. Plánuje i nadále rehabilitovat.*

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Paní žije ve dvoulůžkovém pokoji. Je spokojená, jen se jí zdá pokoj stísněný. Avšak ví, že se tento problém vyřešit nedá.

Strava

Chutná Vám jídlo?

K jídlu měla paní připomínku v tom smyslu, že se vaří často moderní jídla – taková, na která není zvyklá. Pocit hladu nemívá. Jídla se podává dostatek.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednají sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

Paní sdělila, že sestry jsou trpělivé a ochotné vyjít vstříc. I když se pořádají zájezdy – tak na ně nejezdí, ale nenudí se. Ráda si čte.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

Sestry se chovají slušně, mají příjemné vystupování. Vztah je spíše kamarádský. Soukromí narušováno není a za kladné je považována noční kontrola pokojů.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

Paní nemá potíže s komunikací. Baví se se všemi, ale má tři dcery se kterými si skvěle rozumí. Mívá časté návštěvy. Vztah s ošetřujícím personálem má kamarádský – cítí zájem.

Spokojenost

„Cítím se zde spokojeně, jelikož jsou děti přes den v zaměstnání – doma bych byla podstatnou část dne sama. Zde mám výbornou zdravotnickou péči. Sestřičky jsou velice milé, kamarádké. Mám potíže s chůzí, proto ráda čtu nebo se dívám na televizi.“

Uvítala bych více dokumentárních programů v TV. Také bych uvítala více prostorů pro pobyt s návštěvami, abychom měli větší soukromí.“

Anamnéza:

Věk: 88 let

Rodinný stav: *svobodná*

Vzdělání: *střední – kancelářská práce*

Délka pobytu v domově: *necelé 4 roky*

Příspěvek na péči: *I. st.*

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: *2x do měsíce + kontakt po telefonu*

Hlavní důvod pobytu v DS: *zdravotní (věk)*

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: *Paní má v plánu chodit na procházky, přednášky, výstavy obrazů. Ráda sedí v atriu, má ráda zvířata. Začleňuje se do ergoterapie a fyzioterapie.*

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Nutnost tolerance, na pokoji není sama. Snížená míra soukromí. Nejsou omezovány v tom, že si mohou drobnosti donést z domova-obrázky apod.

Strava

Chutná Vám jídlo?

Spokojenost, paní sděluje, že hledí na námitky. Stravy dostávají dostatek. Pestrá strava. Možnost objednat si menší nákup – ochota nakoupit. Respektují chuť – pokud je ryba, tak paní dostane řízek.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednají sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

Sestry se snaží vyhovět požadavkům, jsou trpělivé. Každý den je možnost zapojit se do aktivit, jako jsou ergoterapie apod. Paní ráda zpívá.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

Se sestrami vychází dobře.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

Paní si našla přítelkyni. Tráví většinu dne spolu.

Spokojenost

„Jsem spokojená, jsem zde z důvodu zdravotního stavu. Mám zde jistotu řádné péče. Děti jsou zaměstnané a já bych koukala do zdi. Také sem dochází pravidelně lékař. Pokud potřebuji něco nakoupit, jsou sestry ochotné, protože zde není místo na kantýnu. Venku se nyní připravuje letní posezení s jezírkem. Doma bych se neměla lépe. Víte, maminka vychová deset dětí, ale deset dětí neobslouží maminku.“

Anamnéza:

Věk: 87 let

Rodinný stav: *vdova*

Vzdělání: *základní – dělnice*

Délka pobytu v domově: *necelé 4 roky*

Příspěvek na péči: *I. st.*

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: *1x týdně*

Hlavní důvod pobytu v DS: *zdravotní*

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: *Paní si přeje chodit na procházky a luštit křížovky.*

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Je nutné tolerovat, že na pokoji nejste sami. Je dovolené vzít si nějaké drobnosti z domova. Žádné podstatné námitky k prostředí pokoje nemá.

Strava

Chutná Vám jídlo?

Paní je spokojená s množstvím i pestrostí. Snaží se vyjít vstříc individuálním chutím dle možností.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednají sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

Sestry jednají slušně, nemá žádné připomínky. Ráda se zapojuje do dění domova. Zúčastňuje se pravidelných sezení.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

Nejsou žádné připomínky. Pokud by měl někdo pocit, že má v koupelně nedostatek soukromí, slyšela, že je pan ředitel ochoten pořídit zástěny. Vstřícnost.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

Má zde přítelkyni, se kterou si rozumí. Personálu se nesvěřuje. Nechce zatěžovat.

Spokojenost

„Většina lidí rozšiřuje názor, že domovy jsou starobince, ale není to pravda. Zde se žije velice pěkně. Slyšela jsem také, že mnozí lidé žijí doma s tím, že dostanou na stůl snídani, kterou sní v poledne, poté jim na stůl postaví oběd, který sní studený a celý den koukají z okna osamoceni. Tady se tohle nemůže stát.“

7.1.2 Řízený rozhovor s klienty DS Holásecká

Anamnéza:

Věk: *77 let*

Rodinný stav: *vdova*

Vzdělání: *základní, dělnická profese*

Délka pobytu v domově: *do 1 roku*

Příspěvek na péči: *III. st.*

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: *2-3x týdně*

Hlavní důvod pobytu v DS: *zdravotní, blíže jsou rodinní příslušníci*

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: *Paní ráda čte, proto si přeje navštěvovat knihovnu v domově.*

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Paní je na 1 lůžkovém pokoji, nemohla si vzít vlastní nábytek. Je jí líto, že se musela zbavit vlastního nábytku. Lůžko má elektrické s hrazdou. Televizi má vlastní. K zařízení-vybavení nemá námitky.

Strava

Chutná Vám jídlo?

Dietní strava se paní zdá bez chuti. Přešla na klasickou. Porce dostává velké. Zeleniny i ovoce dostává dostatek.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednají sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

S personálem je spokojená. Sestry se věnují dostatečně. Dá se zapojit do různých činností, ale paní se nezúčastňuje, ráda si čte.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

Sestry se chovají vstřícně, jsou trpělivé. Jedna neklepala, ale na připomínku se zjedнала náprava.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

Sestrám se nesvěruje, raději je ve spojení s rodinou prostřednictvím mobilního telefonu.

Spokojenost

„Mám se dobře, vím, že bude o mne postaráno nejen po zdravotní stránce. Někdy mám stavy lítosti, ale ráda sleduji v televizi seriály nebo si něco přečtu. Děti mne navštěvují tak často, jak to je možné.“

Anamnéza:

Věk: 72 let

Rodinný stav: rozvedená

Vzdělání: vysokoškolské, učitelka

Délka pobytu v domově: do 1 roku

Příspěvek na péči: III. st.

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: 1x týdně (4 děti, střídají se, také si volají)

Hlavní důvod pobytu v DS: zdravotní

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: *Paní si přeje dbát o zevnějšek, zdokonalovat soběstačnost (také při osobní hygieně), více jezdit na chalupu a věnovat se vnoučatům.*

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Paní je na 1 lůžkovém pokoji. Chybí jí možnost rodinného posezení. Připomínky měla k matraci – potřebovala by zdravotní. Vhodné by bylo také vysoké křeslo – „ušák“. Jinak je spokojená. Paní je Parkinsonik.

Strava

Chutná Vám jídlo?

Paní uvedla, že má výhrady k pečivu. Více by uvítala celozrnné a čerstvý chléb. Často má pocit, že je pečivo z mrazáku. Jiné výtky nemá.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednají sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

Výhrady k personálu nemá, velmi ráda se zapojuje do kolektivu. Věnuje se zpěvu, ručním pracím (co nezvládne, pomohou sestry), keramice. Objevuje, že i díky své nemoci nemusí mít pocit nešikovnosti. Má podporu kolektivu.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

Výhrady k personálu nemá, cítí podporu okolí. Uvádí, že sestry jsou slušné, ale je na ně kladena spousta požadavků. Může se stát, že jsou přetížené, což se ukáže ve strohosti jednání.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

Cítí, že se může svěřit, sestry jsou ochotné.

Spokojenost

„Jsem zde z důvodu své nemoci, mám zde vše co potřebuji. Zapojuji se do všech možných aktivit, někdy opravdu „lítám“ mezi místnostmi. Tam mě „lapnou“ a nepustí. Udržuji se tak ve formě. Velice bych zde uvítala zapojení dobrovolníků, kteří by mohli například imobilní klienty vzít s vozíkem ven. Abychom také viděli okolní svět, změnili jsme na chvíli prostředí. Ošetřující personál na tohle nemá bohužel čas.“

Anamnéza:

Věk: 94 let

Rodinný stav: vdovec

Vzdělání: vysokoškolské, učitel

Délka pobytu v domově: do 1 roku

Příspěvek na péči: II. st.

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: 2x měsíčně (denně si telefonuje s přítelkyní)

Hlavní důvod pobytu v DS: zdravotní

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: Pán se chce zúčastňovat pořádaných akcí v domově, navštěvovat knihovnu a poslouchat hudbu.

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Pán je na 1 lůžkovém pokoji což mu vyhovuje. Je spokojený také s vybavením pokoje.

Strava

Chutná Vám jídlo?

Spokojenost.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednají sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

Pán sděluje, že ošetřující sestry jsou trpělivé a ochotné. Zatím se nezúčastňuje žádných aktivit, které jsou možné v domově vykonávat. Poslouchá rozhlas a houslové skladby svého vnuka.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

Pán je spokojený, sestry klepou a neobtěžují.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

Má svou přítelkyni v jiném DS, jsou spolu neustále v kontaktu. Telefonují si.

Spokojenost

„Jsem spokojený, doma bych už nezládal. Je zde velmi vstřícný vztah personálu. Pracují tak, jak jim povinnost káže, ale dělají to svědomitě a vstřícně. Nemohu si stěžovat. Jsem zde rád.“

Anamnéza:

Věk: 97 let

Rodinný stav: vdova

Vzdělání: střední, dámská krejčová

Délka pobytu v domově: do 1 roku

Příspěvek na péči: I. st.

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: téměř denně (spíše známí, rodina v zahraničí)

Hlavní důvod pobytu v DS: sociální (nevítaná ve vlastním domě)

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: *Paní si přeje více trénovat chůzi, zvládat osobní hygienu, zapojovat se do dění v domově. Také se chce spřátelit-najít si v domově kamarádku.*

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Paní je na 1 lůžkovém pokoji, je velice spokojená.

Strava

Chutná Vám jídlo?

Sděluje, že se zde vaří dobře. Strava je zdravá a pestrá.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednájí sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

Paní se vyjádřila, že personál s ní jedná velice trpělivě. Jelikož trpí hypertenzí, zatím se do aktivit nezapojuje. Přesto působí na svůj věk velice vitálním dojmem.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

K tomuto bodu neměla žádné námitky.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

Samotou netrpí, má kamarádku ve vedlejší pokoji. Cítí starostlivost sestřiček, dokázala by se jim svěřit.

Spokojenost

„Nechala jsem svůj domek vnučce (od mrtvého syna). Ta se nyní ke mně obrátila zády. Velmi mě trýznili. Máme nyní těžké soudní spory. Zde se cítím bezpečně.“

Anamnéza:

Věk: 85 let

Rodinný stav: rozvedená

Vzdělání: základní + 3 roky, kancelářská práce

Délka pobytu v domově: do 1 roku

Příspěvek na péči: II. st.

Frekvence návštěv rodinných příslušníků: nemá vlastní rodinu, synovci občas

Hlavní důvod pobytu v DS: zdravotní

Nejdůležitější body z individuálního plánu klienta: *Paní si přeje pobývat na terase, cvičit chůzi a být v kontaktu s rodinou.*

Bydlení

Bydlí se Vám ve vašem pokoji dobře?

Paní je na 1 lůžkovém pokoji, v pokoji se jí líbí, je spokojená.

Strava

Chutná Vám jídlo?

Paní je spokojená se stravou.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednají sestřičky s Vámi trpělivě? Zapojujete se do společných aktivit nenudíte se?

S personálem je spokojená. Společnosti se nestrání. Má ráda zpěv, cvičení, keramiku.

Respektování lidské důstojnosti

Chová se k Vám personál slušně? Je dodržováno Vaše soukromí?

Sestřičky se vždy chovají slušně, Vždy se snaží vyhovět. Nikdy neměla pocit, že by narušili soukromí.

Emocionální život

Našel (la) jste si přátele, lásku? Můžete se svěřit někomu z personálu se svými starostmi?

V domově si našla kamarádky, má také radost, že k pokoji patří vlastní balkon. Zatím je v domově krátce, ale se všemi výborně vychází

Spokojenost

„Přišla jsem o syna, kterého srazilo auto a zůstala jsem sama. Mám pouze dva synovce. Ti mne navštěvují. Jelikož mám sama malý finanční příjem, tak mi rozdíl doplácí synovec. Se všemi vycházím dobře. Sestřičky jsou vždy ochotné vyhovět, ale já je nechci moc obtěžovat. Jsem zde ráda.“

7.2 Anketa

Kontrolu vyplněných dotazníků jsem prováděla při převzetí od respondentů. Všechny odevzdané dotazníky byly vyplněny správně a použitelné pro účely této práce. Vzhledem k tomu, že dotazník s výjimkou otázky č. 4 nabízel pouze volbu z daných možností, nemusela jsem provádět žádné redukce, korektury či úpravy stylizace.

Dotazník pro personál domova pro seniory

Pracovní zařazení: a) pracovník sociální péče
b) sociální pracovník
c) zdravotní sestra
d) staniční sestra
e) ergoterapeut

Věk: a) do 30
b) 31-40
c) 41-50
d) nad 50

1) Jak dlouho pracujete v domově pro seniory (DS)?
a) méně než rok
b) 1-3 roky
c) 4-6 let

- d) déle
- 2) Proč pracujete v DS? *(možno zaškrtnout více možností)*
- a) zdroj obživy
 - b) nenašla jsem jinou práci
 - c) je to méně namáhavá a o něco lépe placená práce než v nemocnici, LDN či jinde
 - d) chci pomáhat starým lidem
 - e) jiný důvod –
 uveďte:.....
- 3) Naplňuje Vás tato práce? *(možno zaškrtnout více možností)*
- a) ano
 - b) ne
 - c) ano, ale nejsem přiměřeně finančně ohodnocená
 - d) ano, ale má práce není dostatečně oceňována ze strany nadřízených
 - e) ano, ale klienti si mé práce dostatečně neváží
- 4) Co hlavního bych zlepšila, kdybych mohla
- a) ve vybavení domova:
 - b) v organizaci práce:
 - c) ostatní...:
- 5) Při své práci myslím na to, že třeba budu také trávit „podzim života“ v DS
- a) ano
 - b) ne
 - c) občas
- 6) Pociťujete syndrom vyhoření?
- a) ano
 - b) ne
- 7) Myslíte na práci (osudy klientů, vztahy s nadřízenými či kolegy, vzdělávání apod.) i po pracovní době a o víkendech?
- a) ano
 - b) ne
 - c) někdy

8 Interpretace výsledků

Získané odpovědi interpretuji podle jednotlivých okruhů otázek - bydlení, strava, úroveň ošetrovatelské péče, respektování lidské důstojnosti, personál, klienti.

8.1 DS Kosmonautů

Bydlení

Všichni dotázaní bydlí na vícelůžkových pokojích. Vychází spolu dobře. Což poukazuje na uvážené rozdělení klientů sociálními pracovníky. Přestože je zde snižená míra soukromí, chápou vícelůžkové bydlení pozitivně. Pokoje působí stísněně, ale vzhledem k dispozičnímu řešení tohoto domova, jiná alternativa neexistuje. Negativně je chápáný malý prostor pro návštěvy, jelikož klienti sami rádi sedí na místech určených pro tyto účely, neboť tak mohou opustit nedostatečný prostor v pokojích.

Strava

S podávanou stravou jsou spokojeni, chválí si vstřícnost v respektování chutí, také množství a pestrost. Jsou však také tolerantní v případech, kdy se všem nedá vyhovět současně.

Úroveň ošetrovatelské péče

Jednoznačně shodné odpovědi dotázaných byly na trpělivost a vstřícnost v chování ošetrovatelského personálu, kde všichni odpověděli kladně.

Respektování lidské důstojnosti

Kladné byly také výpovědi respondentů k respektování soukromí, neboť jsou pokoje i většina koupelen vybavena zástěnami. Při vstupu do soukromí je klepání samozřejmostí.

Emocionální život

Většina klientů uvedla, že se necítí osamocena. Mají buď přátele zde v domově, nebo udržují kontakt s rodinou. Velice oblíbená jsou skupinová sezení, ergoterapie, a společné výlety těch, kterým to zdravotní stav umožňuje.

Spokojenost

Personál vystupuje vždy ochotně, pokud není v jeho silách splnit požadavek hned, omluví se a vyřídí požadavek později. Nebyly mi sdělené žádné výhrady či stížnosti. Jednoznačně jsou klienti v DS rádi. Mají nové vztahy a hlavně řádnou péči. Převládá názor, že nemají pocit, že by zde byli někomu na obtíž – tak jak mnohdy v domácím prostředí měli.

8.2 DS Holásecká

Bydlení

Téměř všichni klienti jsou se svým bydlením spokojeni. Objevil se však i případ, kdy respondent uvedl, že je škoda zbavit se svého původního nábytku. Dále mi bylo sděleno přání potřebné ze zdravotního hlediska - výměna matrace za zdravotní.

Strava

Se stravou je většina dotázaných spokojena. Vyhovuje množství i pestrost. Výtka byla ojedinelá, a to v případě čerstvosti pečiva (pocit, že jde o včerejší pečivo) a současně sděleno přání kombinovat bílé pečivo s celozrnným.

Úroveň ošetřovatelské péče

S ošetřovatelským personálem jsou všichni respondenti spokojeni. Mimo pravidelnou denní osobní hygienu se zde provádí také koupele 1x týdně u všech klientů. Někdy může chování sester působit stroze, ale ne nevstřícně a neochotně. Je na ně kladeno příliš požadavků, z toho důvodu se omluví a vyřídí přání za okamžik. Negativní postoj nezaujal žádný z dotázaných.

Respektování lidské důstojnosti

Ošetřovatelský personál je zdvořilý, snaží se nenarušovat soukromí a vždy vyhovět.

Emocionální život.

Každý má možnost volby trávení volného času. V domově se pořádají koncerty, pravidelně se zde konají mše svaté. Klient se také může zúčastnit kroužku zpěvu nebo

jiného tzv. „rukodělného“. Tyto činnosti mají svou pravidelnou dobu denně vždy od 10 do 11 hodin. Sestry ochotně podporují a vypomáhají klientům, kteří přitom nemají pocit nešikovnosti. Nikdo se nesvěřil, že by se cítil osamocený.

Spokojenost

Většina klientů zde našla nové přátele nebo mají pravidelný kontakt s rodinou, v případě, že jsou v domově velmi krátce. Jsou zde také zavedené telefonní linky, domov platí paušál, klient platí pouze to, co provolá. Všichni dotázaní sdělili, že cítí zájem ze strany personálu. Většina klientů by také neměla potíže svěřit se se svými starostmi. Personálu domova plně důvěřují.

8.3 DS Kosmonautů + DS Holásecká

Co se týká spokojenosti s bydlením, existují výrazné rozdíly mezi starým panelákovým DS Kosmonautů a novým DS Holásecká, přesto klienti DS Kosmonautů chápou status quo. Se stravou jsou klienti obou domovů spokojeni (i když se např. do DS Kosmonautů dováží z blízkého DS Mikuláškovo nám.). Respondenti z obou domovů oceňují úroveň ošetrovatelské péče stejně jako respektování soukromí a zdvořilost personálu. Kladně je oceňována široká nabídka možností trávení volného času. Senioři se necítí osamělí, navazují nové vztahy, nemají pocit, že jsou na obtíž a personálu důvěřují .

Z výše uvedeného vyplývá, že na všechny tři otázky položené v úvodu práce ⁴⁰⁾ lze odpovědět ano – kvalita života v přirozeném prostředí a v „domově“ může být srovnatelná, spokojenost klientů skutečná a život v moderním domově pro seniory je již dnes důstojnou alternativou života v přirozeném prostředí. Podrobněji se k těmto závěrům vyjádřím v následující kapitole.

8.4 Personál

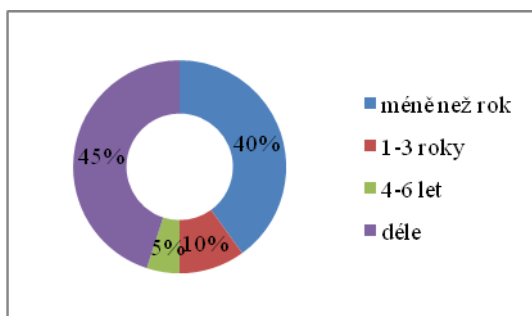
Otázka č. 1

Jak dlouho pracujete v domově pro seniory?

méně než rok	8
1-3 roky	2
4-6 let	1

40% pracovníků sociální péče pracuje v DS méně než 1 rok, 45% je v této pracovní pozici déle než 6 let. Odpověď na tuto otázku je zásadním způsobem ovlivněna, zda jde o DS Kosmonautů (pracovníci s delší praxí) nebo zcela nový DS Holásecká.

Graf č.1 Zaměstnán v DS



Otázka č. 2

Proč pracujete v domovech pro seniory?

chci pomáhat starým lidem	14
zdroj obživy	8
jiný	2

V 70% je převažujícím důvodem zvolení tohoto povolání to, že chtějí pomáhat starým lidem (respondenti, ale současně poznamenávají, že jde o těžkou a namáhavou práci), 40% bere práci hlavně jako zdroj obživy a 10% uvádí jiný důvod (možnost studia při práci, zkrácený úvazek) - součet nedává 100%, protože čtyři dotázaní zaškrtnli dvě odpovědi (a napsali k tomu poznámku).

Otázka č. 3

Naplňuje Vás tato práce?

ano	14
ano, ale	8

Práce naplňuje 70% respondentů. Přesto by měla být lépe placená. Převažuje také názor, že si klienti této práce málo váží. Z odpovědí klientů to však nevyplývá.

Otázka č. 4

Co hlavního bych zlepšila, kdybych mohla

Zlepšit by se mělo vybavení domova, zejména by se měla oddělení vybavit zvedáky na imobilní klienty a zvýšit počet el. postelí. Poukázáno bylo také na komunikaci, je omezená jak na úrovni pracovníků, tak na úrovni pracovníků a rodinných příslušníků klientů DS.

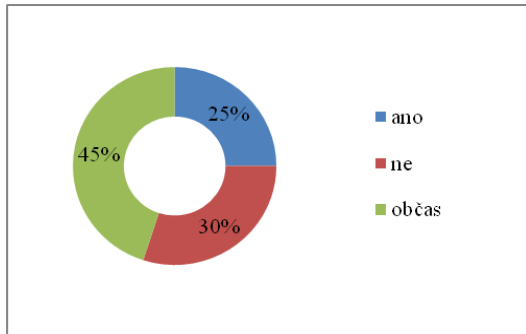
Otázka č. 5

Při své práci myslím také na to, že třeba budu "podzim života" též trávit v DS

ano	5
ne	6
občas	9

25% dotázaných odpovědělo, že myslí na to, že také budou trávit „podzim života“ v DS, 45% na to myslí občas.

Graf č. 2 Podzim života



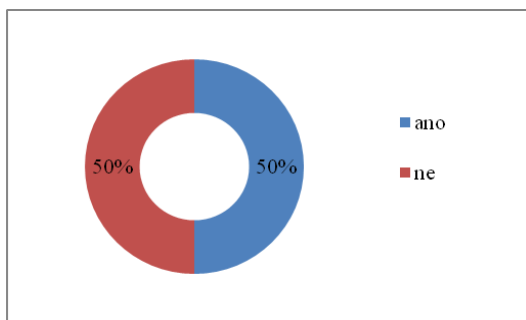
Otázka č. 6

Pocit'ujete syndrom vyhoření?

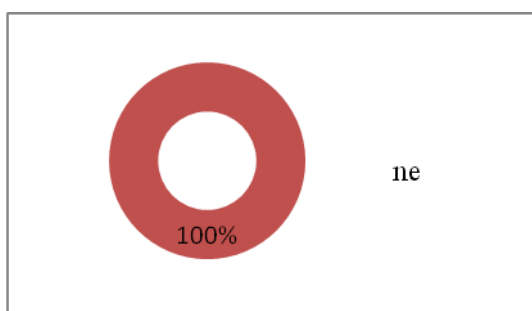
ano	5
ne	15

V současné chvíli nepocit'uje 75% respondentů syndrom vyhoření. Odpověď na tuto otázku je zásadním způsobem ovlivněna, zda jde o DS Kosmonautů (50%) nebo zcela nový DS Holásecká (0%).

Graf č. 3 Syndrom vyhoření - Kosmonautů



Graf č. 4 Syndrom vyhoření - Holásecká



Otázka č. 7

Myslíte na práci (osudy klientů, vztahy s nadřízenými či kolegy, vzdělávání apod.) i po prac. době?

ano	6
ne	2
někdy	12

I když většina respondentů nepocítuje syndrom vyhoření (viz otázka 6), přesto se 90% dotázaných i po pracovní době alespoň někdy vrací myšlenkami ke své práci.

9 Návrhy a doporučení do praxe

V předchozí kapitole jsem na základě výsledků průzkumu odpověděla na všechny tři otázky, které jsem si stanovila k řešení, ano. Považuji ale za potřebné, se nad tímto jednoznačným ano zamyslet a komentovat jej.

Nejprve je však nutno znovu připomenout, jaká **klientela** dnes v domovech pro seniory převažuje – jde o osoby se sníženou mírou soběstačnosti v různém stupni a mnohdy i s gerontopsychiatrickými diagnózami, jejichž počet bude v budoucnu narůstat. V tomto kontextu si lze jen obtížně představit naplnění záměrů formulovaných v některých vládních materiálech, i když s nimi můžeme souhlasit: „Rezidenční zařízení pro seniory by se měla otevřít komunitě a transformovat v komunitní centra poskytující starším lidem žijícím v dané lokalitě flexibilní služby. Měla by se orientovat na prevenci, rozvoj sociálních aktivit a podporu rodiny a pečovateli. Ústavní zařízení pro seniory je nezbytné více otevřít veřejnosti a životu v obci a dát lidem, kteří v nich žijí a jejich blízkým, větší právo a vliv na život v těchto zařízeních. Rezidenční zařízení musí poskytovat nejen chráněné bydlení a individualizované služby, ale také podporu seniorům a rodinám žijícím mimo tato zařízení“.⁴¹⁾

Výrazně převažující **poptávka** po rezidenčních službách pro seniory nad nabídkou (zejména v Brně, ale i v celé ČR) způsobuje, že zájemci o zařízení tohoto typu (resp. rodinní příslušníci) vezmou zavděk tím, kde je volné místo, přestože jde dnes o smluvní vztah, v rámci nějž by si klient měl svobodně objednat a koupit sociální službu tam, kde mu to nejlépe vyhovuje. V praxi se tak senioři nemohou řídit dobře míněnými radami k výběru domova pro seniory. Např. rakouská nadace Kuratorium Deutsche Altershilfe přináší pokyny k výběru aplikovatelné i v našich podmínkách – uvádím pouze heslovitě: Umístění domova, jeho architektura a vnitřní vybavení, kvalita péče (počet personálu a jeho kvalifikace + lidskost), atmosféra (příjemná, otevřená, živá), zachování intimní sféry a individuality (nepříliš omezující provozní řád), terapeutická nabídka (udržet tělesnou i duševní mobilitu - biograficky nebo zážitkově orientovaná péče u demencí), rehabilitace a aktivizační péče, lékařská péče (co nejméně podávání léků na utlumování), péče o duševní zdraví, kvalita jídel, kultura jídla, chování zvířat, služby (kadeřník, pedikérka...), společenská zařízení (kurzy, kroužky, knihovna,

kavárna...), telefon, média; rada domova složená z obyvatel, podrobná a vstřícná komunikace vedení domova s klienty, jasná a jednoznačná formulace ve smlouvě...⁴²⁾

Kromě typu klientely a výrazně převažující poptávce nad nabídkou kapacit domovů pro seniory je třeba zmínit **ekonomické možnosti** poskytovatelů tohoto typu sociálních služeb (srov. subkapitola 4.7), neboť investiční a provozní prostředky většinou zásadním způsobem limitují dosažení maximální kvality poskytovaných sociálních služeb, a tak ovlivňují přímo či nepřímo spokojenost obyvatel. Ta je dána kromě kvality mezilidských vztahů zejména úrovní ubytování, stravy, ošetrovatelské péče a možností případného nákupu dalších služeb, o čemž svědčí i rozdílné odpovědi respondentů na dotaz k úrovni bydlení („panelákový“ domov pro seniory Kosmonautů a nový domov Holásecká splňující přísné parametry pro stavby tohoto typu v EU), odpovědi dokumentující vytíženost personálu v přímé péči atd.

Přesto lze konstatovat, že např. úroveň brněnských domovů pro seniory je přinejmenším srovnatelná s péčí v obdobných zahraničních státních, obecních a soukromých zařízeních (v Maďarsku, Rakousku, Slovinsku, Německu, Slovensku, Polsku, Itálii, Francii, Švýcarsku, Litvě...). Samozřejmě, každá země má svoje specifika, v některých je zavedena alimentární povinnost rodinných příslušníků, v Rakousku je podmínkou pro přijetí do městského domova důchodců (Pflegeheime) mj. splnění nejméně 3. stupně ošetrovatelské potřeby (stupňů zdravotního postižení) ze sedmi (tj. dosažení nejméně 120 pečovatelských hodin měsíčně), nedostatek personálu v přímé obslužné péči (resp. nedostatek financí) se v Rakousku a SRN často řeší náborem pracovníků z jiných států, což vede i k tomu, že černoška bez znalosti němčiny nemůže s klientem komunikovat apod. V domovech pro seniory neoperují s pojmem „standardy kvality sociálních služeb“, protože práva klientů, podmínky vedení dokumentace a otázky personálního zajištění služeb jsou velmi podrobně legislativně definovány a kontrolní systémy působí podobně jako u nás.⁴³⁾

Připomeňme si nyní naše tři otázky:

Může být za určitých podmínek kvalita života člověka v postproduktivním věku v domově pro seniory objektivně lepší, než v případě dožití v přirozeném prostředí?

Je tato skutečnost důvodem opravdové spokojenosti (nikoli smíření se s osudem) některých klientů s tímto způsobem života?

Může být již dnes (v době probíhající humanizace rezidenčních zařízení v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) život v Domově pro seniory důstojnou alternativou života v přirozeném prostředí ?

Trojnásobné **ANO** uvedené v předchozí kapitole jako odpověď na tyto otázky nechci zpochybnit, pouze v kontextu výše uvedeného poněkud relativizovat, resp. přesněji vymežit cílovou skupinu:

- platí v případě seniorů s výrazně sníženou mírou soběstačnosti, pro něž je alternativa života v domově pro seniory nejen přijatelnější, ale někdy i jediná možná, neboť jim není rodina schopna vytvořit v přirozeném prostředí odpovídající podmínky
- platí pro osamělé osoby žijící v sociální izolaci
- je omezeno převažující poptávkou nad nabídkou – svobodný výběr determinován kapacitními možnostmi zařízení
- je limitováno ekonomickými možnostmi zařízení (materiální vybavení, početní stav personálu atd.) i klienta (koupě fakultativních služeb)

K systémovému a efektivnímu řešení problematiky důstojného prožití stáří, ať už v přirozeném prostředí či v domově pro seniory, bude podle mého názoru třeba vyřešit řadu úkolů:

- 1) na nejvyšší úrovni (ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo financí, zdravotní pojišťovny, asociace poskytovatelů sociální péče...) **jednat o způsobech financování pobytových zařízení pro seniory založený na nových principech** (zkoumání majetkových poměrů žadatele, alimentární povinnost rodiny, zvýšený podíl zdravotních pojišťoven na úhradě některých úkonů, daňové zvýhodnění sponzorů...), neboť charakter zařízení podobného typu se blíží léčebnám dlouhodobě nemocných
- 2) **zvyšovat kapacity domovů pro seniory / domovů se zvláštním režimem**, jež budou určeny lidem se značně sníženou mírou soběstačnosti odkázaným na 24 hodinovou ošetrovatelskou péči, kterou jim není z důvodů odborných nebo sociálních schopna poskytovat rodina
- 3) **posílit a zajistit finanční dostupnost terénních, ambulantních i pobytových služeb** pro seniory - osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení,

odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, odlehčovací služby, týdenní stacionáře

- 4) **umožnit rodinným příslušníkům účast na bezplatných kurzech** na téma „péče o seniory se sníženou mírou soběstačnosti v přirozeném prostředí“
- 5) pro klienty s dostatečnou mírou soběstačnosti **rozšiřovat v domovech pro seniory nabídku činností a současně je tím otevírat veřejnosti:**
 - internet – pro ty, „kdo chtějí a umějí“ zařídit připojení, pro ty, kteří „chtějí, ale neumějí“, organizovat kurzy (např. za pomoci studentů středních/vysokých škol)
 - zahájit spolupráci s univerzitami třetího věku
 - zajistit dostatek dobrovolníků k aktivizaci seniorů ve volném čase
 - likvidovat případné pozůstatky nemocničního image (odstranění ryze bílého oblečení personálu, barevné řešení interiérů, volnější časový režim...)

10 Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou důstojného prožití stáří seniora se sníženou mírou soběstačnosti mimo jeho přirozené prostředí. V teoretické části jsem se zmínila o historii sociální péče, demografickém vývoji v ČR a Brně, sociálních službách a životě seniora doma i v podmínkách ústavní péče. V praktické části jsem k ověření stanovených otázek zvolila anketu a řízený rozhovor, charakterizovala organizace v nichž šetření probíhalo, popsala způsob zpracování výsledků, zjištěná fakta interpretovala a s využitím poznatků z teoretické části formulovala doporučení a návrhy pro praxi.

Spokojeně prožité stáří v domově pro seniory je dle mého názoru podmíněno vytvořením rodinného prostředí, respektováním práva na soukromí, nenásilným začleněním klienta do společenského života (zmírnění případného pocitu samoty), vysokou úrovní poskytovaných služeb (ubytování, stravování, ošetrovatelská péče, fakultativní nabídka služeb...) s možností svobodného rozhodnutí o rozsahu jejich využívání. Nezbytnou součástí pobytu musí být úsilí personálu o podporu schopností a dovedností motivujících k fyzické i psychické aktivitě, která má blahodárný vliv na zdravotní stav a tím i prodlužuje plnohodnotný život. Domovy pro seniory jako nejrozšířenější typ rezidenčního zařízení jsou v dnešním systému sociálních služeb nikoli „čekárnou na smrt“, ale institucemi, které ve většině případů umožňují prožít většině klientů plnohodnotný a důstojný závěr života.

K výzkumnému ověření na větším počtu respondentů z více domovů pro seniory se pokusím formulovat hypotézu, jež sumarizuje a zobecňuje zjištěné skutečnosti:

„Pobyt v rezidenčním zařízení je již dnes vhodnější a důstojnější alternativou než dožití v přirozeném prostředí, a to zejména pro:

- **seniory s výrazně sníženou mírou soběstačnosti, o něž se není rodina v přirozeném prostředí schopna kvalifikovaně postarat**
- **osamělé osoby**
- **pro seniory z rodin s dysfunkčními interpersonálními vztahy s rizikem skryté či otevřené šikany“**

Resumé

Problematika adekvátního sociálně a ekonomicky únosného řešení života občanů důchodového věku se sníženou mírou soběstačnosti je u nás stále aktuálnější, neboť stárnutí populace je nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje České republiky a přináší s sebou silné společenské a ekonomické konsekvence. V Brně, které je nejstarším z velkých měst v ČR přibývá starých občanů se sníženou mírou soběstačnosti, jejichž stav často vyžaduje přechodnou nebo trvalou ošetrovatelskou péči. Cílem bakalářské práce je přispět k diskusi o možnostech a mezích rezidenční péče o seniory u nás, zejména odpovědět na tři otázky: Může být za určitých podmínek kvalita života člověka v postproduktivním věku v domově pro seniory objektivně lepší, než v případě dožití v přirozeném prostředí? Je tato skutečnost důvodem opravdové spokojenosti (nikoli smíření se s osudem) některých klientů s tímto způsobem života? Může být již dnes (v době probíhající humanizace rezidenčních zařízení v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) život v Domově pro seniory důstojnou alternativou života v přirozeném prostředí ?

Text je rozdělen do teoretického a praktického oddílu. Čtyři kapitoly teoretické části pojednávají o problematice života seniorů se sníženou mírou soběstačnosti u nás. Součástí krátkého exkurzu do historie sociální péče (1) je zmínka o demografickém vývoji v ČR a konkrétně městě Brně. Navazující kapitola sociálních službách (2) vychází z legislativního rámce, kterým je zákon 108/2006 Sb. Péče o seniora v přirozeném prostředí (3) je chápána jako ideální stav, k jehož dosažení je nutno vytvářet podmínky, ale ne vždy lze tuto péči v praxi uskutečnit. V takové situaci je třeba zvolit ústavní péči (4), jež se dnes jen obtížně zbavuje pejorativního cejchu z dob socialismu. V praktickém oddíle je zmíněna metodologie průzkumu (5), charakterizovány organizace, v nichž šetření probíhalo (6), popsán způsob zpracování rozhovorů a ankety (7), interpretovány výsledky (8) a s využitím poznatků z teoretické části formulována doporučení a návrhy pro praxi, resp. jsou uvedeny možnosti navázání na zjištěné skutečnosti (9).

Autorka dospívá k názoru, že domovy pro seniory jako nejrozšířenější typ rezidenčního zařízení jsou v dnešním systému sociálních služeb nikoli „čekárnou na smrt“, ale institucemi, které ve většině případů umožňují prožít většině klientů plnohodnotný a důstojný závěr života a navrhuje ověřit na větším počtu respondentů z více domovů pro seniory hypotézu:

„Pobyt v rezidenčním zařízení je již dnes vhodnější a důstojnější alternativou než dožití v přirozeném prostředí, a to zejména pro:

- seniory s výrazně sníženou mírou soběstačnosti, o něž se není rodina v přirozeném prostředí schopna kvalifikovaně postarat
- osamělé osoby
- pro seniory z rodin s dysfunkčními interpersonálními vztahy s rizikem skryté či otevřené šikany“

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou důstojného prožití stáří seniora se sníženou mírou soběstačnosti mimo jeho přirozené prostředí s cílem přispět k diskusi o možnostech a mezích rezidenční péče o seniory u nás, zejména odpovědět na otázky kvality a důstojnosti života mimo přirozené prostředí. Teoretická část si všímá historie sociální péče, demografického vývoje v ČR a Brně, sociálních službách a životě seniora doma i v podmínkách ústavní péče. Praktická část zpracovává výsledky řízeného rozhovoru s klienty domovů pro seniory a ankety zadané personálu, zjištěná fakta jsou interpretována a s využitím poznatků z teoretické části formulována doporučení a návrhy pro praxi.

Klíčová slova

domov pro seniory, sociální služby, ošetrovatelská péče, míra soběstačnosti

Annotation

This paper deals with the matters of a retirement of a pensioner with a lowered level of self-sufficiency experienced in a dignified way out of his natural environment. Its aim is to contribute to the discussion about possibilities and limits of the care given in the senior houses in the Czech republic, before all to answer the questions of quality and dignity of a life out of the person's natural environment. The theoretical part is focused on the history of social services, demographic progress in the Czech republic and in Brno, the social services and the life of seniors at home as well as the one in the senior houses. In the practical part there are compiled the outcomes of conducted interviews with seniors living in the houses for seniors as well as the interviews with the houses' staff. The discovered facts are interpreted and on the basis of knowledge described in the theoretical part there are formulated several recommendations and suggestions for use.

Keywords

the senior houses, welfare services, nursing care, degree of self-sufficiency

Informační zdroje

Literatura

Zákony, vyhlášky

1. Zákon č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád), ve znění pozdějších změn a doplňků
2. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
3. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
4. Zákon 250/2000 Sb. o hospodaření územně samosprávných celků
5. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti Praha, MPSV 2006 (Schváleno usnesením vlády ČR ze dne 21. února 2007)

Knihy, syntetické práce a monografie

6. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-822-9
7. Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha 1990
8. Homola, M. - Trpišovská, D. *Psychologie osobnosti* (Stručný výkladový slovník), Olomouc 1992 s. 162-163
9. Jeřábek, H. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-662-5
10. Klevetová, D., Dlabalová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha 2008
11. Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha 2001
12. Matoušek, O. *Sociální služby v praxi*. Praha 2006
13. Pidrman, V. *Demence*. Praha 2007. ISBN 978-80-247-1490-5
14. Respektování lidské důstojnosti. Praha, Cesta domů, 2004 ISBN 80-239-4334-0
15. Řezníček, I. *Metody sociální práce*. Praha 2000
16. Úlehla, I. *Umění pomáhat*. Praha 1999.

Časopisy a jiné zdroje

17. Fenomén smrti, *Důstojné umírání v domovech pro seniory*. Sociální služby 2009/2 s. 22-23
18. Zahradníková, M. Fidlerová, Z. *Cesta za dobrou praxí v domovech pro seniory*. Rezidenční péče 4/2008 ISSN 1801-8718 s. 12-13
19. Průša, L. *Důsledky stárnutí populace na potřebu sociálních služeb ve světle údajů o využívání příspěvku na péči*. Rezidenční péče, 2008/4 s. 16-17
20. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA podpora a péče lidem postiženým syndromem demence. Praha 2008 – interní materiál
21. Chloubová, H. *Psychosociální potřeby ve stáří*. Rezidenční péče 3/2005 s. 14-15
22. Obadalová, M. *Senioři, bydlení a služby v EU*. Sociální politika 11/2001s. 13-15
23. Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Praha, MPSV ISBN 978-80-86878-65-2
24. Procházková, E. Péče o seniora na základě znalostí a využití biografie. Sociální péče, 2009, č. 1, s. 24-25
25. Fibichová, N. *Přejeme si vizitaci?* Sociální péče, 2009, č. 1, s.41
26. Němec, P. *Zajímavé myšlenky ze zprávy ombudsmana*. Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 3/2007. Tábor – ISSN 1802-0046.
27. Respektování lidské důstojnosti. Praha, Cesta domů, 2004 ISBN 80-239-4334-0
28. Holmerová, I. Stadium P-PA-IA 2: (středně pokročilá a rozvinutá demence) odpovídá možnosti a potřebě poskytování péče v sociálních zařízeních. Zpravodaj APSS 2008, č. 3, s. 12-14.
29. Víšek, P. *Udělejme generální audit potřeb sociálních služeb*. Rezidenční péče 1/2010 ISSN 1801-8718
30. Komunitní plán sociálních služeb města Brna pro období 2010-2013. Brno 2009
31. Štolbová, H. *Fenomén smrti -II. část*. Sociální služby 2009/2, s. 22-23
32. Rady k výběru domova pro seniory podle nadace Kuratorium Deutsche Altershilfe. Rezidenční péče 4/2008, s. 14-15 ISSN 1801-8718

Info z internetu

www.portal.mpsv.cz	www.smocr.cz	www.zakonycr.cz	www.mesec.cz
www.mesta.obce.cz	www.kr-jihomoravsky.cz	www.brno.cz	
www.gerontologie.cz	www.alzheimer.cz		

Odkazový a poznámkový aparát

- 1) Srov. Haškovcová, H.: Fenomén stáří. Praha 1990 s. 162-176
- 2) Srov. Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období 2008-2012. Praha, MPSV 2008. ISBN 978-80-86878-65-2
- 3) srov. §2 Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách
- 4) §3 Zákona...
- 5) Pobytové služby - spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní služby - osoba dochází nebo je doprovázena či dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénní služby - jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (srov. §33 Zákona...)
- 6) §38 Zákona...
- 7) „Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.“ §99 Zákona...
- 8) srov. §7-11 Zákona ...
- 9) Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. Praha, MPSV 2009 (interní materiál), s. 3
- 10) tamtéž, s. 5
- 11) tamtéž s. 6
- 12) Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období 2008-2012. Praha, MPSV 2008. ISBN 978-80-86878-65-2 , s. 10
- 13) Srov. Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy...
- 14) Srov. Obadalová, M.: Seniori, bydlení a služby v EU. Sociální politika 11/2001 s. 13-15
- 15) Komunitní plán sociálních služeb 2009-2013 s. 28-30
- 16) Jde o službu pro okamžitý kontakt mezi člověkem v tísní a speciálním dispečinkem. Starší, nemocní, osamocení nebo postižení občané jsou pomocí hlídacího monitorovacího systému napojeni nepřetržitě po celých 24 hodin na dispečink. Ten jim v případě potřeby zprostředkuje okamžitou pomoc (lékař, policie, plynaři, elektrikáři, hasiči apod.). Srov.: <http://www.zivot90-zrucns.cz/index.php/sluzby-a-cinnost-sdruzeni-zivot90-zruc-nad-sazavou/tisnova-pece-pomoc.html>
- 17) údaje MPSV
- 18) § 49 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách
- 19) §50 Zákona 108/2006 Sb....
- 20) Srov. subkapitola 2.2. této práce
- 21) Standardy kvality sociálních služeb - Přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
- 22) Komunitní plán sociálních služeb města Brna pro období 2010-2013. Brno 2009.
- 23) Srov.: Homola, M.- Trpišovská, D.: Psychologie osobnosti (Stručný výkladový slovník), Olomouc 1992 s. 162-163
- 24) Srov. Chloubová, H.: Psychosociální potřeby ve stáří. Rezidenční péče 3/2005, s. 14-15
- 25) Němec, P. Zajímavé myšlenky ze zprávy ombudsmana. Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 3/2007. Tábor - ISSN 1802-0046
- 26) Využito poznámek z přednášky M. Zimulové, primářky PLČ v Brně, 15. 8. 2003
- 27) Srov. Štolbová, H.: Fenomén smrti - I. část. Sociální služby 3/2009, s. 18-19
- 28) Vyčerpávající pojednání o různých typech demencí přináší studie – Pidrman, V.: Demence. Praha 2007. ISBN 978-80-247-1490-5. Zásadní informace najdeme i v interním materiálu: Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA podpora a péče lidem postiženým syndromem demence“ Praha 2008.
- 29) <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>

- 30) Štolbová, H.: Fenomén smrti -II. část. Sociální služby 2009/2, s. 22-23
- 31) tamtéž...
- 32) Srov. Úlehla, I.: Umění pomáhat. Praha 1999, s. 131
- 33) Srov. Respektování lidské důstojnosti. Praha, Cesta domů, 2004 ISBN 80-239-4334-0 s. 16)
- 34) Němec, P.: Zajímavé myšlenky ze zprávy ombudsmana. Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 3/2007. Tábor – ISSN 1802-0046
- 35) Úkolem kvalitativního výzkumu je vytvoření holistického obrazu zkoumaného předmětu, zachycení toho, jak účastníci procesů situace interpretují a zachycení interpretací těchto interpretací. (Wikipedia)
- 36) Poslední etapou procesu stárnutí je stáří, které se většinou dělí do tří věkových skupin: 60-74 let, 75-89 let, 90 a více let. Průměrný věk v domovech pro seniory v Brně se zvyšuje a aktuálně je již nad 81 let
- 37) Musíme si položit základní otázku: Kdo je a kým byl náš klient? Odpověď nám pomáhá nalézt jeho biografie, jež by měla sloužit jako informační východisko k poskytování individualizované péče a adekvátních služeb. Při aktivizaci klienta, jehož kognitivní funkce selhávají, ale jeho emoční život je stále aktivní, lze s úspěchem využívat seniorovy vzpomínky s emocionálním podtextem. Personál by ovšem měl mít povědomí o historickém období, v němž jejich seniorská klientela prožívala aktivní část života. Podrobně se touto otázkou zabývá mj. E. Procházková: Plány péče pro aktivizaci seniorů s využitím prvků biografie klienta. Sociální péče 1/2009, s. 24-25.
- 38) Věrohodnost kvalitativního výzkumu „je dána naprostou jasností analytického procesu, jehož každý krok je v publikaci předložen čtenáři a jeho logická správnost může být ledována i laikem“ Disman, M.: Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha 2002, s. 302. Ale musíme si být vědomi, že vždy budeme pracovat s neúplnou analýzou neúplně popsaného systému – jsem schopni sledovat jen malý zlomek z tisíců proměnných potencionálně ovlivňujících sociální jev.
- 39) Přesný text zadání rozhovoru s klientem viz Příloha I
- 40) Srov. s. 6-7 práce
- 41) Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období 2008-2012. Praha, MPSV 2008. ISBN 978-80-86878-65-2 , s. 31
- 42) Srov. Rady k výběru domova pro seniory podle nadace Kuratorium Deutsche Altershilfe in Reзиденční péče 4/2008, s. 14-15
- 43) Čerpáno ze zpráv vedoucího bakalářské práce ze služebních cest do zařízení pro seniory v těchto zemích a z rozhovorů s ním.

Příloha

Rozhovor s klientem

Anamnéza (z dokumentace)

věk: do 80, 80-90, nad 90

rodinný stav: vdaná/ženatý, vdova/vdovec, rozvedená/ý

vzdělání: základní, střední, vysokoškolské

bývalé povolání: dělnické (rolnické) profese, „pracující inteligence“

délka pobytu v domově: do 1 roku, 2-4, déle

frekvence návštěv rodinných příslušníků: denně, 2-3x týdně, 1x týdně, 2x do měsíce,
1x

měsíčně, méně často, vůbec

hlavní důvod pobytu v DS: zdravotní, sociální, jiné (např. rodina chtěla získat byt či dům)

nejdůležitější body z individuálního plánu klienta:

bydlení

OT: 1) Bydlí se Vám ve Vašem pokoji dobře? (vztahy se spolubydlícím, vybavení pokoje,...)

strava

OT: 1) Chutná Vám jídlo (množství, kvalita, pestrost+respektování „individuálních“ chutí)

úroveň ošetř. péče

*OT: 1) Jednají tady „sestřičky“ s Vámi trpělivě? (trpělivěji než dříve rodina doma?)
2) Máte možnost se zapojit do společných aktivit nebo se nudíte? (promítání, četba, společné akce, ergoterapie, rehabilitace, fyzioterapie...)*

respektování lidské důstojnosti

*OT: 1) Chová se k Vám personál a hovoří s Vámi slušně? (nenadává Vám, neuráží Vás, nenapadá Vás fyzicky?)
2) Je dodržováno Vaše soukromí? (klepe se při vstupu do pokoje, je osobní hygiena prováděna za zástěnou? apod.)*

emocionální život

*OT: 1) Našel/šla jste tady v domově nové kamarády, přátele, lásku? Můžete se někomu z nich svěřit se svými starostmi?
2) Myslíte si, že na Vás personálu záleží? Můžete se někomu z nich svěřit se svými starostmi?*

spokojenost

*OT: 1) Jste tu spokojený/á?
2) Cítíte se v bezpečí?
3) Líbí se (vyhovuje Vám) celková atmosféra domova?
4) Máte chuť do života?
5) Myslíte si, že byste se dnes doma měl lépe?
6) Co byste navrhoval/a zlepšit?*