

Aspekty domácí a institucionální péče z pohledu osob pečujících o seniory

Jana Smolanová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Smolanová**
Osobní číslo: **H13204**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Aspekty domácí a institucionální péče z pohledu osob pečujících o seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti domácí a institucionální péče o seniory.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace výzkumu kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HASTINGSOVÁ, Diana. Domácí sestřička. Péče o nemocné doma. Praha: Knižní klub, 1997. ISBN 80-7176-452-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.


ŘÍČAN, Pavel. Cesta životem. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Polepilová**
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce: **6. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 6. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15.2.2016

.....
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou domácí a institucionální péče o seniory. Úlohou rodiny seniora i samotných pracovníků v pomáhajících profesích. Tento problém je dnes velmi aktuální. Počet seniorů roste a spousta rodin stojí před problémem, jak se o starého člověka postará. Zda to zvládne po stránce fyzické, psychické i finanční. Ať už se rodina rozhodne pro jakýkoliv druh sociální péče, měla by mít na paměti, že i starý člověk si zaslouží žít plnohodnotný život ve společnosti rodiny a přátel.

Klíčová slova:

Stáří, senior, potřeby seniorů, sociální služby, domácí a institucionální péče, pečovatelé.

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with issues of home and institutional care of the elderly people. It reflects on the role of family of elderly person as well as caregivers themselves. The solving of these issues is really urgent nowadays. The number of elderly people is rising and a lot of families is faced with a problem how to manage to take care of an old member of family. Whether a family can handle it on physical, psychological and financial aspect. No matter what kind of the social care the family decides to take a use of, it should keep in mind that old member of family is worthy of living a fully-fledged life among his family and friends.

Keywords:

Old age, elderly people, the needs of elderly people, social services, home care, institutional care, caregivers

Na tomto místě chci poděkovat Mgr. Renatě Polepilové za odborné vedení, rady a vstřícnost při zpracování bakalářské práce. Dále chci poděkovat všem respondentům, kteří se dobrovolně účastnili výzkumu a poskytli informace. Ráda bych také touto cestou poděkovala své rodině a známým za jejich trpělivost a podporu.

Motto:

V péči o štěstí druhých nacházíme své vlastní.

Platón

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STÁRNUTÍ	11
1.1 STÁŘÍ.....	12
1.2 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	12
1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ	13
2 POTŘEBY VE STÁŘÍ.....	18
2.1 KLASIFIKACE POTŘEB	18
2.2 STRUKTURA ŽIVOTNÍCH VÝVOJOVÝCH POTŘEB SENIORA	19
2.3 NAPLNĚNÍ POTŘEB SENIORŮ	20
3 PÉČE O SENIORY.....	23
3.1 DOMÁCÍ PÉČE.....	26
3.2 INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE	27
4 OBECNÉ A OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY PEČUJÍCÍCH	30
4.1 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
5 REALIZACE VÝZKUMU	34
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	34
5.2 CÍL VÝZKUMU	34
5.3 DRUH VÝZKUMU, ANALÝZA DAT	35
5.4 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU	35
5.5 HYPOTÉZY	35
6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	37
6.1 OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	61
6.2 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	64
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
SEZNAM OBRÁZKŮ	69
SEZNAM TABULEK	70
SEZNAM PŘÍLOH	71

ÚVOD

Stárnutí je přirozený proces patřící k životu. Vývoj jde stále kupředu závratnou rychlostí a pod jeho vlivem se zdokonaluje i zdravotní péče a tím se prodlužuje a zkvalitňuje i délka lidského života. Přibývá starých lidí, kteří jsou dříve nebo později stejně odkázáni v různé míře na pomoc druhých.

I starý člověk má své potřeby a přání, které se snaží uspokojit sám, nebo za pomoci druhých. Měla by to být hlavně rodina, která se o starého člověka postará, a zajistí mu veškerou potřebnou péči a splnění jeho potřeb a přání. V dnešní době však musí rodina zvážit mnoho faktorů, než se rozhodne převzít na sebe zodpovědnost za péči o seniora. Důležitou roli zde hraje jeho zdravotní stav, finanční situace rodiny, zázemí rodiny, povaha pečujícího a v neposlední řadě je to i přání samotného seniora.

Péče o seniora v rodině není jedinou možnou alternativou, která se nám v dnešní době nabízí. Rodina může svého příbuzného umístit také do některého z pobytových zařízení. Těch je u nás velké množství, a tak je z čeho vybírat. Za zamyšlení také stojí využití organizací, které poskytují domácí péči.

Pečovatelé, kteří pomáhají druhým, by měli mít pro svoji práci určité předpoklady a patřičné vzdělání. Na místě je i empatie a láska k této práci.

Téma péče o seniory je u nás v dnešní době velmi aktuální. Jak už jsem se zmínila, lidský život se pořád zkvalitňuje. Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda i člověk na sklonku svého života, odkázaný na pomoc druhých doma nebo v zařízení, žije důstojný, kvalitní a spokojený život, jaký si zaslouží.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ

Složení lidské populace se v současné době velmi mění. Starších lidí přibývá. Délka života se prodlužuje a stále více lidí se dožije vysokého věku. Tato životní etapa je stejně důležitá jako etapa mládí nebo dospělosti. Zaslouží si tedy stejnou pozornost. Ve stáří je hlavně kladen důraz na zachování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Stáří není konec života, tou je teprve smrt. (Dlabalová, Klevetová 2008, s. 9-11)

Staří lidé potřebují mnohem více pochopení, lásky a péče. V jejich společnosti jakoby se zastavil čas. Nespěchají jako mladší populace. Rádi se dělí o své zkušenosti a zážitky, jsou připraveni pomoci nám radou nebo skutkem. Pro nás mladší jsou obohacením a v mnohém i vzorem. Naši péči a lásku nám mnohonásobně a s vděčností vrátí.

Společnost však zaujímá ke starým lidem negativní postoj. Stáří je vnímáno jako období chátrání, celkového úpadku a ztrát, zhoršené kvality života. Zkušenosti a kompetence starého člověka ztrácejí na významu a senior již není pro společnost tak přínosný. Systém hodnot dnešní společnosti staví starého člověka až na poslední místo žebříčku společnosti a vyzdvihuje mládí a výkon. Tento postoj podporují i média. Z tohoto hodnotového systému vzešel ageismus – postoj obecně vyjadřující přesvědčení o malé hodnotě a nekompetentnosti stáří projevující se podceňováním, odmítáním nebo až odporem ke starým lidem. (Vágnerová 2007, s. 308-309)

Přítom kalendářní věk neznamená, že je člověk opravdu starý. I senior se může cítit a vypadat mladší, než ve skutečnosti je. Záleží, jestli se rozhodl přijmout postoj většiny lidí a odejít do ústraní a tím se odsoudit k samotě, zapomnění a nepotřebnosti, nebo zda bude i nadále žít smysluplný, produktivní a aktivní život jako doposud.

Hledáme-li odpověď na otázku, jaký život mají senioři po šedesátce, musíme přihlížet k mnoha faktorům. Měl dotyčný rodinu a děti? Měl svůj životní cíl, nebo jen tak bezcílně proploval životem? Záleželo mu na rodině? Realizoval se v práci a přinášela mu naplnění, nebo naopak? Jaké byly jeho zájmy? Důležitou roli zde hraje také zdraví a pohlaví. Jinak prožívá stáří občan zdravý a jinak občan spoutaný nemocemi. (Říčan 2014, s. 331)

Ženy se dožívají vyššího věku než muži. Se stoupajícím věkem poměr vdov oproti vdovcům značně roste. V České republice se muži dožívají v průměru 74 let a ženy 80 let. Proto bývá stáří označováno za problém starých žen. Musíme ale také přihlídnout k individuálnímu

životnímu stylu každého seniora. Nezdravý životní styl (alkohol, kouření), úraz, civilizační choroby mohou život zkrátit. Naopak zdravý životní styl (vhodná strava) a správné zacházení se svým zdravím mohou život o několik let prodloužit. Dožije-li se žena věku 75 let, je zde předpoklad, že prožije ještě devět dalších. (Haškovcová 2010, s. 23)

1.1 Stáří

V každé společnosti žijí skupiny různého věku. **Podle Hegyiho** můžeme věk člověka posuzovat z několika hledisek: z hlediska chronologického, genetického, funkčního, psychologického a sociálního. (Hegyí, 2001 cit. podle Dvořáčková, Hrozenková, 2013, s. 13)

Chronologický věk – odpovídá skutečně prožitému času. Nebere ohled na stav organismu. Také ho můžeme označit jako věk kalendářní.

Biologický věk – je podmíněn geneticky. Ovlivňován působením zevního prostředí a způsobem životního stylu, přítomností chorob a úrazů.

Funkční věk – závisí na funkčních ambicích jedince. Je to souhrn biologických, psychologických a sociálních dovedností člověka.

Psychologický věk – je důsledkem psychologických změn ve stáří, odrazem individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku jedince.

Sociální věk – je odrazem přítomnosti nebo nepřítomnosti životního programu a závisí na důchodovém věku. (Dvořáčková, Hrozenková, 2013, s. 13)

Projevům stáří se neubráníme. S přibývajícím věkem rostou také zkušenosti. Snižuje se ale schopnost něco měnit ve svém chování, myšlení a životním stylu. Proto senioři nemají rádi ve svém životě změny. Neradi se učí novým věcem. Změny a nové věci nesnášejí příliš dobře a taky nechápou, proč by měli měnit to, co je zaběhnuté a funguje. Jejich letité prožitky a zkušenosti jim jsou na druhou stranu na překážku. Je pro ně obtížné najít nějakou věc nebo činnost, která by pro ně byla nová a zábavná. Mají pocit, že vše už znají.

1.2 Periodizace stáří

Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí dospělý lidský věk do několika cyklů:

30-44 let dospělost

45-59 let střední (zralý věk)

60-74 let senescence (časná stáří)

75-89 let kmetství (vlastní stáří)

90 a více let patriarchum (dlouhověkost) (Malíková 2011, s. 14)

Časná stáří představuje přechod mezi zaměstnaností a důchodem. Odchod do důchodu ovlivňuje prožívání, uvažování i chování seniora. Změní jeho postoje k sobě samému i k celému světu. Senior se musí s novou situací vyrovnat. Musí se naučit jak využít spoustu volného času, který najednou má. Najít vhodné aktivity, kde by se mohl realizovat, aby jeho další život měl i nadále smysl a seniorovi přinášel uspokojení. (Vágnerová 2007, s. 299)

Pravé stáří je období, kterého se spousta lidí nemusí dožít. Senior zvládá hůř obyčejný život a běžné životní situace, které dříve zvládal, pro něj představují velikou zátěž. V tomto období také dochází ke zhoršení zdravotního stavu, úbytku duševních a tělesných schopností. Dochází k postupné ztrátě soběstačnosti a očekávání smrti.

Mnoho seniorů je hospitalizováno na odděleních LDN a poté umístěno do domova pro seniory. (Vágnerová 2007, s. 398-399)

1.3 Změny ve stáří

Změny v seniorském věku postihují člověka na několika úrovních. To, jak se s nimi každý vyrovná, záleží na povaze konkrétního jedince. Důležitost se příkládá i prostředí, ve kterém žije. V potaz můžeme brát také jeho vzdělání a možnosti, reakce okolí.

Biologické změny jsou typické projevy změn v organismu ve stáří. Projevují se snížením výkonnosti celého těla, atrofií (úbytek původní funkční tkáně a nahrazení jinou) a změnami reakcí organismu na určitou zátěž. (Malíková 2011, s. 19)

- **Změny pohybového systému**

Pohyb seniorů bývá pomalejší, kosti řidnou a stávají se křehčími. Dochází k úbytku svalové hmoty a tím k poklesu svalové síly. Tím se může zvýšit riziko zlomenin a úrazů (Dlabalová, Klevelandová, 2008, s. 20). Senior se hůř pohybuje, páteř se kulatí.

Tělesná výška se s věkem snižuje a tělesná hmotnost s věkem přibývá (Dvořáčková 2012, s. 12). Cévy se zužují v důsledku usazování jako následek zanášení vápníkem, a to může vést až k nedokrvování částí organismu.

Oproti tomu hladké svalstvo vnitřních orgánů pracuje až do vysokého věku. (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 20).

- **Změny kardiopulmonálního systému**

Dochází ke snížení funkčnosti plic, které v tomto období pojmu méně kyslíku. Dochází k častějšímu výskytu infekcí dýchacích cest.

Také srdce přečerpá méně krve, tím se snižuje průtok krve do orgánů. Dochází ke kornatění cév a to má vliv na celý organismus. Srdeční chlopně ochabují a člověk začíná být při větší námaze dušný. Převodní srdeční systém, který zajišťuje správný soulad mezi jednotlivými částmi srdce a zároveň reguluje změny vnějšího prostředí, pomalu zaniká. (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 21).

- **Změny trávicího systému**

Dochází ke snížení tvorby slin a kyselosti žaludku, rovněž dochází k poklesu motility trávicí trubice a celkovému zpomalení vyprazdňování žaludku. Do těla se hůř vstřebávají vitamíny, minerály a jiné důležité živiny.

Buňky v pankreatu atrofují a vzniká cukrovka. Také peristaltika střev klesá a lidé víc trpí zácpou. (Malíková 2011, s. 20)

- **Změny smyslových orgánů**

Oči jsou více přecitlivělé k silnému světlu, očních chorob přibývá a to vede ke zhoršení zraku nebo i úplné slepotě. Některé choroby se však dají odstranit ještě i po osmdesátém roce života.

Také kvalita sluchu se mění k horšímu. Po sedmdesátém roce života dochází k poklesu citlivosti na vysoké tóny. Velmi častá je nedoslýchavost. (Říčan 2014, s. 333)

Zároveň dochází také ke snížení chuťových, čichových a hmatových schopností. Rovněž dochází k úbytku receptorů, prostřednictvím kterých vnímáme polohu a pohyb těla, vnímáme sílu, tlak, teplo a chlad. Proto se u seniorů vyskytuje více úrazů. (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 22).

- **Změny pohlavních orgánů a vylučovacího systému**

Ve vylučovacím systému se výrazně snižuje filtrační, očišťovací a koncentrační schopnost ledvin, klesá elasticita uretry, dochází k poklesu kapacity močového měchýře, zvyšuje se obsah moči v močovém měchýři po vymočení. Velmi často se u seniorů vyskytuje močová inkontinence. (Malíková 2011, s. 20)

Pohlavní činnost rovněž klesá. U mužů se snižujeotence a dochází u nich ke zbytnění prostaty. Ženy již nemenstruují a trpí poklesem dělohy. (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 21)

- **Změny kožního systému**

Dochází k poklesu pružnosti kůže, ta je pak velmi suchá. Rovněž dochází k jejímu ztenčení. V důsledku zvýšené pigmentace, která způsobuje nadměrné zhnědnutí, se tvoří tzv. stařecké skvrny. Někdy naopak pigmentace úplně chybí a kůže je pak výrazně bílá. Tělo je rozbrázděné vráskami. (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 21)

- **Změny nervového systému**

Ke změnám dochází v centrálním i okrajovém nervovém systému, mění se množství neurotransmiterů, funkce senzitivních nervů klesá. Projevem stárnutí v této oblasti je hlavně ukládání pigmentu lipofusinu, který vzniká z tuků. Ten se hromadí převážně v nervových buňkách. Seniori trpí poruchami chůze a rovnováhy, ojedinělá není ani demence nebo poruchy spánku. Rovněž dochází ke zpomalení regulačních mechanismů, tím se snižuje odolnost proti zátěži a schopnost adaptace. (Malíková 2011, s. 20)

Psychické změny patří mezi další oblast, která ve stáří podléhá změnám. Tyto změny souvisejí s chováním, prožíváním a statutem seniora ve společnosti. Změny psychiky se zhoršují ve schopnostech poznávacích, jako je paměť, vnímání, pozornost, představy a myšlení. (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 23)

Psychické změny nastupují pozvolna, jako doprovodný jev fyziologického stárnutí. Senior více zapomíná, méně si pamatuje a hůř se koncentruje. To má za následek horší zapamatování nových informací a snížení intelektu. Trpí výkyvy nálad. Bývá emočně nestabilní a v mnohých případech i labilní. Klesá schopnost citových prožitků. Mění se i povahově. Často může dojít i k extrémní změně povahy seniora. Také dochází k poklesu zájmů a aktivity seniora téměř ve všech oblastech jeho života. Je apatický, izoluje se od okolí a do činnosti se zapojuje s velkou neochotou. Změny nastávají i v životních hodnotách a potřebách.

Orientuje se více na rodinu a potřebu lásky. Senior hodně bilancuje svůj život. Má možnost různé etapy a situace svého života posoudit s odstupem a nadhledem.

S odchodem do důchodu se často také přetrhají přátelské a pracovní vztahy. Častým jevem je nenaplněná role babičky nebo dědečka. Nejhorší pro každého seniora je uvědomění si, že přestává být v mnoha oblastech soběstačný a začíná být víc závislý na svém okolí, protože potřebuje pomoc druhých. Cítí se být nepotřebný a na obtíž. (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 24)

Psychosociální změny souvisejí se sociálními aspekty. Těch je velké množství. Podle Eriksona je nejdůležitějším úkolem každého člověka nad 60 let dosažení integrity v pojetí vlastního života. Pro dosažení integrity je potřeba splnění několika podmínek: pravdivost, smíření a kontinuita. Správné zpracování na téma integrity vede seniora k celkovému přijetí svého života a k přijetí jeho smyslu. Jedinec přijme své životní chyby, omyly, nesplněná přání a nedosažené cíle. Začne se brát takový, jaký je. Již se neodsuzuje, ale odpouští si. Tohle všechno mu dává prostor nadále svobodně a důstojně žít. Jinak nemůže dosáhnout integrity. V opačném případě dochází k psychickým změnám osobnosti. V konfliktu vítězí zoufalství. Realita se stává neúnosnou a jedinec jen přežívá, ale nežije důstojný život. (Malíková 2011, s. 22)

Nezbytné podmínky dosažení integrity seniorů:

- **Pravdivost k sobě samému** – ve stáří nemá již smysl nic předstírat, odžitý život musíme brát takový, jaký byl.
- **Smíření** – přijetí vlastního života
- **Stabilizace a generalizace postoje k životu** – prožitá zkušenost umožňuje nadhled. V rámci dosažení integrity se senior dívá na život ze širšího pojetí a je schopen pochopit všechny souvislosti.
- **Kontinuita** – v rámci integrity je možno uvažovat o vlastním životě jako součásti většího celku. (Vágnerová 2007, s. 299-300)

Sociální aspekty můžeme rozdělit na nepříznivé a pozitivní. Mezi nepříznivé patří odchod do důchodu a s tím související změna ekonomické situace. Odchod hůř snášejí většinou muži. Omezení společenských, kulturních aktivit a zájmů. Úmrtí partnera, strach ze stáří,

samoty, nesoběstačnosti a závislosti. Stěhování. Nucená změna životního stylu. Vliv ageismu. Sociální izolace – omezení kontaktů s rodinou, úmrtí přátel.

K pozitivním aspektům můžeme začlenit dobré rodinné zázemí a pevná citová pouta. Včasná příprava na stáří zajištěním vhodného bydlení, zajištěním úspor. Vhodné uspokojení potřeb a přání seniora (volba vhodných zájmů, občasná výpomoc). (Malíková 2011, s. 22)

Stárnutí je pro každého jedince velmi individuální záležitost, a jak je již dříve zmíněno, ovlivňuje ho celá řada skutečností. Pokud jedinec najde odvahu akceptovat nevyhnutelné změny související s tímto obdobím, bude o sebe s láskou pečovat a mít se rád, může prožít spokojené a šťastné období na sklonku svého života.

2 POTŘEBY VE STÁŘÍ

Senioři ve svém životě mají stejnou potřebu uspokojit své potřeby a přání jako ostatní. Jsou však více odkázaní na pomoc okolí. Tato potřeba péče nesouvisí s věkem, ale s poklesem soběstačnosti seniora. V souvislosti s uspokojováním potřeb seniorů nesmíme zapomenout na koncept sociálního fungování. Sociální fungování je proces probíhající na základě interakce mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém dotyčný žije. Pokud dojde k porušení rovnováhy mezi nároky prostředí a schopností seniora tyto nároky zvládat, nastávají problémy v oblasti sociálního fungování. Pokud tedy senior dobře zvládá svoji úlohu ve společnosti, měl by být schopen uspokojit i své potřeby, které hrají důležitou roli pro jeho další život. Nakonečný vysvětluje potřebu jako základní formu motivace ve smyslu nějakého nedostatku v biologické či sociální oblasti bytí. (Dvořáčková 2012, s. 38)

2.1 Klasifikace potřeb

Potřeba je pocit nebo projev určitého nedostatku, který se jedinec snaží uspokojit. Prožívání nedostatku má významný vliv na psychickou i fyzickou vyrovnanost člověka. Lidské potřeby mají všichni lidé společné, ale každý je uspokojuje jinak. Potřeby se neustále mění a vyvíjejí. Jsou ovlivňovány kulturou. Můžeme je uspokojovat mnoha různými způsoby. Za kladné uspokojení potřeb považujeme způsob, který neškodí samotnému jedinci, ani druhým. Je v souladu se sociálně-kulturními hodnotami jedince a v mezích zákona. Za nežádoucí realizaci potřeb je pokládán způsob, který není ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami jedince a je v rozporu se zákonem. (Trachtová 2013, s. 10)

„Pravděpodobně nejznámější teorii týkající se lidských potřeb vytvořil americký psycholog A. H. Maslow. Jedná se o psychologickou motivační teorii založenou na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují.“ (Dvořáčková 2012, s. 40)

Nejdříve uspokojujeme základní potřeby, jako je jídlo, pití, spánek. Pak následuje potřeba bezpečí a jistoty. Další potřebou je sociální potřeba. Tím se rozumí např. láska a sounáležitost. O stupeň výš je potřeba úcty a uznání (prestiž, dominance). Směrem k vrcholu pomyslné pyramidy potřeb se ještě nacházejí potřeby poznávací (znalosti, sebeuvědomění), potřeby estetické (krása a harmonie), potřeby seberealizace (osobní růst a naplnění) a potřeba sebetranscendence (přesah samotného jedince). (Dvořáčková 2012, s. 42)

S potřebami také úzce souvisejí principy přístupu k seniorům. Bez ohledu na zdravotní stav a zdatnost seniora, na to zda žije v kruhu své rodiny nebo v zařízení, musíme mít na paměti několik principů:

- **zabezpečení** – zajištění vhodného bydlení, stravy, ošacení, zdravotní péče,
- **autonomie** – zachování možnosti rozhodovat o sobě a svých potřebách, kontrola nad dním ve vlastním životě,
- **důstojnost** – respektování soukromí, osobnosti a studu, vyvarování se péče a chování, které senior vnímá jako nevhodné, ponižující, zanedbávající nebo násilné,
- **smysluplnost** – pomoci seniorovi při hledání jeho životní náplně, nabízení animačních programů oživujících okolní prostředí zejména v pobytových zařízeních, zcivilnění dlouhodobé péče, prevence komunikační a sensorické deprivace,
- **participace** – aktivní zapojení seniora do společenského dění, podílení se na řešení problémů a řešení dané společnosti nebo komunity, komunikace (Kalvach, Onderková 2006, s. 12-13).

2.2 Struktura životních vývojových potřeb seniora

Své tělo sytíme vzduchem, potravou, vztahem k někomu nebo něčemu. Seniorům neustále připomínáme, aby o sebe pečovali po všech stránkách. **Jejich tělo můžeme přirovnat k domu a zároveň k dopravnímu prostředku.** Tělesný dům potřebuje zejména pohyb, tekutiny a potravu. Citový dům má potřebu prožitku příjemných věcí a vidění pěkného. Tady je důležitý i prožitek negativní. Pak lépe poznáme, co potřebujeme, a kde to také najdeme. V sociálním domě naopak potřebujeme vztah s blízkou osobou založený na vzájemné lásce a porozumění, sdílení radostí, zábavy, starostí a sousedských vztahů. Nezapomeňme také na existenci domu přání a nadějí, kde můžeme objevit různé možnosti k překonání nepříjemných situací. (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 57)

Psychoterapeutka pro seniory a odborná asistentka Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství Helena Chloubová se zasazuje o komplexní přístup, který klade důraz na psychosomatickou jednotu a jedinečnost každého seniora. V jejím **Domě životních potřeb** se vychází z Maslowovy teorie. Senioři si již nestaví vysoké domy svých potřeb. Převažují u nich spíše nízké domy s pevnými základy, které jsou tvořeny **tělesnými potřebami**. V těchto domcích

bývají místnosti důležité, kterým se senior rád vyhne, jako je třeba koupelna nebo tělocvična. Jsou tu ale také místnosti, které patří k oblíbeným. Sem patří jídelna, toaleta nebo pohodlné křeslo. (Chloubová, 2005 cit. podle Příbyl, 2015, s. 40-41)

Vágnerová vývojové potřeby seniorů strukturuje do šesti oblastí. Potřeby jsou seřazeny hierarchicky.

- **Potřeba stimulace správnými podněty** – pro lidský organizmus je důležité, aby měl správné podněty k činnostem. Důležité je, aby podnět přišel ve správný čas, v přiměřeném množství a kvalitě,
- **potřeba smysluplného světa** – hledání smyslu života, tvorba osobních představ, vhodné uspořádání vlastního světa, plnění osobních cílů. Pokud se seniorovi toto daří, je spokojený,
- **potřeba plánování činností v denním rytmu a čase se sebou a s druhými** - smysluplné naplánování a využití času,
- **potřeba jistoty a sociální role a pozice ve společnosti** – každý senior má potřebu patřit k nějaké společnosti nebo komunitě (rodina, pracovní kolektiv),
- **potřeba identity a uznání svého já sebou samým a druhými** – vlivem životních změn (nemoc, ztráta partnera) dochází k omezení schopnosti být sám sebou a svobodně se rozhodovat. Rovněž může dojít i ke ztrátě kontroly nad svým životem (snížení zodpovědnosti),
- **potřeba otevřené budoucnosti** – senioři se také potřebují na něco těšit. Může trpět obavami z budoucna, a proto je vhodné podporovat u něj naději, že ho někdo bude provázet stářím a pomůže mu čelit úskalím, které toto období přináší. (Dvořáčková, 2012, s. 45-46).

2.3 Naplnění potřeb seniorů

Jak je již zmíněno výše, potřeby můžeme naplňovat mnoha způsoby. Důležitá je **komunikace**. Pomocí vhodných dotazů zjistíme potřeby a přání seniora a můžeme se domluvit na jejich realizaci. Do jaké míry je klient schopen uspokojit své potřeby a zrealizovat přání záleží na jeho zdravotním stavu a také na jeho životním stylu. To, jak žil před odchodem do důchodu, ovlivňuje i jeho život v něm.

Stáří patří k významné změně v lidském životě zrovna tak jako třeba nástup do prvního zaměstnání, založení rodiny nebo odchod dospělých dětí z domova. Na počátku stáří jsou senioři většinou ještě v docela dobré fyzické kondici, takže zdraví je neomezuje v jejich aktivitách. S odchodem ze zaměstnání mají i více volného času a svobody. Mají spoustu času, který si mohou sami naplánovat. Změna v jedné oblasti má za následek změny i v oblastech ostatních. Ukončení pracovní aktivity vede ke změnám na sociálním poli. Všechny prvky týkající se práce z tohoto pole vymizí. To může seniorovi přinést úlevu, ale zároveň může pocítit i pocit frustrace, izolace, zbytečnosti. (Kolesárová, Sak, 2012, s. 99-100)

To jak senior naloží se svým životem, záleží jen na něm. Může žít smysluplný aktivní život i nadále přínosný pro něj a okolí. Nebo se uchýlí k životu v samotě, zapomnění a zbytečnosti. **Aktivní stáří** je životní styl, jehož zásady s sebou přinášejí nezávislost, důstojnost, péči, seberealizaci a aktivní účast na životě ve společnosti. Aktivní stárnutí respektuje práva seniorů, rovnost rozhodování ve společnosti, zodpovědnost seniorů. Snaží se seniorům vytvořit optimální prostředí, které jim umožní co největší samostatnost a plnohodnotné prožívání života i ve vysokém věku. Zabraňuje vyčleňování seniorů a naopak se snaží posílit jejich začlenění do společnosti. Na aktivitě seniora se podílí společenská atmosféra, individualita člověka, zdravotní stav a nabídka aktivit. (Dvořáčková, Holzerová, 2013, s. 23-24)

Pryč je doba, kdy nabídka zájmů pro seniory byla značně omezená. Většinou byli odkázáni na svoji rodinu. Pracovali na zahrádce, zpracovávali její úrodu. Hlíдали vnoučata anebo na sebe vzali roli hospodyně a na bedrech jim ležel celý chod domácnosti. Dnešní doba jim naštěstí přináší mnoho zajímavých a rozmanitých aktivit na využití volného času. Jsou zde kluby pro seniory, které mají v nabídce spoustu aktivit. Např. přednášky, tvořivé a hudební odpoledne, pohybové aktivity. Cestovní kanceláře pořádají zájezdy a výlety zaměřené na seniory do tuzemska i zahraničí. Mohou navštěvovat nejen knihovny, ale i kina a divadla a další kulturní a společenské akce, určené přímo jim. Pro méně samostatné seniory slouží denní stacionáře, kde také nabízí mnoho aktivit i pro seniory vyžadující dohled anebo pomoc při denních činnostech.

Senioři u nás mohou i ve svém pokročilém věku studovat a získat vysokoškolské vzdělání na **univerzitách třetího věku**. Hlavní myšlenkou tohoto studia je vytvoření druhého životního programu pro ty seniory, kterým nestačí jen jejich koníčky, a chtějí se i nadále vzdělávat. (Haškovcová, 2010, s. 127-130)

Vzdělání a seberealizace jsou důležité v každém věku. Člověka duševně uspokojují a senioři jejich prostřednictvím smysluplně tráví svůj čas.

3 PÉČE O SENIORY

Pokud senior není schopen se sám o sebe postarat, společnost nabízí několik řešení, jak tuto péči zajistit. Péči může zajistit rodina. Pokud není péči schopna zajistit sama, může se obrátit na instituce, které tyto služby poskytují. Případně může rodina seniora umístit do pobytového zařízení.

Ještě než o seniora začneme pečovat, je třeba zjistit, zda víme, co konkrétně tato péče obnáší. Zda skutečně naplňujeme potřeby a přání seniora. Nebo jestli pečující jen ulevuje svému svědomí a pečuje hlavně pro svůj dobrý pocit bez ohledu na seniora. (Halová, 2007, s. 11)

Mezi hlavní cíle v péči o seniory patří co nejdříve zachování soběstačnosti seniora v jeho přirozeném prostředí. Odborníci odhadují, že zhruba 80 % osob starších 65 let je soběstačných a potřebují jen občasnou pomoc. Asi 5 % seniorů potřebuje intenzivní domácí péči a jen u 3 % seniorů je nutná péče v institucionálním zařízení. Odborná veřejnost zastává názor, že v institucionální péči je v současné době více seniorů, než je nutné. Jedním z důvodů je dysfunkčnost rodiny, která nemůže z různých důvodů zajistit péči o seniora. Může to být i důsledek toho, že většina z nás v raném dětství zažila institucionální péči (jesle, mateřská škola) a považuje takový druh péče za přirozený a ne necitlivý. Dalším důvodem umístění seniora do zařízení je špatná provázanost nabídky a dostupnosti služeb. Důležitou roli u rodin také hraje ekonomická situace. Finanční zisk, samostatnost a nezávislost jsou hodnoty, které jsou v některých rodinách na prvním místě. Starší člověk odkázaný na pomoc rodiny je na obtíž, a proto nejspokladnější cestou je umístění v některém zařízení pro seniory. (Příbyl, 2015, s. 14-15)

Do komplexní péče o seniora patří jak zdravotní, tak i sociální péče. Zdravotní péči zajišťuje praktický lékař. Spolupracuje s rodinou, s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou, případně zařízením, ve kterém je senior umístěn. Sociální péče je poskytována v podobě sociálních služeb. Ty zajišťují pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při zajištění a podávání stravy, zajištění ubytování nebo jeho poskytnutí, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování zájmů a práv seniora. Sociální služby spadají v České republice do systému sociálního zabezpečení, přesnou definici jednotlivých služeb najdeme v zákoně 108/2006 Sb., **Zákon o sociálních službách**. (Dvořáčková, 2012, s. 80-81)

V této kapitole zmiňuji pouze sociální služby, které mohou využívat senioři. Všichni poskytovatelé sociálních služeb se musejí řídit nejen příslušným výše zmiňovaným zákonem, ale i standardy kvality sociálních služeb. Ty jsou důležité pro poskytování kvalitní sociální služby. Pomocí standardů můžeme porovnávat kvalitu sociálních služeb. Každý standard má svá kritéria. Dělíme je na zásadní a ostatní. Zásadní musejí být bezpodmínečně splněny, ostatní jsou nepovinné. Standardů je patnáct. Každý poskytovatel sociální služby je povinen vést také příslušnou dokumentaci (zdravotní, ekonomickou, sociální, ošetrovatelskou). (Malíková, 2011, s. 70, 76)

Sociální služby pro seniory dělíme na **sociální poradenství**, (poskytuje informace o jednotlivých službách, jejich realizaci, ale také o jiných formách pomoci, např. právní pomoc), **služby sociální péče** (konkrétní nabídka služeb) a **služby sociální prevence** (služby zaměřené na sociální vyloučení). Podrobněji můžeme **služby sociální péče rozdělit takto**:

- **Pobytové** – služby spojené s ubytováním v některé z institucí (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, sociální lůžka, týdenní stacionáře),
- **ambulantní** – to jsou služby, za nimiž klient dochází nebo dojíždí (denní centra, stacionáře),
- **terénní služby** – tyto služby jsou klientovi poskytovány v jeho přirozeném prostředí (pečovatelská služba, osobní asistence).

Mezi zvláštní typ služby patří služba **odlehčovací**. Může mít podobu jak služby pobytové, tak i terénní nebo ambulantní. Rovněž **služby průvodcovské a předčitatelské** mohou mít podobu terénní i ambulantní. Do **služeb sociální prevence** patří azylové domy (pobytová služba) a sociálně aktivizační služby (ambulantní nebo terénní služba). (Příbyl, 2015, s. 20-21)

Zvláštní kapitolou v péči o seniory jsou z velké části také **hospice**. Mohou mít podobu pobytového zařízení nebo terénní služby. Jsou zaměřeny na paliativní péči. Seniorovi a jeho rodině ulehčují poslední chvíle před smrtí. Poskytují péči zdravotní i sociální. Pomáhají rodině vyrovnat se s nelehkou životní situací. Seniorovi ulehčují jeho poslední dny života.

Rozsah služby a forma pomoci je individuální, záleží na potřebách a přáních seniora (klienta). Musí klienta motivovat, zachovávat lidskou důstojnost a posilovat jeho sociální začleňování do společnosti. (Dvořáčková, Hrozenská, 2013, s. 62-63)

Před uzavřením jakékoliv služby je důležitý **osobní rozhovor s klientem a rodinou**. Je důležité, aby si obě strany ujasnily, co chtějí. Rodina by měla dát jasné požadavky na péči o seniora, poskytovatel by se měl vyjádřit ke způsobu poskytování péče. **Rozhovor se uskutečňuje mezi sociálním pracovníkem, který zastupuje danou službu, a klientem, případně ostatními členy rodiny. Na základě tohoto rozhovoru je sestaven individuální plán péče o klienta. Tento postup je stejný u všech typů služeb.**

Rodina, která se sama stará o seniora nebo nějakým způsobem péči zajišťuje, si může požádat o **příspěvek na péči**. Pomocí tohoto prostředku může realizovat kvalitní péči o seniora. A nezáleží, jestli je to péče v domácím prostředí, nebo v některém z institucionálních zařízení.

Žádost je k dispozici na Úřadech práce v místě bydliště seniora a vyřizuje se přímo na něj. Ten, pokud je mu příspěvek přiznán a je toho schopen, sám rozhodne, jak s ním naloží. Na základě podání žádosti proběhne šetření sociálním pracovníkem v jeho přirozeném prostředí. Posuzuje se soběstačnost klienta. K žádosti se také vyjadřuje obvodní lékař seniora, případně i specialista, pokud senior trpí závažnou chorobou. Pak je žádost postoupena posudkovému lékaři, který na základě předložených podkladů určí stupeň závislosti na péči o druhé. Od toho se odvíjí výše příspěvku.

V současné době máme **čtyři stupně závislosti**:

1. stupeň závislosti – lehká závislost, 800 Kč měsíčně,
2. stupeň závislosti – středně těžká závislost, 4 000 Kč měsíčně,
3. stupeň závislosti – těžká závislost, 8 000 Kč měsíčně,
4. stupeň závislosti – úplná závislost, 12 000 Kč měsíčně.

Příspěvek spadá pod Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., o sociálních službách a pod vyhlášku 505/2006 Sb. Jsou určeny k zajištění kvalitní péče osob závislých na péči jiných. (Příbyl, 2015, s. 19-20)

Od srpna letošního roku schválila vláda navýšení příspěvku na péči o deset procent. O zvýšení nebude nutné podávat žádost. Proběhne automaticky, jak informoval Kopecký (ve svém článku (Idnes.cz, 2015).

3.1 Domácí péče

Rodina má pro seniora velký význam. Poskytuje mu pocit bezpečí a jistoty. Dává mu pocit sounáležitosti, může mu dát potřebnou pomoc a podporu. Senior se může lépe vyrovnat se změnami, které postupně přicházejí (nemoc, ztráta partnera, snížení soběstačnosti). Rozhodnutí rodiny pečovat o nesoběstačného seniora není lehké. Rodina musí mít na paměti, že se tím změní nynější chod a zvyklosti rodiny. Zejména pokud senior žil až do této chvíle ve vlastním bytě. Rodina by si nejprve měla opatřit potřebné informace. Zjistit, co všechno domácí péče obnáší, jaké bude muset pořídit vybavení do bytu a zda bude potřeba provést v bytě nějaké úpravy. Je vhodné sestavit si **seznam péče**. Jeho obsahem by měly být aktivity, které budou vykonávat jednotliví členové rodiny. Také je vhodné zamyslet se nad tím, jaký přínos bude mít péče pro seniora (sociální a zdravotní služby, příspěvku na péči). Rodina by i nadále měla podporovat seniora v co největší aktivitě, začlenění do společnosti a zabránění jeho izolace. Samozřejmě s ohledem na jeho celkový stav. (Příbyl, 2015, s. 15)

Rodina, která se rozhodne na sebe vzít břemeno péče o seniora, by k takové péči měla mít určité **předpoklady**:

- **Chtít pečovat** – prokázat dobrou vůli a spolu se všemi členy rodiny najít řešení dané situace,
- **moci pečovat** – vytvoření příznivých podmínek pro péči (fyzické, psychické, sociální, bytové, finanční),
- **umět pečovat** – znát a umět zajistit péči v potřebné kvalitě a rozsahu, případně vědět, kam se obrátit o informace.

Společnost by měla rodinu motivovat po stránce morální, sociální a ekonomické. Další úlohou společnosti je zajištění dostatečného spektra a kapacity takových sociálních služeb, které by byly rodině nápomocné v péči o seniora. (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 82)

Další možností, jak zajistit péči o seniora v domácím prostředí je využití **pečovatelské služby** nebo **služeb osobní asistence**. Tyto patří mezi nejrozšířenější **terénní služby**. Služby

můžeme přizpůsobit individuálně potřebám klienta a jeho rodiny. Rodiny ji často využívají v době, kdy péče o seniora je již natolik náročná, že ji nestačí sama zajistit. Nebo v případě stavu vyčerpanosti rodiny. Rodina a služba se vhodně doplňují. Umožní jednotlivým členům rodiny věnovat se také jiným aktivitám, než je péče o seniora. Tím můžeme zabránit „vyhoření“ jednotlivých členů rodiny při náročné a mnohdy nepřetržité péči o seniora. Služba zajistí potřebnou péči o seniora, případně i chod domácnosti. (Dvořáčková, Hrozen-
ská, 2013, s. 62-63)

Mezi další služby poskytované seniorům patří služby **ambulantní**. Senior i nadále zůstává ve svém domácím prostředí a dochází nebo je dovážen do zařízení, které poskytuje danou službu. Do ambulantních služeb patří **centra denních služeb pro seniory a denní stacionáře**. Nespadá sem ubytování. Tato zařízení poskytují seniorům rozmanité aktivizační činnosti, některá zajišťují i dovoz a odvoz klientů domů, poradenství nebo **odlehčovací službu**. Cílem této služby je zajistit osobě, která pečuje dlouhodobě o seniora v domácím prostředí dostatek času na odpočinek a regeneraci. Tato služba může mít podobu terénní, ambulantní i pobytovou. (Dvořáčková, 2012, s. 83-84)

V dnešní době jsou mezigenerační vztahy značně uvolněné. Mladší generace nemá již tolik úcty k té starší. Nebere na vědomí zkušenosti seniorů. Mladí nerespektuje stáří. Snaží se seniory přehlížet. Chtějí je někam odklidit, aby nepřekáželi. Vždyť své si už prožili, tak je necháme v klidu dožít. Obě generace jsou často proti sobě zaujaté.

Mínění celé společnosti se také přenáší do jednotlivých rodin. Aby rodina mohla pečovat o seniora, uspokojovat jeho potřeby i potřeby ostatních členů, dobře mezi sebou vycházet, předcházet konfliktům a řešit problémy v klidu, je velmi důležitá **mezigenerační komunikace**, vzájemný respekt a tolerance jednotlivých členů k sobě navzájem. (Jirásková a kol, 2005, s. 59)

3.2 Institucionální péče

Dalším způsobem zajištění péče o seniora je využití pobytových služeb a umístění seniora do některého z institucionálních zařízení. Rodina si může vybrat zařízení podle služeb, které jsou v něm nabízeny. Případně může při výběru přihlížet na velikost zařízení a lokalitu, kde je umístěno.

Pobytová zařízení pro seniory dělíme na:

- **Domovy pro seniory** – tato zařízení poskytují pobytové služby pro seniory se sníženou soběstačností (z důvodu věku), vyžadující pravidelnou péči jiné osoby,
- **domovy se zvláštním režimem** – tato zařízení poskytují pobytové služby pro seniory se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo se závislostí na návykových látkách. Také osobám s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demencí vyžadujících pravidelnou péči jiné osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám takto nemocných seniorů,
- **domovy pro osoby se zdravotním postižením** - tato zařízení poskytují pobytové služby pro seniory se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení vyžadujícího pravidelnou péči jiné osoby. (Malíková, 2011, s. 9-10)

Cílem pobytových zařízení je, aby se v nich senioři cítili co nejvíce jako v jejich přirozeném domácím prostředí. Podporují seniory v jejich soběstačnosti, samostatnosti a v zachování nezávislého života po co nejdélší dobu. Rovněž se je snaží aktivně zapojit do života. Respektují soukromí a svobodnou volbu klientů. Personál i přes velké množství klientů má snahu respektovat individualitu každého jedince. Mezi základní činnosti, které pobytové instituce většinou poskytují, patří: ubytování, úklid, praní a žehlení prádla, celodenní zajištění stravy, pomoc při jídle a osobní hygieně, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv. Zajištění zdravotní a sociální péče. (Dvořáčková, Holczerová, 2013, s. 15-16)

Senioři umístění do zařízení se mohou často cítit nepotřební a osamělí, více než v péči domácí. Většina zařízení má ve své nabídce různé aktivizační teorie, které pomáhají tyto pocity překonat. Jedná se o **ergoterapii**, při níž klientovi nabízíme smysluplné zaměstnání, přiměřeně jeho stavu. **Arteterapie a muzikoterapie** – terapeutické činnosti podporující hlavně kognitivní funkce (paměť, vnímání, myšlení).

Zooterapie - kontakt seniora a zvířete. **Reminiscenční terapie** – vybavení si a sdílení vzpomínek, které mohou pomoci dosáhnout změn v přítomnosti a jiné. (Haškovcová, 2010, s. 257)

Některá zařízení mají i zahradu, kde se mohou klienti zapojit do činností. Nebo zde naleznou klidné místo k odpočinku a procházce. Aby svým klientům zajistili společenský kontakt a vyžití, zajišťují konání bohoslužeb. Zvou folklorní a divadelní soubory. Seniors navštěvují rovněž i děti ze škol a mateřských školek. Společně se zapojují do rukodělných činností,

zpívají, vzájemně si naslouchají. Pořádají setkání seniorů a jejich rodin. Organizují výlety a návštěvy kin a divadel. Všechny tyto činnosti přispívají ke spokojenému a smysluplnému životu seniorů v institucích.

4 OBECNÉ A OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY PEČUJÍCÍCH

Pečování není jen provádění hygieny, přinesení jídla a nakrmení, oblékání nebo podržení za ruku. Pečování se musíme učit i duší. Škola nebo kurz nás nenaučí všemu. Práce pečovatele je velmi fyzicky a psychicky náročná. Není divu, že mnozí pečovatelé po několika letech prožijí syndrom vyhoření, a z této profese raději odejdou.

Základem pomáhání je vrozená schopnost lidí ztotožnit se s ostatními. Normální dospělý člověk je schopen podřídít své potřeby požadavkům společnosti, je-li třeba, je připraven pomoci bez odměny nebo získání osobních výhod. **Altruismus**, jak se tento nesobecký způsob myšlení a cítění nazývá, je chápán jako jeden z mravních principů. Pro altruistické chování je typická schopnost empatie. Vcítění se do role druhých, umění naslouchat. (Géringová, 2011, s. 18-19)

Jak tedy správně pečovat, aby péče byla kvalitní a přinášela uspokojení oběma stranám? Péče by měla být podpůrná. Pokud to zdravotní stav klienta dovolí, tak mu jen dopomáháme při činnostech, u kterých je to třeba. Neprovádíme činnost za něj. Podporujeme tím tak zachování jeho soběstačnosti co nejdéle. Dodáváme seniorovi odvalu, berme jeho radosti a starosti vážně. Chvalme ho a uznávejme jeho celoživotní zkušenosti. Seniora vtahujeme do naší práce vyžádáním jeho zpětné vazby na aktivity a činnosti, které provádíme. (Funk, 2014, s. 31-33)

Pro pracovníka v sociálních službách je důležité mít určité dovednosti a předpoklady pro tuto práci. Měl by mít patřičné vzdělání, být trestně bezúhonný a zdravotně způsobilý. To opět upravuje Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. (Malíková, 2011, s. 92)

Úloha pomáhajícího pracovníka má určitá pravidla a měla by splňovat některá očekávání. **Pomáhající pracovník by měl být zapálený pro věc, ochotný a empatický, klidný a vyrovnaný a měl by mít rád svoji práci.** Samozřejmostí je odpovídající vzdělání. (Géringová, 2011, s. 36)

Činnosti, které pracovník v sociálních službách v zařízeních vykonává, rozdělujeme do dvou skupin:

- **Přímá obslužná péče o klienty** – tyto činnosti zahrnují pomoc při hygieně, oblékání, podávání stravy, manipulaci s pomůckami a prádlem, nácviku denních činností a podpoře soběstačnosti
- **základní výchovná nepedagogická činnost** – tato činnost spočívá v prohlubování a upevňování hygienických a společenských návyků, rozvíjení pracovních návyků a aktivit, provádění volnočasových aktivit, které rozvíjejí osobnost a zájmy seniorů (výtvarné, hudební, pohybové činnosti), osobní asistence. (Malíková, 2011, s. 93)

4.1 Syndrom vyhoření

Pracovníci v sociálních službách jsou vystaveni velké psychické, fyzické a emocionální zátěži. Při jejich práci dochází k mnoha stresovým situacím. Pokud je zátěž na pracovníka příliš velká, může dojít k **syndromu vyhoření**. Je to stav, který může postihnout i jinak zdravého člověka, který je dlouhodobě vystaven nadměrné pracovní zátěži. Faktory ovlivňující vznik tohoto syndromu jsou různé typy **stresových situací** (obavy o klienta, dobré zvládnutí péče). **Frustrace**, kdy pečovatel má pocit, že jeho práce nemá smysl nebo že je nedoceněný. Důležitá je i **kvalita vztahů mezi jednotlivými pracovníky**. A v neposlední řadě nesmíme zapomenout na vliv prostředí, organizaci práce a pracovní podmínky. Syndromu vyhoření můžeme předejít. Důležité je myslet také sám na sebe. Dopřát si potřebný odpočinek. Věnovat se svým zájmům a zálibám, nadále se vzdělávat. Určitou roli zde hraje i zdravý životní styl. Rovněž důležité jsou i kladné mezilidské vztahy (přátelé, rodina). Vhodná je také změna pracovního místa nebo zaměstnavatele. (Venglářová, 2007, s. 80-83)

V pomáhajících profesích je důležitá rovnováha mezi „braním“ a „dáváním“. Péčí a prožíváním starostí o druhou osobu ze sebe vydáváme emoční energii. Proto potřebujeme mít zdroje, odkud si tuto vydanou energii zase doplníme. Pokud jsou tyto strany dlouhodobě v nerovnováze, může se to projevit v profesním i osobním životě. Jedinec je rozladěný, bez zájmu, rozmrzelý. energii můžeme získávat v běžných denních činnostech. Jsou to chvíle, kdy pocítíme klid, mír, radost, štěstí, uvolnění. Je proto nutné, abychom si ve svém životě uvědomovali, co se nám povedlo, co nám dělá radost a na co se těšíme. Pokud se nám toto ze života vytratí, zbudou nám jen povinnosti. (Hájek, 2006, s. 100)

Supervize je další prostředek prevence syndromu vyhoření. Pomáhající profese na pečovatele klade velké nároky po stránce fyzické, psychické a emoční. Proto je vhodné vytvářet

podpůrné mechanismy k úspěšnému zvládnutí těchto úskalí. Na supervizích dochází k interakci mezi supervizorem. Ten je zároveň koordinátorem. Přichází zvenčí, přináší nezaujatý pohled na předestřenou situaci nebo případ. Na supervizích se s pečovateli probírají témata a řeší situace související s pečováním o druhé. V oblasti sociálních služeb má supervize své nezastupitelné místo. Supervize mohou být individuální a skupinové. Častěji se využívají skupinové. Účastníci jsou konfrontováni s tím, jak druzí vnímají daný případ nebo situaci. Dostávají zpětnou vazbu ke svému postoji. Úkolem supervize je rozvíjení porozumění, schopností a dovedností pečujících. (Vávrová, 2012, s. 128-129)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 REALIZACE VÝZKUMU

Praktická část práce navazuje na část teoretickou. Zvolené téma výzkumu, odlišnosti domácí a institucionální péče z pohledu pečujících, vychází ze zkušeností získaných několikaletou praxí v sociálních službách. Jde hlavně o zjištění kladných a záporných stránek obou služeb. Jaké jsou možnosti péče a její realizace. Důraz je kladen především na spokojenost klienta a jeho rodiny.

5.1 Výzkumný problém

Výzkum se zabývá několika problémy najednou, které spolu souvisejí. Stanovený výzkumný problém se zabývá odlišnostmi (aspekty) institucionální a domácí péče o seniory. Jde především o zjištění názoru na jednotlivé služby pracovníků v sociálních službách, kteří pečují o seniory doma nebo v pobytovém zařízení.

5.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaká pozitiva a úskalí přináší péče o seniory v jejich přirozeném domácím prostředí nebo v prostředí institucí. Dále se empirická část bakalářské práce zabývá podmínkami péče a profesními předpoklady pracovníků v sociálních službách.

Na základě výzkumného problému byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

Jaká pozitiva či naopak úskalí lze spatřovat v péči o seniory poskytované jim jak v přirozeném domácím prostředí, tak v institucích?

S hlavní výzkumnou otázkou souvisí tyto dílčí otázky:

1. Jaké musí být v domácím i institucionálním prostředí vytvořeny podmínky, aby byla péče poskytovaná seniorům stejně kvalitní? (ot. č. 22, 23 v dotazníku)
2. Ovlivňuje zájem rodiny zdravotní a duševní stav seniora a kvalitu jemu poskytované péče (v domácím i institucionálním prostředí)? (ot. č. 8, 9, 11, 12 v dotazníku)
3. Pokud se rodina rozhodne z různých důvodů k využití služby v domácím prostředí nebo instituci, respektuje klientovo přání? (ot. č. 18, 19 v dotazníku)

5.3 Druh výzkumu, analýza dat

Pro výzkumné šetření jsme se rozhodli použít kvantitativní metodu výzkumu. Použili jsme dotazníkovou metodu s uzavřenými, polouzavřenými i otevřenými otázkami. Dotazník obsahuje celkem 24 otázek a je zcela anonymní (příloha A) a je určen pro pečující. Otázky jsou zaměřeny zčásti na samotné seniory (věk, zájem rodiny, důvody využití sociální služby), dále na pečovatele (vzdělání, věk, délka praxe) a v poslední řadě na konkrétní sociální služby (pozitiva a negativa domácí a institucionální služby, v čem by měla spočívat kvalitní péče).

Pomocí dotazníku získáme za krátkou dobu velké množství dat. Dotazníky vyhodnotíme čárkovací metodou, zjistíme relativní četnost a absolutní četnost. Hypotézy analyzujeme pomocí Testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

Získaná data z dotazníků analyzujeme pomocí grafů. Popsáním a vyhodnocením konkrétní otázky. Data v grafech jsou znázorněna v procentech.

5.4 Popis zkoumaného vzorku

Jednotlivé části zkoumaného vzorku byly vybrány v několika organizacích Zlínského kraje. Konkrétně v domově pro seniory Chrastěšov Vizovice a Efata ve Zlíně Malenovicích. Druhá část zkoumaného vzorku byla vybrána v organizaci poskytující domácí péči a osobní asistenci. Konkrétně organizace Podané ruce. Cílovou skupinou v těchto institucích jsou převážně senioři s různými typy duševních demencí, onemocnění vyžadujících celodenní dohled a péči a senioři se sníženou soběstačností, kteří jsou odkázáni na pravidelnou pomoc druhé osoby.

5.5 Hypotézy

Z výše uvedených výzkumných otázek jsem stanovila následující hypotézy:

1.

H₀ Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi věkem respondentů a jejich názorem, zda je možné úplně se obejít bez institucionálních zařízení pro seniory.

H_A Existuje statisticky významný rozdíl mezi věkem respondentů a jejich názorem, zda je možné úplně se obejít bez institucionálních zařízení pro seniory.

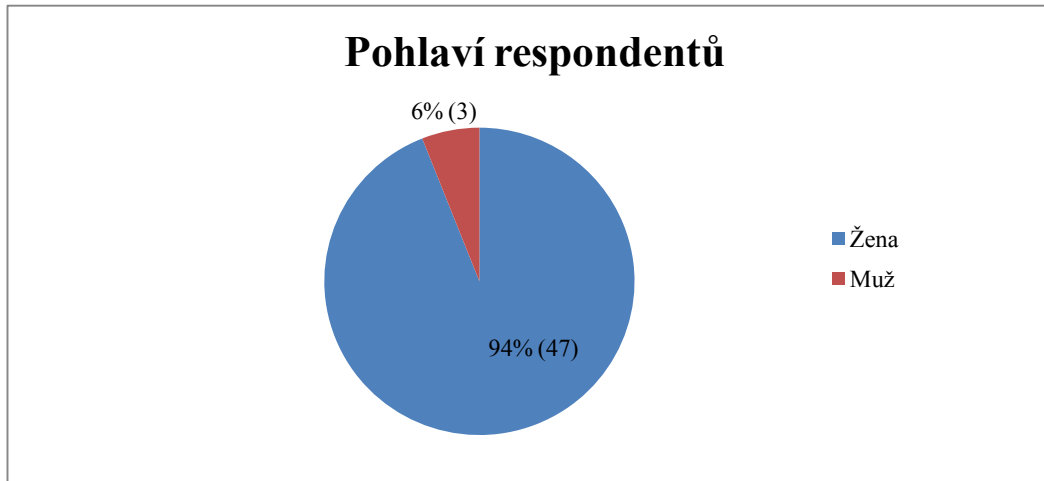
2.

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe oboru respondentů a jejich názorem, zda je možné zcela se obejít bez domácí péče.

H₁ Existuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe oboru respondentů a jejich názorem, zda je možné zcela se obejít bez domácí péče.

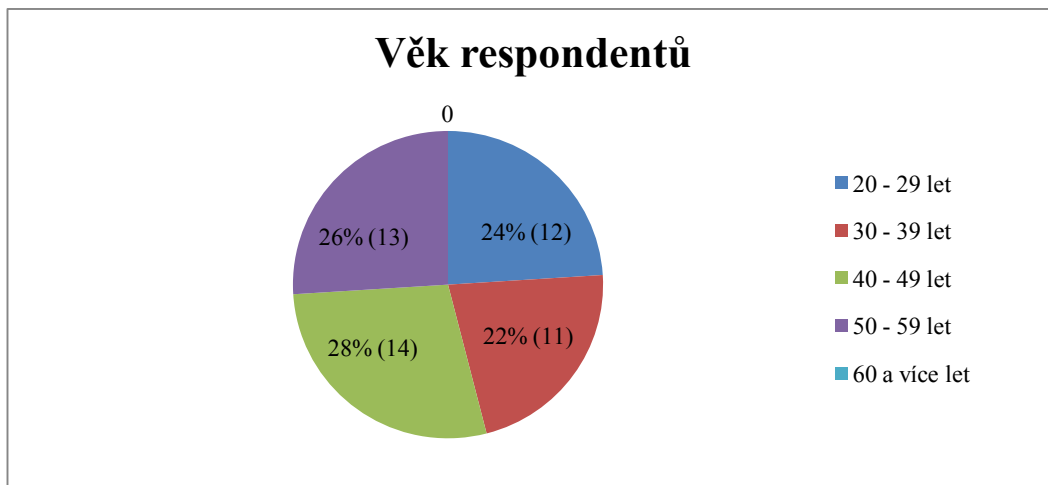
6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Otázka číslo 1 – Vaše pohlaví?

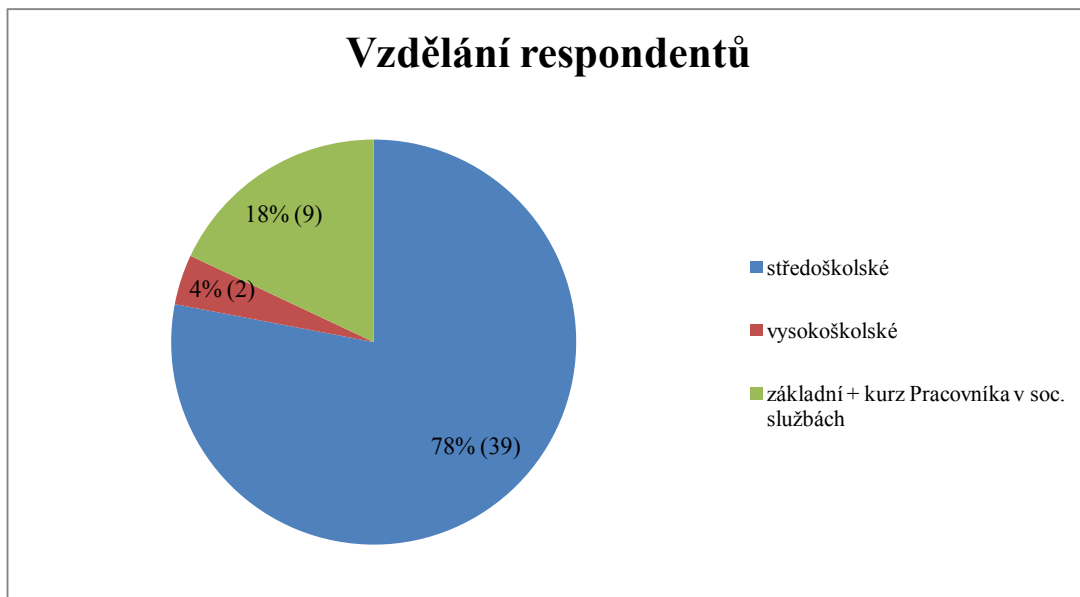


Obrázek 1 – Pohlaví respondentů

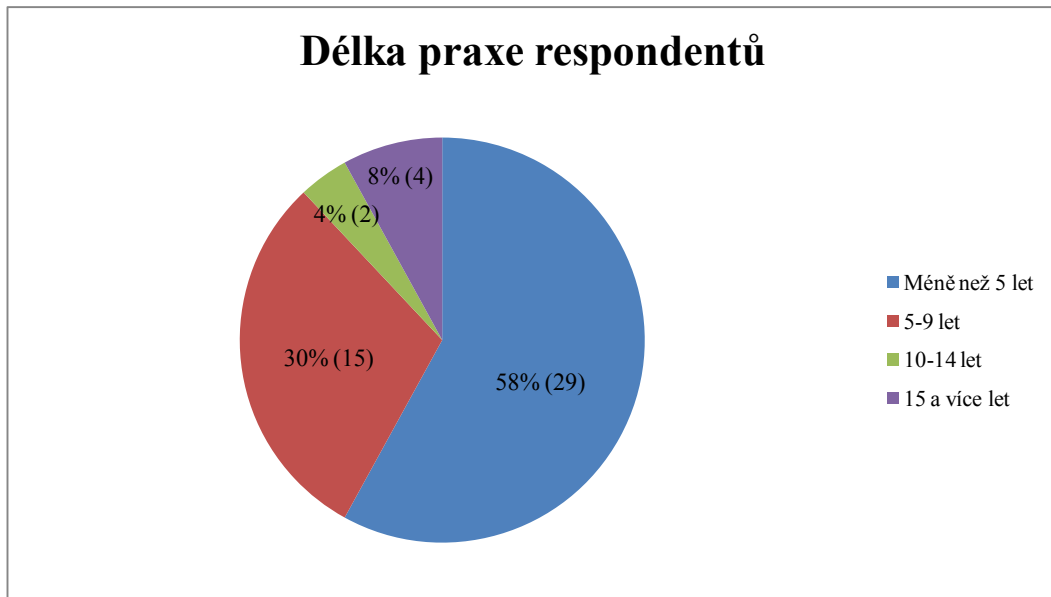
Touto otázkou jsme zkoumali zastoupení mužského a ženského pohlaví v oblasti péče o seniory. Z celkového počtu 50 respondentů je 94 % (47) žen a 6 % (3) mužů. Z výzkumu tedy vyplývá, že v sociálních službách – přímé obslužné péči – pracují převážně ženy.

Otázka číslo 2 – Kolik Vám je let?**Obrázek 2 – Věk respondentů**

Touto otázkou jsme chtěli zjistit věkové zastoupení v oblasti péče o seniory z celkového počtu 50 respondentů. Věková kategorie 20-29 let je zde zastoupena 24 % (12), věková kategorie 30-39 let je zastoupena 22 % (11), do věkové kategorie 40-49 let spadá 28 % (14), věková kategorie 50-59 let se podílí na práci v přímé obslužné péči 26 % (13). Věková kategorie 60 let a více v přímé obslužné péči není zastoupena vůbec. Z výzkumu tedy vyplývá, že v sociálních službách – přímé obslužné péči pracují převážně ženy středního věku.

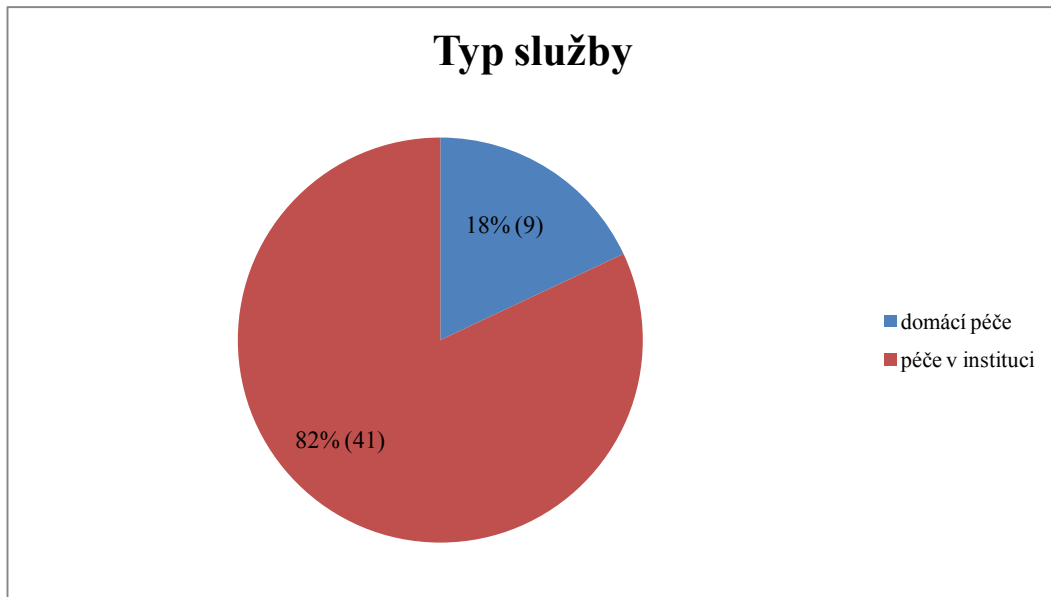
Otázka číslo 3 – Jaké je Vaše vzdělání?**Obrázek 3 – Vzdělání respondentů**

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jaké vzdělání mají pracovníci v sociálních službách - přímé obslužné péči. Z celkového počtu 50 respondentů má 78 % (39) vzdělání středoškolské, 4 % (2) má vzdělání vysokoškolské a 18 % (9) má vzdělání pouze základní doplněné kurzem Pracovníka v sociálních službách. Z výzkumu tedy vyplývá, že v této oblasti převažují lidé se středoškolským vzděláním.

Otázka 4 – Kolik let praxe máte v oboru sociální péče (pečovatelství)?**Obrázek 4 - Délka praxe respondentů**

Touto otázkou jsme chtěli vysledovat délku praxe v oboru sociální péče. Délku praxe jsme rozdělili do několika kategorií. Z celkového počtu 50 respondentů do kategorie méně než 5 let spadá 58 % (29), do kategorie 5-9 let spadá 30 % (15), kategorie 10-14 let je v tomto oboru zastoupena 4 % (2) a kategorie 15 let a více 8 % (4) respondentů. Z výzkumu tedy vyplývá, že lidé v tomto oboru zůstávají pracovat většinou 5 let.

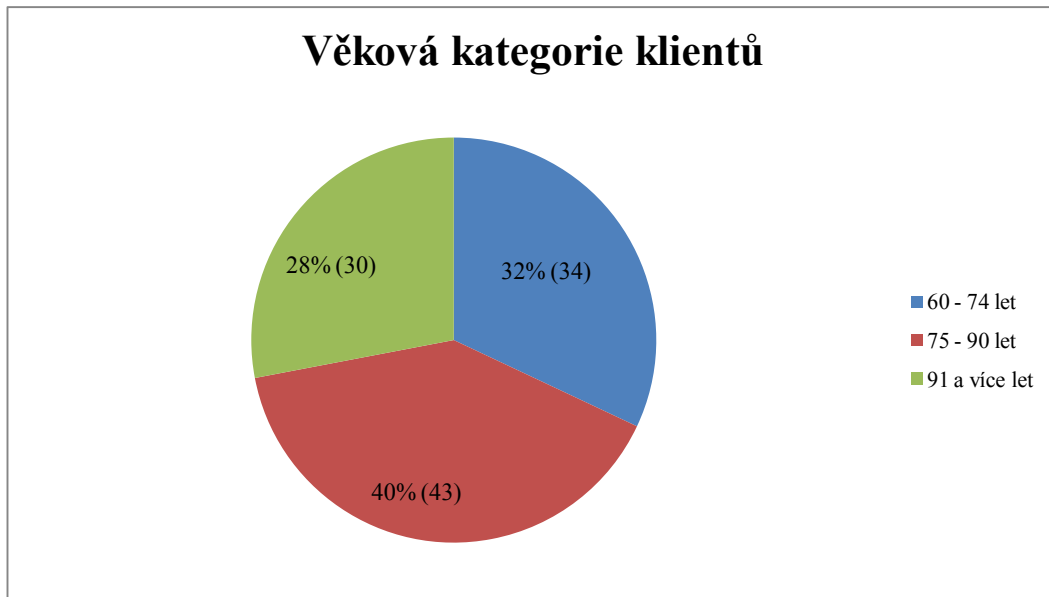
Otázka č. 5: V jakém typu služby pečujete o klienta(y)?



Obrázek 5 – Typ služby

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, v jakém typu služby respondenti pečují o své klienty. Z celkového počtu 50 respondentů jich 82 % (41) pracuje v instituci (zařízení) a 18 % (9) pečuje o své klienty v domácí péči. Z výzkumu tedy vyplývá, že institucionální péče je ve vybraném vzorku respondentů rozšířenější druh péče.

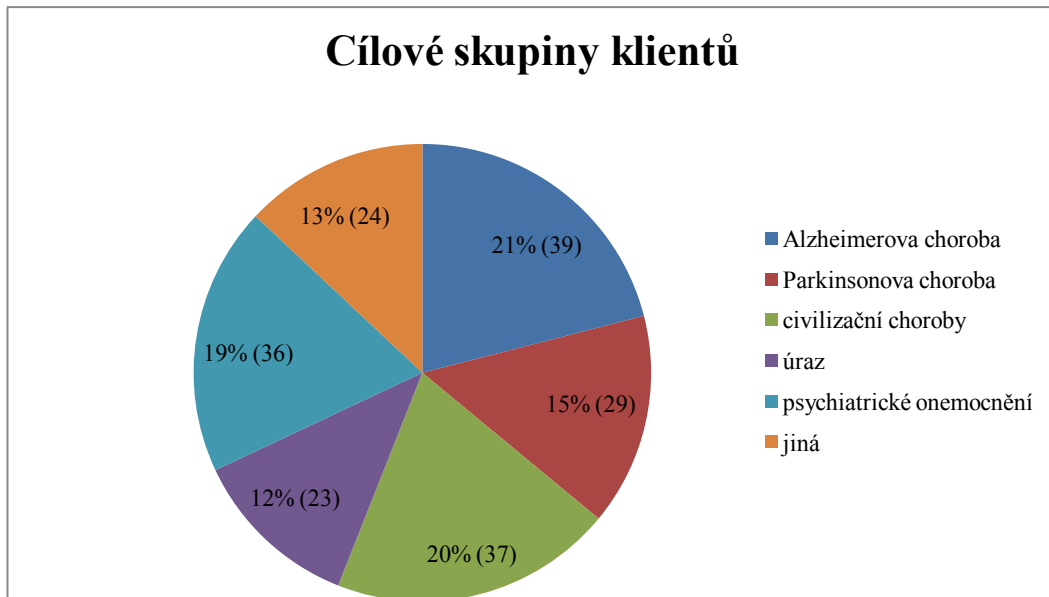
Otázka č. 6: Do které věkové kategorie patří Váš(i) klient(i)?



Obrázek 6 – Věková kategorie klientů

Touto otázkou jsme chtěli zjistit věk klientů, kteří využívají služeb domácí nebo institucionální péče. Věk jsme rozdělili do tří kategorií a respondentům byla nabídnuta možnost označit více možností. Z celkového počtu 50 respondentů pečuje o klienty spadající do věkové skupiny 60-74 let 32 % (34). O klienty nacházející se ve věkové skupině 75-90 let pečuje 40 % (43) a o klienty patřící do skupiny 91 let a více pečuje 28 % (30) respondentů. Výzkum nám tedy ukázal že, převažují klienti ve věku od 75 do 90 let.

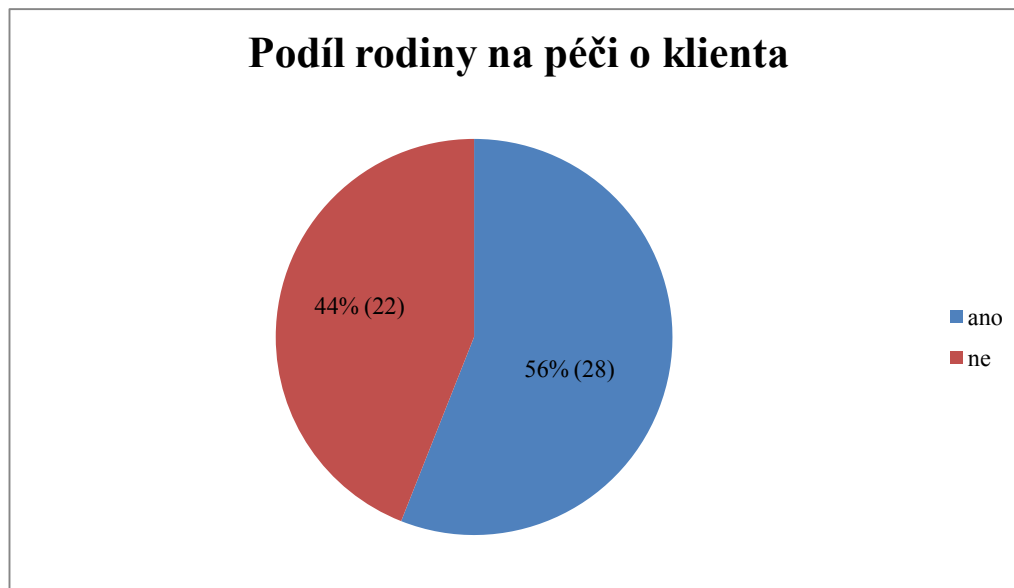
Otázka č. 7: Do které cílové skupiny patří klient(i), o něž pečujete?



Obrázek 7 – Cílové skupiny klientů

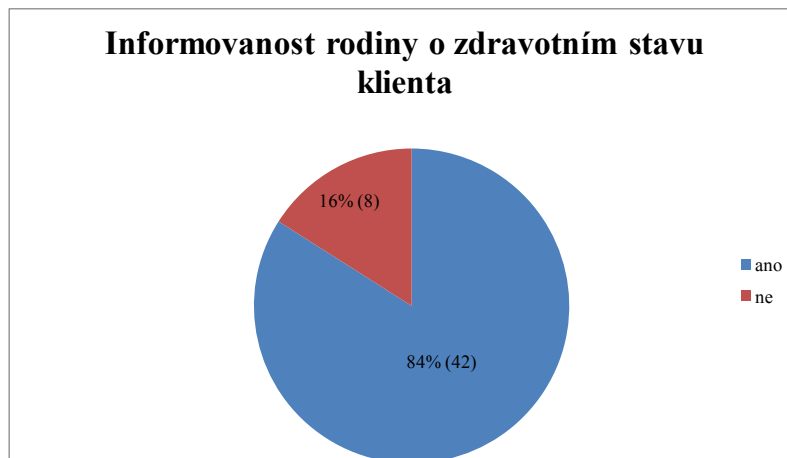
Touto otázkou jsme chtěli vyzkoumat, jakými chorobami a onemocněními trpí klienti, o které respondenti pečují. Na tuto otázku odpovídalo 50 respondentů a mohli označit více možností. Pracovníci v sociálních službách – přímé obslužné péči nejvíce pečují o klienty, kteří trpí těmito chorobami a onemocněními: 21 % (39) má Alzheimerovu chorobu, 15 % (29), má Parkinsonovu chorobu, civilizačními chorobami jako je infarkt, mrtvice nebo diabetes trpí 20 % (37). Klientů, kteří vyhledali jeden z druhů uváděné péče z důvodu úrazu je 12 % (23). Psychiatrickými onemocněními trpí 19 % (36) klientů. Klienti, kteří vyhledali péči z jiných důvodů je 13 % (24). Z výzkumu tedy vyplývá, že nejvíce klienti trpí Alzheimerovou chorobou a civilizačními chorobami.

Otázka č. 8: Podílí se rodina na péči o klienta(y)?



Obrázek 8 – Podíl rodiny na péči o klienta

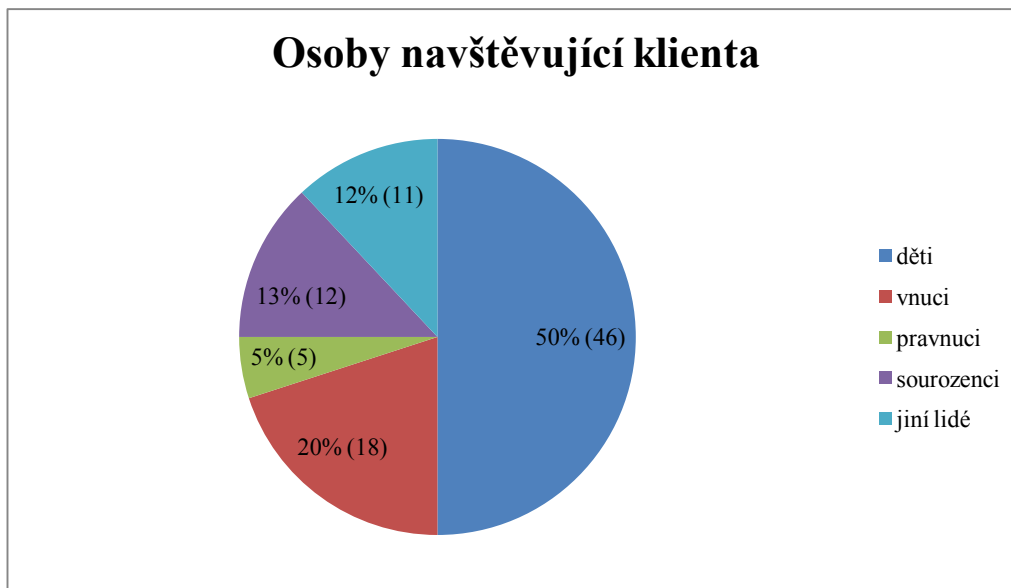
Touto otázkou chceme zjistit podíl rodiny na péči o klienta. Z celkového počtu 50 respondentů 56 % (28) se na péči podílí a 44 % (22) se na péči o klienta nepodílí. Způsoby podílení se na péči a četnost péče je různá.

Otázka č. 9: Zná rodina dobře zdravotní stav klienta(ů)?**Obrázek 9 – Informovanost rodiny o zdravotním stavu klienta**

Cílem této otázky bylo vyzkoumat zájem rodiny o klienta. Z celkového počtu 50 respondentů 84 % (42) odpovědělo kladně. Pouze 16 % (8) respondentů odpovědělo záporně. Z toho vyplývá, že rodina o své blízké (naše klienty) projevuje zájem.

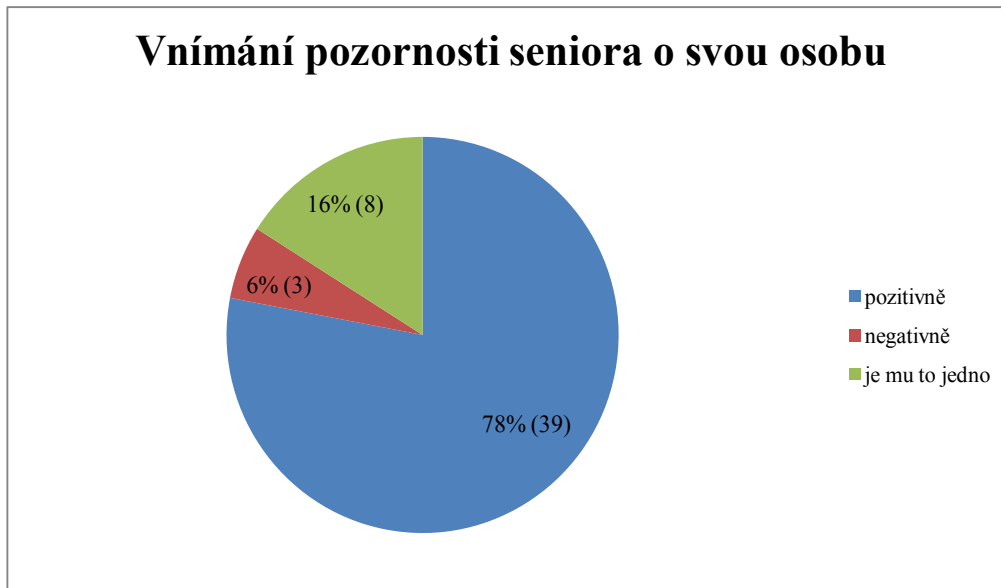
Otázka č. 10: Jak často potřebuje(i) Vaši klient(i) lékařskou péči?**Obrázek 10 – Četnost lékařské péče**

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jak často potřebují klienti lékařskou péči. Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo, že 50 % (25) klientů potřebuje lékařskou péči každý týden, 28 % (14) klientů vyhledá lékařskou péči 1 x za 14 dní a jednou měsíčně potřebuje lékařskou péči 22 % (11) klientů.

Otázka č. 11: Kdo nejčastěji navštěvuje Vašeho klienta(y)?**Obrázek 11 – Osoby navštěvující klienta**

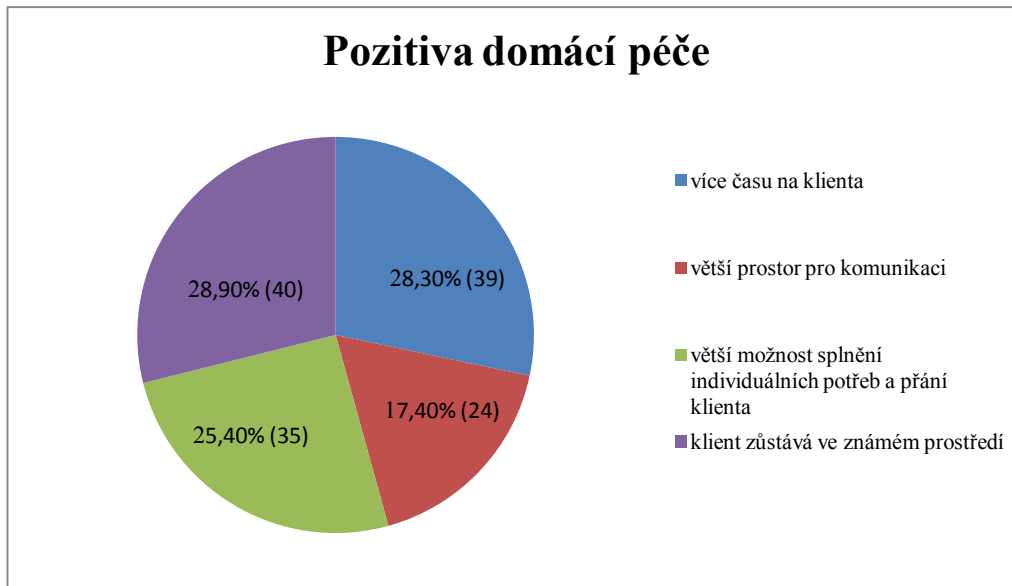
Položením této otázky jsme chtěli zjistit, jaký okruh lidí navštěvuje naše klienty. Na otázku odpovídalo 50 respondentů a mohli označit více možností. Děti navštěvují naše klienty z 50 % (46), vnuci z 20 % (18), pravnuci z 5 % (5), sourozenci ze 13 % (12) a ostatní (kamarádi, přátelé, rodiče, sousedé) ze 12 % (11). Z výzkumu vyplývá, že nejvíce navštěvují naše klienty jejich děti.

Otázka č. 12: Jak vnímá senior zájem rodiny o svou osobu?

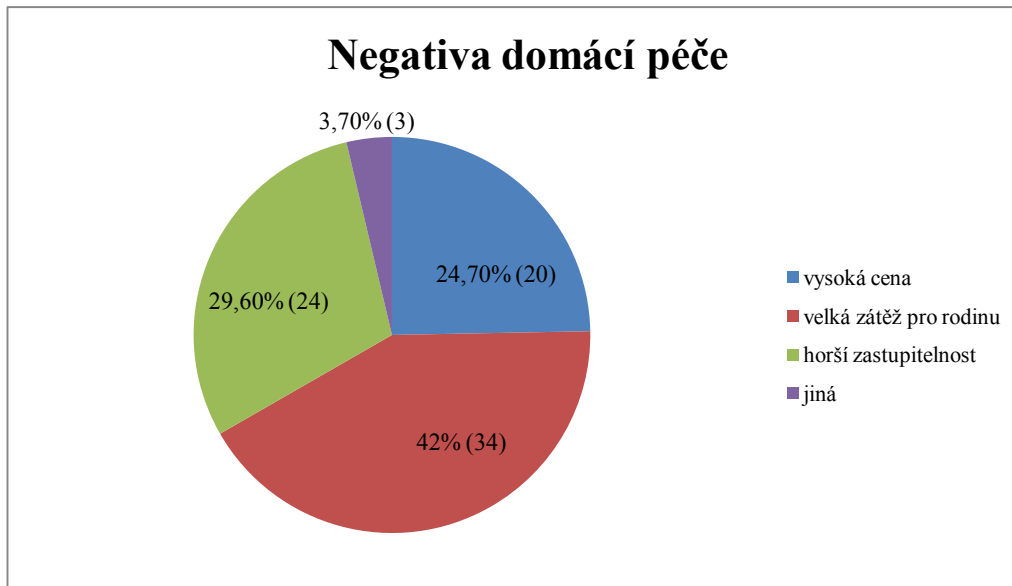


Obrázek 12 – Vnímání pozornosti seniora o svou osobu

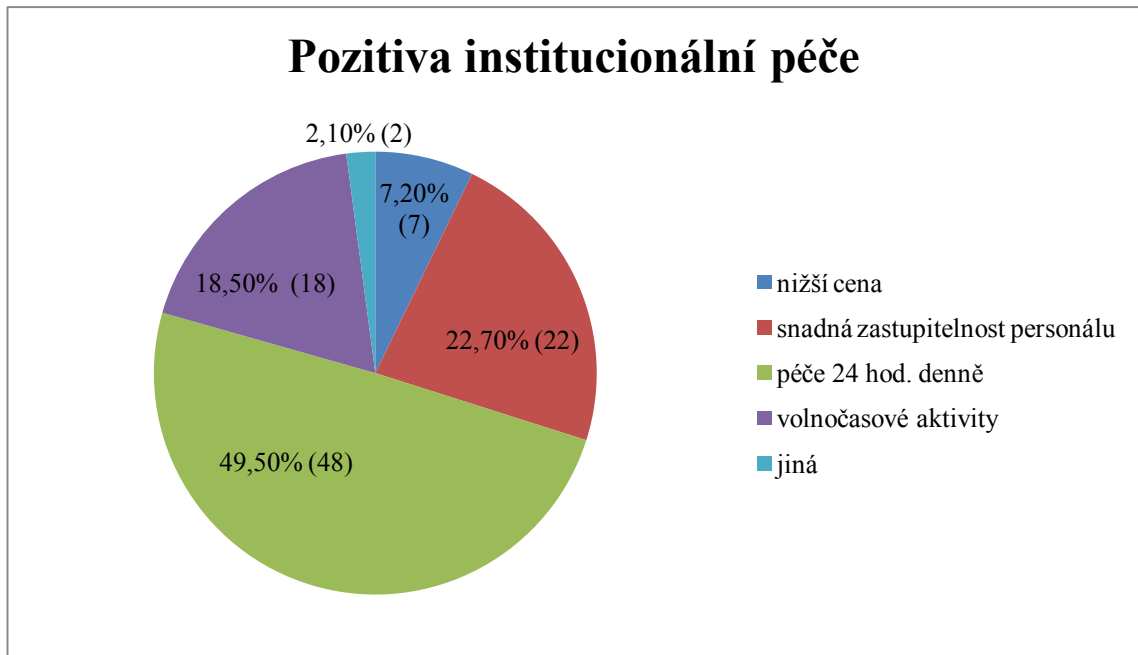
Tato otázka nám má objasnit, do jaké míry vnímá senior (náš klient) zájem o svoji osobu ze strany okolí. Odpovídalo 50 respondentů. 78 % (39) respondentů odpovědělo, že klient vnímá zájem okolí o svoji osobu pozitivně. 6 % (3) respondenti odpověděli, že klient vnímá zájem okolí o svoji osobu negativně. 16 % (8) respondentů odpovědělo, že klientům je to jedno.

Otázka č. 13: Jaká jsou největší pozitiva domácí péče?**Obrázek 13 – Pozitiva domácí péče**

Touto otázkou chceme zjistit, jaká pozitiva spatřují pečovatelé v sociálních službách – přímé obslužné péči v péči o klienta v domácím prostředí. Respondentů odpovídalo 50 a mohli označit i více možností. 28,3 % (39) pečovatelů spatřuje výhodu ve větším časovém prostoru na klienta, 17,4 % (24) pečovatelů považuje za výhodu větší prostor pro komunikaci. 25,4 % (35) pečovatelů pokládá za výhodu větší možnost splnění individuálních potřeb a přání klienta. 28,9 % (40) pečovatelů oceňuje to, že klient zůstává ve známém prostředí. Největší výhoda domácí péče tedy spočívá v tom, že klient může zůstat ve svém známém prostředí. Druhou největší výhodu spatřují pečovatelé ve větším časovém prostoru vyhrazeném klientovi.

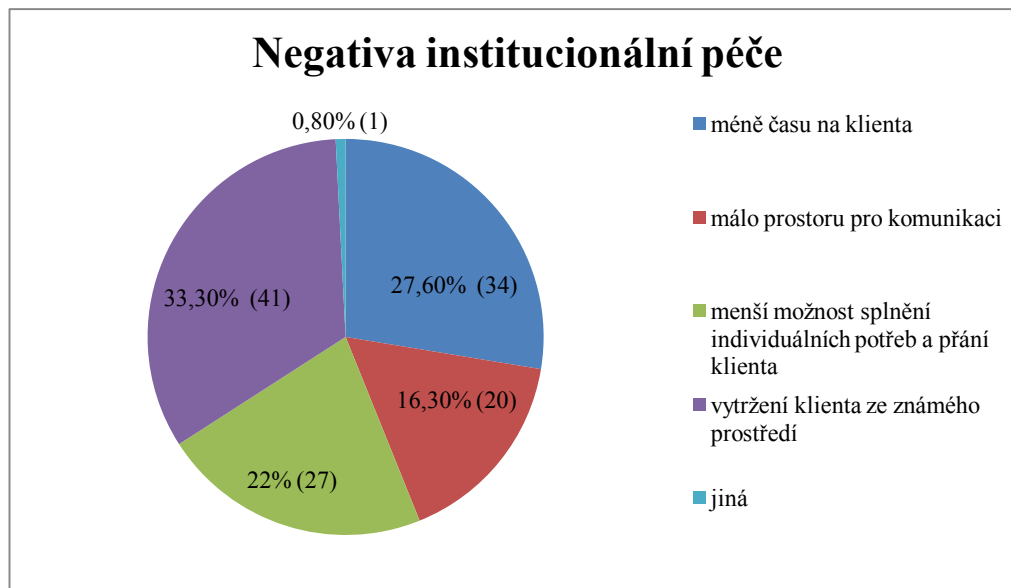
Otázka č. 14: Jaká jsou největší negativa domácí péče?**Obrázek 14 – Negativa domácí péče**

Touto otázkou chceme zjistit, jaká negativa spatřují pečovatelé v sociálních službách – přímé obslužné péči v péči o klienta v domácím prostředí. Respondentů odpovídalo 50 a mohli označit i více možností. 24,7 % (20) pečovatelů považuje za negativní vysokou cenu, 42 % (34) pečovatelů považuje za negativní, že je domácí péče velmi zatěžující pro rodinu. 29,6 % (24) pečovatelů má za negativní horší zastupitelnost pečujícího a 3,7 % (3) pečovatelů uvádí jiné důvody. Například vytvoření příliš těsné vazby mezi pečujícím a klientem a jiné.

Otázka č. 15: Jaká jsou největší pozitiva péče v institucích?**Obrázek 15 – Pozitiva institucionální péče**

Touto otázkou chceme zjistit, jaká pozitiva spatřují pečovatelé v sociálních službách – přímé obslužné péči v péči o klienta v institucionálním prostředí. Respondentů odpovídalo 50 a mohli označit více možností. 7,2 % (7) má za pozitivní nižší cenu, 22,7 % (22) považuje za výhodu snadnou zastupitelnost personálu. 49,5 % (48) má za pozitivní na tomto druhu péče 24h péči. Za další pozitivum 18,5 % (18) respondentů spatřuje ve volnočasových aktivitách a 2,1 % (2) respondentů vidí pozitivum v jiných činnostech. Z výzkumu plyne, že největší pozitivum institucionální péče spatřují pečovatelé v nepřetržité péči o klienty a v zastupitelnosti personálu.

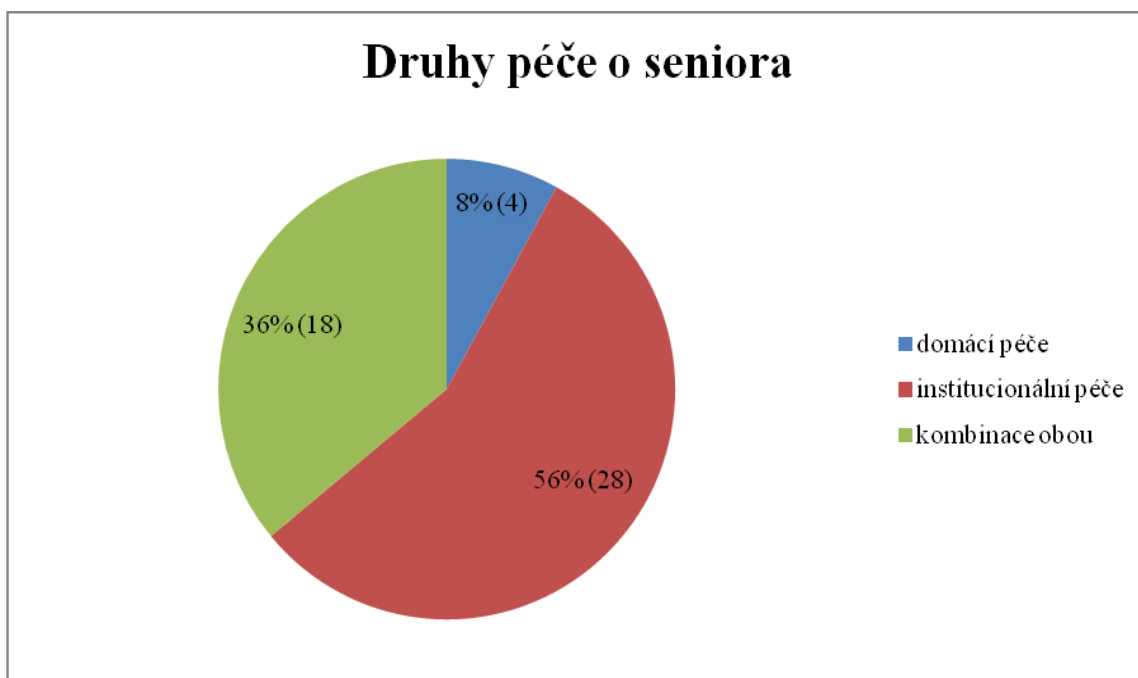
Otázka č. 16: Jaká jsou největší negativa péče v institucích?



Obrázek 16 – Negativa institucionální péče

Touto otázkou chceme zjistit, jaká negativa spatřují pečovatelé v sociálních službách – přímé obslužné péči v péči o klienta v institucionálním prostředí. Respondentů odpovídalo 50 a mohli označit více možností. 27,6 % (34) respondentů má za negativní menší časový prostor na každého klienta. 16,3 % (20) má za negativní málo prostoru pro komunikaci s klientem. Za další negativa považuje 22 % (27) respondentů menší možnost splnění individuálních potřeb a přání klienta. Za největší negativní faktor institucionální péče je považována skutečnost, že klient je vytržen ze známého domácího prostředí. Tento názor zastává 33,3 % (41) respondentů. 0,8 % (1) respondentů má za negativní jiné věci, například vedení dokumentace – více papírové práce.

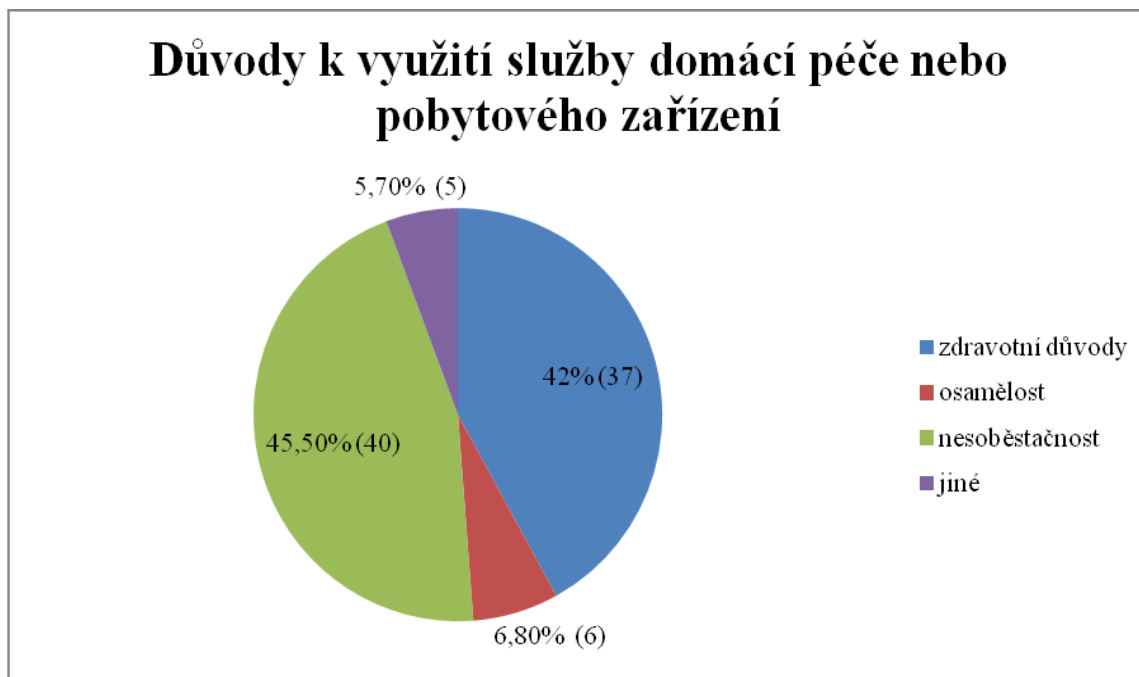
Otázka č. 17: Jakému druhu péče o seniora dává obvykle rodina přednost?



Obrázek 17 – Druhy péče o seniora

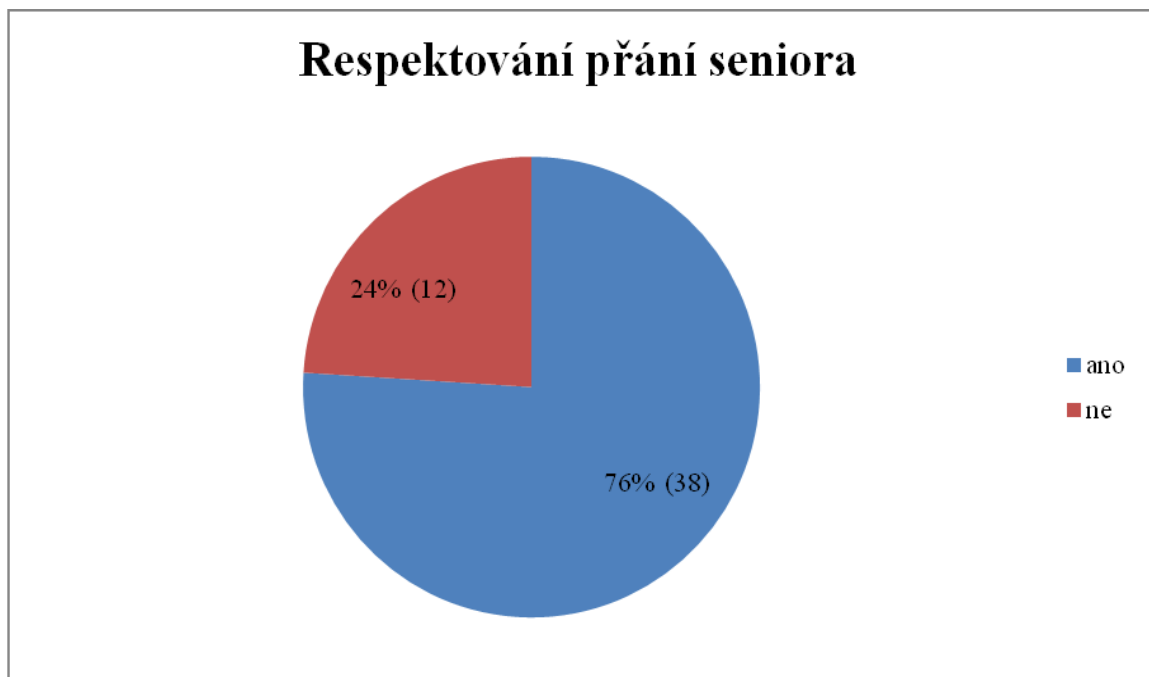
Touto otázkou chceme vyzkoumat, jakou péči upřednostňuje rodina seniora (jejich klienta). Na otázku odpovídalo 50 respondentů pracovníků v sociálních službách – přímé obslužné péče. 8 % (4) respondentů odpovědělo, že rodina dává přednost domácí péči, 56 % (28) respondentů odpovědělo, že rodina by raději volila institucionální péči a 36 % (18) respondentů napsalo, že rodina považuje za vhodné kombinovat oba druhy péče.

Otázka č. 18: Jaké důvody vedou rodinu seniora k využití služby domácí péče nebo pobytového zařízení?



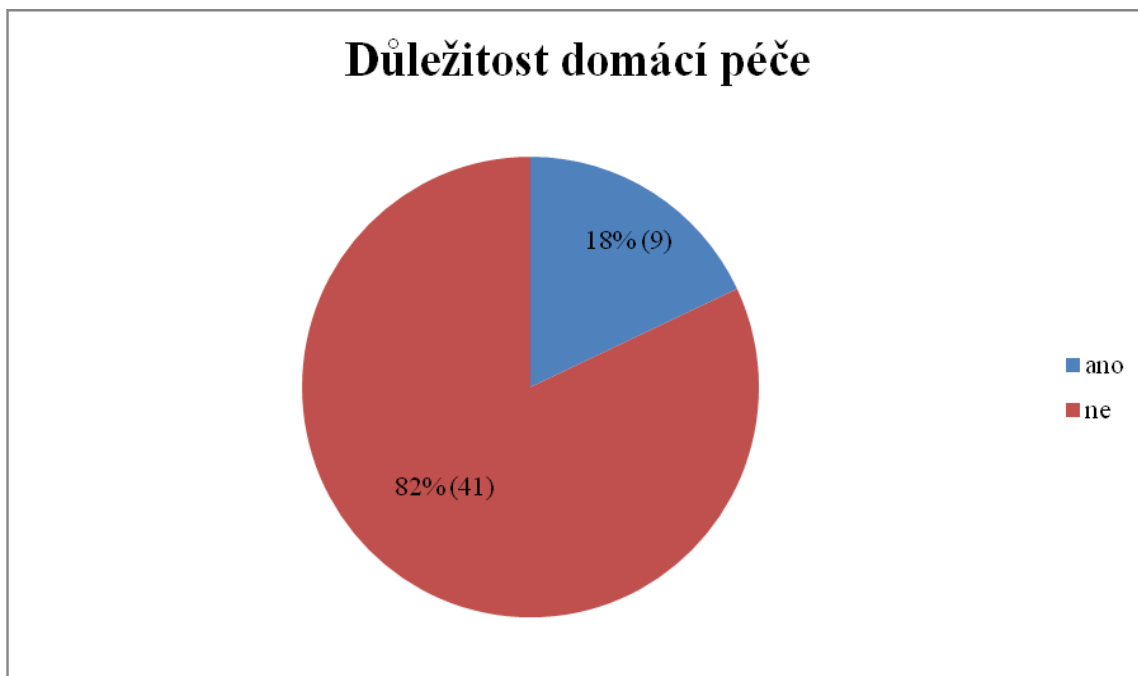
Obrázek 18 – Důvody k využití služby domácí péče nebo pobytového zařízení

Touto otázkou chceme zjistit důvody, které vedou rodinu seniora (našeho klienta) k využití domácí nebo institucionální péče. Na otázku odpovídalo 50 respondentů z řad pečovatелů v sociálních službách – přímá obslužná péče. 42 % (37) respondentů označilo za důvod využití jednoho z typů péče rodinou zdravotní stav klienta. 6,8 % respondentů uvedlo, že rodinu k využití jednoho z typů péče vede osamělost seniora (našeho klienta). Za další důvod, kdy rodiny volí jeden z druhů námi zmiňované péče je klientova nesoběstačnost. Tuto možnost označilo 45,5 % (40) respondentů. 5,7 % (5) respondentů uvedlo, že rodiny k umístění seniora vedou jiné důvody. Například velké pracovní vytížení rodiny, neochota rodiny přizpůsobit se stávající situaci, odlehčení rodiny v péči o seniora, odbornější péče atd. Z výzkumu vyplývá, že hlavní důvody, které vedou rodinu k využití domácí nebo institucionální péče, jsou nesoběstačnost klienta a jeho zdravotní stav.

Otázka č. 19: Respektuje rodina přání seniora?**Obrázek 19 – Respektování přání seniora**

Touto otázkou chceme zjistit, zda rodina respektuje přání a názor seniora (našeho klienta). Na otázku odpovídalo 50 respondentů (pečovatelů) v sociálních službách – přímé obslužné péče. 76 % (38) jich odpovědělo ano, 24 % (12) odpovědělo ne.

Otázka č. 20: Myslíte si, že péče o seniory v instituci může zcela nahradit péči v domácím prostředí?



Obrázek 20 – Důležitost domácí péče

V této otázce chceme zjistit, zda se dá nahradit domácí péče. Na otázku odpovídalo 50 respondentů (pečovatelů) v sociálních službách – přímé obslužné péče. 18 % (9) odpovědělo ano a 82 % (41) odpovědělo ne. Z výzkumu vyplývá, že institucionální péče nemůže domácí péči zcela nahradit. Domácí péče je velmi důležitá.

Otázka č. 21: Jste toho názoru, že by se dalo úplně obejít bez institucionálních zařízení pro seniory?



Obrázek 21 – Důležitost institucionální péče

V této otázce chceme zjistit, zda se dá nahradit institucionální péče. Na otázku odpovídalo 50 respondentů (pečovatelů) v sociálních službách – přímé obslužné péče. 6 % (3) pečovatelů odpovědělo ano, zbývajících 94 % (47) odpovědělo ne. Z výzkumu vyplývá, že bez institucionální péče se naše společnost neobejde.

Otázka č. 22: Jak si představujete ideální péči poskytovanou seniorům v institucích?

Na tuto otázku odpovědělo 50 respondentů z řad pracovníků v sociálních službách – přímá obslužná péče. Touto otázkou chceme zjistit, jak si jednotliví pečovatelé představují kvalitní péči v institucích.

Kvalitní péče v institucionálním prostředí podle respondentů by měla zajistit profesionální péči 24 h denně. Mělo by být více personálu na směnách, aby se více mohl věnovat klientům. Měl na jednotlivé klienty více času ke splnění jejich individuálních přání, potřeb a na komunikaci s nimi. Klienty více rehabilitovat a aktivizovat. Komunikovat s rodinou, zajistit klientovi více soukromí a umožnit mu i nadále věnovat se alespoň částečně svým koníčkům a zálibám.

Pečovatel by měl být empatický, trpělivý a komunikativní, věnovat se klientovi po stránce nejen fyzické, ale i psychické.

Zařízení by měla nabízet vhodné složení jídelníčku. Vytvořit příjemné, přirozené a co nejvíce rodinné prostředí, ve kterém se bude klient cítit dobře. Také by měla klientům zajistit společenské vyžití v zařízení i mimo něj.

Otázka č. 23: Co vše by měla obnášet kvalitní péče o seniory v domácím prostředí?

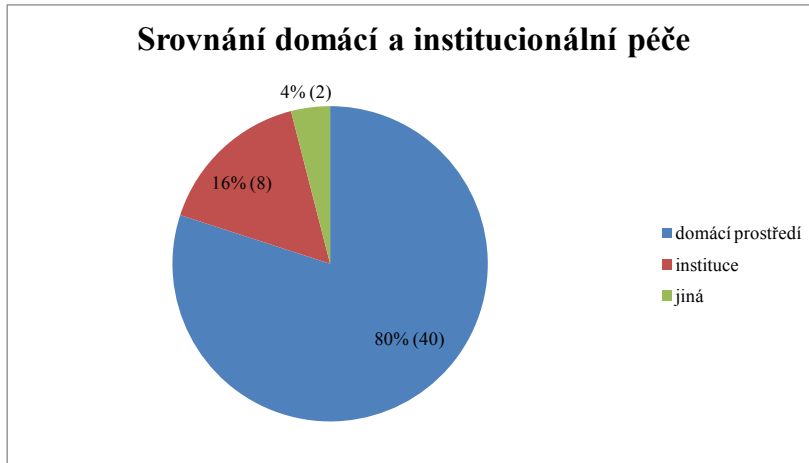
Na tuto otázku odpovědělo 50 respondentů z řad pracovníků v sociálních službách – přímá obslužná péče. Touto otázkou chceme zjistit, jak si jednotliví pečovatelé představují kvalitní domácí péči.

Kvalitní péče v domácím prostředí podle respondentů by měla být profesionální pomoc při péči o klienta (pomoc při hygieně, podávání stravy, pomoc při úkonech v péči o vlastní osobu, zajištění chodu domácnosti, nákupy atd.). Dále by měl pečovatel přistupovat ke klientovi individuálně. Denní program mu přizpůsobit podle zdravotního stavu, potřeb a přání klienta. Nemusí se striktně držet harmonogramu, jako v zařízení. Také může s klientem více komunikovat a aktivizovat.

Je dobré do péče zapojit i rodinu, pomáhat jí a radit v péči, doporučit pomůcky.

Pečovatel by měl být empatický a trpělivý. K práci přistupovat pozitivně. S rodinou klienta a i s klientem samotným dobře vycházet, zároveň si ale držet určitý odstup. Pro rodinu i pro klienta by měl být oporou, ale zároveň pamatovat i na sebe. Stanovit si určité hranice.

Otázka č. 24: Považujete za lepší (pro seniory) péči poskytovanou v domácím prostředí, nebo péči poskytovanou v institucích?



Obrázek 22 – Srovnání domácí a institucionální péče

Touto otázkou chceme zjistit, kterou péči považují pracovníci v sociálních službách – přímé obslužné péče za lepší. Otázku zodpovědělo 50 respondentů. 80 % (40) respondentů považuje za lepší domácí péči, 16 % (8) respondentů má za lepší péči institucionální a 4 % (2) respondentů odpověděla jinak (záleží na situaci, každý způsob je jiný, ne lepší nebo horší).

6.1 Ověřování hypotéz

K ověření hypotéz jsme použili metodu **Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku**. U **hypotézy číslo 1** jsme vycházeli z dotazníkových otázek číslo 2 a 21.

H₀ Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi věkem respondentů a jejich názorem, zda je možné úplně se obejít bez institucionálních zařízení pro seniory.

H_A Existuje statisticky významný rozdíl mezi věkem respondentů a jejich názorem, zda je možné úplně se obejít bez institucionálních zařízení pro seniory.

Tabulka 1 - Názor respondentů v závislosti na jejich věku

Věk	Ano	Ne	Suma
20 - 29 let	1	12	13
30 – 39 let	1	10	11
40 – 49 let	1	13	14
50 – 59 let	0	12	12
60 a více let	0	0	0
Suma	3	47	50

Tabulka 2 - Pomocná tabulka pro výpočet chí-kvadrátu

Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	$\frac{(P - O)^2}{O}$
1	0,78	0,062
12	12,22	3,961
1	0,66	0,175
10	10,34	0,011
1	0,84	0,030
13	13,16	1,945
0	0,72	0,72
12	11,28	0,456
0	0	0
0	0	0

Suma 7,36

Stanovená hladina významnosti je **0,05**.

Testu nezávislosti chí-kvadrát nemůžeme použít, když většina očekávaných četností v kontingenční tabulce je menší než pět (Chráška, 2007, s. 78).

U **hypotézy číslo 2** jsme vycházeli z dotazníkových otázek číslo 4 a 20.

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe v oboru respondentů a jejich názorem, zda je možné zcela se obejít bez domácí péče.

H₁ Existuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe v oboru respondentů a jejich názorem, zda je možné zcela se obejít bez domácí péče.

Tabulka 3 - Názor respondentů v závislosti na jejich délce praxe

Věk	Ano	Ne	Suma
Méně než 5 let	2	27	29
5 – 9 let	5	10	15
10 – 14 let	0	2	2
15 a více let	1	3	4
Suma	8	42	50

Tabulka 4 - Pomocná tabulka pro výpočet chí-kvadrátu

Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	$\frac{(P - O)^2}{O}$
2	4,64	1,502
27	24,36	0,286
5	2,4	2,817
10	12,6	0,537
0	0,32	0,32
2	1,68	0,061
1	0,64	0,130
3	3,36	0,040

Suma 5,694

Stanovená hladina významnosti je **0,05**.

Testu nezávislosti chí-kvadrát nemůžeme použít, když většina očekávaných četností v kontingenční tabulce je menší než pět (Chráška, 2007, s. 78).

6.2 Vyhodnocení hypotéz

Výše uvedeným výzkumem jsme zjistili, že statistické vyhodnocení první hypotézy nelze provést, protože většina očekávaných četností v kontingenční tabulce je menší než pět. Z tohoto důvodu nelze vypočítat hodnotu chí-kvadrátu.

U druhé hypotézy jsme rovněž zjistili, že statistické vyhodnocení nelze provést, protože většina očekávaných četností v kontingenční tabulce je menší než pět. Z tohoto důvodu nelze vypočítat hodnotu chí-kvadrátu.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se seznámili s průběhem domácí a institucionální péče o seniory. Populace seniorů se v dnešní době neustále rozrůstá a je třeba věnovat jí patřičnou pozornost. I senioři mají své přání a potřeby, které je důležité uspokojovat a naplňovat. Chtějí se plnohodnotně účastnit společenského dění.

Přibývajícím věku však s sebou přináší i jistá omezení a senior už vše nezvládne sám. Je odkázan v různé míře na pomoc druhých. V dnešní době je spousta možností, jak se o seniory postarat. V první řadě by měla potřebnou péči zajistit rodina. I ta se může obrátit na různé organizace, které jí v péči mohou být nápomocné. Druhou alternativou je umístění seniora do některé z institucí. Ty zcela přeberou zodpovědnost za péči.

Z výzkumu, který jsme prezentovali v této práci, vyplývá, že rodiny stále ještě dávají přednost institucionální péči před péčí domácí. Také se nabízí alternativa oba typy služeb kombinovat, která se v dnešní době také často využívá. Péče o seniora je totiž náročná pro pečující po stránce psychické i fyzické. Výzkumem jsme dále zjistili, že pečovatelé vydrží v oboru sociální péče maximálně deset let. Pak jsou většinou nuceni práci změnit ze zdravotních důvodů. Nebo u nich dochází k syndromu vyhoření a už nejsou schopni poskytovat kvalitní péči. V rámci zachování duševního zdraví rovněž dochází ke změně pracovního zařazení.

Domácí i institucionální péče má své pozitivní i negativní stránky. Oba druhy péče jsou kvalitní. Je zcela na rodině, jakému druhu péče dá přednost a co zvládne. Důležité však je, aby byla stále se seniorem v kontaktu a věnovala mu lásku a pozornost.

Pečování o druhého je krásné a náročné zároveň. Nezáleží až tak na kvalifikaci pečujícího, ale více na tom, jestli svoji práci provádí s láskou a porozuměním.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy

1. DLABALOVÁ, Irena a Dana KLEVETOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
2. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Martina HROZENSKÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
3. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
4. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Věra HOLCZEROVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
5. FUNK, Karel, 2014. *Provázení stárím a umíráním aneb prolínání obou světů*. Praha: Malvern. 2014. ISBN 978-80-87580-70-7.
6. GÉRINGOVÁ, Jitka, 2011. *Pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-394-3.
7. HALOVÁ, Miroslava, 2007. *Nemocný v domácí péči 1*. Javorník: MAJ.ZJ. ISBN 978-80-239-7316-7.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd.2. Příbram: PB tisk. ISBN 978-80-87109-19-9.
9. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
10. JIRÁSKOVÁ, Věra, 2005. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86861-80-5.
11. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
12. KOLESÁROVÁ, Karolína a Petr SAK, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.
13. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

14. PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
15. ŘÍČAN, Pavel, 2014. *Cesta životem*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0772-6.
17. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
18. VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie 2- dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
19. VÁVROVÁ, Soňa, 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0087-1.
20. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

Internetové zdroje

- KOPECKÝ, Josef. Příspěvek na péči se poprvé po deseti letech zvýší, o deset procent. In: *Idnes.cz* [online] MAFRA, a.s., 14. 12. 2015 [cit. 2016-03-14].
- Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/prispevek-na-peci-se-poprve-po-deseti-letech-zvysi-o-deset-procent-1c8-/domaci.aspx?c=A151214_110407_domaci_kop

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Sb – sbírky

ot - otázka

č - číslo

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Pohlaví respondentů	37
Obrázek 2 – Věk respondentů	38
Obrázek 3 – Vzdělání respondentů	39
Obrázek 4 - Délka praxe respondentů	40
Obrázek 5 – Typ služby	41
Obrázek 6 – Věková kategorie klientů	42
Obrázek 7 – Cílové skupiny klientů	43
Obrázek 8 – Podíl rodiny na péči o klienta	44
Obrázek 9 – Informovanost rodiny o zdravotním stavu klienta	45
Obrázek 10 – Četnost lékařské péče	46
Obrázek 11 – Osoby navštěvující klienta	47
Obrázek 12 – Vnímání pozornosti seniora o svou osobu	48
Obrázek 13 – Pozitiva domácí péče	49
Obrázek 14 – Negativa domácí péče	50
Obrázek 15 – Pozitiva institucionální péče	51
Obrázek 16 – Negativa institucionální péče	52
Obrázek 17 – Druhy péče o seniora	53
Obrázek 18 – Důvody k využití služby domácí péče nebo pobytového zařízení	54
Obrázek 19 – Respektování přání seniora	55
Obrázek 20 – Důležitost domácí péče	56
Obrázek 21 – Důležitost institucionální péče	57
Obrázek 22 – Srovnání domácí a institucionální péče	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Názor respondentů v závislosti na jejich věku.....	61
Tabulka 2 - Pomocná tabulka pro výpočet chí-kvadrátu	62
Tabulka 3 - Názor respondentů v závislosti na jejich délce praxe	63
Tabulka 4 - Pomocná tabulka pro výpočet chí-kvadrátu	63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník

Příloha B - souhlas EFATA

Příloha C - souhlas PODANÉ RUCE

Příloha D - souhlas TOPAS

PŘÍLOHA - A: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jana Smolanová a 3. rokem studuji v bakalářském programu obor Sociální pedagogika na Fakultě humanitních studií Univerzity T. Bati ve Zlíně. Touto cestou bych Vás, kteří pečujete o seniory, chtěla požádat o vyplnění anonymního dotazníku k mé bakalářské práci na téma „**Odlíšnosti domácí a institucionální péče (péče v zařízení) o seniory z pohledu pečujících.**“ Získané informace budou použity jen pro účely této práce. Zakroužkujte, prosím, pouze jednu odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak. Děkuji za Váš čas a ochotu.

Jana Smolanová

1. Vaše pohlaví?

a) žena

b) muž

2. Kolik Vám je let?

a) 20 - 29

b) 30 - 39

c) 40 - 49

d) 50 – 59

e) 60 a více

3. Jaké je Vaše vzdělání (popř. obor)?

a) středoškolské, doplňte název oboru

b) vysokoškolské, doplňte název oboru

c) základní + kurz Pracovníka v sociálních službách

4. Kolik let praxe máte v oboru sociální péče (pečovatelství)?

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 9 let
- c) 10 – 14 let
- d) 15 a více let

5. V jakém typu služby pečujete o klienta(y)?

- a) domácí péče
- b) péče v instituci

6. Do které věkové kategorie patří Váš(i) klient(i)? (můžete označit více možností)

- a) 60 – 74
- b) 75 – 90
- c) 91 a více

7. Do které cílové skupiny patří klient(i), o něž pečujete? (můžete označit více možností)

- a) Alzheimerova choroba
- b) Parkinsonova choroba
- c) civilizační choroby (infarkt, mrtvice, diabetes)
- d) úraz
- e) psychiatrické onemocnění
- f) jiná

8. Podílí se rodina na péči o klienta(y)?

a) ano

b) ne

Pokud ano, jak často a jakým způsobem se na péči podílí:

9. Zná rodina dobře zdravotní stav klienta(ů)?

a) ano

b) ne

10. Jak často potřebuje Váš(i) klient(i) lékařskou péči?

a) každý týden

b) 1 x za 14 dní

c) 1 x za měsíc

11. Kdo nejčastěji navštěvuje Vašeho klienta(y)?

a) děti

b) vnuci

c) pravnuci

d) sourozenci

e) jiní lidé, napište kteří

12. Jak vnímá senior zájem rodiny o svou osobu?

- a) pozitivně
- b) negativně
- d) je mu to jedno

13. Jaká jsou největší pozitiva domácí péče? (můžete označit více možností)

- a) více času na klienta
- b) větší prostor pro komunikaci
- c) větší možnost splnění individuálních potřeb a přání klienta
- d) klient zůstává ve známém prostředí
- e) jiná, vypište:.....

14. Jaká jsou největší negativa domácí péče? (můžete označit více možností)

- a) vysoká cena
- b) velká zátěž pro rodinu
- c) horší zastupitelnost pečujícího
- d) jiná, vypište:.....

15. Jaká jsou největší pozitiva péče v institucích? (můžete označit více možností)

- a) nižší cena
- b) snadná zastupitelnost personálu
- d) péče 24 h denně

e) volnočasové aktivity

f) jiná, vypište:.....

16. Jaká jsou největší negativa péče v institucích? (můžete označit více možností)

a) méně času na klienta

b) málo prostoru pro komunikaci

c) menší možnost splnění individuálních potřeb a přání klienta

d) vytržení klienta ze známého prostředí

e) jiná, vypište:.....

17. Jakému druhu péče o seniora dává obvykle rodina přednost?

a) domácí péče

b) péče v institucionálním zařízení

c) kombinace obou

18. Jaké důvody vedou rodinu seniora k využití služby domácí péče, nebo pobytového zařízení?

(můžete označit více možností)

a) zdravotní důvody

b) osamělost

c) nesoběstačnost

d) jiná, vypište:.....

19. Respektuje rodina přání seniora?

a) ano

b) ne

20. Myslíte si, že péče o seniory v instituci může zcela nahradit péči v domácím prostředí?

a) ano

b) ne

21. Jste toho názoru, že by se dalo úplně obejít bez institucionálních zařízení pro seniory?

a) ano

b) ne

22. Jak si představujete ideální péči poskytovanou seniorům v institucích?

Stručně popište:.....

23. Co vše by měla obnášet kvalitní péče o seniory v domácím prostředí?

Stručně popište:.....

24. Považujete za lepší (pro seniory) péči poskytovanou v domácím prostředí, nebo péči poskytovanou v institucích?

a) v domácím prostředí

b) v institucích

PŘÍLOHA - B: souhlas EFATA

Domov pro seniory Efata, Tyršova 1108, 763 02 Malenovice zastoupené VEŘOU LUPTÁKOVOU,
souhlasí se zveřejněním zjištěných výsledků výzkumu a uvedení názvu zařízení v bakalářské práci na
téma: **Aspekty domácí a institucionální péče z pohledu osob pečujících o seniory**, kterou zpracovává
Jana Smolanová, studentka 3. ročníku UTB Zlín, FHS, obor Sociální pedagogika.

Datum: 3.3.2016

Podpis a razítko zařízení:



Moravskoslezské sdružení Církve
adventistů sedmého dne 1
702 41 OSTRAVA-Privoz, Newtonova 725/14
Domov pro seniory
763 02 ZLÍN - Malenovice, Tyršova 1108

PŘÍLOHA - C: souhlas PODANÉ RUCE

Podané ruce – osobní asistence, Zborovská 465, 73802 Frýdek Místek (pobočka ZLK – Okružní 4699, 76005 Zlín), zastoupené **Mgr. Marií Bartekovou, Ph.D. (koordinátorkou osobní asistence)**, souhlasí se zveřejněním zjištěných výsledků výzkumu a uvedení názvu zařízení v bakalářské práci na téma: **Aspekty domácí a institucionální péče z pohledu osob pečujících o seniory**, kterou zpracovává Jana Smolanová, studentka 3. ročníku UTB Zlín, FHS, obor Sociální pedagogika.

Datum: 2.3.2016


Podané ruce – osobní asistence
Zborovská 465
738 02 Frýdek Místek
IČ: 708 22 06, www.podaneruce.eu
Město: 738 01 034, tel: 582 333 974

Marií Barteková
Podpis a razítko organizace

PŘÍLOHA - D: souhlas TOPAS

Sanatorium Topas s.r.o., Chrastěšovská 862, 763 12 Vizovice zastoupené^{EVON ČIŽOVU}.....,
souhlasí se zveřejněním zjištěných výsledků výzkumu a uvedení názvu zařízení v bakalářské práci na
téma: **Aspekty domácí a institucionální péče z pohledu osob pečujících o seniory**, kterou zpracovává
Jana Smolanová, studentka 3. ročníku UTB Zlín, FHS, obor Sociální pedagogika.

Datum: 1.3.2016

Podpis a razítko zařízení:

SANATORIUM TOPAS s.r.o.
Masarykovo nám. čp. 112, 250 83 Škvorec
Provozovna:
Chrastěšovská 862, 763 12 Vizovice
IČ: 48950165