

Možnosti následné péče o imobilní seniory v městě Brně

Lydie Štěpánková DiS.

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií



INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Lydie ŠTĚPÁNKOVÁ, DiS.
Osobní číslo: H118316
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Možnosti následné péče o imobilní seniory v městě Brně

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkumu v sociálních vědách"(IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, které jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etikety a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na poskytovatele sociálních a zdravotních služeb v městě Brně
- na podmínky a možnosti imobilních seniorů
- na spokojenost a informovanost seniorů s poskytovanými službami

Součástí práce bude kvalitativní výzkumná metoda - několik ilustrativních kazuistik, zaměřené na zjištění, kam imobilní senioři odcházejí ze zdravotnického zařízení v městě Brně.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006

Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002

Matoušek, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003

Matoušek, O. a kol. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005

Mühlpacher, P. Sociální práce jako životní pomoc. Brno: MU Brno, Pedagogická fakulta, 2006

Mühlpacher, P. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2009

Průša, L. Příspěvek na péči a jeho úloha při úhradě služeb sociální péče v domovech pro seniory. Fórum sociální politiky, 2010

Úlehla, I. Umění pomáhat. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999

Vágnerová, M. Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2000

<http://mpsv.cz/cz>

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně bude doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.**
Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **11. listopadu 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2014**

V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

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⁾;
- беру на ве́доміі, же бакала́рская пра́це бу́де уло́жена в электроні́ческой по́добе в універзі́тніім інформаци́онній сі́стемі́ досту́пна́ к пре́зентаці́онній на́глядно́сті;
- 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.

LYDIE ŠTĚPÁNKOVÁ, DiS.

Jméno, příjmení studenta

V Brně 19. 3. 2014


Podpis

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 nevydělečně 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, užije-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). Odpirá-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 užít 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 jím 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předložená bakalářská práce se zabývá problematikou následné péče poskytované imobilním seniorům v městě Brně. Cílem práce je analyzovat jaké možnosti následné péče mohou imobilní senioři a jejich blízcí využívat v městě Brně, popř. poukázat na problémy, se kterými se v této oblasti potýkají.

Úvod práce je věnován charakteristice péče o seniora v sociálních zařízeních a v domácím prostředí obecně. Následuje popis současné situace v této oblasti v městě Brně.

V závěru práce jsou v rámci kvalitativního výzkumu zpracovány čtyři případové studie. Jejich účelem je poukázat na problémy, které vznikají při následné péči u imobilních seniorů. Jedním ze zjištění je nedostatek podpory o tuto skupinu obyvatel v domácím prostředí.

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the aftercare provided for immobile seniors in Brno. The aim is to analyse which aftercare possibilities can use immobile seniors and their relatives in Brno, respectively, point out problems in this area.

An introduction describes different type of seniors care in social institutions and in the home environment in general. A description of the current situation in this area in the city of Brno is following.

Next part contains a qualitative research represented by four case studies. Their purpose is to point out problems that are connected with subsequent care of immobile seniors. One of the findings is the lack of support for this group of people in their homes.

Klíčová slova:

Imobilní senior, následná péče, sociální služby, zařízení sociální péče, péče doma

Keywords:

Immobile senior, follow-up care, social services, social care facilities, home care

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc a trpělivé odborné vedení, její podporu a praktické rady, které mi poskytla při zpracování této práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce a které si nesmírně vážím.

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

Obsah

ÚVOD	8
1 STÁŘÍ A ČLOVĚK V SENIORSKÉM OBDOBÍ	12
1.1 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ.....	12
1.2 BIOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	15
1.3 PSYCHICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ	16
1.4 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ	17
1.5 KVALITA ŽIVOTA A POTŘEBY SENIORŮ	18
2 PÉČE O IMOBILNÍ SENIORY	20
2.1 PÉČE O IMOBILNÍ SENIORY V HISTORII	20
2.2 NOVODOBÁ PÉČE O IMOBILNÍ SENIORY	21
2.3 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY VZNIKU IMOBILITY SENIORŮ.....	23
2.4 ZAŘÍZENÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY	25
2.5 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY	27
2.6 ZÁKONY A FINANCOVÁNÍ PÉČE O IMOBILNÍ SENIORY	30
3 STÁTNÍ A SOUKROMÁ ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ PÉČI O IMOBILNÍ SENIORY V MĚSTĚ BRNĚ	37
3.1 MOŽNOSTI NÁSLEDNÉ PÉČE O IMOBILNÍHO SENIORA PO SKONČENÍ HOSPITALIZACE.....	38
3.2 PÉČE O IMOBILNÍHO SENIORA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	39
3.3 UMÍSTĚNÍ IMOBILNÍHO SENIORA DO DOMOVA PRO SENIORY KOCIÁNKA	43
4 VÝZKUM MOŽNOSTÍ NÁSLEDNÉ PÉČE O IMOBILNÍ SENIORY V MĚSTĚ BRNĚ	48
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	48
4.2 VOLBA METODOLOGIE.....	49
4.3 CÍL ŠETŘENÍ	51
4.4 PŘÍPADOVÉ STUDIE	51
5 SHRNU TÍ	63
6 ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
PŘÍLOHY	73

ÚVOD

Stáří a stárnutí je nevyhnutelnou součástí života většiny živých tvorů na naší planetě, člověka nevyjímaje. Proto je nezbytné zabývat se otázkami, které se týkají různých druhů péče o seniory. Téma bakalářské práce je zaměřeno na současné možnosti a rozsah nabídky péče o imobilního seniora v městě Brně. Autorka bakalářské práce působila několik let jako sociální pracovnice v Nemocnici Milosrdných bratří v Brně a s tímto problémem se potýkala každodenně.

Naše společnost stárne, prodlužuje se střední délka života. Očekávaný nárůst počtu seniorů, a s tím spojená zvýšená potřeba zdravotní a sociální péče o nemocné a často imobilní seniory, kladou před naši společnost množství aktuálních úkolů. Tato skutečnost s sebou přináší celou řadu sociální, zdravotních a ekonomických problémů. Rodiny řeší situace, kdy se stárnoucí senior pro svůj věk a zdravotní stav není schopen sám o sebe postarat.

„Většina občanů se chce o své rodiče ve stáří a při případné nesoběstačnosti postarat nebo v případě nemožnosti zajistit péči sami očekávají pomoc státu formou umístění nesoběstačného seniora do pobytového zařízení“ (Malíková, 2010, s. 33).

Za optimální způsob péče o seniora se tedy považuje možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí, je to i pro stát ta nejlevnější varianta. „Když už musí senior do pobytového zařízení - a to nejen ze zdravotních důvodů - uvědomuje si, že je to do konce života. Opustit svůj dům nebo byt znamená rozloučit se s minulostí, se vším co tvořilo dosavadní život“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 31).

Každý se s touto změnou vyrovnává jinak, zejména když je jeho zdravotní stav nevratný a ví, že již je malá šance, že se např. z imobilního seniora stane mobilní. Proto by mělo být jedním ze základních úkolů naší společnosti vytvořit v pobytovém zařízení takové podmínky, které budou umožňovat co nejplynulejší přechod z původního sociálního prostředí seniora a usnadní mu adaptaci na nové prostředí a nový způsob života.

Autorka práce měla jako sociální pracovnice na starosti mimo klientů nemocnice i klienty Léčebny dlouhodobě nemocných. Při každodenní práci se seniory a s jejich rodinnými příslušníky pociťovala intenzivní tlak ze strany zdravotnického zařízení na propuštění imobilních seniorů, pokud byl jejich zdravotní stav byl stabilizován. Někdy však bylo

velmi těžké najít optimální řešení, kam jej umístit – do domácí péče, do péče domova pro seniory nebo jiného sociálního zařízení?

Cílem bakalářské práce je prezentovat základní informace o seniorském věku, podat ucelený přehled o poskytované péči o imobilního seniora v městě Brně, a poukázat na význam nutnosti řešení situace imobilních seniorů. Současně by práce mohla přispět k informovanosti samotných seniorů a jejich blízkých o nabídce a dosažitelnosti sociálních a zdravotních služeb v Brně.

V práci jsou prezentována teoretická východiska vztahující se k období stárnutí a stáří, jsou zde uvedeny jednotlivé vědní obory zabývající se problematikou osob vyššího věku, stručná charakteristika osobnosti v procesu stárnutí a přehled zdravotních, psychických a sociálních rizik, které ohrožují seniorskou populaci. Dále je zde popsána problematika péče o imobilní seniory přes historii po současnost a pozornost je zaměřena i na nejčastější onemocnění způsobující imobilitu seniorů. Závěr teoretické části je věnován sociálním službám pro seniory včetně institucionální péče v podobě domovů pro seniory.

V praktické části je představena metodologie výzkumu a způsob analýzy empirického materiálu. Poté následuje analýza získaných dat a jejich interpretace. Výzkum je zaměřen na seniory, jež se stali imobilními a musí se rozhodnout, kam půjdou po skončení zdravotní hospitalizace v nemocnici. Tato skupina lidí byla vybrána nejen kvůli dostupnosti a znalosti prostředí nemocnice, ale především proto, aby mohly být prezentovány konkrétní důvody, příčiny seniorova odchodu do institucionální péče, i když on sám nechce. Hlavní příčiny jsou jasné. Nejčastějším důvodem pro odchod do instituce je zhoršení zdravotního stavu a s tím spojené nezvládnutí sebeobsluhy, jak uvádí i Vágnerová (2007). Druhým častým důvodem je pocit osamělosti, který se dostavuje po úmrtí životního partnera či partnerky. Takto popsané příčiny jsou však velmi obecné, proto je v práci věnována velká pozornost rozboru konkrétních příkladů.

Důraz je také kladen na popis událostí, které v životě člověka zvyšují riziko pozdějšího odchodu do institucionální péče a především na to, že jde o události velmi běžné, které v mladším věku vůbec nevnímáme rizikově.

Základní výzkumná otázka zní následovně: jaké možnosti následné péče má imobilní senior v městě Brně? Odpověď na tuto otázku je hledána pomocí kvalitativního přístupu, neboť hlavním záměrem bylo získat komplexní životní příběhy dotazovaných a porozumět

důležitým událostem pro můj výzkum v celé jeho šíři. Za základní techniku sběru dat byla zvolena případová studie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A ČLOVĚK V SENIORSKÉM OBDOBÍ

Stáří, jak uvádí Vágnerová (2007), přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci.

Provedené výzkumy dokazují, že stárnutí ovlivňují do určité míry vrozené faktory. Proto je adaptace člověka na stáří složitá. Tělesnému a duševnímu stárnutí odolávají lépe lidé, kteří měli klidnější život bez prudkých změn a zvrátů. Individuální zvláštnosti procesu stárnutí ovlivňují i činnosti, kterým se jedinec v průběhu života věnoval, a které rozvíjel (Čížková, 2005).

Stuart-Hamilton (1999) popisuje charakteristiky stárnutí:

- Primární (tělesné změny stárnoucího organismu);
- Sekundární (změny objevující se častěji, nejsou však doprovodným jevem);
- Terciální (nápadný tělesný úpadek bezprostředně předcházející smrti).

Stáří je chápáno jako období, kdy člověk může pouze chátrat, v nejlepším případě si zachovává část toho, co získal dříve. Jeho zkušenosti i kompetence ztrácejí svůj význam, pro společnost není takový člověk ničím přínosný. Hodnotový systém společnosti, který zdůrazňuje zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládí (mladistvého vzhledu, výkonu atd.), staré lidi silně znevýhodňuje (Vágnerová, 2007).

1.1 Vymezení pojmu stáří

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí“ (Pacovský, 1990, s. 57).

Problematikou stárnutí a stáří se zabývají obory zvané gerontologie, geriatrie, gerontopsychologie a gerontopedagogika.

Gerontologie zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké poznatky pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. Rozsah problémů zahrnuje, mimo jiné, biologické, lékařské, sociální a demografické aspekty procesu stárnutí (Mühlpachr, 2004).

Z gerontologie se vyvinul samostatný lékařský obor zvaný geriatric. Je aplikován jen v některých státech, mezi které patří i Česká republika. Tento obor vychází z vnitřního lékařství a zabývá se i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a sociálními službami. Hlavním cílem není dlouhodobé ošetrovatelství, ale zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu (Mühlpachr 2004, s. 11).

Gerontopsychologie, jak vyplývá z názvu, se zabývá psychikou seniorů a jejími změnami.

Gerontopedagogiku popisuje Malíková (2011) jako disciplínu zabezpečující podporu a pomoc seniorům k uspokojování jejich potřeb.

Haškovcová (2002) považuje za nutné, aby pracovníci ve zdravotnictví a sociální sféře byli vzděláni v oblasti gerontologie a geriatric. K tomu ji vedou odhady, které říkají, že každý třetí člověk, který vstoupí do ordinace praktického lékaře nebo vyhledá sociální pomoc, je starší šedesáti let.

Existuje celá řada definic, teorií a členění, avšak odborníci se stále ještě nedohodli na obecně přijatelné definici stárnutí a stáří, ani na tom, co je vlastně prvořadou příčinou stárnutí. Fenomény stárnutí a stáří nelze zkoumat ani popisovat odděleně. Vždy mezi nimi bude velmi úzké propojení a bez znalostí změn, které probíhají během stárnutí, bychom nikdy nemohli poznat (alespoň částečně) podstatu stáří.

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí toto rozdělení stáří:

- 30-40 let dospělost;
- 45-59 let zralý věk;
- 60-74 let rané stáří;
- 75-89 let vlastní stáří;
- 90let a více dlouhověkost.

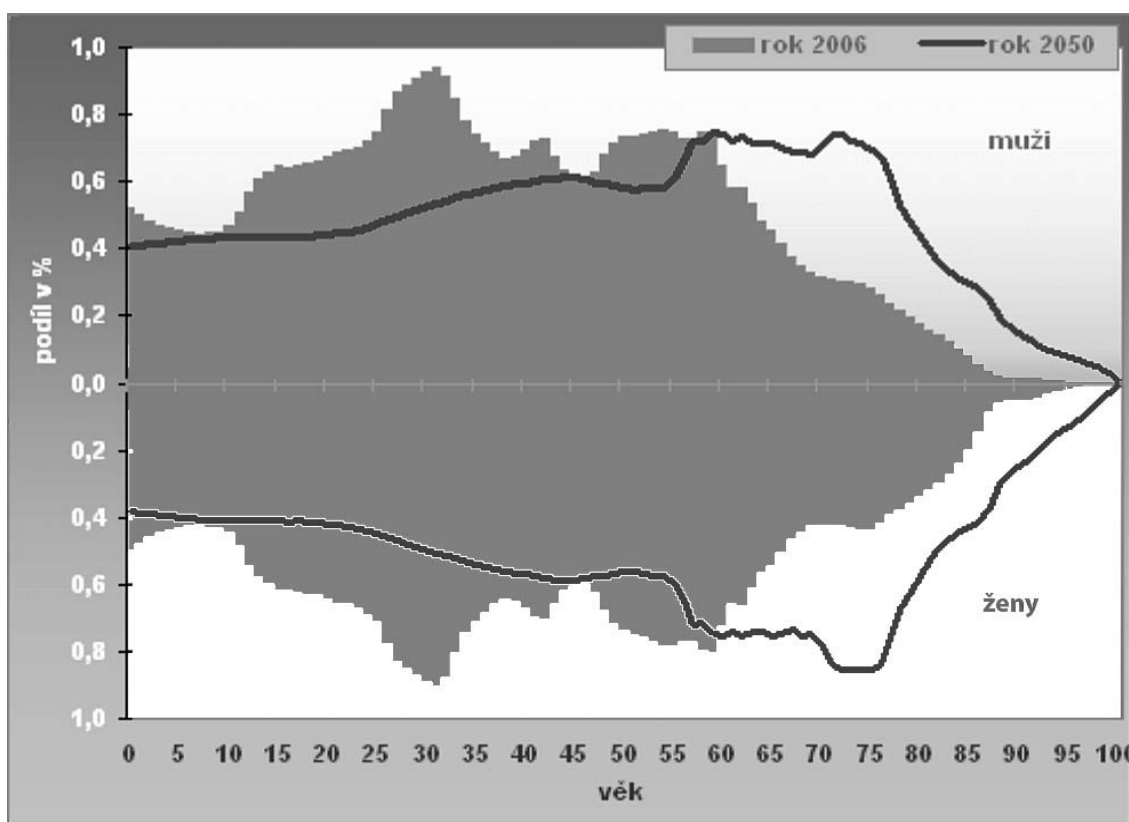
V poslední době se podle Mühlpachra (2004, s. 21) uplatňuje toto členění:

- 65 – 74 let mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volný čas, aktivit, seberealizace),
- 75 – 84 let staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická zdravotnická problematika, atypický průběh chorob),

- 85 a více let velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a bezpečnosti).

Období pravého stáří je považováno od věku 75 let, ne každý se tohoto věku dožije. Toto období je zvýšeným rizikem vzniku různých zátěžových situací.

Nejdůležitější faktory jsou odchod do důchodu, ovdovění, smrt přátel či dalších příbuzných, které ovlivňují sebeobraz člověka. Přibývá depresivních syndromů a poct vlastní hodnoty klesá. Většinou osoba v těchto letech potřebuje pomoc a není schopná samostatné sebeobsluhy (Stuart- Hamilton, 1999).



Obr. 1 Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2006 a 2050 (Zdroj: ČSÚ)

Obrázek 1 znázorňuje předpokládaný rozdíl ve skladbě obyvatelstva v roce 2050 oproti věkové struktuře naší populace v roce 2006. Je z něj zřejmé, že skupina obyvatel ve věku 60 a více let bude početně narůstat a stále více seniorů se bude dožívat vyššího věku. Zvýší se zastoupení seniorů ve věku 70 a více let. Přesněji řečeno, věková skupina 70 – 79 let by měla ve srovnání s rokem 2006 vzrůst o 96 %, skupina osob ve věku nad 80 let dokonce o plných 175 % (Svobodová, 2008).

1.2 Biologické aspekty stárnutí

Zdraví má ve stáří jiné dimenze - za zdravého lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný (Pacovský, Vágnerová, 1994, s. 75). Biologické znaky stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a v jejich buňkách. Nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují neurohormonální regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Nejčastěji bývají popisovány různé degenerativní změny a pokles základního metabolismu. Biologické projevy stárnutí jsou nápadné - snižuje se odolnost proti infekcím, zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním, zpomaluje se hojení ran, ztrácí se pružnost vaziva, sklerotizují cévy apod. (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Proces stárnutí je individuální záležitostí, hrají zde roli dědičné předpoklady a důsledky různých vlivů prostředí, záleží na tom, jak se v organismu starého člověka nahromadily, hrají zde roli i genetické dispozice a vnější faktory. Ke stáří patří změny psychosomatického stavu člověka, dědičné předpoklady jsou nositelem tzv. primárního stárnutí, exogenní faktory vytváří stárnutí sekundární (Vágnerová, 2000). Tělesné změny se týkají většiny orgánových soustav a orgánů.

Nejvíce nápadné jsou na kůži (např. méně elasticity, tvoří se vrásky, snižuje se kožní tonus, objevují se „stařecké skvrny“) nebo pohybovém systému (např. snížení postavy - atrofují meziobratlové ploténky, ochabování kosterních svalů, řidnutí kostí atd.), které zřetelně vidíme. Dále probíhají v:

- kardiovaskulárním systému;
- respiračním systému;
- trávicím systému;
- pohlavním a vylučovacím systému;
- nervovém systému;
- smyslovém vnímání, spánku.

Hlavním cílem mé bakalářské práce není popis biologických změn člověka, proto jsem jejich projevy jen okrajově vyjmenovala. Nicméně pokrok v medicíně zajišťuje nejenom delší život, ale také přispívá k jeho vyšší kvalitě. Dnes jsou běžné operace kloubů, léky podporující prokrvení mozku, apod. Jsou tu i prostředky zajišťující mobilitu, až pokud

možno co nejdéle. Ale je třeba pamatovat na neméně důležité psychické změny v stárnutí, kterým je věnována následující podkapitola.

1.3 Psychické aspekty stárnutí

Objeví-li se ve stáří nemoc, zvláště pokud jde o nemoc těžkou nebo chronickou - (viz kapitola 2.3), psychický stav starého člověka se zhoršuje. Jak Křivohlavý (2002) uvádí, pokud má člověk před sebou řadu svých plánů, které chtěl dokončit, avšak situace, která náhle nastala, mu změní život a člověk má tušení, že nemusí vše stihnout, co měl v plánu, pak není divu, že se to projeví v jeho psychice.

Lidské tělo a psychika člověka - tyto dvě stránky člověka spolu souvisejí a vzájemně se ovlivňují. Do psychologického stárnutí zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji. Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují individuální rozdíly podmíněné probíhající biologickou involucí (Wolf a kol. v Jarošová, 2006, s. 24).

Každý jedinec se v průběhu svého života vyrovnává se změnami vyplývajícími z procesu stárnutí organismu. Tyto biologické změny mají vliv na psychiku jednotlivce. Psychiku člověka ovlivňuje jeho minulost, současnost, ale také životní perspektiva (Švancara, 1983).

Psychické projevy stárnutí jsou méně zřetelné než biologické změny, jsou také pomalejší a skrytější. Odras změny v mozku je patrný i ve smyslových orgánech. Příhoda (1974) uvádí, že ztráta mechanické paměti je v některých pokusech menší než ztráta logického materiálu.

Zhoršuje se schopnost adaptace na životní změny. Senioři mají rádi svůj stereotyp a při nedostatku motivace k jiným, novým činnostem jej neochotně mění. Ani citová oblast života nezůstává beze změn. Staří lidé mohou být více plačtiví, může se projevit emoční labilita. Člověk se vyrovnává s úmrtím blízkých osob, partnerů, někdy také vlastních dětí. Bilancuje svůj předešlý život, úspěchy v profesi, rodinné nebo mezilidské vztahy vůbec.

Starší lidé potřebují mít pocit, že se s nimi počítá a jsou součástí rodiny. Nezřídka se během stáří objevují příznaky citového strádání, strachu z osamění bezmocnosti a smrti. V důsledku snížené frekvence nových zážitků a zhoršující se krátkodobé paměti se starší lidé často vracejí v myšlenkách do minulosti, ztrácí přehled o současném dění. Typickou psychickou poruchou ve stáří je demence (viz kapitola 2.3). Demence pochází z latinského slova de (mimo) a mens (duch), tedy ten, kdo ztratil ducha. Demence je důsledkem

pomalého, ale progresivního mozkového poškození, které negativně působí na paměť, řeč, soudnost a veškeré rozumové schopnosti.

1.4 Sociální aspekty stárnutí

V průběhu lidského života dochází ke změnám společenského postavení a ke změně sociálních rolí každého jedince. V obecné rovině je stáří chápáno jako degenerativní stav člověka, začne se na něj nahlížet jako na neplnohodnotného občana, který se stal jen přítěží a finančním zatížením společnosti. Společnost je orientována i díky vlivu médií na mládí a celkovou svěžest. Senioři se tak dostávají na pokraj zájmu, díky tomu se setkáváme se silným ageismem. Původní a dodnes pravděpodobně nejrozšířenější definice ageismu hovoří o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří (Butler 1975). Pojem bývá někdy opisován synonymem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“.

V průběhu času se objevila celá řada nových definic, zejména se snažících celý pojem zpřesnit, respektive rozšířit o celé spektrum „věku“ – tedy i na osoby mladší. První česká sociologická definice zní: „Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci“ (Vidovičová, 2005, s. 5).

Nejvýraznějším individuálním zdrojem diskriminace seniorů je strach ze smrti a stárnutí jako psychosomatického úpadku. v každé společnosti je strach ze smrti přítomen v menší či větší míře a je způsoben především neznalostí a nezájmem o proces biologického stárnutí.

„Z dnešního hodnotového systému vychází ageismus - postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, eventuálně až odporem ke starým lidem“ (Vágnerová, 2000, s. 443).

Mezi sociální faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří, a které mohou přispět k tzv. sociálnímu stáří, patří dle Kalvacha, Onderkové (2006) tyto:

- osamělost
- penzionování
- věková segregace (ageismus);

- špatné zacházení;
- sociální vyloučení.

Podle Rheinwaldové (1999, s. 10), však stáří není nemoc. „Tělo i mysl se dají vytrénovat, aby fungovaly lépe a zdravěji i v pozdějším věku. Nejsou-li trénovány, a to v jakémkoliv věku, stagnují, nastává atrofie. Samotné stáří tedy není nemocí. Nemoci mají mnoho různých fyziologických, fyzických i psychologických příčin, ve kterých hraje důležitou roli osobnost, životní styl člověka, prostředí ve kterém žije, strava a návyky. Tělo i mysl dokáží znovu a znovu obnovovat své schopnosti. Z nemocí se tělo uzdraví, rány zahojí, a to mnohdy i bez lékařské pomoci. Právě tak i mysl se zklidní. Tělo a mysl mají pak schopnost správně fungovat po dlouhá léta.“

1.5 Kvalita života a potřeby seniorů

Za kvalitu svého života je z velké části zodpovědný každý sám. Stárnutí se stává součástí života každého jedince a provází, nás celý život, aniž bychom si to uvědomovali. Proto by se příprava na stáří neměla podceňovat.

„Obsah pojmu kvalita života si člověk nejlépe uvědomuje zejména tehdy, když se jeho životní situace zásadním způsobem změní“ (Tokárová, 2005, s. 8).

Na kvalitu života můžeme nahlížet z různých úhlů pohledu. Dle Světové zdravotnické organizace WHO, která vychází z medicínského pohledu, je kvalita života definována jako „jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychický, stavem, osobním uznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

Z psychologického hlediska je kvalita života spojena s pojmem osobní pohody (well-being). „Well-being“ je hodnocení kvality života jeho celku. Jedná se o dlouhodobý stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase (Šolcová 2004, s. 21).

Sociologie, jak poukazuje Maříková (1996, s. 557), pohlíží na kvalitu života jako na „protiklad k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému.

Potřeby se v jednotlivý věkových období mění. U osob nad 75 let se mění hodnotová orientace potřeb, v popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Senioři jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům (Maslowova hierarchie potřeb). Vágnerová (2007) nastiňuje, jak některé potřeby se ve stáří snižují nebo se mění v závislosti na vnějších podmínkách. Mezi důležité uvádí:

- potřeba stimulace a otevřenost k novým zkušenostem;
- potřeba sociálního kontaktu;
- potřeba citové jistoty a bezpečí;
- potřeba seberealizace;
- potřeba otevřené budoucnosti a naděje.

„Člověk, který chce zůstat zdravý na těle i na duši, potřebuje především jedno: přiměřený životní cíl, vhodné životní úkoly a také aby na něj život kladl přiměřené požadavky“ (Frankl 1998, s. 63). Je známo, že smysluplný život má vliv na psychické i fyzické zdraví člověka, na jeho celkovou pohodu a jeho kvalitu.

2 PÉČE O IMOBILNÍ SENIORY

„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti“ (Mühlpachr, 2004, s. 39). Imobilita - ztráta soběstačnosti se s přibývajícím věkem výrazně zvyšuje a starý člověk si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené životní změně.

2.1 Péče o imobilní seniory v historii

Péče o starou populaci, sirotky a handicapované, duševně nemocné nebo sociálně potřebné se v průběhu času měnily. Úroveň poskytované péče pak vypovídala o dané kultuře společnosti. V dobách míru a rozvoje se péče o staré rozvíjela daleko více, než v době válečné nebo v době ekonomických a kulturních krizí. Na druhé straně se objevují první projevy organizované lidské ušlechtilosti a obětavosti. Byl to například vznik rytířských řádů ve středověku, jejichž cílem bylo ošetřování nemocných a raněných v dobách válek. Tato obětavost se pak projevovala i ve vztahu k bezmocným a opuštěným starým lidem.

V minulosti péče o staré a nemohoucí připadala právě rodině. Mnohdy projevili svou dobrotu i lidé bohatí a později tento úkol převzala církev. Pro staré a nemohoucí se z iniciativy bohatých začíná rozvíjet charitativní pomoc a péče (charita- charis- láska k bližnímu). Postupně tak ve středověku vznikaly první církevní chudobince a starobince, klášterní a ošetrovatelské domy, předchůdci dnešních domovů pro seniory. Zařízení plnily funkci zejména azylovou pro nemajetné, chudé a staré lidi (Jarošová, 2006).

V Českých zemích se tato péče vyvíjela přibližně od 12. století, kdy začaly vznikat špitály provozované církevními řády. Plnily spíše funkci sociální než léčebnou. Mezi prvními řády patřily např. řád Maltézských rytířů, řád sv. Lazara atd. Úroveň péče o chudé a nemohoucí se zlepšila příchodem řádu Milosrdných bratří roku 1605 do Valtic, později do Prahy, Brna a dalších měst (více viz kapitola 2.3). Tento řád zakládal špitály, kde byla poskytována kvalitní ošetrovatelská péče. Dalším významným řádem, co se týká péče o nemohoucí, byly Alžbětinky, které svou první nemocnici založily v roce 1719 v Praze (Mlýnková, 2011). V Brně se dnes setkáme s Alžbětinkami v rámci hospicové péče – více v kapitole 3.

Velkým přínosem pro rozvoj zakládání nemocnic bylo období vlády Marie Terezie (1740-1780), která zavedla několik reforem týkajících se zvýšené péče o zdraví obyvatel, a její syn v započatých reformách pokračoval. Josef II. vydal v roce 1781 tzv. direktivní

pravidla (zákon), na jejichž základě došlo k zakládání specializovaných lůžkových zařízení ve velkých městech (Mlýnková, 2011). Podle tzv. domovského práva z roku 1863 byla domovská obec povinna se postarat o chudé, handicapované a staré a poskytnout jim náležitou stravu a výživu a opatření v nemoci. Jak uvádí Jarošová (2006), byla tato péče garantována, začala vykazovat první známky institucionální péče. Na úrovni státu, měst a obcí byly budovány a provozovány chudobince, starobince, pastoušky a nemocnice pro chudé. Péče v takových zařízeních nebyla na vysoké úrovni, bylo zde i malé množství personálu, kterým byly většinou řádové sestry bez odborné přípravy a vzdělání.

Obrovský rozvoj nastal během první republiky, kdy byla ustanovena správa pro otázky sociální péče, která spadala pod ministerstvo sociálních věcí. Začala vznikat nová zařízení pro staré lidi. Kromě institucionální a státní péče poskytovaly pomoc starým lidem různé dobročinné organizace a církve (Charita, Diakonie, ČČK apod.). Systém péče o staré lidi se postupně vyvíjel od středověké laické, dobročinné a nesoustavné péče až k péči garantované státem, městem příslušnou obcí (Jarošová, 2006). V roce 1929 byla v Praze založena R. Eislem první specializovaná instituce pro seniory na světě - Klinika nemocí stáří, která měla velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče o seniory (Haškovcová, 2002, s. 40).

Po 2. světové válce dochází k masivnímu rozvoji ústavní péče zaměřené především na materiální a sociální zabezpečení. Po roce 1954 jsou stávající domy odpočinku pro seniory přetransformovány na domovy důchodců, dochází také k rozvoji pečovatelských služeb pro osamělé seniory. O dvacet let později se budují první domy s pečovatelskou službou, kde jsou soustředěni senioři ze vzdálených a málo dostupných míst. V sedmdesátých letech vznikají první léčebny dlouhodobě nemocných, jejichž patientské spektrum tvoří převážně nemocní a staří. Od osmdesátých let jsou pak provozovány specializované geriatrické ordinace a oddělení. Se změnou politické situace po roce 1989 a vlivem iniciativ nestátních subjektů (především církevních) vznikají v České republice nové instituce a služby určené seniorům - domácí ošetřovatelské péče roku 1990 a první hospicová zařízení roku 1995 (Jarošová, 2006, s. 41).

2.2 Novodobá péče o imobilní seniory

Ke zhoršující kvalitě života člověka bezesporu přispívají jeho dlouhodobé chronické onemocnění, která sebou přináší obvykle trvalou imobilitu. Dnešní medicína zachraňuje někdy na úkor kvality života člověka. Délka života má tendenci se prodlužovat.

V dnešní uspěchané době se vlivem rychlého způsobu života mění již zažitá morální povinnost člověka, ke kterým v první řadě patří povinnost těch, kteří jsou zdraví a produktivní, postarat o nemocné či staré. Dříve byla přirozená úcta ke stáří. Nyní se však postoje mladých lidí k povinnostem vůči starším změnila. Působení zdravějšího životního stylu, šance pracovního uplatnění a zabezpečení vlastní rodiny posunulo význam seniorů pro mladou generaci na vedlejší kolej. Lidé si přestávají vážit stáří a je jim takřkajíc víceméně na obtíž (Jarošová, 2006).

V dnešní době je těžké najít rodinu, kde by mohl pracovat pouze jeden člen rodiny, a finanční stabilita rodiny by byla zajištěna. „Spolu s problémy, které přináší nová demografická situace do ekonomické sféry, vyvstává otázka, jak se o staré občany co nejlépe postarat i v oblasti sociální a zdravotní. Jak zajistit co nejdéle jejich soběstačnost a jaké místo a roli jim současné době vymezit. Trendem blízké budoucnosti se měla stát integrace seniorů do společnosti, která však musí být podpořena rozvojem služeb, uspokojujících jejich potřeby“ (Jarošová, 2006, s. 43).

„Je tedy na místě, že lidé, ať už v jakémkoliv věku, kteří z nějakého důvodu ztratili soběstačnost, odcházejí žít do domovů pro seniory či podobných zařízení. Tam by měli najít nový a bezpečný domov, kde budou moci spokojeně žít. Nový domov by měl poskytovat nejen důstojné bydlení a nutnou zdravotní péči, ale také moderní prevenci patologického chátrání, a to jak fyzického, tak duševního. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by vracel smysl a hodnotu. Měl by pomáhat lidem žít, bavit se, mít se na co a z čeho těšit. Měl by napomáhat vyplňovat dlouhé dny, které tráví senioři v mnoha zařízeních nehybně, bez slova, s vyhaslýma očima, odevzdání svému osudu. Čekají jen na jídlo a na léky. Pozornosti se dostává jejich nemocem, avšak ne jim. Nežijí, ale vegetují“ (Rheinwaldová, 1999, s. 10).

V soudobých trendech je důležitá individualita jedince a přístup k němu, vytvoření individuálního plánu péče tak, jak konkrétní klient potřebuje. Každé zařízení by se o člověka mělo postarat tak, jak nejlépe dovede, aby zůstávala zachována důstojnost a hodnota člověka. Změny v myšlení, které nastávají v dnešní době, se snaží přivést na svět zařízení typu rodinného, opouští se od medicínského prostředí. Jde o snahu starat se o člověka jako o složku biologicko-fyziologicko-socio-psychologickou (Vágnerová, 2007).

Dnes jsou vypracovány nové modely obsahu péče, jak zmiňuje Rheinwaldová (1999, s. 12). Ředitelé domovů se snaží podle těchto modelů zaměstnávat i terapeuty, kteří se

starají o volný čas seniorů a mají za úkol je každodenně vytrhnout z pasivity do akce. Je zde komplexní péče o fyzické, mentální a duchovní potřeby.

Bohužel tak jak ve většině oblastí našeho života, je kvalita péče v domovech pro seniory do velké míry závislá na penězích. Proto finančně zajištění senioři si mohou dovolit zaplatit péči na vysoké úrovni. Je tedy nezbytné nezapomínat na to, co bude se mnou, až nebudu schopný se o sebe sám postarat, je nutné být připraven a nebrat věci na lehkou váhu (viz kapitola 3.1.).

2.3 Nejčastější příčiny vzniku imobility seniorů

Pojem **imobilita** znamená ztrátu schopnosti pohybu úzce související s dalším onemocněním. Zde je na místě upřesnit, že mám na mysli především „křehkého geriatrického pacienta“ – „křehkost respektive rizikovost je způsobena jak fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, tak zejména úbytkem svalové hmoty v důsledku dekonvice, úbytku kostní hmoty a sníženou pevností kosti zhoršení mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace,“ jak ve své knize poukazuje Topinková (2005, s. 9). Častou příčinnou imobility seniorů je tzv. **polymorbidita**. Podle Říčana (2004, s. 334) se jedná o současný výskyt více než jedné chronické nemoci. Nejběžnější a nejčetnější je výskyt nemocí, které můžeme označit jako důsledek biologických změn ve stáří a také změny životního stylu většiny seniorů. V důsledku těchto změn dochází nejčastěji k výskytu např. ischemické choroby srdeční, dále diabetu mellithus, osteoporózy či jiného onemocnění kostí a kloubů. Může docházet i k tzv. řetězení chorob, což znamená, že jedno onemocnění je vyvoláno onemocněním předchozím. Topinková (2005, s. 8) uvádí, že podle epidemiologické studií téměř 90% osob nad 75 let trpí jednou či více chronickými chorobami.

Tato onemocnění se obvykle nedají úplně vyléčit, ve většině případů můžeme pouze zmírnit jejich důsledky. Zde uvádím přehled těchto možných onemocnění, která jsou rozdělena podle medicínských diagnóz do 7 skupin zařazených podle závažnosti:

1. Cévní onemocnění mozku

Do této skupiny patří stavy po cévních mozkových příhodách, vaskulární demence a mozková ateroskleróza.

Demence má mnoho forem a vždy se jedná o chronické progredující onemocnění s vysokým invalidizujícím potenciálem a celospolečenským dopadem. v pokročilých

fázích je nutná trvalá pomoc druhé osoby a obvykle i ústavní péče (Topinková, s. 137). Mozková ateroskleróza je cévní onemocnění mozku, které působí jako vyvolávající faktor pádů - podmiňuje nestabilitu v prostoru, poruchy koordinace a chůze, poruchy vnímání, snižuje schopnost rychlé reakce, atd.

2. Stavy po pádech a úrazech

Tato skupina zahrnuje fraktury zejména dolních končetin, pánve a páteře, poranění mozku apod. Kromě funkčního omezení způsobeného frakturou je též důležitým faktorem chronická bolest.

3. Polyartróza

Opět zde platí, že kromě chronické bolesti je též důležitým imobilizačním faktorem funkční omezení způsobené artrózou.

4. Neurodegenerativní onemocnění

Alzheimerova demence, Parkinsonova demence, Pickova Demence, Bingwengerova demence, demence s Lewyho tělísky, Huntingtonova demence, Creutzfeld-Jakobova demence, dále sem patří roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba (není to totéž jako Parkinsonova demence), polyneuropatie v rámci jiných onemocnění např. jako komplikace diabetu.

5. Chronické srdeční selhání

Velice časté právě u seniorů a výrazně snižuje funkční výkonnost organismu, důsledkem tohoto selhání je následná imobilizace.

6. Komplikace spojené s diabetem

Jedná se o neurocirkulační onemocnění dolních končetin a jeho důsledky. Těmi důsledky mohou být zejména chronické rány, nestabilita, postižení zraku a další.

7. Ischemická choroba dolních končetin

Ischemická choroba dolních končetin, je onemocnění, postihující tepny. Průsvit tepen se zužuje a může dojít, až k jejich postupnému uzávěru. Následkem tohoto procesu, je ischemie neboli nedokrevnost, což znamená, že končetina, která se nachází pod tepenným uzávěrem, přestává být zásobována dostatečným množstvím krve a tím tedy i důležitými živinami a kyslíkem. Každá, byť drobná, ranka na postižené noze je vážným

ohrožením, díky špatnému prokrvení se totiž rány nehojí a vznikají tak rozsáhlé defekty. Bohužel, tato fáze může často končit amputací.

Toto jsou ta nejdůležitější onemocnění. Samozřejmě existují další příčiny způsobující imobilitu u seniorů, jako jsou např. psychiatrická onemocnění, stavy po amputacích dolních končetin z různých příčin, revmatoidní artritida a jiná zánětlivá onemocnění kloubů, onemocnění plic (těžké formy chronické obstrukční plicní nemoci), onkologická onemocnění v pozdní fázi, akutní infekční onemocnění apod... Je zřejmé, že každé onemocnění se může stát imobilizujícím, a to především v konečném stádiu onemocnění, kdy jsou pacienti závislí spíše na péči druhých zejména kvůli jiným potížím než je imobilizace (mám na mysli např. neschopnost příjmu potravy a tekutin, bolest, dušnost, poruchy vědomí apod.).

Dlouhodobě nemocní si uvědomují nezvratnost situace a není-li v zařízeních ze strany personálu uplatněn holistický (celostní) přístup s ohledem na člověka jako na bio-psycho-socio-spirituální jednotku, může dojít k pasivitě a rezignaci nemocného, což vede k celkovému zhoršení jeho stavu a postupné ztrátě soběstačnosti.

2.4 Zařízení zdravotní péče o seniory

Pro účely své práce se zaměřím na seniory, jejichž zdravotní stav vykazuje takové trvalé změny, pro které jsou zčásti nebo zcela závislí na pomoci jiných. Jedná se o seniory vyžadující specifické zdravotně – sociální služby, s několika souběžnými chorobami - viz kapitola 2.3, kteří jsou nesoběstační, a proto vyžadují dlouhodobou či trvalou péči.

Pro účely své práce používám pojem senior, tj. osoby starší 60 let, jehož zdravotní stav vykazuje takové trvalé změny, pro které je zcela závislý na druhé osobě. Jednou z možností je dožití v zařízení sociální péče. Každým rokem přibývá počet zcela osamělých seniorů, kteří jsou bezdětní, nebo nemají s dětmi žádný kontakt a jejichž zdravotní stav nevyžaduje sice 24 hodinovou péči lékaře a sester, ale potřebují celodenní dohled, péči a dopomoc. V těchto případech je možný návrat do domácího prostředí pouze u nízkého procenta z nich. Ve své praxi se setkávám s narůstající neochotou rodiny pečovat o svého blízkého.

Jakmile zdravotní obtíže nastanou a senior se dostane do nemocnice, tak je přijímán na lůžko akutní péče (interního oddělení, chirurgického oddělení atd.). Zde je zaléčen, vyšetřován maximálně týden, někdy i kratší dobu, Důvodem jsou finanční náklady nemocnice na tato lůžka. Zjistí-li se příčina akutního onemocnění a je stanovena diagnóza

pacienta, popřípadě došlo ke zvládnutí akutního onemocnění a zároveň nelze očekávat prudkou změnu zdravotního stavu vyžadující akutní lůžkovou péči, lékař hledá možnosti, jak vyřešit následnou péči. Pokud to pacientovi dovoluje zdravotní stav, lékař projedná vše s pacientem, v opačném případě je na místě oslovit pacientovu rodinu.

Zařízení zdravotní péče jsou nemocnice všeobecně, Dnes vzhledem k přibývajícimu stárnutí obyvatel, je obvyklé, že např. na interní oddělení, jsou z 80% k hospitalizaci přijímáni lidé v seniorském věku.

Tlak na uvolnění lůžka je velký, proto kde je třeba doléčit zdravotní stav, bude pacient po domluvě odeslán na lůžko následné péče, jakým je např. Léčebna dlouhodobě nemocných (dále LDN).

LDN jsou zdravotnická zařízení zaměřená především na obor geriatric, o dlouhodobé léčení nemocných se stanovenou diagnózou a s dlouhodobým léčebným plánem. Indikací jsou všechny chorobné stavy, u nichž pacienti nejsou duševně či tělesně soběstační a potřebují pravidelnou lékařskou kontrolu, ošetrovatelskou a základní rehabilitační péči. Přijetí do léčebny se děje na základě žádosti, kterou vypíše lékař oddělení, kde je pacient hospitalizován, nebo přijímán pacient přímo z domu, kdy vyplní žádost jeho praktický lékař. Před přijetím jsou pacienti či jejich rodinní příslušníci, upozorňováni na délku pobytu v zařízení, o délce rozhoduje ošetřující lékař, který určí kdy je zdravotní stav pacienta stabilizovaný - tj. nevyžaduje 24 hodin trvale lékařskou péči. Pokud jeho zdravotní stav vyžaduje pouze ošetrovatelskou péči, a to i u plně imobilního pacienta, je nutné hledat řešení, co dál. Obvykle jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami 3 měsíce pobytu v LDN, ale jsou zdravotní pojišťovny, které hradí jen kratší dobu hospitalizace.

Řešení otázek spojených s následnou péčí o imobilní nesoběstačné pacienty je mimo jiné náplní práce sociálních pracovníků, kteří působí v léčebnách dlouhodobě nemocných. Komunikují především s pacientem a jeho rodinou, poskytují jim odborné poradenství ve volbě mezi různými alternativami sociálních služeb a zařízení. Vzhledem k finanční náročnosti péče o imobilního seniora, je snaha strany zdravotnického zařízení, co nejrychleji vyřešit jeho následnou péči. Sociální pracovníci jsou pak často pod tlakem, kdy kromě hledání nejvhodnějšího řešení následné péče pro imobilního seniora, jsou nuceni zohledňovat i časový aspekt případu.

LDN Polní v Brně je součástí Nemocnice Milosrdných bratří, jejímž zřizovatelem je Magistrát města Brna. LDN Polní je kapacitně největší léčebnou v České republice. Disponuje celkem 243 lůžky z toho LDN Polní -170 lůžek, LDN Červený kopec – 73 lůžek. Za rok 2013 poskytla péči

1 915 pacientům. Je zde režim jako v nemocnici, který zajišťuje nepřetržitě lékařský a ošetrovatelský personál. Formy péče a služeb, které LDN poskytuje (www.nmbrno.cz):

1. Léčebně ošetrovatelská a rehabilitační péče – k obnovení nebo udržení mobility (stavy po úrazech, operacích, amputacích);
2. Dlouhodobá odborná ošetrovatelská péče – nemocní s chronickým onemocněním, hojení ran;
3. Paliativní péče – léčba bolesti a zmírňování příznaků nevléčitelných onemocnění;
4. Gerontopsychiatrická péče;

2.5 Zařízení sociální péče o seniory

Díky onemocněním, snížené pohyblivosti a dalším možným komplikacím, potřebuje většina seniorů pomoc a podporu od někoho druhého. V lepších případech se mohou obrátit s prosbou o pomoc na své nejbližší, avšak ne všichni mají takovou možnost. Naštěstí dnes existují služby pro seniory, které dokážou starému člověku podat pomocnou ruku.

Tuto kapitolu chci věnovat právě těmto službám ze dvou důvodů. Prvním je fakt, že jsem díky svému výzkumu měla možnost navštívit jednu z institucí, poskytující sociální služby seniorům, a strávit v ní nějaký čas. Druhým mým důvodem je skutečnost, že sociální služby pro seniory budou více využívány a tento trend se bude i nadále zvyšovat. Ráda bych také touto kapitolou chtěla poukázat na fakt, že pro starší osoby se sníženou soběstačností není jedinou možností odchod do domova pro seniory.

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,

- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
 - e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
 - f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
 - g) sociální poradenství,
 - h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - i) sociálně terapeutické činnosti,
 - j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
 - k) telefonická krizová pomoc,
 - l) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
 - m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.
- (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

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, zajistím jim důstojné prostředí a zacházení.

Sociální služby je možné dělit také podle místa jejich poskytování:

Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, ve kterém člověk žije – v domácnosti, na pracovišti, ve škole nebo tam, kde tráví volný čas. Příkladem může být pečovatelská služba, osobní asistence či terénní programy.

Ambulantní služby - člověk dochází do specializovaných zařízení, jakými jsou například poradny, denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením nebo kontaktní centra pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách.

Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk žije celoročně. Jedná se především o domovy pro seniory či pro osoby se zdravotním postižením, ale patří sem i také tzv. chráněné bydlení pro osoby se zdravotním postižením či azylové domy pro matky s dětmi nebo osoby bez přístřeší.

Další typy zařízení poskytujících sociální zařízení mohou být následující (zdroj - Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji, 2013)

Domov pro seniory - pobytová sociální služba umožňující prožít důstojný a aktivní život, který vzhledem k věku, zdravotnímu stavu a soběstačnosti uživatelé nemohou nebo nechtějí prožít ve svém domácím prostředí. Kromě ubytování, stravování a pomoci při péči o vlastní osobu, služba podporuje soběstačnost klientů, nabízí sociálně terapeutické, aktivizační činnosti a pomoc při obstarávání osobních záležitostí.

Domov se zvláštním režimem - poskytuje pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám s různými typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění.

Domovy s pečovatelskou službou – jsou kombinací pečovatelských služeb a pobytového zařízení. Jsou určeny pro seniory nebo pro zdravotně postižené osoby, jejichž stav však nevyžaduje komplexní institucionální péči. Klienti se sem umísťují na základě nájemní smlouvy pro konkrétní ubytovací jednotku. Chtěla bych poukázat na praktický problém starobních důchodců žijících v domě s pečovatelskou službou, kteří nemají dořešeno, kam jejich obyvatelé půjdou, když se stanou imobilními seniory a nebudou moci se o sebe postarat. Domy s pečovatelskou službou nejsou nastaveny, aby byly schopny zajistit tyto imobilní seniory. Hodně těchto seniorů pak končí v léčebnách dlouhodobě nemocných, a velice rychle svůj život vzdají, protože nikde je nechtějí v krátké době přijmout. Nikdo s nimi neřeší, co bude dál. Proto si myslím, že jedním z možných řešení, je podmínka podáním žádosti do domova pro seniory při přijetí do domu s pečovatelskou službou.

Odlehčovací služby - služby poskytované osobám, které celodenně pečují o člověka se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

Denní stacionář - ambulantní služby pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním. Základem služby jsou terapeutické, aktivizační a výchovné aktivity s cílem podpory soběstačnosti uživatelů při péči o vlastní osobu a stabilizace či zlepšení kvality jejich života s důrazem na aktivitu a možnost zapojení se do běžného života.

Centrum denních služeb - ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Jedná se o kombinaci služeb, jejichž podstatou je aktivizace uživatelů, podpora fyzické a psychické soběstačnosti a udržení či zlepšení celkové kvality jejich života.

2.6 Zákony a financování péče o imobilní seniory

Uvádím nejdůležitější zákony, viz níže, kterými by měl začít fungovat nový moderní systém sociální práce a sociálních služeb, včetně standardů kvality sociálních služeb. Změny provedené, by měly nastolit prostor pro větší respektování lidských práv, práv seniorů, kteří jsou významnou skupinou uživatelů sociálních služeb. Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění (registrace sociální služby) podle uvedeného zákona.

V rámci legislativní analýzy identifikujeme některé oblasti na pomezí zdravotně - sociální péče, kde legislativa podporuje předpoklady ke spolupráci mezi sociální a zdravotní oblastí. Zákon o dlouhodobé péči – péči, která je charakterizována především potřebou propojených a koordinovaných zdravotních a sociálních služeb, se však zatím stále připravuje (první návrh byl zamítnut), česká legislativa tedy prozatím nemá samostatný zákon, který by upravoval podmínky poskytování služeb na pomezí zdravotně sociální péče.

Pro přehled uvádím, **zákony - sociální péče:**

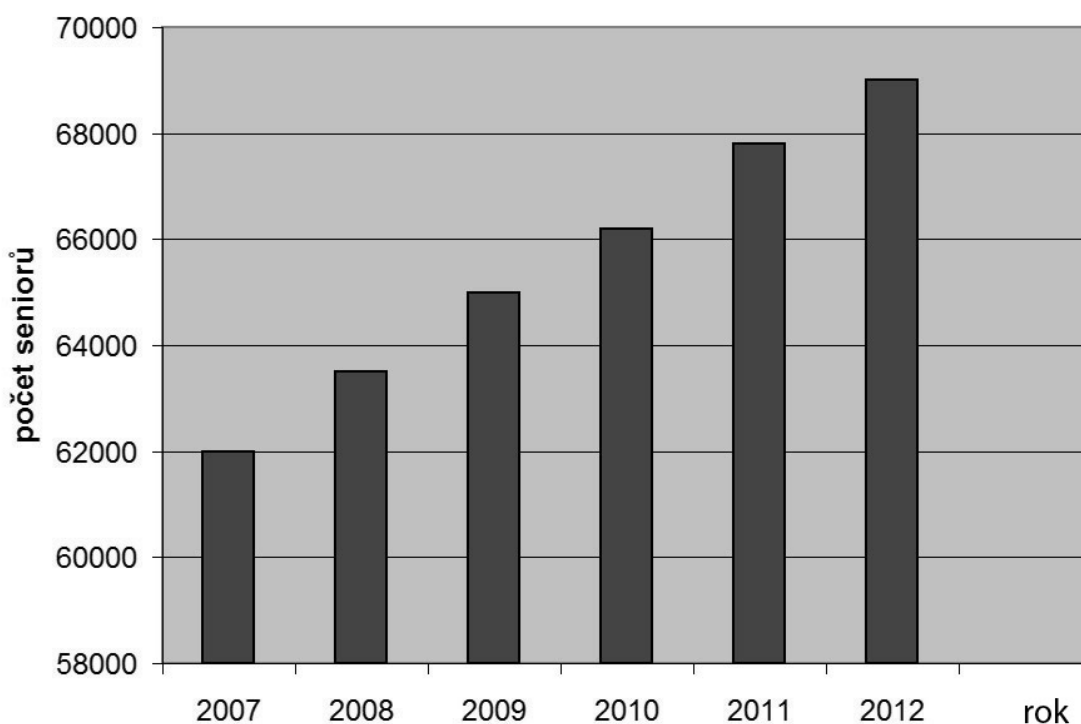
- zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách,
- vyhláška 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- vyhláška 391/2011, kterou se mění vyhláška 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- **zákony - zdravotní péče:**
- zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
- zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních),
- zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- vyhláška 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb,
- vyhláška 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání,

- vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Dvojakost vymezení profesí působících ve zdravotně sociální (dlouhodobé) péči, zejména o imobilní seniory je všeobecně vnímána jako problém, ujednocení zatím je v nedohlednu. Termín dlouhodobé péče je v zahraničí znám.

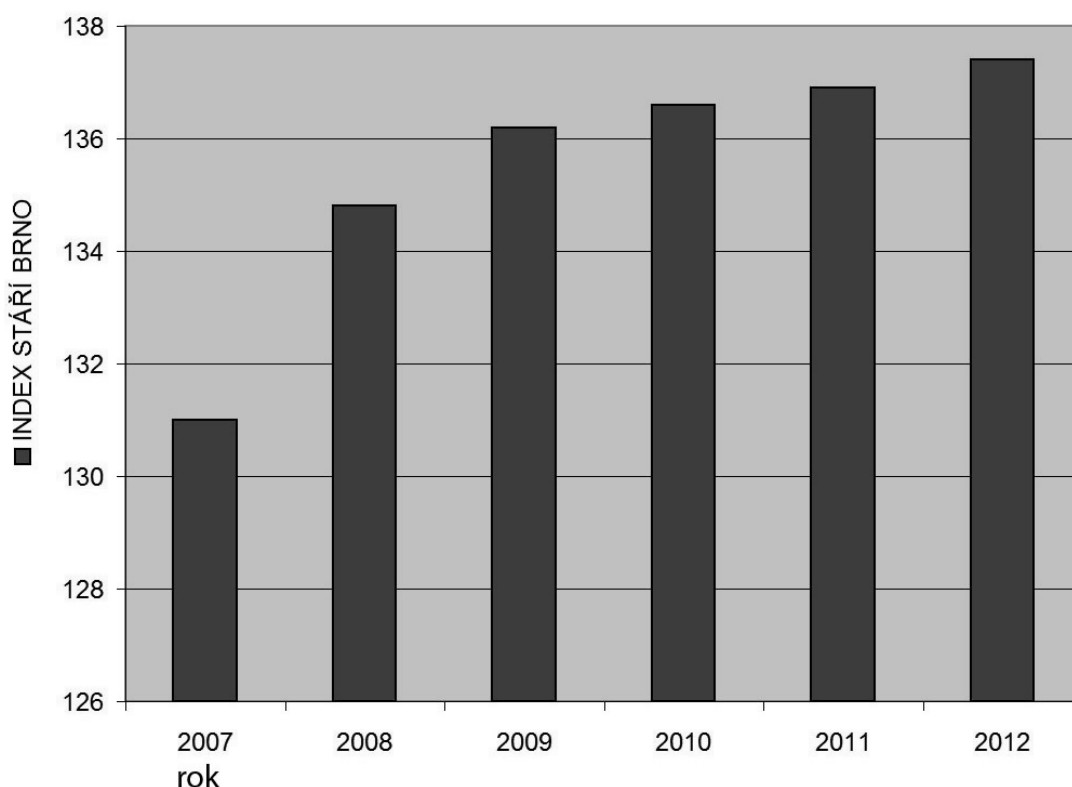
Dle definice OECD je dlouhodobá péče spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci: potřebují pomoc a péči při každodenních sebeobslužných aktivitách pro zajištění důstojného života.

Z dat Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) jasně vyplývá zvyšující se počet osob starších 65 let v městě Brně (obr. 2). Ke dni 31. 12. 2007 byl počet obyvatel starších 65 let v městě Brně roven 61 660, zatímco o pět let později, tj. k datu 31. 12. 2012 činí počet obyvatel starších 65 let sociální skupinu o celkovém počtu 68 730.



Obr. 2 Vývoj počtu seniorů v městě Brně v letech 2007-2012 (zdroj dat ČSÚ – Sčítání lidu, domů a bytů 2011)

Dalším ukazatelem stárnutí obyvatelstva v městě Brně je **index stáří** (obr. 3). Jedná se o ukazatel, který vyjadřuje podíl seniorů (>65 let) k počtu dětí (0-14 let). Je vyjádřen v procentech. Je-li hodnota rovna 50%, tento index vyjadřuje, že je přesně polovina seniorů k celkovému počtu dětí. Je-li index stáří roven hodnotě 100%, znamená to, že je stejný počet seniorů i dětí. Hodnota indexu vyšší než 100% vyjadřuje, o kolik procent je více seniorů než dětí. V městě Brně bylo k 31. 12. 2012 o 37,5% více seniorů než dětí do 14 let.



Obr. 3 Index stáří v městě Brně (zdroj dat ČSÚ – Sčítání lidu, domů a bytů 2011)

Obec zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území. Zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území a spolupracuje s dalšími obcemi, kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám. Obec může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s krajem, poskytovateli sociálních služeb na území obce a za účasti osob, kterým jsou poskytovány sociální služby (Zákon č.108/2006, § 94).

Obecní úřady obcí s rozšířenou působností zajišťují osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci v nezbytném rozsahu, koordinují poskytování sociálních služeb a poskytují odborné sociální poradenství

a zjišťují, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a zprostředkovávají možnost jejich poskytnutí (Zákon č.108/2006, § 92).

Kraj vykonává státní správu v přenesené působnosti a zabezpečuje úkoly veřejné správy ve vlastní působnosti. K tomu přibývají některé další kompetence, protože kraj je pověřen dohledem nad obcemi na jeho území. Krajské úřady vedou evidenci poskytovatelů služeb, kteří mají akreditaci, krajské úřady provádějí pravidelné kontroly v těchto zařízeních. Informace o poskytovatelích sociálních služeb v Jihomoravském kraji lze nalézt na stránkách www.socialnisluzby-jmk.cz. Na tomto internetovém odkazu lze nalézt seznam v přehledně zpracovaném Adresáři poskytovatelů sociálních služeb v Jihomoravském kraji. Poskytovatele lze rovněž vyhledat na stránkách www.mpsv.cz.

Příspěvek na péči - finanční pomoc do státu.

(1) Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

(2) Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních.

Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,

- i) mytí nádobí,
- j) běžný úklid v domácnosti,
- k) péče o prádlo,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

(Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách.)

Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony.

Řízení o příspěvek se koná u obecního úřadu obce s rozšířenou působností.

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v:

- a) **stupni I** (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než čtyřech úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) **stupni II** (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než deseti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- c) **stupni III** (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- d) **stupni IV** (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní

osobu a soběstačnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) Uvádím pouze výši příspěvku pro osoby starší 18 let, který využívají imobilní senioři.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- a) 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.)

Z praxe je známo, že příspěvku na péči se často domáhají i lidé, kteří potřebují jen malou pomoc rodiny, např. donést těžký nákup nebo umýt okna, ale zde by měla být morální povinnost rodiny a ne finanční pomoc státu.

Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře a z výsledku sociálního šetření. Záměrem nového zákona o sociálních službách bylo vytvoření sociálního prostředí, kde by vznikly převážně terénní sociální služby. Ale pravda je opakem. Hlavní dopad na zánik mnoha poskytovatelů terénních sociálních služeb měla a má nová forma poskytování finanční pomoci při péči o nesoběstačné seniory a zdravotně postižené. Setkala jsem se ve své praxi s tím, jak opakovaný měsíční příspěvek na péči je poskytován přímo seniorům a zdravotně postiženým, kteří ho chápou jako přílepení k důchodu, v horším případě ho dávají svým nezaměstnaným dětem apod. a nevyužívají ho pro nákup sociálních služeb.

Mnohdy zase i při domácí péči rodinnými příslušníky, senioři příspěvek na péči v celé výši neposkytují svým pečujícím a ti kolikrát nemají odvahu svým rodičům si o něj říci. Poskytováním příspěvku na péči dochází k diskriminaci terénních sociálních služeb, v pobytových sociálních zařízeních v plné výši náleží tento příspěvek na péči sociálnímu zařízení, ale u terénních sociálních služeb a u poskytování rodinné péče jde zpět do sociální sféry jen nepatrná část tohoto příspěvku.

Jednotlivá ustanovení nového zákona by měla eliminovat nekvalitní péči a špatné zacházení se seniory ze strany poskytovatelů sociálních služeb. Měl být spuštěn systém kontroly spočívající v pravidelných opakovaných šetřeních v domácnostech či soukromých zařízeních, které nemají akreditaci. To se zatím děje velice málo, spíše na upozornění nespokojených rodinných příslušníků.

Vočka a Köttnerová polemizují o neexistenci alternativy k domovům pro seniory, zde je poukázáno i na absenci dalších alternativ, které by senioři i jejich pečující rodiny přivítaly. Zaujala mne rovněž polemika, zda by nebylo vhodné do zákoníku práce ukotvit institut tzv. "pečovatelské dovolené", jako analogie k rodičovské dovolené v případech, kdy osoba blízká pečuje o převážně či úplně imobilního seniora. Je to způsob motivace pro rodinné příslušníky, aby o seniory pečovali doma, a tímto příspěvkem by mohli mít zajištěno, že se po stanovenou dobu budou starat a neměli by přijít o zaměstnání. Rovněž autoři této myšlenky: ... "považuji za důležité posilovat úlohu rodiny s ohledem na stárnutí populace. Úloha rodin poroste s ohledem na demografický vývoj, ale bude potřeba k tomu určitých nástrojů, které napomohou rodině a napomohou samotným seniorům" (Sociální práce 2004, s. 2).

3 STÁTNÍ A SOUKROMÁ ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ PÉČI O IMOBILNÍ SENIORY V MĚSTĚ BRNĚ

Přibývá soukromých zařízení, která ale obvykle nemají akreditaci a svoje služby nabízejí jako ubytovací zařízení, kde jsou schopny se postarat o imobilní pacienty. Soukromá zařízení obvykle preferují pacienty s co nejvyšším příspěvkem na péči, pokud ho senior nemá vyřízený, je nucena rodina jej doplácet do doby, než mu je přiznán. V městě Brně je v roce 2014 celkem 8 neregistrovaných zařízení, která se velmi se liší kvalitou poskytovaných služeb. Některá zařízení (podotýkám, že ne každé zařízení) nemají dostatek personálu, pacienti nedostávají léky v daném čase tak, jak je předepsáno lékařem, apod. Příbuzní si často stěžují, že v zařízení tohoto typu jde hlavně o finanční zisk. Rodinným příslušníkům však někdy nezbyvá jiná možnost, než tato zařízení využít, obvykle je to přestupní stanice předtím, než se dostanou do státního domova pro seniory.

V městě Brně fungují následující zařízení poskytující péči o imobilní seniory:

Ke státním zařízením patří domovy pro seniory. V městě Brně mělo v roce 2014 registraci poskytovatelů sociální služeb a mělo možnost získat státní dotace na poskytovanou péči celkem 16 takových zařízení, (celkový přehled v P4).

Domovy pro seniory jsou určeny pro osoby, které pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, která jim nemůže být poskytnuta rodinnými příslušníky ani pečovatelskou službou v jejich domácím prostředí. Jakmile však stav klientů vyžaduje léčení a ošetřování ve zdravotnickém zařízení, jsou odsud převezeni do nemocnice. Tento typ zařízení poskytuje občanům ubytování, stravování, úklid, zdravotní péči, rehabilitaci. Dále zajišťuje svým klientům rekreační a kulturní péči. Nevýhodou domova pro seniory je fakt, že odběr služeb je zde většinou povinný a tím může dojít k potlačení skutečných potřeb klienta nebo k tomu, že některé služby budou poskytovány klientům, kteří je v podstatě nepotřebují (viz kapitole 3.3).

Dalším zařízením jsou **domovy se zvláštním režimem**, které poskytují pobytové sociální služby osobám, se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám s některým typem demencí, jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních je uzpůsoben potřebám těchto osob. Mezi základní činnosti, které tato služba obsahuje, patří: poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně

terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Odlehčovací služby - služby poskytované osobám, které celodenně pečují o člověka se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. O tato zařízení je velký zájem, protože jsou schopna se postarat o imobilního seniora i dlouhodoběji. Nutná je rezervace dlouho dopředu, např. z důvodu plánované dovolené nebo např. hospitalizace pečující osoby. Tato zařízení předpokládají, že se senior zpět vrátí do domácího prostředí, pokud to jeho zdravotní stav umožní. V městě Brně bylo v roce 2014 celkem 7 takových zařízení. Jedná se buď o církevní instituce, nebo o soukromá zařízení. Tento počet je zcela nedostačující.

O plně imobilního seniora jsou schopna se postarat i zařízení **hospicové péče**. Jedná se o komplexní specializovanou péči o nemocné s nevléčitelným onemocněním v progredující fázi nebo o nemocné v terminální fázi života, zejména se jedná o paliativní péči. V městě Brně je pouze jeden hospic s kapacitou 24 lůžek. Toto zařízení provozuje i mobilní hospic. Mobilní hospic poskytuje domácí hospicovou péči, která vychází vstřícně z přání nevléčitelně nemocných lidí strávit konec svého života v domácím prostředí obklopený rodinou a známými navzdory nepříznivému zdravotnímu stavu. Jedním z nejdůležitějších aspektů je zachování lidské důstojnosti umírajícího člověka. Hlavním předpokladem je fungující rodinné zázemí. Členové rodiny s pracovníky domácí hospicové péče vytváří sehraný tým, ve kterém panuje vzájemná důvěra a pochopení.

3.1 Možnosti následné péče o imobilního seniora po skončení hospitalizace

Jednou z možností je návrat imobilního seniora zpět do domácího prostředí.

Domnívám se, že při zahájení péče o nemocného seniora by mělo být vyhledání služby sociálního poradenství zpravidla prvním krokem, který pečující osoby učiní. Důležitou roli zde hrají ošetřující lékaři, kteří mohou pečujícího nasměrovat např. k sociální pracovníci. Před odchodem imobilního pacienta z nemocničního zařízení je nutné, aby měl zajištěnu pomoc pro svoji osobu.

Pokud má pacient rodinu, která se zaváže, že bude se starat o imobilního seniora, bylo by dobré, aby jim sociální pracovnice dala informace, např. kdy a kam si jít vyřídit příspěvek na péči, kde si vypůjčit pomůcky. Popřípadě, jaký lékař může předepsat kompenzační pomůcky obvykle je to polohovací postel, která dnes ulehčí práci pečující osobě, dále

zajistit praktického lékaře, který je ochoten popřípadě zajít do domácnosti, dobré jsou kontakty na domácí hospicovou péči, která je schopna nabídnout terénní sestru, popřípadě lékaře.

Sociální pracovníce by měla rodinu nejen povzbudit v této mnohdy náročné péči, ale také jí dodat ubezpečení, že vždy je zde při nezvládnutí situace v domácím prostředí možnost přijetí do nemocničního zařízení, obvykle na lůžko léčebny dlouhodobě nemocných.

Ve své praxi jsem se setkala s imobilními seniory, kteří přestože neměli rodinné zázemí, tak trvali na odchodu do své domácnosti. Pokud ošetřující lékaři uznali, že nelze zabránit pacientovi v jeho rozhodnutí, bylo důležité zabezpečit nejméně dva poskytovatele pečovatelské služby, aby byla doba 24 hodin pokryta co nejvíce. V takových případech je nutné upozornit seniory na to, že pro jejich bezpečnost je třeba zaplatit 24 hodinovou péči pečovatele (sazba na hodinu se pohybuje v rozmezí 80-120 Kč), je to odlišné dle individuální dohody. Konkrétně státní pečovatelská služba v Brně dnes není schopna zajistit tuto péči, proto je nutné, aby senior využil kombinaci s jinou organizací, která nabízí možnosti terénních pečovatelů. Povinností sociálních pracovníků je také telefonicky domluvit pečovatelku, která by zašla za seniorem před jeho propuštěním z ošetření a domluvila se na následné péči o něj a jeho domácnost.

Další možností je odchod seniora do některého sociálního zařízení. Lze je dělit na typy přechodné nebo trvalé, k trvalému typu blíže viz kapitola 3.4.

3.2 Péče o imobilního seniora v domácím prostředí

Ztráta soběstačnosti, nemožnost sebeobsluhy v těch triviálních a přesto v nejdůležitějších věcech člověk degraduje. „Můj otec, moje matka, ti kteří byli vždy nade mnou, kteří dlouhá léta znali víc než já, věděli si se vším rady, byli mi příkladem, potřebují teď pomoc v elementární úrovni" (Haškovcová 1992, s. 244).

Tato kapitola by se dala i uvést - „všude dobře, doma nejlépe“, ale i zde je třeba mít na paměti, že vše je individuální a hrají zde významnou roli možnosti rodinné zázemí seniora. Je třeba brát v potaz také rodiny dysfunkční, postižené rozvodem manželství, kdy stárnoucí osamělý rodič, který od rodiny dříve odešel, zůstává zpravidla bez pomoci dětí. Toto může působit jako optický klam, že moderní rodina je necitlivá k seniorům. Podle zjištění sociologických výzkumů však bývá uspokojováno 70-80 % opodstatněných potřeb nemocných seniorů" (Haškovcová 2002).

Další sociologická šetření uvádějí, že převládá odmítavý postoj ke společnému soužití, mladí a staří chtějí žít samostatně, ale v blízkosti, aby si mohli v případě potřeby pomoci.

První formou pomoci je pobyt v domácím prostředí, které senior důvěrně zná, kde se cítí dobře a přirozeně. Prostor, kde často prožil nejdelší část svého života, z něhož nebude vytržen, a nezbytnou pomoc mu poskytne rodina, přátelé, známí, příp. pečovatelská služba nebo agentura domácí péče.

Pozitiva v péči o seniory v domácím prostředí, jak uvádí Sýkorová (2007) jsou:

- posilování vzájemných vazeb - blízký kontakt s rodinou, komunitou ve které žije;
- společné sdílení a pocit sounáležitosti - společně sdílet radosti i starosti jde lépe v rodinném kruhu, kde se navzájem všichni znají a pochopí vzniklou událost;
- respektuje integritu člověka, individuální vnímání kvality života;
- blahodárně působí na psychiku seniora vlivem domácího prostředí a vlivem přítomnosti blízkých osob;
- ovlivňuje (posiluje) imunitní systém seniora vlivem domácího prostředí;
- hraje nezastupitelnou roli v procesu uzdravování;
- zmírňuje negativní vliv doprovodných psychických symptomů;
- eliminuje nosokomiální nákazy (kapénkové infekce) vznikající s pobytem v zdravotnických zařízeních,

Nejčastějšími bariérami v péči o rodinné příslušníky jsou:

- geografická vzdálenost;
- povinnost ke členům vlastní rodiny;
- pracovní povinnosti;
- nekvalitní interpersonální vztahy rodičů a dospělých dětí;
- nedostatečné kompetence dítěte péči poskytnout,

Objektivními ukazateli této péče jsou čas, fyzická práce (často velmi namáhavá), finanční náklady, ztráta soukromí, omezení zábavy, koníčků, cestování. Uvedené ukazatele zpravidla zajišťuje jeden člen rodiny, a v naprosté většině jsou to ženy (Tošnerová, 2001). Péče vyžaduje od pečující osoby pravidelnost, vytrvalost, obětavost a odpovědnost. Je to práce časově náročná a je charakterizována péčí 24 hodin denně. Jsou to neustále stejné aktivity, které se opakují, jde o tzv. monotónní práci, pokud tedy pečující vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby. Náročnost spočívá především v intimní péči o seniora, osobní hygieně, krmení, podávání léků.

K tomu, aby pečující osoba mohla dál poskytovat péči v přirozeném prostředí nemocného seniora, je třeba nalézt odpovídající formy pomoci. Je třeba také myslet sám na sebe a naplňovat své oprávněné potřeby.

Ne všichni jsou však schopni zvládnout péči o imobilního seniora a často, ze dne na den, kdy se mění jejich rodinná situace, jsou postaveni před nelehké rozhodnutí, které nelze odkládat, a je třeba je učinit. Proto si kladou otázky: Zůstat doma a stát se pečovatelem na plný úvazek? Jak se to dělá? Co takové rozhodnutí obnáší? Naučím se to? Zvládnu to? Jak to bude s příjmem, kolik peněz dostanu? S těmito a mnohými dalšími otázkami rodinní příslušníci přicházejí a hledají pomoc, hlavně u sociálních pracovníků, které by jim měly dát potřebné informace.

Ve své praxi jsem se setkávala i s pečujícími, kteří pečovali doma delší dobu o svého nemocného plně imobilního seniora, a nebyl nikdo, kdo by je z rodiny vystřídal v případě nemoci pečujícího, nebo jeho možnosti si dopřát odpočinek a někam odjet na dovolenou apod.

Roli laického pečovatele považují za stále nedoceněnou, málokdy se o těchto lidech mluví, jejich často neviditelná každodenní práce není v naší společnosti doceněna. Domnívám se, že je třeba stále hledat nové formy pomoci, jednou z nich jsou již výše uvedené odlehčovací služby.

V případě vzniku nepředvídatelné události (náhlá hospitalizace pečujícího v nemocnici, úmrtí pečující osoby apod.) fakticky nelze zajistit péči, čekací lhůty jsou dlouhé a příslušné organizace nemohou na vzniklou situaci pružně reagovat.

Důsledky demografického stárnutí se dotýkají všech sfér sociálního a ekonomického vývoje. Promítají se též do postavení seniorů ve společnosti i do sféry soukromé, do mezigeneračních vztahů a vztahů uvnitř rodiny.

Mezigenerační soužití je dnes minulostí. Většina rodičů současných čtyřicátníků a padesátníků žije samostatně ve svých domácnostech. Jen 13% Čechů žije v tomto věku se svými rodiči a pouze 7 % uvažuje, že se v důchodovém věku nastěhuje ke svým dětem. Soužití více generací je v dnešní době překonané a z naší společnosti se bohužel začíná vytrácet i mezigenerační solidarita.

Situace, kdy stárnoucí rodič není schopen se sám o sebe postarat, je nesoběstačný, je zátěžovou skutečností pro rodinu a zkouškou kvality vztahu potomek a senior. Senioři

nechtějí své potomky obtěžovat a komplikovat jim život. Přesto senioři jednoznačně preferují pobyt v domácím prostředí, ale u rodinných příslušníků už to tak jednoznačné není. Domácností, kde žije více generací, je daleko více na vesnicích v rodinných domech a je tady i větší mezigenerační solidarita.

Přestože by rodina chtěla zabezpečit péči o nesoběstačného seniora v domácím prostředí, není na tuto situaci připravena a to přináší nové problémy. Chybí často finance i zkušenosti s péčí v takové míře, aby byla kvalitní. Chybou také je, že se o situaci v rodině nemluví a problémy se řeší, až nastanou. Péče o seniora se tak stává pro rodinu přítěží a společně s problémy, kterými jsou např. časová náročnost péče, nezvládnutí potřebné odborné péče a omezení zaměstnání, případně ztráta zaměstnání, Toto vše má za následek umístění seniora do pobytového zařízení.

Zde bych chtěla zdůraznit, že velkým problémem je délka vyřízení příspěvku na péči. Např. v městě Brně se na vyřízení toho příspěvku čeká 1/2 až 3/4 roku. Pokud nemá rodina či senior úspory, z kterých by mohla být financována pečující osoba, popřípadě zapůjčení pomůcek a další nákup pomůcek, které usnadní péči - patří sem různé hygienické prostředky dnes již na trhu běžně dostupné ve zdravotnických potřebách, tak není možné, aby byl senior schopen být v domácím prostředí bez komplikací, jako jsou např. proleženiny. Někdy nelze dosáhnout toho, aby pečovatel opustil zaměstnání, a proto si najme namísto sebe jinou osobu, která zajistí potřebnou péči za něj v době jeho nepřítomnosti.

Dnes se již mluví i v médiích o potřebě, vyškolení laické veřejnosti k pečování o své blízké, proto např. středisko Diakonie v Brně pořádá kurzy pro laické pečovatele. Zde si pečující vyměňují názory a rady, jak zvládnout péči o blízkou osobu. Diakonie zahájila provoz bezplatné telefonické poradny v rámci rozsáhlého projektu na podporu rodinných pečujících s názvem PEČUJ DOMA. Projekt je svého druhu v českém prostředí ojedinělý, probíhá celostátně a dlouhodobě pod oficiálním názvem „Pomáháme pečovat“. Cílem projektu je komplexně podpořit laické rodinné pečovatele, kteří se starají zejména o seniory, prostřednictvím propojených informačních, poradenských a vzdělávacích činností. Každý z nás se ocitl v životě v situaci, na kterou nebyl dost připravený: nemoc rodičů, prarodičů apod, Jak se postarat o příbuzného, který je nyní doma z nemocnice, a my musíme do práce? Tyto a podobné otazníky řeší nejnovější vzdělávací projekt Diakonie Českobratrské církve evangelické (www.pecujdoma.cz).

Podle bývalého ředitele Diakonie ČCE Davida Šourka, je u nás domácí pečování rozšířeno více, než bychom čekali: „V ČR je podle neoficiálních údajů 200 000 lidí pečujících dlouhodobě a dalších 200 000 pečuje krátkodobě. K poskytování dobré péče potřebují přirozeně i sami pečující podporu, kterou se jim snažíme jako velká organizace s celostátní působností nabídnout“ (www.pecujici.cz). Pro nejširší veřejnost byl spuštěn nový webový portál www.pecujdoma.cz, který nabízí aktuální informace, rady a návody pro pečování a ošetřování. Uživatelé tu mají možnost využít elektronické poradenství či se inspirovat zdejší moderovanou diskusí, stahovat si konkrétní návody, vzory smluv a postupy pro sociálně právní úkony a podobně. v nabídce jsou rovněž Pokyny pro začínající pečovatele, tedy výčet stěžejních kroků a úkonů pro ty, kdo se rozhodli postarat o své blízké v domácím prostředí a jsou začátečníky.

3.3 Umístění imobilního seniora do domova pro seniory Kociánka

Nejprve bych chtěla popsat obecně přijetí do domova pro seniory, pak konkrétně popsat domov pro seniory Kociánka, který jsem si vybrala pro názorný příklad.

Umístění rodiče, prarodiče nebo jiného příbuzného do instituce, která se tak pro něho stává novým domovem, je v mnoha ohledech stresující jak pro seniora, tak pro rodinné pečovatele a to i přesto, že ve většině případů jde o poslední možné východisko. To může vést až ke zhoršení zdravotního a duševního stavu (Jeřábek 2005).

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.: „pobytové služby poskytované v domovech pro seniory hradí osoba úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu. Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví prováděcí právní předpis. Po úhradě za ubytování a stravu musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu.“

Služba je určena zejména pro seniory v těchto kategoriích:

- mladší senioři (65-80 let),
- starší senioři (nad 80 let).

V městě Brně nejsou domovy pro seniory, které by přijímaly mladší klienty, výjimky se dělají, ale nejsou obvyklé.

Služba v domovech pro seniory se poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu seniorského věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou podporu

a pomoc jiné fyzické osoby. Péči a služby v domovech po seniory zajišťuje ošetrovatelský a zdravotnický personál, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách.

Do domova seniorů se dostane člověk na základě vyplněné žádosti, do které musí doplnit praktický lékař lékařské vyjádření. Žádosti jsou sice řazeny a řešeny podle data přijetí, ale z vlastní zkušenosti vím, že není vždy rozhodující délka podané žádosti. Dalším rozhodujícím kritériem je přiznání příspěvku na péči, který vyjadřuje stupeň závislosti člověka na pravidelné pomoci druhé osoby. Příspěvek na péči zůstává celý pečujícímu zařízení.

Pokud má senior v diagnóze demenci, byť jen nepatrnou formu, tak musí podle být jeho žádost zařazen do domova se zvláštním režimem, který má bohužel mnohem méně lůžek, než klasický domov pro seniory.

Domov pro seniory Kociánka:

- objekt Kociánka: adresa Kociánka 1/8, Sadová, Brno, Královo Pole- kapacita 329 lůžek - pro domov seniorů, 58 lůžek pro domov se zvláštním režimem (1 jednolůžkový pokoj a 164 dvoulůžkových pokojů);
- objekt Štefánikova: adresa Štefánkova 54, Brno, Královo Pole - kapacita 58 lůžek (pokoje dvou a více lůžkové).

Pokoje jsou vybaveny nábytkem příspěvkové organizace a z důvodu velikosti je nelze doplňovat vlastním nábytkem. Na každém pokoji je hygienický kout s umyvadlem. Koupelny s vanou, sprchovým koutem a WC jsou společné na chodbě vždy pro více pokojů.

Služby v obou objektech jsou specificky odborně zaměřeny na ošetrovatelsko-zdravotnickou péči o klienty se sníženou mobilitou. Personál je speciálně vyškolen pro tuto práci. Domov pro seniory podporuje kvalitní a důstojný život seniorů ve stáří. Služba je poskytována odborně a bezpečně, vychází z individuálních potřeb uživatelů a podporuje je v zachování a rozvíjení soběstačnosti a nezávislosti.

Nabízení sociální služby si vytváří každý domov pro seniory na základě stanovených standardů sociálních služeb. Domov pro seniory Kociánka a Štefánikova zajišťuje tyto služby:

- ubytování a celodenní stravování

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu oblékání, svlékání, přesun na lůžko apod.
- nepřetržitou ošetrovatelskou péči
- asistence a pomoc při osobní hygieně
- úklid, praní prádla, žehlení a drobné opravy prádla
- zprostředkování kontaktů se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti (zabezpečení kontaktu se společenským prostředím, podpora duchovních, psychických, sociálních a společenských potřeb)
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí
- léčebná rehabilitační péči
- zajištění léků z lékárny
- podpora dobrovolníků

Cílová skupina

Služba se poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu seniorského věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou podporu a pomoc jiné fyzické osoby.

Služby nemohou být poskytovány uživatelům:

- zdravotní stav osoby vyžaduje poskytování akutní zdravotní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení
- osoba z důvodu infekční nemoci není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb
- osoba může ohrozit, popřípadě ohrožuje sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc, závislost na návykových látkách nebo chybění sociálních návyků
- chování osoby by narušovalo kolektivní soužití, a to zejména z důvodu duševní nemoci
- osoba se středním stupněm mentální retardace a osoba těžkým stupněm mentální retardace

Dá se říci, že v Domově pro seniory Kociánka a Štefánikova je nabídka sociálních služeb poměrně pestrá, přesto se lze domnívat, že je možné tuto nabídku do budoucna rozšířit na základě nových poznatků a možností, aby současná tendence zkvalitňování sociálních

služeb nebyla jen prázdnou frází. Klientům celého domova pro seniory je také k dispozici kadeřnictví, knihovna, kosmetika či pedikúra. Každoročně jsou pořádány výlety, je zde několik zájmových kroužků – pletací, modelářský, rukodělný, pletařský, relaxační cvičení, muzikoterapie a jiné. v jídelně a v hlavní budově se konají kulturní akce. v okolí domova je upravený park a zahrada. V domově pro seniory jsou přítomny sociální pracovníce, které jsem několikrát měla možnost navštívit a poznat jejich práci. Sociální pracovníce v domově seniorů Kociánka zabezpečuje především základní sociální agendu, řeší sociálně právní problémy obyvatel, spolupracuje s ředitelem, lékařem a hlavní sestrou domova. V současné době evidují přes 900 žádostí, z toho je 400 aktuálně akutních žádostí o přijetí do Domova pro seniory Kociánka. Jejich počet každý rok narůstá.

Domov se zvláštním režimem Kociánka

Domovy se zvláštním režimem Kociánka poskytují celoroční pobytovou sociální službu obdobně jako domov pro seniory, liší se pouze ve vytváření specifických podmínek zohledňujících zvláštní potřeby osob s duševními nemocemi. Dle zákona o sociálních službách (§ 78 zákona č. 108/2006 Sb.) „je poskytována služba osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ Základem péče o seniory s demencí je pozitivní interpersonální přístup.

Péče o seniora v jednotlivých fázích demence doprovázenými poruchami kognitivních funkcí, poruchami chování a emocí vyžaduje zajištění odpovídajícího prostředí domova se zvláštním režimem, vhodnou aktivizaci s důrazem na individuální a podpůrný přístup podle individuálních potřeb seniora. Vytvoření pocitu jistoty a bezpečí patří k hlavním potřebám seniora, který „se ztrácí i sám sobě a nerozumí tomu, co se kolem něho a s ním děje“ (Vašatková 2008, s. 59).

V zařízení je klientům zajištěna zdravotní i ošetrovatelská péče. Je zde denně k dispozici lékař. Další odborní lékaři jsou v obvodu. Personálu je zde více. Klientům jsou poskytovány komplexní služby – stejně jako v domově pro seniory.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM MOŽNOSTÍ NÁSLEDNÉ PÉČE O IMOBILNÍ SENIORY V MĚSTĚ BRNĚ

Touto prací jsem usilovala především o to, poukázat na možnosti péče o imobilní seniory v městě Brně. Ve fázi přípravy svého šetření jsem si položila základní výzkumnou otázku:

Jaké možnosti následné péče má imobilní senior v městě Brně? Tuto otázku jsem po prvních rozhovorech s účastníky šetření rozšířila o tři dílčí výzkumné otázky:

1. Co je hlavním důvodem odchodu seniora z domácího prostředí?
2. Kdy respondenti začali uvažovat nad možností, že jejich zdravotní stav neumožní návrat do domácího prostředí?
3. Jaký vliv má na rozhodnutí, kdo se postará o seniora v případě imobility, jeho rodinné zázemí?

Dále jsem měla připraveny doplňující otázky:

- Staral(a) jste se o rodiče, když se jejich zdravotní stav zhoršil a potřebovali oni sami péči?
- Měl(a) jste vlastní děti? Pokud ano, jaký vztah s nimi máte?
- Využíval(a) jste pomoc rodiny, popřípadě pečovatelské služby, než jste se dostal(a) do nemocnice?
- Máte vyřízený příspěvek na péči, popř. v jaké výši? Jaký další máte příjem?
- Máte podanou žádost do domova pro seniory?
- Kam by bylo Vaše přání jít, po propuštění z nemocnice, LDN?
- Co Vás v životě nejvíc trápí, co by se dalo zlepšit?

4.1 Výzkumný problém

Výzkumný vzorek představují 4 respondenti Léčebny dlouhodobě nemocných v Brně (viz kapitola 2.4), kteří byli vybráni pomocí záměrného výběru. Protože jsem daný výzkum realizovala v instituci, ve které jsem tři roky pracovala, respondenty jsem si vyhledala sama. Budoucí účastníky jsem vybrala na základě dvou zvolených kritérií. Prvním kritériem byl věk. Podle světové zdravotnické organizace (WHO) začíná období stáří ve věku 60 let (viz výše), proto jsem si nejnižší možný věk respondentů stanovila na 60 let.

Dalším kritériem pro mě byl zdravotní stav klientů. Vybrala jsem si seniory imobilní, závislé na péči personálu.

Vybraní respondenti byli ve věku 63 až 75 let. Genderové zastoupení obou pohlaví je v mém výzkumu vyrovnané a zúčastnili se ho tedy 2 ženy a 2 muži. Zdravotní stav zúčastněných odpovídal mým požadavkům.

Dále se v kapitole již věnuji samotné analýze získaných dat, a to na základě výše popsané metodologie. V textu používám citace respondentů, které jsem odlišila kurzívou a pro zachování anonymity respondentů je označuji fiktivními jmény.

4.2 Volba metodologie

Zvolila jsem si kvalitativní výzkum, ve kterém je snaha porozumět lidem v sociálních situacích, (Disman, 2006, s. 289). Jeho cílem je získat mnoho informací o velmi malém počtu jedinců, i když jeho závěry mají nízkou reliabilitu, ale potencionálně vysokou validitu.

„Další výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případu. Nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že výzkumník pracuje pouze s omezeným počtem jedinců a obvykle na jednom místě. Vznikají tak obtíže se zobecňováním, neboť se vždy jedná o zkoumání konkrétního případu, problému nebo oblasti“ (Hendel, 2005).

Tato metoda mi umožnila získat hlubší znalost o životě dotazovaných respondentů a lépe porozumět vybranému problému v celé jeho šíři. Také jsem cítila, že práce se seniory vyžaduje větší angažovanost, a že mě tak i více obohatí právě kvalitativní přístup. Výzkumný rozhovor můžeme rozčlenit podle aktivity tazatele a respondenta:

„Od nízké aktivity tazatele a vysoké aktivity respondenta v nestrukturovaném rozhovoru k vysoké aktivitě tazatele a nízké aktivitě respondenta ve strukturovaném rozhovoru.“ (Tišlavský, 2003, s. 71)

Výzkum byl prováděn formou polostrukturovaného rozhovoru, kdy tazatel zná nejen téma rozhovoru, ale má také přichystaný seznam otázek v určitém pořadí. Tyto otázky mají vždy stejnou formulaci. Způsob odpovědi však ještě do značné míry ovlivňují samotní respondenti, byly proto použity i doplňující otázky.

Ve všech 4 případech proběhl rozhovor v nemocničním prostředí LDN, Nemocnice Milosrdných Bratří. Pokud měl respondent příbuzné, tak jsem se s jeho dovořením setkala i s nimi. Dalším zdrojem informací byl pohovor s jeho ošetřujícím lékařem, popřípadě

i s dalším zdravotnickým personálem. Schůzky jsem si s respondenty domluvila na stanovený termín, rozhovory jsem si po jejich svolení nahrávala na diktafon, pak následně zpracovávala. Všichni respondenti souhlasili s nahráváním, každý z nich dostal informační dopis (P1).

Každý rozhovor mi zabral 3 a více hodin. v rozhovorech jsem hledala odpověď na dílčí výzkumné

otázky, na otázky v návodu k rozhovoru včetně podotázek. Při realizaci výzkumu jsem tyto 4 respondenty navštívila 3x, vytvořil se mezi námi důvěrný vztah, který si vysvětluji tím, že jsem na ně měla čas a nezasahovala jsem do jejich vyprávění, neodsuzovala jsem jejich počínání a byla jsem nestranný pozorovatel jejich životního příběhu. Pro zachování anonymity respondentů jsem změnila jejich jména.

Technika, kterou jsem použila pro sběr dat, je případová studie. Případová studie detailně popisuje nebo rozebírá jeden nebo několik málo případů z praxe. Jedná se o zkoumání předem zvoleného jevu, v rámci jeho reálného kontextu. Případová studie má primárně deskriptivní cíl: usiluje o zachycení složitosti případu, jeho komplexnosti, popisuje vztahy v jejich celistvosti. Může však být i explanační: odhalit skryté souvislosti a vysvětlit příčiny konkrétních jevů. Podstatou případové studie je předpoklad, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.

V případové studii lze k vysvětlení jevů, na něž se zaměřuje, využívat různých vědeckých metod (interview, studium dokumentů, statistická data, apod.) a jejich výsledků; není to však její hlavní cíl. Tyto studie jsou praktickým příspěvkem k danému tématu, jejich zpracování je založeno spíše na zkušenosti než na analýze či aplikaci nějaké teorie a využívají především základních postupů: interview (rozhovor), který se zpravidla váže k určité události a v němž se tazatel snaží svými dotazy stále udržet dotazovaného u stěžejního tématu. Dá se říct, že respondent je přímo vyzýván a podporován k samostatnému vyprávění o jeho životním osudu.

Již při počáteční představě o svém výzkumu jsem měla jasno v tom, že od respondentů nebudu chtít pouze popis událostí, které bezprostředně předcházely nutnosti pobytu v nemocnici, respektive v léčebně dlouhodobě nemocných, budu se snažit zaměřit na celý jejich život. Rozhodla jsem se tak na základě nutnosti získat co nejkomplexnější popis života jednotlivých respondentů.

Měla jsem k dispozici zdravotnickou dokumentaci, která mně byla poskytnuta, pro ověření správnosti diagnóz, které respondenti uváděli. Dále jsem měla možnost se setkat s jejich rodinnými příslušníky a některé potřebné otázky jsem si nechala i od nich zodpovědět, aby můj výzkum byl podloženější.

Otázky nabyly pokládány v přesném pořadí, ale podle toho jak byl respondent ochoten na ně odpovídat, nechtěla jsem, aby na respondenty bylo naléháno.

4.3 Cíl šetření

Cílem výzkumu, je zjištění - když nastane situace a senior se stane imobilní, předpokládá se, že bude potřebovat dlouhodobou plnou péči, má v městě Brně možnosti výběru? Má možnost se svobodně rozhodnout, jak bude o něj postaráno? Kdo na tom bude lépe? Ten, kdo budoucnost svého bytí i jako nepohyblivého se člověka, nechce řešit, nechce si připustit, že tato situace může nastat? Nebo bude na tom lépe ten, kdo počítá i s tím, že bude muset jednou finančně přispět a zaplatit si pečovatele, možná i na 24 hodin? Budu mít na to dost peněz? Jakou roli zde hraje rodina? Mají lepší postavení senioři, kteří vědí, že je rodina neopustí a bude respektovat i jejich rozhodnutí?

4.4 Případové studie

Respondentka č. 1 paní Alena, 63 let

Rodinná anamnéza: Otec pracoval jako ekonom, zemřel ve věku 53let - náhlá srdeční příhoda, matka - prodavačka potravin, zemřela ve věku 62 let, na pooperační komplikace v nemocnici

Dva sourozenci, starší bratři, oba vysokoškolsky vzdělaní.

Osobní anamnéza: Vývoj osobních vztahů - má mnoho přátel, partnerský vztah nikdy neměla, chodila na střední školu ekonomicky zaměřenou, pracovala cca 5 let jako referentka stravování ve škole. K zájmům patřila četba, televize, rozhlas.

Zdravotní anamnéza: Ve 12 letech chronický zánět ledvin, časté zápalý plic, hodně nemocná v dětství, ozdravovny, ve 26 letech zjištěn nezhoubný nádor v mozku, který byl odstraněn operativně, zhruba kolem 35 roku ji selhávalo tělo, chodila o francouzských berlích, ochrnula na polovinu těla, později se začala se pohybovat pomocí invalidního vozíku. Neurologická příčina nebyla vyjasněna. Měla zjištěné těžké onemocnění ledvin,

gastroenteritidu, diabetes, prodělala carcinom pochvy, chronické záněty žil na levé dolní končetině, přidala se i obezita a deprese.

Sociální anamnéza: Od 38 let plně invalidní, invalidní důchod ve výši 8.679,- Kč, příspěvek na péči ve výši 8.000,- Kč.

Žije v bezbariérovém bytě v domě s pečovatelskou službou, pečovatelky dochází 2x denně, rehabilitační sestra dochází ob den.

Měla podané 2 žádosti do domovů pro seniory v Brně a 2 mimo Brno, ale vzhledem k jejímu věku – 63 let nespĺňuje podmínku věku při přijetí – tj. 65 let, i přes urgenci sociálních pracovníc, které urgovaly a řešily situaci přes Magistrát města Brna, v žádném domově nezaručili brzké přijetí.

Popis problému: Paní Alena se opakovaně dostává do nemocnice z důvodu nezvládnání sebeobsluhy v domácím prostředí (zapomene pít - způsobí si zánět ledvin, pády při přemístění na lůžko z vozíku apod.). Po opakovaných hospitalizacích lékaři doporučili paní Aleně podat si žádosti do domovů pro seniory, když nikdo z rodiny není, kdo by se o ni 24 hodin nepřetržitě staral.

Paní Alena se stala plně imobilní, vyžadující komplexní ošetrovatelskou péči.

Co je hlavním důvodem odchodu paní Aleny z domácího prostředí? *Pokaždé to bylo zhoršení zdravotního stavu. Vždy jsem ale doufala, že se tam zpět vrátím. Nikdy jsem nechtěla jít do domova pro seniory.*

Kdy paní Alena začala uvažovat nad možností, že její zdravotní stav jí neumožní návrat do domácího prostředí? *„na návrat domů to zatím nevypadá ...odmlčela se a nechtěla dále na tuto otázku odpovídat.*

Jaký vliv má na rozhodnutí, kdo se postará o seniora v případě imobility, jeho rodinné zázemí? *Bratři si mě domů vzít nemohou, nemají dost místa, netroufají si... nevím co k tomu dodat.*

Paní Alena nemá vlastní děti, bratři byli schopni pouze podat žádosti do domovů pro seniory, bohužel pozdě řešili situaci v plném imobilním stavu paní Aleny. Ta již nebyla schopna rozhodnout, co ona sama chce, každá změna pro ni byla velmi stresující.

Analýza: Paní Alena byla moc spokojená s bydlením v domě s pečovatelskou službou. Je špatně, že neměla vyřešenu budoucnost - co se stane, až nebude moci být v bezbariérovém bytě v domě s pečovatelskou službou?

Tento problém by se měl řešit již v době, kdy se lidé přistěhují do domu s pečovatelskou službou, protože v městě Brně není zařízena návaznost na domovy pro seniory. Dnes jsou domovy pro seniory samostatné subjekty, které nemají povinnost upřednostnit žádosti seniorů, kteří žijí trvale v domě s pečovatelskou službou.

Měla by se proto řešit návaznost, kam senioři půjdou, když se stanou imobilní?

Konzultace: (zestručněno)

Lékařka - Paní Alena má mnoho chronických onemocnění, má ochablé svalstvo, její zdravotní stav je ovlivněn psychikou, doporučovala bych co nejdříve umístit do jiného zařízení, než je LDN.

Psycholog - Paní Alena odmítá za poslední dobu komunikovat, je apatická, projevuje se deprese, nemá vůli k životu, vnímání je i ovlivněno léky, v testech paměti obstála středně, psychický stav se zhoršuje, citově je nevyrovnaná, chybí ji někdo blízký.

Pečovatelka - Pozoruji změny, není taková, co bývala dřív, není veselá, schází, je nejistá, neví, co má dělat, do domova pro seniory nechce.

Sourozenci - Péči vzhledem k její těžké váze sami nezvládneme, nemáme doma možnost přizpůsobit podmínky, není to v našich silách, nejde to, pomáháme dětem s vnuky a sami nejsme na tom zdravotně dobře, necítíme se na pečování.

Zdravotní stav paní Aleny se zhoršoval, přidali se další zdravotní komplikace. Cca za měsíc po našem setkání paní Alena zemřela. Situaci psychicky nezvládla a nebyl nikdo z blízkých, kdo by ji pomohl situaci vyřešit.

Respondentka č. 2, Marie 75 let

Rodinná anamnéza: Narodena jako nejstarší dcera, rodiče byli povoláním zemědělci v živočišné výrobě, již dlouhou dobu nežijí, maminka zemřela v LDN, otec dostal náhle infarkt v autě. Má staršího bratra, který žije 200km daleko, moc často se nevidají, je také nemocný.

Osobní anamnéza: Pracovala celý život jako krmička v kravíně, je vdova již 5let, porodila a vychovala 3 děti, nejmladší dcera, 38 let je mentálně postižená, celý život žila společně s nimi v rodině. Další děti - nejstarší dcera je vdaná a žije u Prahy, za maminkou dojíždí cca 3-4 do roka, ale jsou v denním telefonickém kontaktu. Prostřední syn, který má rodinu, bydlí 15 km od bydliště paní Marie, o víkendech přijíždí na návštěvu. Paní Marie se vyučila kuchařkou, ale celý život pracovala jako pracovnice v živočišné výrobě, zaměstnankyně místního JZD, později soukromého družstva.

Zdravotní anamnéza: Diabetes, již od dětství aplikace inzulínu, zlomenina krčku pravé dolní končetiny, která se špatně zhojila, Před třemi roky prodělala komplikovanou mozkovou mrtvici, kdy dočasně ochrnula, zhoršení diabetu.

K paní Marii každý den docházela zdravotní sestra z domácí péče aplikovat inzulín, kvůli zhoršenému zraku nebyla toho schopna sama.

Sociální anamnéza: Když se začal zdravotní stav paní Marie zhoršovat, byla nucena dceru dát do zařízení pro mentálně postižené, dostala se do malého a moc pěkného zařízení "Srdce v domě" v Klentnici u Mikulova.

Paní Marie pobírá starobní důchod ve výši 7.800,- Kč a příspěvek na péči ve výši 4.000,- Kč, syn docházel pomáhat o víkendech, pečovatelskou službu paní Marie odmítla s tím, že nikoho cizího v domě nechce.

Děti paní Marii po plicní embolii přemluvily, aby si podala žádosti do domova pro seniory, ona chtěla být co nejbliže svoji nejmladší mentálně postižené dceři, proto si podala žádost do domova pro seniory v Mikulově, který má kapacitu velmi malou - 32 míst. Žádost má podanou 3,5 roku.

Děti chtějí, aby jim paní Marie dala souhlas s prodejem domku, ve kterém dosud žila, aby mohla z peněz hradit potřebný poplatek domovu. Paní Marii chybí 1 500 Kč, tento potřebný doplatek se zavázala dopláct dcera z Prahy. Situace se však změnila, ona odmítla a sdělila, že bude dopláct, až bude mít paní Marie finanční prostředky z prodeje domu.

Popis problému: Paní Marie se opakovaně dostává do nemocnice z důvodu nezvládnutí sebeobsluhy po prodělané mozkové mrtvici, její zdravotní stav zkomplikovala zlomenina stýdké kosti a krčku pánve, která nesrůstala dobře, k tomu se přidal diabetes a stavy deprese s počínající demencí. Paní Marie se stala plně imobilní, závislá na plné ošetrovatelské péči.

Co je hlavním důvodem odchodu paní Marie z domácího prostředí? Odpověď respondentky - *Jediným důvodem je můj špatný zdravotní stav, který se zhoršuje a jen kdyby se stal zázrak, tak by se zlepšil. Určitě bych se vrátila domů, kdo by se domů nechtěl vrátit, všichni tady - myslela pacienty LDN.*

Kdy jste začala uvažovat nad možností, že Vám Váš zdravotní stav neumožní návrat do domácího prostředí? *Jak jsem se dostala podruhé do nemocnice, tak jsem věděla, že je to se mnou špatné. Ale pořád jsem doufala, že to půjde, že se budu moct vrátit domů. To se také stalo, ale ocitla jsem se v nemocnici potřetí a pořád bych chtěla domů. Kvůli dceři půjdu do domova pro důchodce v Mikulově, syn mně slíbil, že by ji za mnou někdy dovezl - pláče. Nevím, jestli si tam zvyknu, mně se líbí tady (myslím LDN Brno). Nechce se mi nikam stěhovat, celý život jsem žila na jednom místě a teď, děvenko, to je špatný přesazovat starý strom, co to je za nesmysl?*

Jaký vliv má na rozhodnutí, kdo se postará o seniora v případě imobility jeho rodinné zázemí? *Syn se o mě moc nezajímá, dcera je daleko. Dcera si mě nemůže vzít k sobě, má malý byt a ještě chodí do práce, i když by už nemusela. Trochu mě mrzelo, že mě doma nechce, ale co s tím nadělám, špatně jsem si je vychovala. Nechci jim být na obtíž. Navíc nebudu daleko od té nejmladší dcery, tak snad ji přivezou na návštěvu, to jsou komplikace, nevím, co jiného mám dělat. Děti mně nepomohly v mém rozhodnutí, měla jsem to řešit s nimi dřív. Neměla jsem peníze dávat jim, ale měla si je šetřit na stará kolena, aby mně někdo pomohl.*

Analýza: Paní Marie by nejraději dožila ve svém domě, ale nemá finanční prostředky na to, aby si zaplatila 24 hodinovou péči, kterou ji nikdo z rodiny nenabídl. Tomu, kdo by se z rodiny staral, nabízela svůj dům. Řešení majetkových vztahů v rodině vyvolalo velké rozpory. Paní Marie má velké obavy, že si v domově pro seniory nezvykne a bude muset s někým sdílet pokoj. Nemůže si vzít skoro nic ze svého domu, kromě fotografií a možná jednoho obrázku na zeď. Tlak rodinných příslušníků, že si zvykne, jak je to tam krásné, již nechce slyšet. Dcera a syn, aby uspíšili její přijetí do domova pro seniory, nabídli, že dají

domovu finanční dar. Oba se na něj složili. Šance na přijetí do domova jsou lepší, rozhodli za paní Marii, že je to pro ni nejlepší řešení. Paní Marie rezignovala a její psychický stav se zhoršuje, cítí se opuštěná

Konzultace: (zestručněno)

Lékař: Z mnoha onemocnění, která má paní Marie je nejzávažnější dekompenzovaný diabetes, mozková mrtvice středně těžká. Při posledním pádu si způsobila zlomeninu stydké kosti a krčku kosti pánve. Kost není dost pevná, aby paní Marii udržela, korzet nepomáhá, místo je stále bolestivé, dostává silné léky na deprese a je zde i počínající demence.

Psycholog: Paní Marie je houževnatá žena, která řeší svoje vnitřní rozpory, její psychický stav vyvolaly deprese, objevila se i počínající demence, její psychický stav je kolísavý.

Sociální pracovnice: Paní Marie je velice komunikativní žena, která má ráda společnost, vykládá svůj životní příběh, zklamání z dětí je znát. Žije na vesnici nedaleko Brna, ale není zde možnost pečovatelské služby ani o nikom neví, kdo by se o ni postaral doma, z toho důvodu jsme zvolili urgenci domova pro seniory v Mikulově, kam by měla v nejbližší době nastoupit, ale nebude sama na pokoji, jak chtěla. Personál se jí snaží povzbuzovat a zlehčit její situaci, to jí dělá psychicky dobře, taky si zde zvykla a je to pro ni těžké zase měnit místo do neznámého prostředí.

Starší dcera: Naše máma nechtěla slyšet o tom domově dlouhou dobu, ale když jsme jí slíbili, že ji zavezme občas za její nejmilovanější dcerou, které obětovala všechno, co mohla, tak svolila k umístění do domova. Je dobře, že se dostala do toho zařízení, je to tam moc pěkné.

Paní Marie se dostala do domova pro seniory v Mikulově, kde bylo telefonicky zjištěno od vrchní sestry, že je na třílůžkovém pokoji s ležícími pacienty, její stav je neměnný. Ze začátku moc nekomunikovala, ale už je to lepší, dostává léky na psychiku, s tím že si zvykne.

Respondent č. 3, pan Emil 65 let

Rodinná anamnéza: Narodil se jako nejstarší syn, ze čtyř dětí, rodiče zemřeli, když mu bylo 8 roků, vychovávali ho prarodiče, vyrůstal na Slovensku. V jeho 9 letech přesídlili do Čech, prarodiče zde dostali dům a práci.

Osobní anamnéza: Vyučil se jako automechanik, oženil se, manželka měla základní vzdělání, brzy se rozvedli, narodili se mu dva synové, s kterými nemá kontakt. 5 let pracoval jako skladník, kde prý dle jeho slov začal mít problémy s alkoholem.

Zdravotní anamnéza: Abúzus alkoholu, závislost na nikotinu, rakovina jater s metastázemi do slinivky a plic, stav velmi vážný.

Sociální anamnéza: Z rodiny se s nikým nestýkal. Pan Emil žije na ulici již dle jeho slov cca 20 let, občas přespával v Armádě spásy, do Brna se dostal s kamarádem, neví přesně kdy, ale zvykl si zde rychle. Byl ve vězení (2 roky) za dluh na výživném a drobné krádeže a výtržnosti, dále mu soudem byla nařazena protialkoholní léčba na psychiatrii, která dle jeho slov nebyla účinná, začal pít znovu. Opakované hospitalizace v LDN, kdy se zhoršuje jeho zdravotní stav, sociální kurátoři odmítají pomoc, proto vzhledem k diagnóze po půlroční hospitalizaci měl být odeslán do hospicové péče v Rajhradě u Brna, kde byl domluvený nástup, on odmítl nastoupit. V nemocnici neměl kde utratit dávky, nebyl schopen ani si dojít zakouřit.

Popis problému: Bezdomovectví a závislost na alkoholu a nikotinu, kterou i sám přiznává, jej ženou zpět za kamarádem. v současné době jej omezuje jeho imobilita, tak moc se chtěl pohybovat, že je schopen přesunu na invalidní vozík a s pomocí se na něm pohybovat, trvá na odchodu z nemocnice. Nevadí mu jeho styl života, vážně nemocen se necítí, jeho jednání je iracionální, ale vzhledem k jeho stylu života pochopitelné, nebyl problém s dodržováním nemocničního režimu, jakmile zjistil, že má finanční prostředky cca ve výši 15 tis, tak je musel utratit, tolik peněz prý v životě neměl.

Analýza: Pan Emil nemá rodinu, jak on sám uvádí, respektive on se jí sám dobrovolně vzdal. Pan Emil odmítá jakékoliv řešení jeho případu, nechce si podat žádné žádosti do zařízení, odmítá hospicovou péči, která by byla v jeho případě vzhledem k typu onemocnění nejlepší. Celý život byl zvyklý takto žít, a již je pod jeho schopnosti řešit co bude zítra a jestli to přežije do dalšího dne.

V městě Brně, není zařízení, které by se bylo schopno postarat o imobilní bezdomovce, Magistrát města Brna, vyřešil tento problém, že uvolnil cca 19 míst v domově pro seniory Štefánikova, ale ta jsou již plná a není další řešení co s touto skupinou bezdomovců. Většina opakovaně pak pobývá v LDN.

Konzultace:

Lékař: dosud vzorný pacient, ale jak se dozvěděl o finančních prostředcích, tak ho ovládlo volání svobody, vzhledem k závažnosti jeho onemocnění, jej odmítám propustit, ze zdravotnického zařízení, není schopen si zajistit aplikaci léků, nemá podmínky, propustím ho pouze do hospicové péče. Pacient podepsal negativní revers – (dokument, ve kterém pacient přes doporučení lékaře odmítá další léčbu nebo některé léčebné postupy), nemůžeme ho držet zde násilím, je svéprávný.

Sociální kurátor: Pan Emil nás nevyhledával, pouze pro uznání občanství, které neměl vyřízeno, dále pokaždé, když někde ztratil občanský průkaz. Dlouhodobě nezaměstnaný, bez zájmu řešit situaci, nemá odpracované potřebné roky k výpočtu invalidního či starobního důchodu, proto bude celý život již jen pobírat dávky hmotné nouze- příspěvek na živobytí ve výši 3.410,-Kč měsíčně.

Co je hlavním důvodem odchodu Pana Emila z jeho prostředí? *Nechci se dále léčit, pobyt v nemocnici byl v pohodě, ale já se cítím zdrav, nic mi není, bolesti nemám, jen nemůžu chodit, ale vozík mě pomůžou tlačít kamarádi, to snad zvládnou. (pan Emil dostával silné náplasti na tlumení bolesti).*

Kdy pan Emil začal uvažovat nad možností, že jejich zdravotní stav neumožní návrat do jeho prostředí? *Já nikam do hospicu nechci, mě nic není. Cítím se zdrav. Co budete dělat, až Vám dojdou léky, které máte na 3 dny, odpověď - Nic, co bych dělal.*

Jeho odpovědi se točily pořád dokola a nebyl schopen řešit nějaké své důsledky, nechtěl nic řešit, jeho hnací motor byly peníze, chtěl co nejdříve z nemocnice, aby mohl začít s pitím, jednal jako člověk závislý a neřešil, co bude.

Jaký vliv má na rozhodnutí, kdo se postará o seniora v případě imobility jeho rodinné zázemí? *Pan Emil rodinu nemá, jak sám všude uvádí, dle jeho slov ji nepotřebuje, osamocen se necítí a dle jeho slov je spokojený.*

Pan Emil patří do velké skupiny obyvatel lidí bez domova, kterých v městě Brně přibývá. Všichni od nich dávají ruce pryč, do péče kurátorů již nespádají, i když v roce 2012, byl zřízen na Magistrátu města Brna Referát péče o osoby se zdravotním postižením, do kterého by se tyto osoby daly zahrnout. V městě Brně není zařízení, které by bylo ochotno je přijmout. Tito lidé bez domova obvykle dostávají pouze dávky hmotné nouze. Proto,

pokud je zdravotní stav komplikovaný, zůstávají a dožívají v zařízení LDN, tak se děje obvykle, kde je nutná lékařská indikace, aby zařízení nemělo problémy s proplacením péče od pojišťovny.

Po našem rozhovoru jsem se s panem Emilem viděla naposledy. Dozvěděla jsem se, že za dva týdny byl hospitalizován v jiné nemocnici, kde také po krátké hospitalizaci zemřel. Jeho stav byl vážný, všechny peníze, které měl u sebe, když byl propuštěn z LDN, již neměl a i doklady stihl ztratit.

Respondent č. 4, pan Karel, 73 let

Rodinná anamnéza: Jedináček, rodiče zemřeli kolem 60 let věku, maminka zemřela v nemocnici, otec žil v domově pro seniory, kde také zemřel.

Osobní anamnéza: Pan Karel byl povoláním konstruktér v dopravním podniku, kde pracoval celý život. Je rozvedený, má dva dospělé syny, s kterými se stýká jednou do roka na narozeniny, má přítelkyni, s kterou žije pět let, přítelkyně mu slíbila, že se o něj postará, až nebude schopen se o sebe postarat.

Zdravotní anamnéza: Těžká cukrovka, artróza v obou dolních končetinách a nehojící se bércové vředy. Do domácnosti mu pravidelně docházel pečovatel, ze soukromé pečovatelské služby a pravidelně chodila sestřička z domácí péče na převazování bércových vředů, inzulín se naučila aplikovat přítelkyně. Od roku 2008, se pohyboval jen pomocí invalidního vozíku.

Sociální anamnéza: Pan Karel pobírá starobní důchod ve výši 13.435,-Kč, příspěvek na péči ve výši 4.000,-Kč, žije ve vlastním bytě, který není vyhovující, 3. patro bez výtahu. Po opakovaných hospitalizacích v nemocnici, pak v LDN, bylo jasné, že není něco doma v pořádku, přítelkyně pana Karla chodila na návštěvy do nemocnice pod vlivem alkoholu a ve špinavém oblečení. Bylo nutné přemluvit pana Karla, aby si podal i žádost do domova pro seniory, pro případ, kdyby se o něj neměl kdo postarat. Až na nátlak ošetřující lékařky si podal žádost do dvou zařízení domovů pro seniory. Myslí si, že se domů již vrátit nemůže. Přesto byl pan Karel propuštěn na revers domů, ale za 3 dny byl přivezen záchrannou službou zpět do nemocnice, nedostal potřebnou dávku inzulínu, přítelkyně nedošla domů. Hospitalizován byl již počtvrté a sám byl psychicky vyčerpaný, nejistota v pomoci od přítelkyně mu nedávala naději, že se vrátí domů. Sociální pracovníce mu daly na výběr - buď si vybere zařízení, nebo si zaplatí na 24 hodin pečovatele, on si vybral

přechodný pobyt, který je pod Charitou, shodou okolností se jim uvolnilo zde místo, tak byl umístěn do toho zařízení na dočasnou dobu cca půl roku, věděl, že pak bude muset zase do jiného zařízení, kde bude čekat uvolnění místa v domově pro seniory.

Popis problému: Opakované hospitalizace v nemocnici, nezajištěná dobrá péče v domácnosti, zjištěný alkoholismus přítelkyně, který dlouho popíral pan Karel.

Analýza: Pro pana Karla nebyla jiná možnost, než jít do zařízení, které je schopno se o něj plně postarat, proto mu bylo vybráno zařízení Charity, kde se náhle uvolnilo místo, díky jeho vyšší důchodu si toto zařízení mohl i finančně dovolit. Měl na výběr i jiná zařízení soukromého typu, ta odmítl.

Konzultace:

Lékař: Pan Karel, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, kdy má těžké bolesti, není psychicky srovnaný s jeho zdravotním stavem.

Psycholog: Psychický stav pana Karla je stav deprese, nese špatně selhání přítelkyně, snažíme se nastavit léčbu psychofarmaky, neví co ho čeká, má obavy s nejistoty.

Sociální pracovnice: Pan Karel bere ohledy na druhé, nikoho nechce zatěžovat, jeho přítelkyně o něj již nejeví zájem, důvodem je závislost na alkoholu.

Přítelkyně: Na domluvenou schůzku se opakovaně nedostavila.

Co je hlavním důvodem odchodu pan Karla z domácího prostředí? *Hlavním důvodem je můj zhoršující se zdravotní stav, který nebude již nikdy dobrý. Moje přítelkyně mě slíbila pomoc, ale ona již péči nezvládne.*

Kdy pan Karel začali uvažovat nad možností, že jeho zdravotní stav neumožní návrat do domácího prostředí? *Uvědomil jsem si, že přítelkyně nebude schopna se o mě postarat, sama je nemocná a práce o "ležáka" je těžká, já mám kolem 90kg, moc jí již nepomůžu. Nechci ji být na obtíž.*

Jaký vliv má na rozhodnutí, kdo se postará o seniora v případě imobility jeho rodinné zázemí? Pan Karel chce, aby se o něj postarala přítelkyně, v domácím prostředí. *Chtěl by dožít doma ve svém domácím prostředí, ale ví, že okolnosti nejsou dosti přívětivé, aby tomu tak bylo. Sám řekl, že přítelkyně má v oblibě alkohol a že i on má strach, že na něj zapomene a nedojde domů, taková situace již jednou nastala.*

Pan Karel po půl roce stráveném v přechodném pobytu, kdy se jeho zdravotní stav zhoršil, že musel být převezen do nemocnice, zemřel.

DISKUSE

Všeobecně můžeme z výsledku výzkumu konstatovat, že péče o imobilní seniory, je péčí týmovou, multidisciplinární a multiresortní a považujeme ji za celospolečenskou otázku. Cílem je zachovat v co největší míře zdraví seniorů a jejich kvalitní a nezávislý život, pokud možno, co nejdéle ve svém přirozeném prostředí. Touha být mezi svými, ve známém prostředí a mít zachované vlastní soukromí, stimuluje v posledních letech rozvoj především neinstitutcionální a komunitní péče. Senioři však často tyto "novější" přístupy neznají, a tak obvykle volí klasické formy péče, a to i přesto, že mohou být pro ně nevyhovující. Ke stejnému závěru dospěla i Grosová (2006, s. 52), kdy sociální a zdravotničtí pracovníci by měli informovat seniory i jejich rodinné příslušníky o službách a možnostech, které se jim v dané situaci nabízí, doporučit jim vhodnou péči a spolupodílet se na zlepšení jejich kvality života. I stát by usnadnit situaci těm, kdo chtějí pečovat o své blízké. Např. zajistit pružnější a rychlejší vyřízení příspěvku na péči. Především u domácností s nízkými příjmy může být dlouhá čekací lhůta na jeho přiznání hlavní překážkou pro domácí péči.

Danou skutečnost reflektuje kazuistika č. 1, kdy není vyřešeno, co bude se seniory, kteří se stanou imobilní a jsou v domě s pečovatelskou službou. Kde jim trvalou péči nikdo nezajistí, jakmile se stanou nesoběstačnými.

Provedený výzkum poukázal v kazuistice č. 2 a č. 4 na častý pocit seniorů, že jsou rodinným příslušníků na obtíž. Jak těžce nesou svoji imobilitu a těžko se svým zdravotním stavem vyrovnávají. Málo je podporováno pečování blízkých v domácím prostředí. V případě potřeby zásadnější pomoci či péče se respondenti shodují, že se na rodinu neobracejí. Uvědomují si, že pro rodinu a blízké znamená opatrování nemocného v domácím prostředí velkou fyzickou i psychickou zátěž. Také Šelner (2004, s.12) potvrzuje názor, kdy péče a její formy se musejí doplňovat a kombinovat tak, aby seniorům a jejich potřebám vyhovovaly a aby klient měl rovněž možnost volby a výběru. Péče se pojímá jako interakce mezi sociálním a materiálním systémem, a nelze tedy jednu formu péče na určitou složku přesunout, a vyhnout se tak podílu zodpovědnosti. V souvislosti s rodinou a seniory se nelze ze strany rodiny jednoznačně spoléhat na stát. Společnost

nebude schopna, s narůstající polymorbiditou a imobilitou seniorů, saturovat potřeby všech seniorů na následnou péči. Jsou proto nezbytné takové úpravy zákonných předpisů, které by ulehčily rodinným příslušníkům rozhodnutí pečovat o imobilního seniora doma. Pro zvýšení ochoty pečovat o nemocného doma jak uvádí i Knápková (2003, s. 25), by mimo praktické podpory pomohla intenzivnější osvěta, zdůrazňování pozitivních aspektů domácí péče a vnější ocenění práce pečujícího v celospolečenském měřítku.

Společnost se bude muset i řešit, co bude se seniory, kteří jak v kazuistice č. 3, žijí skoro celý život z dávek hmotné nouze a neřeší, kde dožijí. Co bude s nimi, když nebudou mít finanční prostředky na potřebnou péči v domově pro seniory. Kde tito lidé budou dožívat, zda bude únosné je nechávat v léčebnách dlouhodobě nemocných.

System sociálního zabezpečení, jak uvádí Knápková (2003, s. 106), upřednostňuje ústavní péči před setrváváním ve vlastním prostředí, péči poskytovanou státem před péčí v nestátních organizacích. Např. domácí hospicová péče se snaží o propojení služeb zdravotních a sociálních, péče odborné a laické, nabízí pomoc zdravotní, psychologickou, sociální, poradenskou i duchovní.

"Na konci života by nikdo neměl zůstat osamocen, umírající touží po někom skutečně blízkém, kdo s ním bude sdílet jeho pocity, kdo bude v jeho blízkosti, kdo mu bude naslouchat. Doprovázení umírajícího v jeho nejtěžších chvílích by mělo být naplněno opravdovým vztahem k druhému, respektem a tolerancí, důvěrou, svobodou, otevřenou komunikací, smířením a odpuštěním spolu s opravdovou láskou" (Sláma, Plátová, Drbal, 2009, s. 71).

5 SHRNU TÍ

Mám-li odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, „*jaké možnosti následné péče má imobilní senior v městě Brně,*“ docházím na základě vyhodnocení odpovědí k tomuto závěru:

Základní faktory ovlivňující volbu možností následné péče seniora jsou:

- možnost péče v domácím prostředí, by chtěl zvolit každý z respondentů (vyjma pana Emila)
- další možností je státní či nestátní zařízení, které je schopno se postarat o plně imobilního seniora
- nepřipravenost seniorů, na zhoršení zdravotního stavu - imobility
- finanční prostředky - zajímat se kolik péče stojí, jaký chci mít komfort, pokud nebude moci pečovat příbuzný, můžu si zaplatit pečovatele
- informovanost a větší motivace rodinných příslušníků pečovat o rodinné příslušníky

Faktory, které ovlivňují pozitivně rodinnou péči na straně seniora, jsou: spokojené stárnutí, co největší samostatnost seniora, zachování jeho důstojnosti, potřebu pomoci nehodnotit jen ze subjektivních potřeb, spokojenost, aspoň s některými druhy pomoci, svůj zdravotní stav vnímat jako zdravotní realista, ne pouze subjektivně, tento faktor souvisí s angažovaností ve vlastním životě (teoretická část – viz 5.5. Nejdůležitější faktory ovlivňující rodinnou péči).

U všech respondentů, bylo znát, že se psychicky nemůžou srovnat s myšlenkou, že mají opustit svůj stávající domov. I když je příbuzní přesvědčují, jak se budou mít skvěle v domově pro seniory, tak mají strach. Většina nechce jít žít do instituce, kde si nemohou vzít ani svoje věci, obvykle musí sdílet pokoj s někým dalším, to je pro ně obtížné - velká ztráta soukromí a intimity. Obávají se, s kým budou sdílet pokoj. Tyto otazníky vyvstaly při našich společných rozhovorech. Při pobytu v LDN či nemocnici to berou, že je to tak nastaveno a k těmto institucím to patří. Ale domov, kde by měli dožít, si takto nepředstavují. Domov pro seniory sami respondenti nazvali jako "umělá náhražka", všichni by rádi zemřeli doma, pan Emil chtěl zemřít v přírodě.

Co je hlavním důvodem odchodu seniora z domácího prostředí?

Zdravotní stav, způsobující neschopnost péče o vlastní osobu.

Kdy respondenti začali uvažovat nad možností, že jejich zdravotní stav neumožní návrat do domácího prostředí?

Když jim lékař sdělil, že jejich zdravotní stav je nezvratný, již nebudou schopni se sami o sebe postarat.

Jaký vliv má na rozhodnutí, kdo se postará o seniora v případě imobility, jeho rodinné zázemí?

Důležitými faktory jsou funkční rodinné zázemí, dobré vztahy, to vše hraje roli v péči o imobilního seniora. Poskytování péče doma, není okamžitým rozhodnutím, ale utváří se už daleko dříve. Dnes je to vztah pečující potomek o pečovaného rodiče, ale základy citových vazeb, respektování jeden druhého, které ovlivňují péči o seniora ve stáří, se nastolily v rodinách v době dítěte a rodiče. Důležitými faktory jsou rodinné prostředí, společné bydlení a vzájemná pomoc ve vícegeneračních rodinách.

Kdo neřeší situaci již při plném zdraví, pak v nemoci s podlomeným zdravím ji již nevyřeší. Zvláště pokud se nemůže spolehnout na svoje rodinné příslušníky.

Za klad pro společnost je možno považovat větší vstup nestátních subjektů mezi zřizovatele a poskytovatele služeb, hlavně 24 hodinové komplexní péče o imobilní seniory.

Srovnáme-li dostupnost péče o imobilní občany ve Skandinávských zemích a u nás, dostupnost a informovanost obyvatel o možnostech využití mobilní péče v domácím prostředí je podstatně větší ve Skandinávských zemích. Rovněž zde lidé mají větší možnost volby, protože péče je dostupná. Příkladem může být Skandinávský model veřejných služeb, který zpracovala Helena Kunstová (2006, s. 5-6) pro Český helsinský výbor. "Ve Skandinávii služby pro seniory dovolují uživatelům setrvat v jejich přirozeném sociálním prostředí (např. v rodině) co nejdéle. Zkvalitňuje prožívání jeho života tím, že jim umožňuje využívat komunitního soužití a udržet sociální vazby. Je prevencí sociálního vyloučení uživatelů a posiluje přirozené rodinné vazby. Pomáhá rodině uživatele pečovat o jejich rodinné příslušníky a posiluje generační soudržnost. Pro komunitu má ekonomický efekt v tom smyslu, že není třeba budovat další zařízení pro péči o seniory. Sníží se počet žadatelů o ústavní péči."

Hlavní problém současnosti je, že není hrazena např. potřebná péče v domácím prostředí, kterou by zejména imobilní senioři potřebovali. Pojišťovny slibují v dohledné době řešení této situace, hledají nutný konsenzus, bez kterého to nepůjde. Je třeba změnit systém vyplácení zdravotních výkonů, funkčních mobilní péče - zejména pak paliativní péče v domácím prostředí. Dobré je, že je snaha vrátit imobilní seniory do přirozeného prostředí domova a rodiny.

6 ZÁVĚR

Naše společnost si začíná stále více uvědomovat, že je nezbytné řešit otázky spojené s péčí o imobilní seniory, kterých rok od roku přibývá. Tito lidé obvykle potřebují péči celodenní, jejich onemocnění je trvalé a ve většině případů má tendenci se zhoršovat. Dnes se snaží i média vtáhnout občany do diskuse, aby si uvědomovali, co budou dělat jednou, až zestárnou? Jak je nutné prosadit více možností v péči o imobilní seniory, aby měli na výběr, kde dožít.

Potřebu následné péče o imobilního seniora si ti, kterých se to týká (sám senior, nebo jeho blízcí) si začnou většinou uvědomovat až v momentě, kdy se ukáže, že senior takovou péčí akutně potřebuje. Tato situace obvykle nastává po zhoršení zdravotního stavu seniora, který je následně hospitalizován, přeléčen, ale jeho stav se zhoršil natolik, že již není plně soběstačný.

Cílem celé práce bylo odpovědět na otázku: Jaké možnosti následné péče má imobilní senior v městě Brně.

Město Brno, jako krajské město a druhé největší v České republice, nabízí relativně široké spektrum zařízení a organizací, které poskytují následnou péči pro imobilní seniory viz. P4. V městě Brně jsou pro imobilní seniory k dispozici státní domovy pro seniory, nestátní - domovy pro seniory, které jsou zaštitěné církevními organizacemi, dále nestátní pobytová zařízení, které provozují soukromé subjekty, obvykle pod nabídkou ubytovacích služeb. Je nutné se zajímat, o jaký typ zařízení jde, zda má akreditaci, která zaručuje i standardy nabízených služeb a jejich kontrolu Jihomoravským krajským úřadem.

K nalezení odpovědi výše uvedenou základní otázku měly přispět také rozhovory s oslovenými respondenty, kteří se stali plně imobilní. Odpovědi jsem získávala na základě polostrukturovaného rozhovoru. Vybraným respondentům byly položeny následující otázky:

Co je hlavním důvodem odchodu seniora z domácího prostředí? Kdy respondenti začali uvažovat nad možností, že jejich zdravotní stav neumožní návrat do domácího prostředí? Jaký vliv má na rozhodnutí, kdo se postará o seniora v případě imobility, jeho rodinné zázemí?

Respondenti se shodli, že mnoho možností na výběr nemají. Z rozhovorů vyšlo najevo, že se nepřipravovali na situaci, jak budou muset o sobě rozhodnout, když se stanou imobilní. Až na respondenta, který žil na ulici, se všichni toužili vrátit do svých domácností, kde doposud fungovali. Rovněž litovali, že s rodinou neřešili, co bude, tajně doufali, že si je k sobě ochotně vezmou, přitom vztahy s nimi neměli pevně vybudované.

Pro praxi do budoucna je nutné vyřešit finanční zabezpečení, pak budou moci i neziskové organizace - zejména církevní instituce, více vstupovat s nabídkou mobilní péče v domácnostech a bude možné nabídnout dostupnou službu i finančně.

Dále je nezbytné, aby péče byla dostupná pro všechny a byla zde možnost volby, která je pak již na každém z nás. Doporučila bych, aby i děti ve škole řešili, co jednou bude až budu starý a nemohoucí, jak si představují svoje stáří, zejména, když budu odkázán na pomoc druhých. Je třeba naučit i naši společnost, aby si lidé byli schopni říct, co sami chtějí, jaké chtějí mít podmínky jako imobilní senioři.

Domnívám se, že mé poznatky mohou být přínosem pro sociální pedagogiku i z toho důvodu, že nové problémy vyžadují hledání nových způsobů řešení. Rovněž mohou přispět v hledání osvěty nového vnímání imobilních seniorů ve společnosti, všimnout si jejich beznadějně situace ke konci života, když není nikdo, kdo by jim pomohl. Dále je třeba, aby si každý uvědomil, a dopředu plánoval, jak jednou bude řešit, až se stane imobilní, a byli schopni svoje přání sdělit, svým blízkým. Problematika stáří se týká nás všech. Jednou i my budeme staří a odkázáni na pomoc rodiny i pracovníků z pomáhajících profesí, kam bezesporu patří i sociální pedagogika. Doufám, že budu i moudře pedagogicky působit na své děti, abych jednou mohla dožít doma, i já jsem dospěla k názoru, že mě můj domov žádný domov pro seniory nenahradí. Moderní společnost se vyznačuje tím, že zaručí i dožití člověka v důstojných podmínkách, s možností svobodné volby člověka, kam by snad i mohl náš domov patřit, pro názorný příklad uvádím v příloze č. 2 tabulky – jedna se týká toho „kde lidé umírat chtějí“, druhá je ukazuje, „kde lidé umírat nechtějí“. Nezbyvá než doufat, že se v budoucnosti bude situace v oblasti péče o seniory vyvíjet pozitivně. Jak rychle a zda bude možnost volby, když se stanu imobilní, to bude závislé nejen na politických a ekonomických ukazatelích, ale i na aktivitě rodiny a samotných seniorů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Právní předpisy

Zákon č. 108/2006 Sb., o *sociálních službách*

Vyhláška č. 505/2006 Sb., *kteou se provádějí některá ustanovení o sociálních službách*

Monografie

BURLER, N. R. *Proč přežít? Být starý v Americe*, 1.vyd. Harper a Row,1975. ISBN 978-0-8018-7425-3.

ČÍŽKOVÁ, M. a kol. *Přehled vývojové psychologie*,1vyd. Olomouc:Univerzita Palackého v Olomouci,2005. ISBN 80-244-0879-1.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, 3.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze,2006,374s.ISBN 80-246-139-7.

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, 1vyd. Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.

Glosová, D., Mwnšíková, N. *Bydlení pro seniory 21. století*, 1.vyd. Era, 2006. ISBN 80-7366-057-1.

HAŠKOVCOVÁ , H. *Fenomén stáří*. 1.vyd.Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 2.vyd. Praha: Galém 2012, ISBN: 978-80-7262-900-8.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2.vyd.Praha:Portál 2008, 408 s. ISBN978-80-7367-485-4.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*, 1.vyd.Ostravská univerzita: Zdravotně sociální fakulta,2006. ISBN 80-7368 -110-2.

JEŘÁBEK H. *Rodinná péče o staré lidi*, 1.vyd. CESES FSV UK, 2005. ISBN-80-2545-051-1.

KALVACH, Z. ONDERKOVÁ,A. *Stáří-pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha : Grada,2008 ISBN:978-8-247-2490-4.

KNÁPKOVÁ, M. *Domácí hospicová péče z pohledu rodinných příslušníků, pacientů*. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, bakalářská práce, 2003. s. 29, 56.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, ISBN 80-247-01790.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 1998, 368s. ISBN 80-7169-195-9.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, 1.vyd. Praha : Grada Publishing 2011, 33s. ISBN 978-80247-3148-3.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, 1.vyd. Praha, Grada 2011, ISBN 80-247-3872.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, ISBN 80-210-3345-2.

MÜHLPACHR, P. (ed). *Schola gerontologica*. Brno, 1.vyd. MU 2005, s. 8, s.98-107. ISBN 80 -210-3838-1.

PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, 1.vyd. Praha, Portál, 1998, s. 31, ISBN 80-7178-184-3.

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*, 1.vyd. SPN, 1974, ISBN 14-429-74.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada 1999, s.10, s.12 ISBN 80-7169-828-8.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2.vyd. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7178-829-5.

SLÁMA, O. PLÁTOVÁ, L. DRBAL, J. *Dožít doma*. 2. vydání, Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2009, s.71.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství : Slon, 2007, ISBN 978-80-86429-62-5.

STUART, H. *Psychologie stárnutí* 1.vyd. Portál, 1991, ISBN 80-7178-274-2.

SVOBODOVÁ, K. *Analýza: Dostupnost institucionální péče o seniory z reg. pohledu* [online]. 2008 [cit. 214-0404] http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=569&PHPSESSID=dccb9f08e8cd6c53567572514dcb43d1

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. *Komunikace a stres*, 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, ISBN 80-7071-246-5.

ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*, 1.vyd. Praha, státní pedagogické nakladatelství, 1983.

TOKÁROVÁ, A. *Socialna praca*, 1.vyd. Akcent Print,2003, ISBN 14639.

TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*.1vyd.Praha: Ambulace pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3 LFUK Praha, 2001, ISBN 80-238-8001-2.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*,1.vyd.Praha: Galén,2005, ISBN 80-7262-365-6.

VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*.1.vyd. Brno: MU Brno, 2005, ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.Dospělost a stáří*.2.vyd.Praha: Karolinum,2007. s.443,461s.ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000, ISBN 80-7178-496-6.

VAŠAŤKOVÁ, J. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Olomouc: Honex, 2008. s. 26. ISBN 978-80-7409-016-5.

VIDOVIČOVÁ, L. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*.1.vyd. Praha: Brno,2005,VÚPSV, s. 5 Vočka, Z. Köttnerová, R. *Sociální práce, Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*, vydává Asociace vzdělavatelů v sociální práci, číslo 2/ ročník 2004, redakce ASVSP, Gorkého 7. Brno, článek k domovu důchodců neexistuje alternativa, ISBN 1213-624.

WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*.1.vyd.Praha: Nakladatelství Svoboda,1982. s.24.

Internetové odkazy

<http://www.ageismus.cz/?m=3&lang=cz> cit [2014-02-02]

Ministerstvo práce a sociálních věcí online. MPSV, <http://www.mpsv.cz/cs/8#pp> cit. [2014-02-08]

<http://www.nmbrno.cz/index.php?clanek=18> cit. [2014-02-03]

<http://www.pecujdoma.cz/res/data/003/000762.pdf> cit [2014-02-07]

http://www.pecujici.cz/novinky.shtml?AA_SL_Session=4dccc00ed59f8f393e4ef538cd674e7c&scr=1&scr_scr_Go=39 cit. [2014-02-03]

<http://www.socialnisluzby-jmk.cz/Folders/747-1-Socialni+sluzby.aspx> cit. [2014-09-04]

http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparamzdr.jsp?voa=mapa&cislotab=DEM0040PU_OK&vo=mapa&kapitola_id=18 cit. [2014-08-03]

<http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html> co je paliativní léčba, péče a medicína? cit.[2014-09-04]

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 <i>Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2006 a 2050</i>	str. 14
Obrázek č. 2 <i>Vývoj počtu seniorů v městě Brně v letech 2007-2012</i>	str. 31
Obrázek č. 3 <i>Index stáří v městě Brně</i>	str. 32

PŘÍLOHY

P 1- Informační dopis

P 2 - Tabulka, kde lidé „umírat chtějí“

P 3 - Tabulka, kde lidé „umírat nechtějí“

P4 - Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem v městě Brně

PŘÍLOHA Č. 1 – INFORMAČNÍ DOPIS

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a chystám se zde provést výzkum, zabývající se otázkou, jaké možnosti následné péče má imobilní senior v městě Brně. Obracím se na Vás, protože bych právě Vás chtěla do svého výzkumu začlenit.

A jak by to všechno probíhalo? Setkali bychom se spolu třikrát, čas a místo našich setkání nechám na Vašem výběru tak, aby to bylo pro Vás co nejvíce příjemné. Je však důležité, aby místo naší schůzky nebylo rušné a aby nedocházelo k vyrušování třetí osobou. Co se týče výběru času, počítejte prosím s tím, že délka našeho setkání se nedá odhadnout, proto by se naše schůzka měla konat tak, abychom měli na rozhovor dostatek času.

Během našich setkání bychom spolu vedli rozhovor, který by byl zaznamenáván na diktafon. Nahrané rozhovory budou sloužit pouze pro mou následnou analýzu rozhovoru, nemusíte se bát jakéhokoliv zneužití. v mém textu, který bude obsahovat výňatky z Vašeho vyprávění, bude Vaše identita utajená, aby nikdo ze čtenářů nebyl schopen rozpoznat konkrétní osobu.

Vaším právem je kdykoliv účast na výzkumu ukončit.

Jakékoliv Vaše otázky či nejasnosti ráda zodpovím při našem dalším zkontaktování.

S pozdravem

Lydie Štěpánková

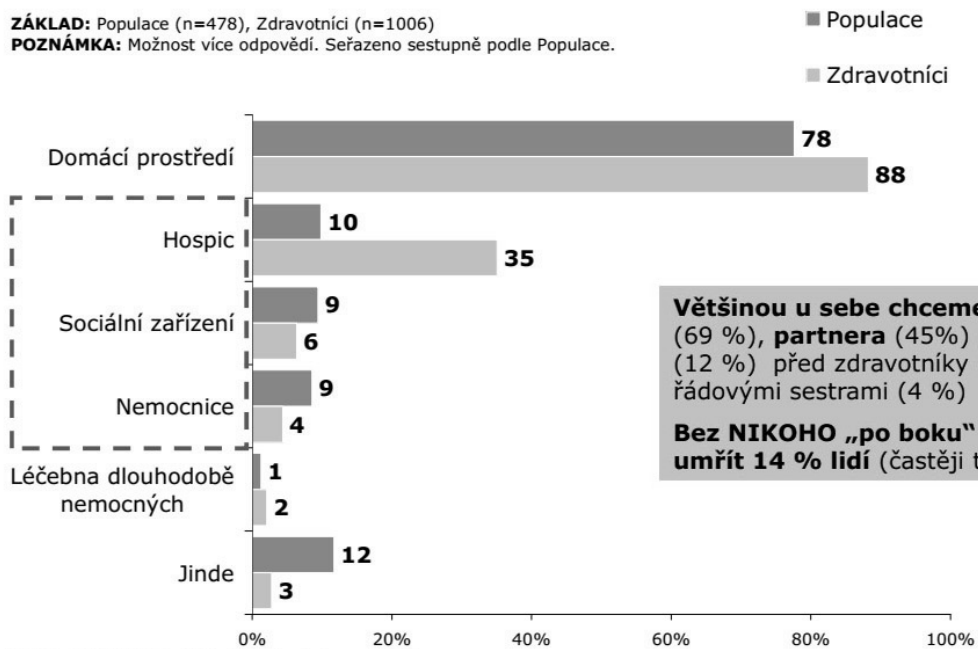
Telefon:

PŘÍLOHA Č. 2

Kde lidé "umírat chtějí" - nejpříjemnější prostředí

ZÁKLAD: Populace (n=478), Zdravotníci (n=1006)

POZNÁMKA: Možnost více odpovědí. Seřazeno sestupně podle Populace.



Většinou u sebe chceme mít rodinu (69 %), partnera (45%) nebo přátelé (12 %) před zdravotníky (5%) nebo řádovými sestrami (4 %)

Bez NIKOHO „po boku“ by přálo umřít 14 % lidí (častěji ti starší)

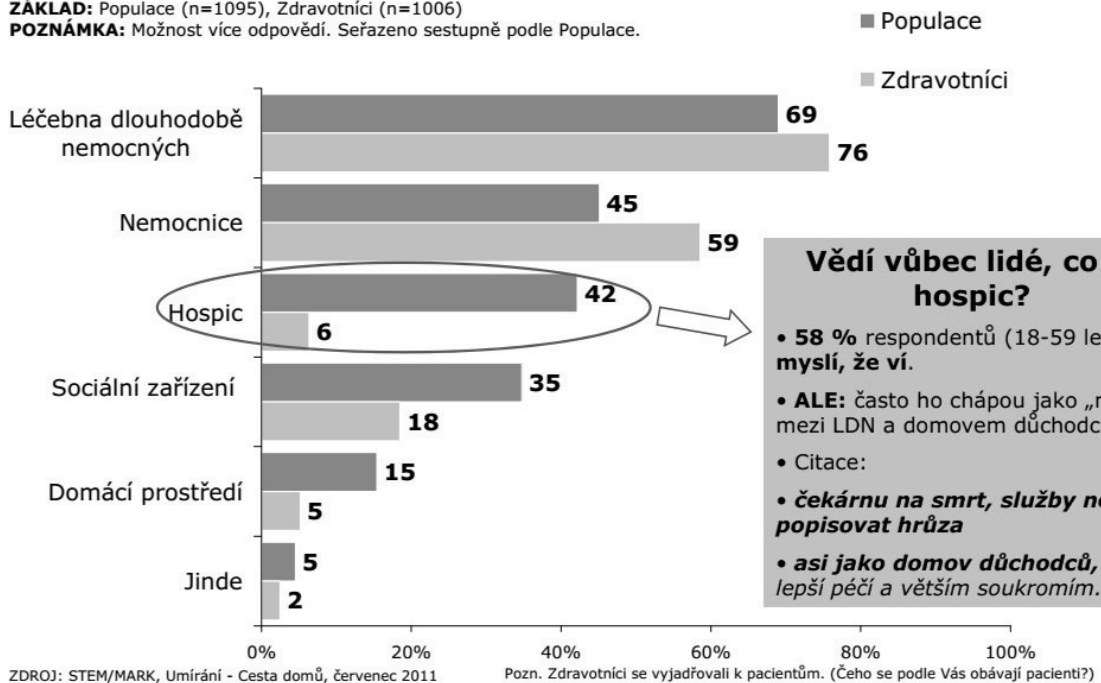
ZDROJ: STEM/MARK, Umírání - Cesta domů, červenec 2011

PŘÍLOHA Č. 3

Kde lidé umírat nechtějí

ZÁKLAD: Populace (n=1095), Zdravotníci (n=1006)

POZNÁMKA: Možnost více odpovědí. Seřazeno sestupně podle Populace.



Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem

Domovy pro seniory (dříve domovy penziony pro důchodce) - státní

Foltýnova 21, Brno – Bystrc	tel: 546 220 040, www.fol.brno.cz
Koniklecova 1, Brno – Nový Lískovec	tel: 547 425 738, www.kon.brno.cz
Okružní 29, Brno – Lesná	tel: 545 549 371/392, www.okr.brno.cz
Podpěrova 4, Brno – Medlánky	tel: 549 213 145, www.pod.brno.cz
Vychodilova 20, Brno – Žabovřesky	tel: 541 219 000, www.vyc.brno.cz
Tábor 22, Brno - Žabovřesky	tel: 549 255 751
Holásecká 33, Brno – Tuřany	tel: 532 197 130/5, www.hol.brno.cz
Mikuláškovo nám. 20, Brno – St.Lískovec	547 139 300, www.min.brno.cz

Domovy pro seniory (dříve domovy důchodců) – státní

Věstonická 1, Brno – Vinohrady	tel: 544 121 568/6, www.ves.brno.cz
Kociánka 8, Brno – Kr.Pole	tel: 531 023 110, www.koc.brno.cz
Štefánikova 54, Brno – Kr.Pole	tel: 541 212 252
Kosmonautů 21, Brno – St. Lískovec	tel: 547 218 047, www.kos.brno.cz
Mikuláškovo nám. 20, Brno – St.Lískovec	547 139 300, www.min.brno.cz
Nopova 96, Brno – Židenice	tel: 548 321 500, www.nop.brno.cz

Charita: Domov pokojného stáří, Kamenná 29 www.brno.charita.cz tel: 543 213 266

Naděje: www.nadeje.cz

Dům pokojného stáří, Ptašinského 13, Brno – Kr. Pole tel.: 541 422 278
(domov pro seniory)

Dům naděje, Arménská 2, Brno – Bohunice tel.: 547 210 904
(domov pro seniory, částečně soběstační)

Dům naděje, Hapalova 20, Brno - Řečkovice tel.: 549 273 746
(domov pro seniory, částečně soběstační)

Dům Naděje, Velkopavlovická 13, Brno - Vinohrady tel.: 544 234 688
(domov se zvl. režimem - pokročilá demence, Alzheimerova choroba)

Betanie: www.betanie.eu

Dům důstojného stáří, Borky 7, Brno – Maloměřice tel: 545 230 775, 545 230 778

Villa Martha, Tyršova 173, Hrušovany u Brna (jen zvláštní režim) tel: 547 214 759

Concordia: Domov sv. Ludmily, Tábořská 190, Brno – Židenice

www.domovludmila.w1.cz (domov pro seniory) tel: 548 216 386/127

Domov Slunce, Francouzská 16, Brno-Střed tel: 545 213 641

www.slunce.pravonazivot.cz, (i zvl. režim, 1-lůžkový p. 15.504,- 2-lůžkový p. 12.464,-)

Senior centrum Šámalova, Šámalova 60, Brno-Židenice tel: 516 116 323/324
(jen zvláštní režim)

Domov pro seniory Modřice, Masarykova 1018, Modřice

www.domov-senioru-brno.cz (i zvl. režim) soc. pracovnice – tel: 725 831 967

Domov Santini, Křtiny 20 tel: 548 211 248, 731 736 321, 603 437 854

www.domovsantini.cz (i zvláštní režim)

Domov Norbertinum, Nopova 88 tel: 548 210 114, 725 524 746, 603 437 854

www.domovnorbertinum.cz (i zvláštní režim)

Dům matky Rosy, Rajhrad, klášter sester Těšitelek tel: 547 211 735, 732 627 214

www.domaro.cz (domov pro seniory)