

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **RODINA PEČUJÍCÍ O SENIORA V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI**

**Irena Dornáková**

### **Příloha č. III. k bakalářské práci**

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikace a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

**Praha 2023**

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **RODINA PEČUJÍCÍ O SENIORA V DOMÁCÍ**

### **HOSPICOVÉ PÉČI**

**Irena Dorňáková**

### **Bakalářská práce**

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikace a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

**Praha 2023**

**Prague college of psychosocial studies**



**A FAMILY CARING FOR AN ERDERLY  
PERSON IN HOME HOSPICE CARE**

Irena Dorňáková

**The Bachelor Thesis**

The Bachelor Thesis Work Supervisor: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

**Prague 2023**

## **PROHLÁŠENÍ**

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

V Praze dne .....

Podpis.....

## **PODĚKOVÁNÍ:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, Ph.D. vedoucímu mé bakalářské práce, za jeho odborné vedení, cenné rady, podporu a připomínky. Dále děkuji všem participantům, kteří se ochotně a otevřeně zapojili do výzkumu.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce pojednává o domácí hospicové péči z pohledu rodiny. Obsahuje část teoretickou a empirickou.

Teoretická část je věnována pojmům jako je rodina, senior, stáří a stárnutí v souvislosti se sociální prací a domácí hospicovou péčí. Jsou zde uvedeny možnosti, jak pečovat o seniora, a je vysvětlen pojem domácí hospicová péče v celém kontextu nabízených možností, jak se postarat o člena rodiny, který už nezvládá být soběstačný.

V praktické části práce je výzkumné šetření zaměřeno na subjektivní vnímání a prožitek pečujících osob, rodinných příslušníků, kteří pečovali o seniora v domácí hospicové péči.

Výzkumná část se zabývá osobním prožíváním, motivací a zkušenostmi pečujících osob, které se rozhodly pečovat o seniora v domácím prostředí s využitím domácí hospicové péče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

domácí péče, hospic, rodina, senior, stárnutí, stáří, truchlení,

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis discusses home hospice care from the perspective of the family. It contains a theoretical part and an empirical part.

Theoretical part is devoted to terms such as a family, a senior, an old age and aging in connection with social work and home hospice care. The options for caring for the elderly are listed there and the concept of home hospice care is explained in the whole context of the options offered to take care of a family member who can no longer be self-sufficient.

In practical part of the thesis there is a research investigation focused on subjective perception and experience of caregivers, family members who cared for the elderly at home hospice care. Research part deals with the personal experience, motivation and experiences of caregivers, who decided to care for the elderly in a home environment with the use of home hospice care.

## **KEY WORDS:**

Aging, age, family, grieve, home care, hospice, senior

# Obsah

ÚVOD.....	1
1 RODINA .....	2
1.1 Funkce rodiny a senior .....	4
1.2 Péče rodiny o seniora.....	6
1.3 Sociální práce s rodinou .....	9
1.4 Rodina a truchlení .....	12
2 CHARAKTERISTIKA SENIORA.....	17
2.1 Charakteristika stáří a stárnutí.....	19
2.2 Změny stáří a stárnutí .....	20
2.2.1 Biologické stáří .....	22
2.2.2 Kalendářní stáří .....	23
2.2.3 Sociální stáří .....	23
2.3 Sociální služby a senioři.....	24
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI .....	30
3.1 Základy domácí hospicové péče.....	31
3.2 Hospic.....	34
3.3 Multidisciplinární tým v paliativní a hospicové péči a sociální pracovník.....	37
4 EMPIRICKÁ ČÁST .....	41
4.1 Cíl výzkumného šetření.....	41
4.2 Výzkumné otázky .....	42
4.3 Metodika výzkumu.....	43
4.4 Výběr a charakteristika výzkumného souboru.....	45
4.5 Průběh rozhovorů .....	45
4.6 Etické hledisko.....	46
4.7 Analýza rozhovorů.....	47
4.8 Diskuse .....	65
4.9 Závěr výzkumné části .....	66
ZÁVĚR.....	67



Seznam literatury:.....	68
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	71
Evidenční list knihovny .....	72
Příloha č. I.....	I
Příloha č. II.....	II
Příloha č. III.....	III

# ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem zvolila proto, že prožívám vlastní zkušenost s domácí hospicovou péčí. Naše rodina se stará o mého invalidního otce a babičku, která trpí Alzheimerovou nemocí. Současně jsem absolvovala stáž v rezidenčním zařízení pro seniory, abych nahlédla na péči o seniory i ze strany institucionální péče.

První část teoretické práce se zaměřuje na definování pojmu rodina v souvislosti s péčí o seniora. Zmiňuji se o funkcích rodiny dříve a nyní, o kulturních zvyklostech, bytových podmínkách a finančním zajištění. Sleduji vliv generačních rozdílů a poukazuji na to, že rodina je nedílnou součástí při péči o seniora. Cílem práce je teoreticky poukázat na osamělé stáří dnešní doby, jak rodina může zvládnout náročnou péči, když už sám senior není schopen si zajistit své potřeby. Nahlížím také na téma smrti a truchlení, které je nevyhnutelnou součástí hospicové péče.

V druhé kapitole jsou vymezeny pojmy stáří a stárnutí. Jde o zásadní fázi v lidském životě, kterou provází určitá specifika. Kapitola nabízí různé pohledy na stáří a uvádí formy služeb a sociální pomoci, které může rodina využít.

Třetí kapitola se věnuje sociální práci v domácí hospicové péči. Nahlíží na téma z historického pohledu, a přibližuje, v čem spočívá obecná a specializovaná péče. Představuje práci multidisciplinárního týmu, včetně laické pomoci, která je nezastupitelná.

Empirická část věnuje pozornost tomu, co pro rodinu znamená pečovat o svého nejbližšího v domácím prostředí. Zkoumá motivaci a podmínky pečujících. Cílem výzkumu je proniknout do hloubky fenoménu a poukázat na to, jaký rozměr má role pečovatele. Výzkumnou strategií byl polostrukturovaný rozhovor s cílem zjistit povahu a aspekty péče o seniora v domácí péči. Vybraná metoda kvalitativního výzkumu dává možnost nahlédnout hlouběji do zkoumané problematiky. Odkrývá úskalí a zároveň popisuje, jaký přínos péče o seniora v domácnosti pro rodinu nebo pečujícího měla. Tato práce může být také uvedením do základní problematiky týkající se stáří a péče o seniory. Základem je uvědomění si citlivosti tématu stáří a stárnutí z laické roviny, ale i z pohledu odborníka pracujícího v oblasti sociálních služeb.

# 1 RODINA

Mnoho významných autorů píše o tom, co je to rodina. Je možné najít nespočet definic, které se nepatrně liší jen z pohledu různých oborů a autorů. Každý člověk o ní má svou jasnou představu, podle toho, jak a kde vyrůstal nebo jaká je jeho vlastní rodina. Možná si většina lidí vzpomene na definici, která se učí už na základní škole: „Rodina je základní jednotkou ve společnosti, kde plní významné společenské funkce – biologickou, ekonomickou, sociální a výchovnou“ (Krebs, 2007, s. 371). Pro srovnání uvádím několik zdrojů, které definici rodina představují.

„Učebnice sociologie po dlouhou dobu začínaly tvrzením, že rodina je pro sociologii příkladem morfostatické instituce. Představuje sociální zařízení, jehož základním účelem je vytvářet soukromý prostor pro reprodukci společnosti, stíněný proti vířícímu a nepřehlédnutelnému světu veřejnému. Chrání své členy, nemění svůj tvar, vnitřní uspořádání ani habitus a změny ve svém okolí vyrovnává“ (Možný, 2006, s. 14).

Haškovcová cituje, definici Tlustého (1968). „Rodina je společensky schválená forma stálého soužití rodičů a dětí. Tzv. vládnoucím zvykem je pouto krve, k němuž se přidružuje společné bydliště, společná práce v rámci společensky uznávané dělby práce. Rodina vytváří předpoklady pro naplnění funkce biologické, ekonomické, výchovné, socializační a emocionální“ (Haškovcová, 1989, s. 76).

Sociolog prof. Ivo Možný (1999), vymezuje rodinu jako vícegenerační soužití rodičů a dětí, a to v rodině úplné i neúplné. Podle něj rodina není totéž, co domácnost. Manželé, kteří touží po dítěti, a žijí ve společné šťastné a spokojené domácnosti ji mohou nazývat rodinou. Osamělý rodič vychovávající dítě tvoří rodinu neúplnou. V sociologii najdeme různé názory na definici rodiny, avšak univerzální shoda je v tom, že rodinu konstituují pokrevní svazky.

„V nejširším vymezení může být rodina definována jako „institucionální zajištění lidské reprodukce, legitimní v dané společnosti“ (Možný, 1999, s. 99).

Matoušek, který hovoří o rodině jako o instituci uvádí že, „model rodiny tvořené rodiči, jejich dětmi, případně prarodiči vykazuje neobyčejnou stabilitu ve všech epochách vývoje lidstva a ve všech známých současných společnostech. Prakticky neexistuje žádný typ společnosti, který by se neopíral o rodinu jako o svůj základní článek“ (1997, s.9).

Podle Giddense (1999, s.156) „Rodina představuje skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí“ .

„Prakticky ve všech společnostech se můžeme setkat s typem rodiny, kterou sociologové a antropologové označují jako rodinu nukleárního typu. Ta se skládá z dospělých manželů a jejich vlastních či adoptivních dětí žijících ve stejné domácnosti“ Giddens dále uvádí, pokud žijí v této rodině i další blízcí příbuzní, jedná se o rodinu rozšířeného typu. „V západním světě je manželství, a tedy i rodina spojeno s monogamií“ (Giddens, 1999, s. 157).

„Rodinu ve svých raných dějinách Římané cenili natolik, že když sestavovali kolem roku 450 př.n.l. svůj první právní kodex tzv. Dvanáct desek, prohlásili v něm, že rodina je základní jednotkou společnosti“ (Matoušek,1997, s. 23). Dle Matouška (1997) úplnou nukleární rodinu tvořenou otcem, matkou a dětmi najdeme jen v třetině dnešní populace. Většinu rodin dnes tvoří lidé žijící jen s dítětem bez partnera, nebo sami. Přesto, že lidé žijí v malých, neúplných rodinách, pěstují styky v rodině široké, a o vážných věcech rozhodují společně. Neméně důležitá je také sociální síť rodiny, do které patří přátelé a známí.

Rodina poskytuje jednotlivým členům oporu a zároveň poskytuje svobodu pro budování a zachování osobní odlišnosti. Vnitřní struktura rodiny má své podsystémy, kde jednotlivci vytváří spojení za určitými účely. Tyto podsystémy jsou nazývány manželské, rodičovské a sourozenecké. Rodiče dělají závažná rozhodnutí, manželé sdílejí sex, otec či matka a děti pěstují společné zájmy. Každý jednatel má v rodině své místo a hraje určitou roli, kterou získává pocit odlišnosti a osobitosti. Funkční rodina by měla mít jasné hranice subsystémů, překročitelné za jasných podmínek. Členové rodiny na sebe berou ohledy a vzájemně se respektují. Tyto rodiny se vyznačují pevnou aliancí mezi rodiči, zároveň v rodině panuje jasná hierarchie odpovědnosti. V rodině existuje rovnováha mezi soukromím a potřebou sdílení (Matoušek, 1997).

„Americký psycholog a sociolog Irvin D. Yalom v jedné ze svých přednášek uvádí, že podmínkou lidského štěstí je spokojený rodinný život, pevná rodina a fungující sousedská komunita, tady mezilidské vztahy v okolí, víra či náboženství nebo přijetí nějaké filozofie, která náboženství nahrazují“ (Šiklová, 2013, s. 25).

## 1.1 Funkce rodiny a senior

Dle Matouška (1997) je rodina již od středověku institucí, bez které jedinec jen těžko najde ve společnosti své místo. Běžné bylo soužití širších rodin. Tři nebo i čtyřgenerační rodiny však byly ojedinělé vzhledem k nízkému průměrnému věku lidí.

V dnešní společnosti jsou nároky na rodinu stále větší. Pod tíhou požadavků a nároků rodina plní své funkce jen částečně, přesto má velký význam. Je považována za útočiště před veřejným světem a stává se protiváhou veřejného prostoru. Především děti ze slabšího sociálního prostředí považují rodinu jako jediný opěrný bod, kam se mohou uchýlit. Tím, že spojuje specifické a universální je stále rodina považována za nenahraditelnou instituci (Matoušek, 1997).

Funkce rodiny se postupem času mění. Rozšířené rodiny, kde společně žilo v jedné domácnosti i více generací se osamostatňují do rodin nukleárního typu, ubývá sňatků, prosazuje se větší míra sexuální svobody a přibývá rozvodovost. Vazby mezi rodiči a prarodiči jsou dnes slabší, než tomu bývalo v minulosti. Naproti tomu se dnes lidé dožívají poměrně vysokého věku, takže je možné, že spolu může žít i několik generací v jedné domácnosti. Tento jev je však poměrně vzácný. Rozšířené rodiny najdeme dnes převážně ve východní Evropě nebo v Asii (Giddens, 1999).

Rozlišují se čtyři základní funkce rodiny, na kterých se shodují autoři (Laca, 2019; Haškovcová, 1989; Matoušek, 1997; Možný, 2006).

- Biologická a reprodukční funkce je velmi důležitá nejen pro rodinu, ale i pro celou společnost, a je uznávanou již po staletí. Zabezpečuje základní biologické a psychologické potřeby muže a ženy a zachování lidského rodu. Fungující rodina je tím nejvhodnějším prostředím, ve kterém můžeme dítě zabezpečit a vytvořit mu tak vhodné podmínky pro jeho správný vývoj. Haškovcová se odkazuje na sociologickou studii Možného, který doložil, že během druhé poloviny našeho století došlo k výrazným změnám reprodukčních zvyklostí v rodině.
- Ekonomická, hospodářská funkce, se týká materiálního zabezpečení rodiny, nevztahuje se jen na dítě, ale týká se všech jejích členů, kteří se na tom podílí. Dospělí členové rodiny svou prací zajišťují životní jistotu celé rodiny. Rodiče mají odpovědnost za hmotnou péči o své děti. Podle dosažených příjmů se odvíjí

životní standard a způsob života rodiny. „Rodina kdysi plnila přímé ekonomické funkce; tzn. její členové společně žili a společně pracovali, aby se uživili“ Haškovcová (1989, s. 76). Dříve fungovala výměnná služba mezi generacemi. Tento způsob ekonomiky v rodině působil nejenom výchovně, ale také ovlivňoval emocionální klima rodiny. Dnes sociálně slabým rodinám pomáhá stát svými dávkami sociální podpory jako například přídavek na dítě, placená mateřská a rodičovská dovolená nebo daňové úlevy.

- Emocionální a ochranná funkce je pro každého člena nezbytně důležitá. Spočívá v uspokojování základních biologických a emocionálních potřeb, ve vzájemném porozumění, ochraně a sociální opoře. Citové zázemí, pocit bezpečí, lásky a opory je nenahraditelnou hodnotou každé rodiny.
- Výchovná a socializační funkce - základní péči a výchovu dětí zajišťují rodiče. Podstatným znakem rodiny je dle Matouška (1997) společné soužití rodičů a dětí. Rodiče jsou zodpovědní za rozvoj svých dětí a jsou jim vzorem. Zodpovědnost za výchovu dětí je dána také zákonem. Český právní řád sice rodinu nebo její členy obecně neurčuje, ale např. trestní zákoník obsahuje ve své části druhé, hlavě IV. trestné činy proti rodině a dětem.

Zákon o rodině 94/1963 Sb., který platil od r. 1964 do r. 2013 nahradila druhá část nového občanského zákoníku nazvaná Rodinné právo. Zákon o rodině z roku 1964 měl čtyři části: Manželství, Vztahy mezi rodiči a dětmi, Výživné, Závěrečná ustanovení. Nový občanský zákoník vešel v platnost od 1. ledna 2014 (AION CS, s.r.o., získáno 15.3.2023. Zákony pro lidi). Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-94>

Poměrně častým zvykem dnešní společnosti je podle Příbyla (2015), že prarodiče žijí odděleni od zbytku rodiny. Senioři často trpí generační osamělostí, zvláště pokud se musí smířovat se smrtí svých vrstevníků nebo svého životního partnera. Každý senior se v období vlastního stáří neboli séniu, potýká s mnohými problémy. Snižuje se jeho schopnost se sám o sebe postarat, přibývají nemoci a zdravotní komplikace. Tyto okolnosti přispívají k tomu, že rodina má pro seniora zásadní význam. Prověřují se rodinné vztahy, děti, vnoučata se stávají zdrojem emocionální satisfakce. Fungující rodina pomáhá seniorovi zajistit jeho potřeby, bezpečí a dodává pocit, že na své problémy není sám a jeho rodina je mu oporou. Nedostatečné naplnění základních biologických a fyziologických potřeb znamená pro seniora stres a je příčinou postupného chátrání.

S tím souvisí pocit sounáležitosti a také potřeba informovanosti. Seniorům by se neměla upírat možnost sdílet své názory, zkušenosti, rady. Potřebují vědět, že mají v rodině nezastupitelnou roli, své místo, kde jsou přijímáni a milováni. „Rodina, vztahy v rodině, kontakt s blízkými, to vše je pro seniora velmi důležité. Dalo by se říci, že čím více je člověk starší, tím více na rodině lpí a stává se pro něj prioritou“ (Příbyl, 2015, s. 70, 71).

Podle Funkla (2014) je ideální, může-li starý a nemocný člověk, kterému postupně dochází síly prožít závěr svého života doma, v místě, kde to zná, kde je mu dobře, a je mu nabízena pomoc a podpora od těch nejbližších. Asi všichni bychom rádi zůstali ve svém známém a přirozeném prostředí co nejdéle. Pro rodiny je tato situace nová a mnohdy velmi obtížná. Je potřeba si uvědomit, že péče o nesoběstačného seniora úplně změni chod domácnosti a její zvyky. Úkolem rodiny je zajistit soustavnou péči, která je náročná jak po stránce organizační, fyzické tak i psychické. Funkl doporučuje svolat rodinnou radu, odhadnout časové možnosti s ohledem na psychickou a fyzickou zátěž každého člena rodiny a naplánovat, kdo a na jak dlouho, se bude o starého a nemocného člena rodiny starat, kdo zajistí nákupy nebo doprovod k lékaři apod. Příbyl (2015) se shoduje, s tím, že doporučuje rodině sestavit podrobný seznam úkolů týkající se péče, který bude obsahovat možné přínosy pro jednotlivé členy rodiny. Kdo a kdy bude jakou péči vykonávat. Dále jaké budou přínosy pro příjemce péče sociální, zdravotní služby, příspěvků apod.

## **1.2 Péče rodiny o seniora**

Dle Říčana (1989) staří potřebují mladé stejně jako mladí potřebují staré. Je třeba vzkřísit znovu tyto tradiční formy rodinného soužití, ve kterých jsou tyto potřeby uspokojovány. Řičan tak mluví o záchraně, dokonce renesanci rodiny jako základního životního společenství od kolébky až za hrob, o obnovení a upevnění solidarity mezi generacemi.

Svatošová (2011) by chtěla povzbudit blízké příbuzné seniorů, pacientů těžce nemocných a umírajících, aby našli odvalu dosloužit jim, pokud možno v domácím prostředí. Poukazuje na názorný příklad, pokud pomůžeme pomoci dnes my, máme větší

naději, že příště pomůže někdo nám. Ideálem by podle Svatošové (2011) bylo, propojit domácí péči o seniora s odborností a do nemocniční péče více zapojit rodinu a přátelé nemocného. Odbornost sice znamená hodně, ale není to všechno. Psychický komfort umírajícího těžko zajistíme bez aktivní spolupráce rodiny.

Není možné se stoprocentně připravit na to, co bude péče o seniora pro celou rodinu znamenat říká Haškovcová. Jisté však je, že role rodiny je nezastupitelná a důležitá. Péče rodiny už může začít i v případě, že starší člen rodiny bydlí sám a potřebuje zpočátku jen pomoci se zajišťováním drobných pochůzek, nákupů, hygienou nebo třeba doprovodit k lékaři. Starý člověk má od určitého věku potíže zajistit si potřeby běžného dne. „Klesá celková i jejich psychická soběstačnost, stoupá závislost“ (Haškovcová, 1989, s. 89-99).

Haškovcová (1989) dodává, že důležitá je i pomoc se zajišťováním finančních záležitostí, zapomínání dělá starším lidem problém a pak nedokáží dodržovat své finanční závazky nebo mají obavy, aby je někdo neokradl.

Rodina může být nápomocná také při vyřizování různých příspěvků, na které má senior nárok uvádí Kotková (2016). Jedná se o příspěvek na péči, příspěvek na bydlení nebo na dietu, pokud se jedná o diabetika. Dále jsou to např. o poukazy na inkontinenční pomůcky, které hradí po doporučení praktického lékaře nebo urologa pojišťovna. Většina členů rodiny dnes chodí do práce nebo do školy. V takovém případě je možné využít pomoc terénních pečovatelských, sociálních služeb městského úřadu, které zajišťují donášku obědů nebo zajišťují nákupy, hygienu a ostatní činnosti. Pakliže není v silách členů rodiny se o staršího člena rodiny postarat, existuje možnost najmout si osobní asistentku nebo zajištění péče seniora v bytě s pečovatelskou službou, v domově pro seniory, nebo v jiném speciálním zařízení. (Kotková, V. vydáno 16.11.2016. *Pomoc v domácnosti.cz*). Čerpáno z: <https://pomocvdomacnosti.cz/jakou-rolu-plni-rodina-pri-peci-o-seniora>

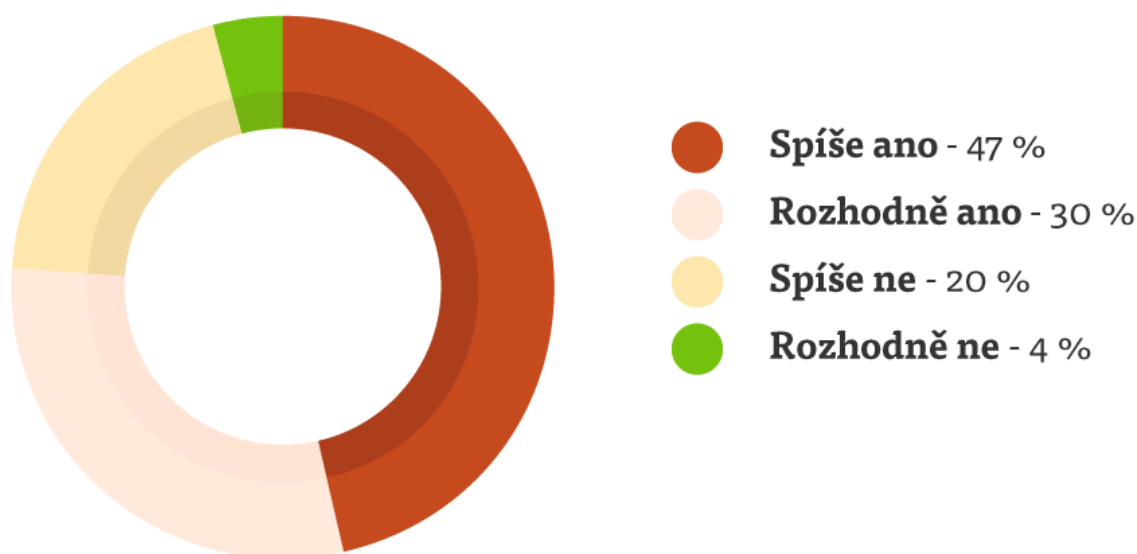
Zvěřová (2018) dodává, že toto umístění se občas stává nevyhnutelným. Zejména pak například pokud starší člověk onemocní Alzheimerovou chorobou. V takových případech potřebuje nemocný ve dne v noci neustálou péči, jelikož by mohl být nebezpečný sobě i svému okolí. Může se stát, že zapomene vypnout plyn nebo nechá téct vodu. Takto nemocní lidé někdy odejdou z domu a už se nedokáží vrátit, protože zapomenou, kde bydlí. V dnešní přetechizované společnosti potřebují staří lidé naši



podporu, pomoc, hlavně lásku a pocit, že jsou stále součástí rodiny a mají se vždy na koho obrátit, když už sami nejsou schopní se o sebe postarat.

Pavel Pokorný, kaplan Cesty domů uvádí, že za největší překážku domácí péče o umírajícího blízkého je považován strach z vlastního selhání z důvodu fyzicky i psychicky náročné situace a velké zátěže pro celou rodinu. Většina lidí se shodne na tom, že nevléčitelně nemocný/umírající člověk potřebuje hlavně klid a přítomnost svých blízkých, což mu jen obtížně zajistí nemocniční personál. Pokud jsou nemocní a umírající odkázáni na pomoc druhé osoby, preferují většinou někoho z rodiny před zdravotníkem.

### *Považujete za možné pečovat doma o svého umírajícího / nevléčitelně nemocného?*



N=1147 (veřejnost), STEM/MARK pro Cestu domů 2013

---

Tabulka č. 1 Pokorný, P. (Cesta domů, z.ú. ze dne 15.3.2023) Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data>

Vejvodová Markéta sdílí doktorské rady MUDr. Ireny Kudrnovské z r. 2020. Pokud žije senior v bytě společně s rodinou, říká Kudrnovská, měl by se cítit jako její součást. Dále pak radí, jak pečovat o starého člověka v kruhu rodinném. Pro seniory je nejdůležitější kontakt a pocit, že do rodiny stále ještě patří. Péče o starého a nemocného

člověka je obtížná, a pokud je to možné je dobré zapojit do péče všechny členy rodiny. Kudrnovská vzpomíná na dobu covidu a karantény, kdy byly ve spoustě domovů pro seniory zakázány návštěvy a staří lidé nejvíce trpěli tím, že neměli osobní kontakt s rodinou. Bohužel, právě kvůli tomu také mnoho senioru zemřelo. Je opravdu důležité, aby i senior, který žije s rodinou pohromadě, nebyl izolovaný a odstrčený. Ideální totiž je, aby byl třeba v obýváku a viděl, že se kolem něj něco stále děje a není vyčleněn z rodinného společenství. Právě to na staré lidi velice špatně působí. Pokud ho rodina odloží stranou, aby mohla fungovat tak, jak byla zvyklá, dle mého už mnohdy zmíněno výše, senioři špatně snáší. Tím mohou vznikat velké problémy a může docházet ke sporům (VeJVodová, M. 2020. Český rozhlas, doktorské rady). Čerpáno z: <https://region.rozhlas.cz/seniori-ze-vseho-nejvice-potrebuji-pocit-ze-do-sve-rodiny-stale-jeste-patri-8374193>

### 1.3 Sociální práce s rodinou

Matoušek (1997) popisuje historii sociální práce. Již na přelomu středověku a novověku byly v Evropě zakládány instituce, které poskytovaly, ochranu a péči lidem, kteří rodinu neměli nebo se nedokázali či nechtěli o své blízké postarat. Církev zřizovala sirotčince, zařízení pro staré a nemocné, hendikepované a chudé lidi. Později tuto úlohu začaly přebírat obce, jež měly tuto povinnost danou zákonem na základě domovského práva. Toto byly začátky sociální politiky státu. K institucionálnímu zabezpečení stát garantoval také finanční dávky poskytované starým, invalidním a nemocným lidem. Německo bylo prvním státem, který prosadilo povinné sociální pojištění občanů, z něhož byly placeny příspěvky starým a invalidním lidem. Brzy poté zavedlo i povinné zdravotní pojištění. Ve srovnání s ostatními zeměmi jako je například Švédsko, bylo Německo označováno národem rodin. Lidé mají ze zákona povinnost se postarat o své rodiče a jinak hendikepované členy rodiny.

Matoušek dále uvádí, že průkopnicí sociální práce byla ve dvacátých letech M. Richmondová, která na klienta pohlížela z perspektivy celé rodiny, nikoli pouze na něj. Její sociologický pohled kritizovala V. Robinsonová. V práci Richmondové a ve spisu „Sociální diagnóza“ jí chyběla psychologická charakteristika rodiny i osobnosti

jednotlivce. Vztahy v rodině začaly ve třicátých a čtyřicátých letech našeho století zastávat důležitější pozici než sociální postavením rodiny.

Profesionální práci s rodinou podle Matouška (1997) dnes vykonávají nejen odborníci středoškolsky nebo vysokoškolsky vzdělaní v oboru, ale i vyškolení pracovníci státní správy a soudu. Iniciátorem práce s rodinou může být člen rodiny, sused, pracovník státního orgánu či nevládní organizace. Rodina je předmětem zájmu vždy chápána jako jeden celek, kde je snaha vytvořit přijatelné podmínky pro život i jednoho konkrétního člena.

Matoušek rozlišuje práci s rodinou na dva druhy extrémů. V jednom případě problém rodiny definuje profesionál, který jako expert a autorita přímo zasahuje do života rodiny. Jedná se o případy nefunkčních rodin, které jsou například ohrožené jiným členem rodiny anebo profesionál nechává na rodině, aby definovala problém sama a podporuje schopnost rodiny řešit náročnou životní situaci vlastními silami. Profesionál se v tomto případě snaží vcítit do rodiny a být nápomocný, aby se rodina stala sama tím expertem na jejich problémy.

Hlavní typy práce s rodinou Matoušek (1997) řadí následovně:

Represivní zásah – dohled – přímá pomoc poskytnutím peněz – ubytování apod. – poradenství – krizová intervence – rodinná terapie. Podmínkou pro kvalitní profesionální práci s rodinou je adekvátní vzdělání a praktický výcvik formou práce s rodinou. Dle Matouška je rodina konglomerátem systémů jako je výměna peněz, systém nevědomých očekávání, potřeb, obraných psychologických mechanismů apod. Psychologové a psychiatři, kteří se dosud orientovali pouze na jednotlivce hledali prostřednictvím systémové koncepce ty podstatné vlastnosti rodiny.

Pro práci s rodinou tvrdí Matoušek (1997) je třeba se seznámit se všemi informacemi o celé rodině, které sociálnímu pracovníkovi umožní provést tzv. diagnostiku rodiny. Velmi často využívaným způsobem práce s rodinou je návštěva rodiny. Původní záměr návštěv soc. pracovníků v rodině byla na přelomu století hlavně chudoba. Soc. pracovníci tímto způsobem mapovali, kolik materiální pomoci rodina potřebuje a jak s ní nakládá. Návštěva sociálního pracovníka v rodině umožňuje přímým pozorováním vidět, jak rodina skutečně žije, jaké je její uspořádání a může zhodnotit i celý prostor domácnosti. Všimá si sféry komunikační, ale také praktické činnosti.

Zároveň je to určitý průnik do soukromí rodiny, který může vyvolat negativní reakce. Rodina může tuto návštěvu odmítnout. Je výhodné, pokud mohou rodinu navštívit dva sociální pracovníci, muž a žena. Jeden se může držet v pozadí a jen být pozorovatelem a druhý vstupuje do debat s rodinou. Rodina vždy byla a je nejdůležitějším místem pro člověka, proto je třeba respektovat její soukromí a rituály.

Matějček a kol. (1995) uvádí tuto typologii rodin:

**Funkční rodina** – Rodiny, které své problémy dokáží samy vyřešit a nevyužívají soc. systém.

**Problémová rodina** – Rodina, která má problémy na bazální úrovni a umí je řešit, využívá soc. služby a pomoc.

**Dysfunkční rodiny** – Rodina, kde jsou narušeny základní funkce rodiny. Může se jednat o problémy se závislostmi, dlouhodobá nezaměstnanost a další. Zde je nevyhnutelná pomoc soc. služeb a systému hlavně vzhledem k ochraně dítěte.

**Afunkční rodina** – V této rodině není možný zdravý vývoj dítěte a je nutná neustálá soc. intervence. Jednotlivé, nebo všechny rodinné funkce jsou nedostatečné.

**Nukleární rodina** – Rodina dvou generací složená z rodičů a jejich potomků.

**Rozšířená rodina** – Rodina, kde žijí v jedné domácnosti více než dvě generace.

**Orientační rodina** – Původní rodina, kde jsme se narodili a byli vychováni.

**Prokreační rodina** – Rodina, kterou jsme si založili sami.

Při práci s rodinou je třeba mít na paměti, že i když pracujeme jen s jedním členem rodiny, klientem bývá vždy celá rodina. Řezníček (1994) dále uvádí, že při této práci je nutné dodržovat nejen zásady etiky jako je mlčenlivost, ale i zásady společenského chování. V souvislosti s ostatními metodami sociální práce je postupováno s respektem a empatií ke klientovi. Podle Řezníčka by sociální pracovník měl disponovat vlastnostmi jako je trpělivost, flexibilita, tvořivost.

Důležitou roli hraje práce sociálního pracovníka podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2005) také v případě, že rodina péči o seniora doma nezvládla a rozhodla se pro institucionální péči. Respekt k pocitům rodiny a starostem, které rodina prožívá je velmi důležitý. Pokud se rodina nakonec rozhodla pro péči v nějaké instituci, je potřeba rodinu informovat o životě a změnách ke kterým u seniora dochází. Rodina se pak lépe

vyrovnává se skutečnosti, že přenechali péči někomu jinému. Sociální pracovník pomáhá rodinu podpořit v tom, že udělala pro svého nejbližšího to nejlepší, co mohla, a že toho stále ještě může hodně udělat. Spolupráce s rodinou je pro péči o seniora nenahraditelná a velmi přínosná.

## 1.4 Rodina a truchlení

Svatošová (2011) a Giddens (1999) se shodují, že většina lidí dříve umírala doma, a byla to naprosto normální součást života. Dnes je tomu přesně naopak. Staří a nemocní lidé umírají v nemocnicích a hospicích, a jen malé procento umírá doma.

Šiklová (2013) k tomu dodává tvrzení, že dříve bylo pro člověka setkání se smrtí běžné. Lidé viděli umírat své babičky, dědečky, sourozence, příbuzné, a lidé z vesnice umírali doma v postelích, v nichž dříve spali, a smrt nebyla tak cizí jako dnes. Umírání v institucích jako jsou nemocnice a hospice Šiklová nazývá ochočená smrt. Je tím míněno, že smrt ztratila svou divokost. Rodina a blízcí nechtějí být smrtí už tak nablízku, proto volí pro své rodinné příslušníky umírání pod dohledem lékařů a zdravotníků.

I podle Říčana (1989) bylo rození a umírání v minulosti více přirozenou záležitostí. Dnes je tento základní životní proces potlačen do ústavního prostředí a rodina je ochuzena o úplné prožívání těchto životních událostí. Strach ze smrti, ale její realitu neodstraní. Psychologové se často setkávají u svých pacientů s problémy tabuizování smrti. Je to něco, co je zahaleno tajemstvím a sami si vlastní smrtelnost jen těžko dokážeme připustit. Téma smrti je to poslední, co klienti čekají v rozhovoru s psychologem. Většinou se připravují mluvit o problémech ve vztazích, na pracovišti, ale smrt je tématem, o kterém neradi hovoří.

O strachu ze smrti píše také jeden z předních psychoterapeutů Irvin D. Yalom (2014). Autor sám prožil závažné onemocnění a dlouhodobě se věnoval skupinové terapii s onkologicky nemocnými pacienty. O strachu ze smrti píše v jedné ze svých knih. Uvádí zde příklady ze své praxe, jak strach ze smrti ovlivňuje náš život a může způsobit mnohé psychické nemoci.

Smrt je vnímána jako konec života jedinečného „JÁ“, a ne jako součást procesu obnovy generací, tvrdí Giddens (1999). V tradičních kulturách, kde spolu žili rodiče, děti

i prarodiče v jednom domě, si lidé více uvědomovali souvislost mezi smrtí a střídáním generací, a možná smrt vnímali méně úzkostně. Dnes si člověk většinou představuje smrt jako něco zlovolného nebo jako trest. „Smrt je dle definice stav, kdy u živého organismu došlo k nezvratným změnám v mozku a v jejich důsledku k zániku centra dýchání, krevního oběhu a postupnému rozkladu a odumírání těla“ (Šiklová, 2013, s. 11).

Šiklová (2013) srovnává truchlení a smutek ze ztráty blízkého. Smutek a truchlení jako by byly v dnešní době tabu. Lidé nedávají najevo své emoce ze ztráty, protože tím nechtějí nikoho obtěžovat. Není to jen strach z vlastní smrtelnosti, ale stěžovat si, plakat nebo litovat druhé i sebe, se dnes nikomu nehodí. Kdysi nosily ženy černé šaty, klobouky a závoje. Dávaly tím najevo svůj smutek po celý rok. Ostatní se k nim proto mnohdy chovali ohleduplně. Ten, kdo držel smutek, měl dokonce určitá privilegia. Dnes se ale lidé za svou bolest a zármutek stydí. Snaží se jí překrýt různými sedativy, a tvářit se že se vlastně nic nestalo. Naše děti většinou na pohřby nechodí, nechceme je vystavovat smutku. Dříve byl pohřeb společenskou událostí, do které se zapojila i celá obec. Pohřební průvod byl naprosto běžnou součástí života lidí v obcích. Vyhýbáním se těmto životním rituálům však z pohledu Šiklové není správné. Pokud se budeme bránit emocím, nemůžeme se pak divit, že se nám vrací jako bumerang v podobě depresí, úzkostí, špatných snů a neuróz. Plakat a postěžovat si není slabost, ale je to pochopitelné a normální. Svou upřímnou soustrast můžeme ostatním vyjádřit tzv. kondolencí.

Funkl (2014) zmiňuje, že mezi poslední přání umírajících patří často přání zemřít doma mezi svými. Lidé touží umřít ve známém a milém prostředí, kde se smrt může jevit jako něco důvěrně známého.

Matoušek v rámci Existenciální analýzy a logoterapie uvádí příklad, jak chápe Frankl pojem truchlení: „Truchlení pozůstalého se musí z hlediska zdravého rozumu jevit jako neúčinné. Trápit se něčím co je nezvratně ztraceno, je zbytečné. Pro člověka má ale truchlení, smutek a lítost nenahraditelný význam. Umožňuje mu adaptovat se na změnu, k níž v jeho životě došlo“ (Matoušek, 2001, s. 213).

Dále Matoušek cituje „Podle Frankla utrpení náleží k smysluplnému životu stejně jako osud a smrt“ Matoušek (2001, s. 213).

Samotný Frankl (2022) neuznává ukončení života formou eutanazie ani sebevraždy. Přirozené umírání podle něj patří k životu, a uzavírá ho do smysluplného celku. Říká, že lidem, kteří trpí a jsou nešťastní z nějakého důvodu, nemáme pomáhat řešit tyto důvody, ale pomoci těmto lidem pochopit, že smysl jejich života je právě v tom, že své trápení přijmou a překonají.

Frankl doslova uvádí: „Osud tedy patří k našemu životu a stejně tak i utrpení. Pokud tedy má smysl život, má smysl i utrpení: tudíž i utrpení, pokud jde o utrpení nezbytné, může být smysluplné“ (Frankl, 2022, s.37).

„Nuže, i sebevrah porušuje pravidla života; tato pravidla od nás přece nepožadují, abychom za každou cenu zvítězili – ale požadují po nás, abychom v žádném případě boj nevzdávali“ (Frankl, 2022, s. 39).

Neblahý vliv na rodinu může mít podle Matouška (1997) nedostatečně oplakaný zemřelý předek. Zátěž a smutek ze ztráty mohou vést pozůstalého k chování, udržovat byt nebo pokoj zemřelého ve stavu, jako by byl stále přítomen. Tato skutečnost pak představuje velkou zátěž pro celou rodinu. V průzkumu vypracovaném agenturou STEN/MARK v r. 2011 pro občanské sdružení Cesta domů, které uvádí Šiklová (2013), odpovědělo 66 % dotázaných, že nemluví o smrti se svými blízkými z důvodu obav z vlastní smrti. Zdravotníci jsou přesvědčeni, že je správné vést rozhovory o smrti a umírání i s dětmi, a že by měly vidět, co péče o prarodiče obnáší. V souvislosti s umíráním se lidé nejvíce obávají ztráty důstojnosti a soběstačnosti (51%), dále pak bolesti (46%), odloučení od svých blízkých (35%), osamělosti (26%) či duševního strádání (24%).

Macmillian a kol. (2014) popisují, jak každý člen rodiny prožívá ztrátu svého blízkého jiným způsobem. To, jak rodiče prožívají truchlení ovlivní, jakým způsobem budou truchlit jejich děti. Tím, že se dospělí nebojí projevit své emoce, pomůžou dětem pochopit a snadněji se vyrovnat se ztrátou. Zármutek hluboce zasáhne naše emoce, které jsou jak na houpačce. Můžeme pocíťovat pocity viny a lítost a zároveň zlost a vztek. Šok, otupělost, smutek, pocity osamění a zoufalství, to vše patří k procesu truchlení. Truchlení je proces vyrovnávání se s novou situací. Prožíváme jej na tělesné, duševní, emocionální, duchovní i sociální úrovni. Každý člověk je individuální osobnost, a tak i truchlení má u každého jinou podobu. Často se dostaví šok a otupělost, i když je smrt očekávaná.

Zármutek závisí na mnoha okolnostech a je často obtížný, únavný a může mít různé projevy. Po fyzické stránce může jít o svírání na hrudi, bušení srdce či dušnost, průjem, zácpa nebo zvracení, ronění slz nebo vzdychání, nedostatek energie nebo slabost, závratě, třes nebo mdloby, neklid, nechutenství, přejídání, nespavost či přílišnou spavost, zvýšenou konzumaci alkoholu, léků či jiných návykových látek, útlum libida, dokonce i symptomy podobné těm, které měl zesnulý.

Po psychické stránce můžeme prožívat pocity, které jsme třeba dosud nikdy nepocítili jde např. o poruchy koncentrace, zmatení. Někdy nastává popírání reality jako bychom nemohli uvěřit, že je to skutečně pravda. V noci nás trápí noční můry, neustálé vzpomínky na zesnulého a na jeho odchod.

Podle Svatošové (2012) se zdravotníci někdy setkávají s akutní spirituální bolestí pozůstalých. Tento stav může dojít až k patologickému truchlení, které je třeba řešit s psychiatrem. Je to možná reakce na šok, jenž se dostaví bezprostředně po nečekané zprávě o úmrtí blízkého člověka.

Smrt znamená něco jiného pro dítě, dospívajícího, dospělého i geronta, a v každém období svého života ji také jinak rozumíme, jinak o ní přemýšlíme a jinak se těmto myšlenkám bráníme, tvrdí Říčan (1989). V mladším školním věku dítě začíná pomalu chápat, že smrt je nevratná událost, a s dalším vývojem kolem osmého roku přichází strach spojený s představou smrti. Adolescent bere smrt vážně, a zabývá se především existenciální stránkou života, která mu připomíná jeho vlastní jedinečnost. Dospělí chápou smrt druhého člověka hlouběji. Každý si uvědomuje svou vlastní smrtelnost, která je spravedlivá pro nás všechny. Délka dosavadního života pak nabývá nového významu jako je vděčnost, radost z toho, co máme a co nám bylo dáno.

Každý člověk je jedinečný, originální, a proto doprovázení starých a nemocných lidí v té nelehké životní etapě je dle Svatošové pokaždé jiné. „Pacienti v průběhu onemocnění procházejí fázemi popsanými Kübler-Rosovou“ (Svatošová, 2012, s.67).



Tabulka č. 2 Fáze podle KÜBLER-ROSOVÉ, Svatošová, 2011, s. 25

FÁZE PODLE KÜBLER-ROSOVÉ		
FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
NEGACE, ŠOK, POPÍRÁNÍ	„Ne, já ne, pro mne to neplatí.“ „To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
AGRESE, HNĚV, VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky. vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, Nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, Léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost ale pozor na Podvodníky.
DEPRESE, SMUTEK	Smutek z utrpěné ztráty, z hrozící ztráty, Strach z účtování, strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, Pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
AKCEPTACE, SMÍŘENÍ, SOUHLAS	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská Přítomnost, držet Za ruku, utřít slzu. Pozor – rodina možná Potřebuje pomoc Víc než pacient!

„Smrt je tématem, o kterém se stále moc nemluví, možná proto, že se lidé smrti bojí“ (Giddens, 1999 s. 57). Přesto je to podle Říčana (1989) jedno z nejzákladnějších lidských témat, které řeší každá kultura. Smrt je pro nás bolestné a těžké téma v jakékoliv době, tvrdí Šiklová, a dále uvádí: „O smrti nikdy nemluví se svými blízkými třetina populace“ (2013, s.7).

## 2 CHARAKTERISTIKA SENIORA

Termín senior používá Příbyl (2015) jako neutrální označení, který užívají i ostatní vědy jako je např. medicína, psychologie a sociologie. Je možné se ale také setkat s výrazem geront nebo důchodce, což považuje za nevhodné, vzhledem k tomu, že není možné spojovat a vnímat člověka, který pobírá dávky důchodového pojištění jako starého.

Pojem geront z řeckého gerón = starý muž je dle Říčana (1989) obecně známý. Věda o stáří se nazývá Gerontologie a lékařský obor zaměřený na stáří se nazývá Geriatrie. V českém překladu by to vyznělo jako „stařec“ a „stařena“, tato slova mají pro Říčana silný citový náboj, a tak se jim raději vyhýbá. Termín senium, neboli stáří mu zní daleko přijatelněji.

Hranici od kdy se člověk stává seniorem lze objektivně posoudit podle Příbyla (2015) ze statistický údajů. Dle kalendářního věku je takovou hranicí věk 60–65 let. S prodlužující délkou života se ale tato hranice stále posouvá. Významným mezníkem se stává odchod do starobního důchodu, což je u nás přibližně 65 let podle data narození. Jak se již Příbyl vyjádřil, nelze člověka pobírajícího důchodové pojištění vnímat jako starého. Někdo je vitální a plný síly i ve vyšším věku, a jiný se může cítit starý již kolem padesátky.

Sokol (2005) se zamýšlí nad otázkami. Proč a jak člověk stárne jako jednotlivá osoba? Jaký smysl má stáří? „Jako každý živý organismus i člověk se narodí, dospívá, stárne a nakonec zemře“ (Jirásková a kol., 2005, s. 39). Člověk postupem vývoje zvládá jednotlivé pohyby, úkony a činnosti, které se stanou časem běžnou rutinou. K zvládnutým dovednostem a znalostem se přidávají zkušenosti, a zároveň se snižuje ochota něco ve svém životě měnit. Starý člověk změny snáší obtížně, a často nechápe, proč dělat věci jinak, když se je za léta praxe naučil tak dokonale.

Příbyl (2015) uvádí, že byly zaznamenány pokusy definovat seniora také jako osobu s trvale změněným zdravotním stavem, a to psychickým i fyzickým, který je příčinou, že není soběstačný a potřebuje péči druhých. Tuto definici, však Příbyl

vyloučil, protože ne každý starý člověk je nesoběstačný, a i mladý člověk se může ze zdravotního důvodu stát závislým na pomoci druhých. Příbyl naopak klade otázku. Co je starší věková kategorie?

„Z obecného hlediska je za starého člověka, seniora, považován člověk, který je tak označen většinou členů společnosti“ (Příbyl, 2015, s. 13). S vývojem společnosti se také posouvá hranice toho, kdo už je považován za seniora, a kdo ještě ne. Příbyl dále uvádí, že v roce 1800 to mohl být člověk, kterému bylo přes čtyřicet a dnes, kdy se neustále posouvá hranice odchodu do důchodu, to může být ten, kterému je minimálně 65 let.

Podle Haškovcové (1989) jsou sedmdesátníci, kteří si nepřipadají staří a mají stále pocit, že je jim čtyřicet. Těžko se vyrovnávají se statusem starce v rodině. Stejně tak, jako mladí jsou stále přesvědčeni, že budou mladí napořád.

Příbyl (2015) dělí seniorskou populaci následovně:

- **elitní** - jsou schopni extrémních výkonů i ve vysokém věku,
- **nezávislí**, jsou soběstační, zvládají instrumentální aktivity, hůře se adaptují a mají menší sílu, málo energie,
- **křehcí** – jsou patrné problémy s instrumentálními, denními aktivitami, občasné výkyvy zdravotního stavu, potřebují pečovatelskou službu,
- **závislí**, vyžadují podporu a pomoc druhé osoby ze zdravotních důvodů, vhodná je spolupráce se sociální i zdravotní službou,
- **zcela závislí**, jedná se o seniory zcela upoutáni na lůžku nebo s pokročilým stádiem demence, kde je nutná ošetrovatelská péče a dohled,
- **umírající**, příjemci paliativní péče.

Jirásková a kol. (2005) se zamýšlí nad tím, jak svůj život nepromarnit. „Stáří je tak doba, kdy by se měl člověk starat, aby se jeho život pěkně uzavřel a soustředil, aby se z něho stal hotový, celistvý příběh“ (Jirásková a kol., 2005. s. 45).

## 2.1 Charakteristika stáří a stárnutí

Giddens (1999) a Jirásková a kol. (2005) se shodují, že v tradičních společnostech a některých kulturách měli staří lidé významné postavení anebo rozhodovací pravomoc v důležitých věcech pro celou komunitu. V dnešní společnosti je tomu naopak, staří lidé ztrácejí autoritu nejen v rodině, ale i ve společenské sféře. Jakmile přestanou chodit do práce, ztrácí sebevědomí, společenský kontakt a jejich ekonomická situace je na prahu bída. Pro starší lidi, kteří museli z nějakého důvodu zanechat činnosti, která jim zajišťovala finanční příjem, je tak těžké znovu najít smysl života.

Dnešní medicína a rozvoj ve zdravotnictví umožnili mnoha lidem zůstat zdraví i do vysokého věku a mají tak šanci najít nový začátek v tom, co nazýváme „třetím věkem“. „Mezi autory zabývajícími se problematikou stárnutí a stáří je shoda faktu, že stáří (senium) je konečnou etapou života (vývojovým obdobím), zatímco stárnutí (senescence) je fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout“ (Příbyl, 2015, s.9). Na stáří a stárnutí je možné se dívat z různých úhlů pohledu, a to z hlediska demografie, psychologie, sociální práce nebo v kontextu historie. „Osobnosti jako byl Hippokrates vymezil stáří jako ztrátu vlhka a Aristoteles jako ztrátu tepla. Stav mezi zdravím a nemocí, jenž je navozen změnami tělních šťáv s úbytkem vlhka, tepla a krve, takové je pojetí stáří podle Galéna“ (Příbyl, 2015, s.9).

Haškovcová popisuje typické znaky stáří, jejíž vnější poznávací znaky se nedají nijak zakrýt ani přehlédnout. „Odborně vyvrálým stářím (seniem) rozumíme kategorii tzv. pokročilého neboli stařeckého věku, tj. 75-89 let. Lidé této věkové kategorie zpravidla již vykazují snížení fyzických a psychických sil. Jejich zevnějšek prodělal řadu změn a stáří se stalo čitelné ve tváři, v gestech, v chůzi“ (Haškovcová, 1989, s. 21). „Stářím je označována poslední vývojová etapa lidského života, která končí smrtí“ (Příbyl, 2015, s.10). Stáří se dle něj pojí se ztrátou soběstačnosti a s nemocemi. Haškovcová (1989) dodává, že to je důvod, proč se lidé stáří obávají. Stáří však ještě neznamená nemoc samotnou, jak již dokazovali staří Římané. Ale i oni přiznávali, že nemoci ke stáří zkrátka patří.

Příbyl (2015) vidí uplatnění starého člověka jako pomocníka či partnera předchozím generacím své rodiny. Jeho hlavní problém je obava z izolace a očekávání, že jeho potomci se o něj v případě stáří či nemoci postarají. Moderní člověk však většinu času tráví pracovními povinnostmi. Děti jsou svěřovány do péče institucí jako jsou školky a školy a podobně jsou na tom i starší členové rodiny. Představa domácí péče rodinných příslušníků je pak často pro seniory zklamáním.

## 2.2 Změny stáří a stárnutí

Stáří doprovází řadu změn, a to jak na vnější úrovni, tak po stránce psychické. Podle Haškovcové je skutečný stařec či stařena člověk, kterému zřetelně ubylo fyzických i psychických sil, a je mu více než pětasedmdesát. Představa o stáří převládající u většiny lidí ve společnosti je spojená s typickou vizáží, kterou nespravedlivě přisuzujeme celému stáří. „Starého člověka nejen prezentujeme, ale i anticipujeme jako slabého, sehnutého, pomalu se pohybujícího, nepružně reagujícího a zapomínajícího. V povědomí veřejnosti se k tomuto obrazu pojí ještě přítomná nebo hrozící hluchota, slepota, demence a inkontinence“ (Haškovcová, 1989, s. 25).

Existují však i výjimky, dodává Haškovcová, kdy se staří lidé dožívají vysokého věku, a jsou stále činorodí a plní optimismu. Jenomže těch je opravdu málo, a tak obraz seniora je pro většinu lidí těžko přijatelný.

Alchymisté už od pradávna hledali elixír mládí. Podle Říčana (1989) je člověk je společenský tvor, a tak je pro nás důležité nejen to, jak nám naše tělo slouží, ale také jak vypadá, a jakým dojmem působí na ostatní. Vzhledové změny ve stáří jsou z estetického hlediska považovány spíše za negativní. Důvody jsou zřejmé. Řídké šedivé vlasy nebo pleš, obličej plný vrásek, a tak bychom mohli jmenovat další rysy stáří, které nás odpuzují a děsí. Příroda je mocná, a proto vše má svůj důvod. Naše estetické citění je zakotveno v biologicky účelných instinktech. Starý člověk nemá být sexuálně přitažlivý. To ale neznamená, že nemůže být svým způsobem krásný. Starý obličej může budít v našich instinktech sympatie, úctu, autoritu a důvěru. Výměnou za mladistvý půvab dosáhnou někteří staří lidé oduševnělého, zajímavého, vznešeného výrazu a přitažlivost osobnosti.

Kulturní společnost se tak může pyšnit tím, že umíme být ke stáří solidární, umíme ocenit jeho moudrost, zároveň mít s ním soucit a chránit jej. Máme pochopení pro involuční změny, které nám stáří přináší. Aktivita mozkových buněk se ve stáří zpomaluje a tím je i duševní činnost značně zpomalena. Dochází k větší opatrnosti. Dalším rysem stáří jsou špatné snášené změny, snížení zájmu o okolí dokonce až netečnost. Člověk pomalu ztrácí vztah k některým lidem, zálibám, ideálům a hodnotám. Zranitelnost, citlivost a bezbrannost některých seniorů způsobuje častý výskyt neuróz, nebo různých psychosomatických poruch, depresí.

Dokonce některé psychické problémy seniorů jako jsou deprese, léková interakce, delirium nebo demence jsou podle Haškovcové (2010) trvale podceňovány a bagatelizovány.

Stáří se může jevit jako strastiplné tvrdí Funkl (2014), pokud člověk lpí na svém těle, společenském postavení a prestiži, nechá se pohltit pocity osamělosti, stesku a určitých omezení či ztrátě sexuality, neustále bilancuje nad svým životem s pocitem ublíženosti. Důležité je najít, objevit v sobě znovu zdroj vnitřní síly a nenechat se unášet pasivním, konzumním životem.

V případě pochybnosti, že se senior o sebe už nedokáže postarat, můžeme jeho soběstačnost měřit pomocí testů míry soběstačnosti říkájí Holmerová, Rokosová a Vaňková. V geriatrii posuzujeme soběstačnost pomocí různých škál. Hovoříme o škálách základních – ADL (Activities of daily living), které měří Barthelův test a instrumentální aktivity denního života; IADL (Instrumental activities of daily living) – vedení domácnosti, telefonování apod. Péči druhé osoby potřebuje senior, pokud je omezen v základních aktivitách jako je hygiena, pohyb nebo oblékání. Ostatní instrumentální aktivity mohou sice zhoršit kvalitu života, ale nevyžadují péči druhé osoby. Odhad z roku 2006 uvádí, že v České republice žije asi 500 000 lidí ve věku 65 let a více s omezenou soběstačností (Holmerová, I., Rokosová, M., Vaňková H. 2006). Dostupné z: <https://www.medicinapopraxi.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf> Tradičně se stáří rozděluje na biologické, kalendářní a sociální.

## 2.2.1 Biologické stáří

Příbyl (2015) a Říčan (1989) se shodují na tom, jak vypadá biologické stáří. Týká se objektivního stavu z hlediska fyzického vývoje a postupné degenerace. Mění se tělesná a kosterní soustava a rychlost metabolismu. U člověka klesá výkonost a nastávají nezvratné biologické změny. Na vnější úrovni jsou patrné změny postavy, postoje, chůze, vlasů, pokožky, obličeje a chrupu.

Biologické stáří lze charakterizovat jako míru involučních změn, která je u každého jedince zcela individuální. Uvádí se, že již okolo 25-30 roku života se může pozorovat pomalý, leč postupný pokles výkonnosti fyzických i duševních funkcí. Obecně rozlišujeme tři základní typy změn:

- úbytek funkcí na molekulární, tkáňové, orgánové a systémové úrovni; ubývá svalové hmoty a sil, vitální kapacita plic je na poloviční úrovni, v orgánech ubývá funkčních tkání, zčásti je nahrazuje vazivo. Problémy jsou také se zuby, pokud nějaké jsou; oči bývají přecitlivělé k silnému světlu a projevují se oční choroby; plynule se zhoršuje sluch a je častá nedoslýchavost,
- významný pokles buněčných rezerv manifestujících se například při reakci v zátěžových situacích,
- zpomalení většiny funkcí, jako je např. metabolismus; vlivem srdečních chorob nebo chronických zánětů kloubů, nemocemi páteře či nohou jsou senioři omezeni ve svých denních činnostech. Tělo je méně odolné proti infekcím a pouhé uklouznutí ve vaně se může stát pro seniora fatálním; po sedmdesátém roce se často vyskytuje více chronických nemocí naráz tzv. polymorbidita.

Celkový proces biologického stáří ovlivňuje skutečnost, jaký byl životní styl dotyčného. Jak na své stáří on sám osobně pohlíží, v jaké je psychické kondici a zda ho v životě provázely nějaké chronické obtíže či nemoci. Důležitou úlohu také hraje genetika.

## 2.2.2 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je podle Příbyla (2015) dáno datem narození a dosažením určitého dohodnutého věku. Protože se dá snadno stanovit, využívá se především pro demografické a statistické účely, kde je potřeba se např. orientovat v čase. Naděje dožití při narození se loni dle předběžných výsledků ČSÚ snížila. A to na 74,1 let pro muže a 80,5 let pro ženy. Za uplynulé dva roky s pandemií covidu-19 tak klesla o 2,2, respektive 1,6 roku. Naděje dožití neboli střední délka života, přitom udává průměrný počet let, který má před sebou jedinec v určitém věku. A to za předpokladu, že zůstanou zachovány úmrtnostní poměry ve sledovaném období. Uvedl také Český statistický úřad (2023).

Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_lide](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide)

Dle (Příbyla, 2015, s. 10): za obecně uznávanou je považována patnáctiletá periodizace lidského věku dle WHO:

- 60-74 let: stárnutí, ranné stáří, senescence,
- 75-89 let: vlastní stáří, kmetství, senium,
- 90 a více let: dlouhověkost, patriarchium.

Stáří je poslední etapou stárnutí. Haškovcová se zmiňuje o nelehké životní situaci pro člověka, který dosáhl předepsaného kalendářního věku a vznikl mu tudíž nárok na starobní důchod. Opustit vše na co byl člověk zvyklý a začít znovu žít jinak není snadné. „Člověk je na jednu stranu unavený, rád by zvolnil tempo, vydech, zastavil se, na druhé straně by rád pracoval dále, protože bez práce si každodennost představit nedokáže“. (Haškovcová, 1989, s. 128)

## 2.2.3 Sociální stáří

Podle Příbyla (2015) je odchod do důchodu pro člověka zásadní životní změnou. Z jedné strany se na důchod těšíme a na druhé straně vnímáme problémy s tím spojené. Jedná se především o ztrátu společenské prestiže, pokles ekonomických příjmů, a tím i životní úrovně. Kultura, společenské akce a cestování už nemají takový význam anebo jsou nedosažitelné z hlediska ekonomické náročnosti. Senioři často uvádějí strach z osamělosti, cítí se opuštěně a mají obavy, že budou pro rodinu jen přítěží. Nemůžeme



se pak divit, že se někteří uzavírají před okolím. Obzvláště těžká zkouška je ztráta partnera, která jen zvyšuje pocit osamělosti, prázdnoty, zbytečnosti. Sociální stáří je zkrátka změnou životního stylu, která se týká potřeb i sociálních rolí, a je dána zejména odchodem do starobního důchodu.

Člověk je společenský tvor, a proto odchod do důchodu či nemoc se výrazně podepisují na pocitu osamělosti a izolace tvrdí Svatošová (2011). Staří, nemocní, a dokonce i umírající lidé většinou potřebují, aby je někdo navštívil, a to především z kruhu rodinného. Je třeba také respektovat, že jsou dny, kdy o návštěvu nestojí a zároveň vnímat jak často a jak dlouho je návštěva u seniora či nemocného člověka užitečná.

Senioři často řeší otázky vztahu stáří a mládí, bilancují svůj život a postupně se vyrovnávají se smrtí. Ta totiž není jen otázkou biologickou, nýbrž společenskou událostí, které dáváme smysl celým svým životem (Říčan, 1989).

### 2.3 Sociální služby a senioři

Když se našemu rodiči zhorší soběstačnost, přichází otázka co dál? Laca (2021) se zamýšlí nad tím, jak zvládnout péči s podporou rodiny, či dát přednost péči v nějakém zařízení pro seniory a které by bylo vhodné. Další otázkou je, jaké služby můžeme v péči o seniora využívat. Pokud je klientem sociální práce senior, je potřeba věnovat přiměřenou pozornost tomu, v jaké fázi fyziologických a psychosociálních změn se dotyčný nachází. Podle toho vybíráme, jaká služba či pomoc bude vhodná. Sociální službou nejen pro seniora, ale pro celou rodinu je bezpochyby finanční podpora. Opírá se o systém sociálního zabezpečení, který zahrnuje:

**Pomoc v hmotné nouzi.** Tu stát poskytuje seniorovi (rodině) tehdy, pokud nemá příjem dostačující pro uspokojení základních životních potřeb všech členů rodiny a pokud není reálná možnost navýšení rodinou samotnou. Patří sem příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc. Tato podpora se týká nepravidelných, akutních situací osobám s nedostačujícími příjmy. Tato pomoc je chápána jako opatření proti sociálnímu vyloučení.

**Dávky sociální péče** pro osoby se zdravotním postižením, které jsou určeny k uspokojení specifických potřeb spojených se zdravotním postižením. Například – příspěvek na zvláštní pomůcky, průkaz osoby se ZP a vyplývající benefity nebo příspěvek na mobilitu. Ten je určen těm, kteří mají nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P, a kteří se opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravují nebo jsou dopravováni. V případě, že je dotyčný v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, může mu být příspěvek vyplácen jen z důvodu hodných zvláštního zřetele. Výše dávky je 550 Kč měsíčně. Žádost o příspěvek na mobilitu vyřizují úřady práce podle trvalého pobytu žadatele.

**Státní sociální podpora**, jedná se o dávky vyplacené v rámci uznaných sociálních situací. Seniora a jeho rodiny se v tomto případě pravděpodobně týká jen pohřebné.

(MPSV, získáno 20.3.2023) Dostupné z: ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).  
<https://peceosverodice.cz/davky-ktere-vam-mohou-pomoci-pri-peci-o-rodice/>

#### **Z nabídky sociálních služeb je možné využít:**

- **Příspěvek na péči** se rozděluje na 4 stupně dle toho, kolik péče konkrétní člověk potřebuje. Žádost o příspěvek na péči vyřizují úřady práce podle trvalého pobytu žadatele (tedy vašeho rodiče). Lze jej využít na péči rodiny, asistenta sociální péče, registrovaného poskytovatele sociálních služeb (pečovatelská služba, domov pro seniory apod.) nebo speciálního lůžkového zdravotnického zařízení hospicového typu.
- **Ošetřovné** je (stejně jako dlouhodobé ošetřovné) dávka nemocenského pojištění. Základní podmínkou pro jeho přiznání tedy je, že ošetřující osoba si platila nemocenské pojištění (za zaměstnance jej povinně platí zaměstnavatelé). Podmínkou vyplacení této dávky je, aby rodič, o kterého se staráte, bydlel s vámi ve společné domácnosti.
- **Dlouhodobé ošetřovné** je určeno na pokrytí doby po propuštění opečovávané osoby z nemocnice. Umožňuje pečující osobě čerpat až 90 kalendářních dní pracovního volna s náhradou příjmů ve výši 60 % denního vyměřovacího základu. Pokud se mezi tím ten, kdo potřebuje péči neuzdraví, rodina má prostor

zorientovat se v nové situaci, a rozhodnout se, co dál, a kdo péči následně zajistí. Výhodou při ošetřování člena rodiny je že se může vystřídat více osob, blízcí i vzdálenější příbuzní. Další dávky, které lze využít, jsou příspěvek na zvláštní pomůcku a příspěvek na zakoupení motorového vozidla. Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/davky-ktere-vam-mohou-pomoci-pri-peci-o-rodice/>

Před tím, než rodina převezme péči o seniora, by měla být informována co vše taková péče obnáší a jaké možnosti z hlediska sociálních služeb a pomoci má. Sociální pracovník zde hraje klíčovou roli v pomoci nabídnout rodině kompletní balíček informací o službách a pomoci. Seniori nebo jejich rodinní příslušníci mohou využívat celou řadu druhů sociálních služeb. Jedná se o:

- **Sociální poradenství** poskytuje se osobám v nepříznivé sociální situaci, které potřebují potřebné informace k řešení jejich situace. Základní soc. poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.
- **Osobní asistence** poskytuje se v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.
- **Pečovatelská služba** je terénní nebo ambulantní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při

zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Služba se poskytuje za úhradu. Bez úhrady se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

- **Tísňová péče** je terénní distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami, které jsou vystaveny stálému riziku ohrožení zdraví nebo života, popřípadě náhlého zhoršení zdravotního stavu. Služba se poskytuje za úhradu.
- **Průvodcovské a předčitatelské služby** jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tyto služby jsou poskytovány za úhradu.
- **Podpora samostatného bydlení** je terénní služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením chronickým onemocněním, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.
- **Odlehčovací služby** jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.
- **Centra denních služeb** poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem služby

je posílit samostatnost a soběstačnost osob v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

- **Denní a týdenní stacionáře** poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.
- **Týdenní stacionáře** poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.
- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba se poskytuje za úhradu.
- **Domovy pro seniory** poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování

a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu

- **Domovy se zvláštním režimem** poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a další typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob., Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005); dostupné také z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>.

Dle Lacy (2021) je každý člověk individuální osobnost, a proto i procesy stárnutí probíhají u každého člověka jinak. Seniorům je potřeba věnovat pozornost podle toho, v jaké fázi procesu stárnutí se nacházejí. Péče a služby jsou nabízeny a doporučovány podle fyziologických a psychosociálních změn, kterými každý stárnoucí člověk přirozeně prochází.

Nabídka institucionální péče se z historického pohledu dle Haškovcové (1989) zdála ideální převážně pro nesoběstačné klienty. Umístění starých lidí do azylových zařízení, ale problém neřeší. V současnosti už je jasné, že ústavní péče není tím jediným ideálním řešením, přesto bude mít i nadále nezastupitelné místo, především pro klienty, kteří nemají tu možnost pomoci od rodinných příslušníků. Trendem dnešní doby začíná být deinstitucionalizace, což znamená omezení ústavní péče, a začíná se rozvíjet a podporovat péče ambulantní a terénní. Jako ideální řešení se jeví péče rodiny, jak bylo dříve zvykem.

### 3 SOCIÁLNÍ PRÁCE V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI

Sociální práce v domácí hospicové péči začíná především v dobré spolupráci s rodinou seniora či nemocného, uvádí Matoušek, Koláčková, Kodymová (2005).

Dle Lacy (2021) by se nemělo zapomínat na to, že v sociální práci se vychází hlavně z řešení lidských potřeb. Každý sociální pracovník by měl respektovat a zachovávat morální hodnoty, akceptovat každého člověka, jako jedinečného a zároveň umožňovat každému právo na seberealizaci do takové míry, která nebude zasahovat do tohoto práva a jiných hodnot.

V domácí hospicové péči by měl sociální pracovník jako součást týmu zaujímat odpovídající postavení hned od počátku péče. Jak uvádí Matoušek a kol. (2005), práce s umírajícími je specifická a náročná. Musí mít přehled o dostupnosti vhodných služeb pro podporu terminálně nemocných a jejich rodin. Pomáhá pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu.

Formou rozhovoru či pozorování může sociální pracovník rozpoznat, zda má rodina vhodné podmínky a vůli pečovat o pacienta v domácím prostředí. Pokud byl jejich blízký propuštěn z nemocnice, měla by mít rodina i dostatečné informace o jeho zdravotním stavu a možnostech léčby Matoušek a kol (2005).

Rodina je nejen pro sociálního pracovníka, ale pro celý tým odborníků nenahraditelným zdrojem informací o pacientovi. Ještě, než začne rodina pečovat je v kompetenci sociálního pracovníka informovat o možnostech finanční podpory, na kterou má senior nebo pečovatel nárok. Informuje rodinu, kde je možné zažádat o příspěvek na péči o osobu blízkou včetně nároku na započtení let strávených péčí do nároku na důchod. Je možné využít také jednorázové příspěvky na opatření kompenzačních pomůcek, které nehradí pojišťovna. Ideální je, pokud sociální pracovník informuje rodinu o celé nabídce možností služeb a pomoci, které péči v domácím prostředí usnadní. Jedná se především o příspěvek na úpravu bytu, na zakoupení či úpravu motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu apod. Všechny tyto informace mohou pomoci při pečování rodiny v domácím prostředí (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

Sociální pracovník povzbuzuje rodinu ke spolupráci, aby umožnila svému blízkému setrvat co nejdéle doma. Důležité je ubezpečit rodinu, že na péči nezůstanou samy, že existují možnosti, jak si odpočinout, a přitom dál pečovat o svého blízkého v domácím prostředí. Jde o různé formy respitní péče nebo služby osobních asistentů, kterou poskytuje např. Česká alzheimerovská společnost Matoušek a kol. (2005).

Haškovcová (2000) zdůrazňuje, že „žádná rodina, která doprovází umírajícího, by neměla být osamocena a žít v nejistotě, zda to, co pro umírajícího dělá, je správné či nikoli“ (s. 53)

Denní stacionáře nabízí rodinám možnosti od aktivit, stravování až po sociální začlenění seniorů, kteří nemohou zůstat v průběhu dne sami. Sociální pracovník pomáhá rodině pečující o seniora i v řešení složitějších právních, finančních či majetkových záležitostech. Nejbližší příbuzní mají právo převzít odpovědnost za rozhodování jen v případě, že zdravotní stav pacienta brání, aby se sám kompetentně rozhodoval např. v případě seniora s demencí. Podstatné je, že sociální pracovník vždy hájí zájmy klienta, a pokud by hrozilo ze strany rodiny zneužívání pacientovi snížené schopnosti posuzovat vlastní situaci, může podat návrh na omezení způsobilosti k právním úkonům, a na základě soudního rozhodnutí převzít roli opatrovníka (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

### **3.1 Základy domácí hospicové péče**

Dle Příbyla „Mezi hlavní cíle soudobé péče o seniory patří zachování co nejvyšší míry autonomie, soběstačnosti a sebeobslužnosti seniorů, a to v jejich přirozeném prostředí“ (Příbyl, 2015, s. 14).

Podle Krupky (2014) pokud rodina projeví zájem se o seniora postarat doma, nesmí být její snaha ponechána bez podpory a pomoci. V případě, že je pacient propuštěn z nemocnice, sestry mohou pomoci rodinné příslušníky naučit některé úkony spojené s ošetřováním. Některé zákroky však zajišťují sami zdravotníci při svých návštěvách za pacientem. Pomoc v péči mohou zajišťovat jakékoli agentury domácí péče, nebo té která organizačně spadá pod hospic. Nejvhodnější forma domácí hospicové péče je v kompetenci hospice.



- **Domácí hospicová péče**

Ideální formou pro seniora nebo nemocného umírajícího pacienta je dle Svatošové (2011) a Matouška a kol. (2005) domácí hospicová péče. To znamená, že pacient může zůstat doma a je mu poskytována specializovaná péče formou návštěv odborníků, lékařů, specialistů, sester, ošetřovatelů, či dobrovolníků. Domácí hospicová péče zajišťuje pomoc pro pacienta 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Tento způsob však není vhodný nebo možný pro všechny. Pro seniora nebo nemocného je to nejlepší možné řešení, pokud se podaří zvládnout bolest a jiné symptomy. Nejprve je také potřeba znát jaká jsou rizika a potřeby péče se starými lidmi žijícími doma. Sociální pracovník může nabídnout klientům na individuální rovině pomoc řešit náročnou životní situaci, ať už vzniklou ze zdravotních, sociálních nebo ekonomických důvodů. Velkou překážkou jsou důvody prostorové, kdy rodina více generací žije v malém bytě. Může se také jednat o seniora, kterému chybí rodinné zázemí anebo dlouhodobá péče o starého a nemocného člověka byla tak vyčerpávající, že už nezbývá síl. Na určitém místě může být překážkou dosažitelnost odborné péče pro hospicovou práci.

Haškovcová (2000) dodává, že rodinám je potřeba poskytnout podporu a pomoc. V odborné terminologii se rozlišuje domácí ošetrovatelská péče prováděná laiky - home help a nebo prováděná profesionály home care.

Je třeba také zmínit některé kritické momenty v domácí péči. Zvěřová (2017) uvádí, že při dennodenní péči se pečující osoby potýkají s psychickým vypětím, fyzickým vyčerpáním, nedostatkem času na relaxaci nebo spánek. Obzvlášť náročná je péče u lidí, kteří nemají z rodiny nebo ve svém okolí nikoho, kdo by je zastoupil. Významnou roli také hraje pocit sociální izolace, kdy jsou pečující vyřazeni ze sociálních kontaktů, nemají čas se stýkat s přáteli a provozovat koníčky a zájmy. Zvěřová ve své knize o Alzheimerovi demenci dodává, že pro poskytovatele péče je psychicky vyčerpávající fakt, že toto onemocnění je progresivní, a tudíž i přes maximální úsilí pečujícího nedochází ke zlepšení stavu nemocného. Přesto tato zkušenost pečovat o nemocného seniora v domácí péči může některým lidem přinášet kladné pocity, obohacující zážitky a může být zdrojem potěšení, že pro svého nejbližšího udělali maximum. Pro některé může být péče o rodiče nebo partnera pocitem splaceného dluhu apod.

Jak se naučit kompenzovat dlouhodobý stres popisuje Shapiro (2020) ve své knize týkající se somatické terapie. Důsledky dlouhodobého stresu při náročné péči o seniora

se mohou projevit na zdraví pečujících osob. Vnímání své tělesnosti a respektování svých psychických a fyzických limitů je důležité pro každou práci, a u pomáhajících profesí to platí dvojnásob. Mnoho lidí, kteří zažívali dlouhodobý stres, šok nebo trauma nedokáží relaxovat a najít klid ve svém vlastním těle a mysli. Jsou doslova zaplaveni myšlenkami, pocity a emocemi, které je vzdalují od vnímání svých vlastních potřeb. Shapiro (2020) učí, jak relaxovat a zůstat ve spojení se sebou samým, a nevyhořet v důsledku přetížení nebo vyčerpání.

### **Formy a typy domácí hospicové péče dle Svatošové (2011):**

- Domácí hospicová péče.
- Stacionární hospicová péče (denní pobyty).
- Lůžková hospicová péče.

**Domácí hospicová péče** je pro seniora většinou ideální. Někdy ale z různých důvodů není možná. Rodina k takové péči potřebuje adekvátní zázemí a prostor. V malém bytě, kde společně žije více generací, mohou vznikat různé problémy. Děti potřebují prostor pro přípravu do školy, a rodiče pracující na směny zase místo k odpočinku. Problémem může být také to, že v místě bydliště není možnost poskytnutí odborné pomoci, a pacient při zhoršení stavu musí zpátky do nemocnice. Alternativou domácí péče je lůžková hospicová péče, která se nejvíc podobá té domácí. Lůžková forma umožňuje i pobyt příbuzného v hospici.

**Stacionární hospicová péče** je vhodná především pro nemocné v místě bydliště nebo blízkém okolí. Pacient je přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Tato forma péče je vhodná z těchto důvodů:

*Diagnostický důvod* – je jich celá řada, nejčastěji se jedná o zvládnutí bolesti.

*Léčebný důvod* – odborná aplikace léků, chemoterapie, různé druhy paliativní léčby.

*Psychoterapeutický důvod* – pacienti, kteří potřebují o svém stavu mluvit s někým jiným než s rodinou, nebo jsou osamělí.

*Respitní důvod* – někdy na žádost pacientů, kteří chtějí ušetřit některé členy rodiny např. malé děti od vážných příznaků nemoci nebo si nemocný či rodina potřebují jen odpočinout.

**Lůžková hospicová péče** se využívá z podobných důvodů jako bylo uvedeno u péče stacionární. Pokud z důvodu vzdálenosti bydliště nebo zdravotního stavu pacienta není možné každý den dojíždět je tato forma další možností péče o seniora nebo nemocného. Může se jednat o krátkodobé někdy opakované pobyty, pokud už je domácí péče nevladatelná, a ještě není nutný pobyt v nemocnici.

#### **Druhy domácí péče:**

- domácí péče, která se týká osvěty, prevence, hygieny, péče o děti, stravování, (aktuální zejména v Africe a Asii);
- domácí péče, kde lékaři, sestry a poskytovatelé sociálních služeb navštěvují pacienty doma; tato péče je u nás poměrně známá a má řadu výhod pro pacienta; předností je pohodlí pacienta, problém je ve vyúčtování těchto služeb;
- domácí péče ve formě domácí hospitalizace; využívá se v extrémních případech, např. umístění jednotky intenzivní péče přímo v pokoji pacienta (Využívá se v USA, Anglii, Japonsku).

V České republice je rozvinutý celý systém komplexní domácí péče. Jednotlivé agentury domácí péče združuje Asociace domácí péče ČR. Haškovcová (2000).

## **3.2 Hospic**

Matoušek O. a kol. (2005) uvádí, že počátky hospicové péče vznikají na začátku šedesátých let 20. století. Hlavním důvodem je zlidštění procesu umírání. První hospic na světě byl založen ve Velké Británii, St. Christopher v Londýně. Dnes je na světě více než 2500 hospiců. Problémem při zřizování hospiců v Čechách se stala legislativa a ekonomické důvody. Přesto se zakladatelé českého hospicového hnutí nenechali odradit a vyřešili to po svém. V České republice jsou hospice zřizovány podle zák. 106/1992 Sb. Tento způsob zřízení však neodpovídá skutečnosti. Náklady na provoz a péči hospice jsou daleko vyšší a legislativně to není nijak ošetřené. Prvním charitativním, sociálně – zdravotnickým zařízením v Čechách se stal Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Byl založen 1.12.1994 a stal se modelovým zařízením tohoto typu v České

republice. Zakladatelkou hospicového hnutí se stala MUDr Marie Svatošová, která předává své zkušenosti zájemcům o hospicovou péči z ČR i zahraničí.

Hospic Anežky České byl vytvořen podle vzoru hospice St. Christopher ve Velké Británii a stal se inspirací pro vznik dalších hospiců v ČR. Svatošová (2012) vzpomíná na první český hospic. Poklad s názvem „Sešit andělů strážných“, tak popsaly sestry, ošetrovatelky i někteří lékaři, vlastnoručně psané knihy, v kterých sdílely vše, co se týkalo duchovních potřeb, citlivých a intimních údajů prvních stovek pacientů v prvním českém Hospici Anežky České v Červeném Kostelci. Toto zařízení bylo slavnostně otevřeno 8. prosince 1995.

Hospice existovaly už v době středověku, byly však nazývány domy milosrdenství, a pečováno o staré a nemocné bylo v různých kláštorech. Nejstarší hospic v Praze Na Františku se jmenoval U Milosrdných bratří. Na profesionální úrovni fungují hospice v ČR teprve posledních dvacet let. V dnešních zařízeních pracují vyškolení odborníci, kteří převážně pečují o osoby v terminálním stádiu života, které už nelze ovlivnit léčbou. Rodina má možnost pečovat o svého blízkého s pomocí odborného personálu v soukromí jednoho pokoje. Je tak zachována intimita, a přitom je odborná pomoc na dosah.

Mnoho autorů se zmiňuje o Marii Svatošové jako zakladatelce a průkopnici prvních hospiců v České republice. Také Šiklová (2013) není výjimkou. Dnes je kromě lůžkových hospiců možné také využít služby domácího hospice jako je například Cesta domů, jejichž pracovníci včetně dobrovolníků docházejí do domácností umírajícího.

Na tvrzení, že všechny hospice mají společný zájem a poskytují převážně terminální paliativní léčbu a péči se shoduje nejen Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005). To však ještě neznamená, že je to zařízení, kam přicházejí lidé zemřít. Pakliže pomine důvod přijetí pacienta do lůžkového hospice, může se vrátit domů. Matoušek a kol. (2005) uvádí, že hospic většinou kontaktuje někdo z rodiny nebo obvodní lékař, který seniora zná a vyplňuje žádost o umístění v hospici. Na základě žádosti, jejíž součástí je informovaný souhlas pacienta je senior přijímán do péče. Senior zásadně nikdy není umístěn do tohoto zařízení proti své vůli. Délka trvání pobytu je obvykle tři až čtyři týdny. Senior i jeho rodina je poučen, že lékař upouští od všech léčebných postupů, které

nemohou zlepšit kvalitu života, ale pokračuje v léčbě takovým způsobem, aby kvalitu života zlepšil.

Svatošová (2011) dodává, že i když vidíme, že pacient již nemá žádnou naději na další život, „nikdy bychom neměli říct, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je kladem na tíži, nikoliv na beznaději“ (s. 31). Ideální je, aby od začátku péče o seniora v hospici byl přítomen i sociální pracovník, který je navázán na spolupráci se sociálním odborem na příslušném okresním úřadě a s dobrovolnými organizacemi v regionu (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005).

Svatošová rozděluje hospicovou péči na tři časová hlediska.

OBDOBÍ	
Prae finem	Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu (viz. Fáze podle Kübler-Rossové)
In finem	Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu
Post finem	Kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku.

Tabulka č. 3, Zdroj: vlastní zpracování

„Chybou by bylo hospic chápat pouze jako péči v období „in finem!“ (Svatošová, 2011, s. 122). Člověk v terminálním stádiu může žít několik dnů nebo také měsíců. Pracovníci v hospicu pomáhají mírnit bolest a do poslední chvíle se snaží zachovávat pacientovu důstojnost. Poslední fáze života je považována jako přirozený proces, kde se všichni snaží spojit tšeni bolesti také na psychologické i spirituální úrovni. Paliativní péče zajišťuje takovou kvalitu života, jaká je jen možná pro člověka, který je na konci své cesty. Život neprodlužuje ani nezkracuje, ale snaží se zbavit člověka úzkosti, bolesti a strachu. Už se nesnaží léčit, jen zmírnit co nejvíce jeho utrpení (Šiklová, 2013).

Podle Haškovcové tím, že končí kauzální terapie nekončí a nesmí končit péče o pacienta. Radikální léčba je nahrazena léčbou paliativní, symptomatickou a terminální.

„Obecně platí, že paliativní péče má být zahájena tehdy, když jsou negativní důsledky kurativní terapie větší než očekávaný přínos“ (2000, s. 36).

**Principy paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní cíle:**

- symptomatickou léčbu,
- zmírňující péči,
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti,
- emotivní podporu,
- spirituální pomoc,
- sociální zázemí,
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající,
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího (Haškovcová, 2000, s. 38-39).

Tam, kde běžná medicína končí, my teprve začínáme, říká PhDr. Robert Huneš, ředitel hospicu sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. V dokumentu natočeném Českou televizí (dále jen ČT1), líčí cíle hospicové péče. Dávají pacientům příslib, že je nenechají trpět nesnesitelnou bolestí, a že zůstane vždy a za všech okolností zachována jejich lidská důstojnost. Ohleduplnost, pokora a vzájemný respekt zde panuje nejen vůči pacientům, ale i mezi zaměstnanci navzájem. Duchovní sestry Boromějky, které jsou součástí týmu, vnímají práci jako poslání, i když přiznávají, že se z počátku objevily pocity bezmoci. Pomáhá jim víra, která dle jejich slov dává perspektivu, že nejdeme do nicoty, ale do Boží náruče. (Lazarová, S. 2011. ČT, Z cyklu Cesty víry, díl: Tajemství). Dostupné z: [www.ceskatelevize.cz](http://www.ceskatelevize.cz)

### **3.3 Multidisciplinární tým v paliativní a hospicové péči a sociální pracovník**

Podle Svatošové (2011) je pro dobro pacienta nebo seniora důležité, aby všichni, kdo se podílí na jeho péči tzv. táhli za jeden provaz. Není v silách jen jednoho člověka zajistit všechny tělesné, duševní, sociální i duchovní potřeby nemocného, a zároveň o něj pečovat v láskyplné atmosféře. Týmová spolupráce všech odborníků, zdravotníků, psychologů, psychoterapeutů, psychiatrů, sociálních pracovníků je velmi důležitá.

Plnoprávným členem týmu je samozřejmě také rodina a pacient, který je středem zájmu. Všechno, co může zlepšit kvalitu pacientova života je žádoucí. Svatošová dodává, že každý člen v týmu je stejně důležitý i když jsou kompetence jasně rozdělené.

Práce v týmu je stejně důležitá, poskytujeme-li péči umírajícímu doma v hospici či v nemocnici. Je třeba ocenit péči, kterou poskytují blízcí členové rodiny, protože mnohdy si nejsou vědomi, jak prospěšní jsou pro své blízké, a jak důležitou roli v týmu hrají. Hlavně v konečné fázi života je podpora blízkého u umírajícího člena rodiny nezastupitelná. V průběhu péče o pacienta se mění priority potřeb, a tím se mění a různě prolíná i odborná péče všech členů v týmu.

Z počátku nemoci se řeší převážně tělesné potřeby pacienta. Vše, co potřebuje nemocné tělo pomáhají zajistit **lékaři a sestry**, někdy s pomocí cévek, klystýrů a léků. V termálním stádiu je to hlavně zvládnutí bolesti. Později dochází na potřeby duševní, kde je nutné respektovat především pacientovu důstojnost, nezávisle na tom, v jakém stavu se nachází.

**Práce psychologa, psychoterapeuta nebo sociálního pracovníka** je především v komunikaci s pacientem. Důležitým nástrojem v sociální práci se seniory je podle Matouška, Koláčkové, Kodymové (2005) „rozhovor“. Je to způsob, jak získat velké množství informací o klientovi, jeho životě, zájmech, vztazích a historických souvislostí jeho života. Vlivem rozhovoru může sociální pracovník být nejen partnerem, ale může to být také forma kontroly, zda senior správně porozuměl instrukcím ostatních členů v multidisciplinárním týmu jako je lékař, fyzioterapeut apod. Nejen slovní, ale také neverbální komunikace hraje významnou roli. Dokážeme říct mnoho pouhým gestem, mimikou nebo pohledem očí.

Jak říká Funkl „Komunikace je důležitá, i když postižený ztratil schopnost mluvit nebo schopnost se dorozumět, protože i tak může mít zachované sociální citění. Jednejte a chovejte se tak, jako by každý rozhovor byl smysluplný“ (2014, s. 54).

**Sociální pracovník** je vysokoškolsky vzdělaný odborník, který se řídí zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Jeho pracovní náplň zahrnuje sociální šetření, správu sociální agendy, včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních

poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, prevenci, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, poradenství a sociální rehabilitace. Sociální pracovník má povinnost podle zákona o sociálních službách se podle § 111 dále vzdělávat a zvyšovat svou kvalifikaci. Hlavním přínosem pro práci v multidisciplinárním týmu je zaměřit se na konkrétní situaci, konkrétní osoby. „Nabízí praktickou i emoční pomoc jak nemocným, tak i osobám pečujícím o termálně nemocného“ (Matoušek a kol., 2005, s. 205)

V dotazníkovém šetření, které uvádí Kopřiva (1997), byly vyhodnoceny dobré **vlastnosti sociálního pracovníka**. 62% dotázaných uvedlo náklonost, 47% trpělivost, 42% vcítění a 36% odbornost. Je nepochybné, že sociální pracovník je důležitým odborníkem a součástí multidisciplinárního týmu, ale jak je vidět z výsledků dotazníku, velkou roli hraje také osobní zájem, empatie a lidský přístup ke klientovi. To jsou nástroje, které charakterizují správnou osobnost sociálního pracovníka.

**Sociální pracovník** funguje jako opora pacienta i rodiny. Často spolupracuje s rodinou i po smrti klienta. Jeho úkolem je zajistit pomoc s vyřizováním záležitostí na úřadech ve věci úmrtí pacienta. „Musí být schopen pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu“ (Matoušek a kol. 2005, s. 205)

Jak jsem již zmínila, práce sociálního pracovníka se prolíná s ostatními obory jako je např. psycholog či psychoterapeut. Svatošová (2011) uvádí, že duchovní a spirituální potřeby byly do nedávna tabu. Lidé na konci života bilancují, a i ti co nežili ve víře se na ni obrací. Na konci života potřebuje skoro každý člověk vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i on sám odpouštět. Není proto divu, že i nevěřící ocení společnost pastora. I duchovní bývají v hospicích právoplatnými členy týmu. Žádný hospic se neobejde bez spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu. Celý tým se skládá nejen z odborníků, lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, ošetřovatelů, psychologů, psychoterapeutů, fyzioterapeutů, ale také z rodinných příslušníků, dobrovolníků a pochopitelně pacienta. Tato práce je posláním, které od všech vyžaduje hluboký lidský a profesionální přístup.



## **Závěr / shrnutí teoretické části**

„Přáli bychom si, aby právo na důstojnou existenci měli i ti, kteří žijí s postižením nebo duševní nemocí, lidé opuštění a staří, ti, kteří mají jinou barvu pleti nebo jiný způsob života, ti, kteří se ocitli v nouzi nebo je zastihla zákeřná nemoc“ Olga Havlová, dostupné: [https://www.vdv.cz/admin/ww\\_files/File/Nase\\_publicace/VDV\\_Zivotni\\_bilance\\_ve\\_stari.pdf/](https://www.vdv.cz/admin/ww_files/File/Nase_publicace/VDV_Zivotni_bilance_ve_stari.pdf/)

Teoretická část bakalářské práce se týkala rodiny pečující o seniora v domácí hospicové péči. Kladla za cíl poukázat na rodinu jako na plnohodnotného pečovatele ve svém celku a chtěla přiblížit tuto problematiku i laickým pečujícím, kteří by rádi pečovali o svého umírajícího seniora ve svém domácím přirozeném prostředí. Této problematice se věnuje řada odborných publikací a snaží se rozšířit povědomí o důležitosti rodiny v domácí hospicové péči. Jsou zde vymezeny pojmy rodiny, její funkce a jak vypadá sociální práce s rodinou. Bylo možné nahlédnout i na téma truchlení, jak dnešní společnost vnímá smrt a odcházení, a jak byla smrt vnímána dříve. Vzhledem k tomu, že smrt a umírání jsou poslední dobou stále tabuizovaná témata, považuji i tuto část za významnou.

Druhá část práce nabízí definice stáří a stárnutí a současně uvádí změny, které stáří přináší. V závěru kapitoly je podrobně uvedena pestrá paleta služeb a nabídka sociální podpory a pomoci, kterou mohou lidé pečující o seniora v domácnosti využít.

Závěrečná kapitola osvětluje význam a podrobnosti domácí hospicové péče od jejích prvopočátků. Seznamuje čtenáře s historií hospicové péče v České republice, včetně představitelky, která se zasloužila o rozvoj domácí hospicové péče u nás. Jsou zde uvedeny formy a typy péče, kterou je možné využít. Významná část práce je věnována vysvětlení práce a složení multidisciplinárního týmu, včetně uvedení zásad a cílů sociálního pracovníka. Všechny kapitoly považuji jako součást celku, avšak každá má svá specifika. Práce toto téma zdaleka neuzavírá. Pečování a umírání v domácím prostředí s primární péčí rodiny a těch nejbližších bude téma i nadále hodně diskutované. Odborníci paliativní a hospicové péče se intenzivně snaží odhalit závoj tohoto tabuizovaného tématu a seznámit laickou veřejnost s přirozeností smrti a umírání v domácím prostředí za podpory odborníků a multidisciplinárního týmu.

## 4 EMPIRICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce byla zaměřena na vysvětlení pojmů rodina, senior a domácí hospicová péče. Dále byly popsány možnosti, formy a typy péče o seniora. Také byla věnována pozornost tomu, co pro rodinu znamená pečovat o seniora v domácím prostředí.

V empirické části bude vymezen hlavní cíl výzkumu a uvedeny výzkumné otázky. Následuje popis technik a metod získávání dat, s cílem objasnit zvolený postup analyzováním rozhovorů. V diskusi a závěrečné části bych se ráda vyjádřila k podrobnostem výzkumu a shrnula jeho průběh.

Motivací pro výzkum byla moje vlastní zkušenost péče o seniora v domácím prostředí. Naše rodina pečuje o mého otce, a v minulém roce se péče rozšířila ještě o babičku, která trpí Alzheimerovou nemocí. Zajímalo mě, jak péči o seniora řeší muži a ženy z řad rodinných příslušníků. Jak subjektivně vnímají tuto pro většinou lidí náročnou práci, a jak taková péče ovlivnila jejich osobní život.

### 4.1 Cíl výzkumného šetření

Cíle výzkumného šetření se vztahují na teoretické poznatky z první části práce, která byla zaměřena na funkci rodiny v souvislosti s péčí o seniora v domácí hospicové péči. Cílem je zjistit subjektivní vnímání rodinných příslušníků, kteří pečují o seniora, jenž už nedokáže být soběstačný, a zajistit si sám všechny své zejména fyziologické potřeby.

Dále budou zkoumány motivace, podmínky pečujících, a momenty které pro ně byly zátěží a které přínosem. Jaké situace a úkony byly náročné a zatěžující, a jak hodnotí péči po určité době pečování. Pro výzkum byli záměrně vybráni tři muži a tři ženy z řad rodinných příslušníků. Mým záměrem bylo proniknout do hloubky daného fenoménu, nezůstávat jen na povrchu, zkoumat a pochopit příslušné procesy, prožívání vybraného úzkého počtu participantů.

## 4.2 Výzkumné otázky

V případě kvalitativního výzkumu, který jsem vybrala jako nejvhodnější pro tento typ práce Hendl (2008) považuje za podstatný krok vybrat a stanovit na začátku výzkumu téma, problém, ke kterému se budou vztahovat výzkumné otázky. Na jejich základě je pak vedena celá práce. Jak uvádí Hendl, výzkumník „Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru dat a analýzy dat“ (Hendl, 2008 s. 48).

Při kvalitativním výzkumu nevznikají pouze otázky, ale i celé hypotézy. Výzkumník vyhledává a analyzuje informace, které vedou k porozumění výzkumných otázek. Možná proto Hendl přirovnává činnost výzkumníka k detektivovi (2008). Snahou výzkumníka je pochopit aktuální dění, pozorovat a zaznamenávat každý detail. Vše, co by mohlo pomoci porozumět aktuálnímu dění. Umění výzkumníka nespočívá v tom, že sestaví skládku z informací, které vedou k hypotéze, ale zkoumaný fenomén se vyjeví až v průběhu sbírání dat.

### **Pro tuto práci byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky.**

- Jak pečující rodinní příslušníci hodnotí domácí hospicovou péči o seniora?
- Jaké jsou psychologické a sociální dopady domácí hospicové péče na pečující osobu?

Hlavní cíle uvedené v předchozím odstavci byly doplněny sedmi dílčími cíli, které byly zformulovány v podotázky. Ty měly pomoci získat dostatek informací k naplnění hlavního výzkumného cíle:

- 1) Jaká byla motivace rodiny pro domácí péči?
- 2) Jaká očekávání měli pečující osoby?
- 3) Jaké úkony rodina vykonávala?
- 4) Jaké sociální služby rodina využívala?
- 5) Kolik času zbývalo pečujícím na osobní život?
- 6) Co by jim v péči pomohlo?
- 7) Jaké emoce prožívali?

### 4.3 Metodika výzkumu

V teoretické části byla popsána rodina, senior a pojmy stáří a stárnutí. Jak již bylo zmíněno, rodina, která se rozhodne převzít zodpovědnost, a postarat se o svého rodinného příslušníka v domácí péči je postavena před mnoho situací, na které není možné se připravit. Jedním z důvodů je, že každý člověk stárne jinak a jiné jsou potřeby nesoběstačných seniorů, a i možnosti pečujících rodinných příslušníků. Tak jak uvedl Funkl (2014) či Příbyl (2015), pro rodinu je tato situace nová a mnohdy velmi obtížná. To, jak se s domácí hospicovou péčí vyrovnávají pečovatelé v podobě mužů a žen bude předmětem mého výzkumu.

„Důležitým předpokladem pro dobré zvládnutí kvalitativního výzkumu je schopnost strukturovaného myšlení“ (Baum a Gojová, 2014, s. 23). Tento typ výzkumu vychází z velkého množství informací, které je potřeba umět analyzovat a nenechat se jimi příliš zahltit.

Výhodou je, že výzkumník získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince v jeho přirozeném prostředí. Umožňuje studovat procesy a navrhopvat teorie o daném fenoménu. Hendl uvádí: „Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců“ (2008, s. 49). Kvalitativní výzkum je možné opírat o různé plány výzkumu jako je případová studie, etnografie, zakotvená teorie, série kvalitativních rozhovorů, biografický výzkum, fenomenologický výzkum nebo kvalitativní evaluace.

Pro tuto práci byl zvolen fenomenologický výzkum. „Fenomenologické zkoumání usiluje o zachycení základních významů lidské zkušenosti. Cílem je odpovědět na otázku: Co znamená daná zkušenost?“ Hendl (2008, s. 268).

Zdrojem výzkumu se stal typicky pro tento druh výzkumu používaný polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Předností výzkumníka je navázat přátelský vztah s účastníkem výzkumu se snahou o vytvoření atmosféry důvěry na základě empatie, porozumění a citlivosti k tématům, která se objeví. Umění naslouchat je benefitem každého výzkumníka. Prostřednictvím rozhovorů zkoumající naslouchá a sbírá informace o jevech, které pak analyzuje a interpretuje, aby popsal zkušenosti zkoumaných participantů Hendl (2008).

Badatel nehledá něco, co už je známo, ale získává podrobné informace, proč se daný fenomén objevil. Z výzkumu vyplývá, jak je dané téma domácí hospicové péče vnímáno zkoumanými osobami nikoliv výzkumníkem (Baum a Gojová, 2014 s.23). Dle Bauma a Gojové (2014) „Badatel nevyhledává něco, co je již známo“ (s. 68).

Badatel zkoumá a hledá v rozhovorech souvislosti, společné prvky zkušeností a propojení mezi výpověďmi participantů. V tomto případě hledá esence zkušeností lidí z rodiny, kteří pečovali o seniora v domácí hospicové péči. Rozhovory, které jsou doslovně přepsány pak procházejí kategorizací pro systematickou klasifikaci a rozřídění dat pod různé nadpisy. Po analýze dat je sepsána zpráva, která popisuje zkušenosti, které umožňují čtenáři vcítit se do prožívání situací, jenž prožili zkoumaní participant. „Cílem takového výzkumu je přispět k porozumění určitým fenoménům, aby bylo možné na ně lépe reagovat a přijmout určitá opatření“ (Hendl, 2008 s. 268).

Nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že výsledky jsou snadno ovlivněné výzkumníkem. Sběr dat je časově náročný, a často se mu vytýká, že jeho výsledky jsou subjektivní dojmy výzkumníka. Hendl (2008) Baum a Gojová (2014) uvádějí možné zdroje chyb, kterých se může výzkumník při rozhovorech dopustit. Za nejzávažnější se považují chyby situační, sociologické a psychologické. Mezi situační chyby patří nevhodná volba místa, času a situace pro rozhovor. Sociologické chyby se vztahují např. k osobě výzkumníka, k jeho chování nebo pohlaví. Psychologické chyby jsou, že výzkumník respondentovi podsouvá vlastnosti a představy, které přitom neodpovídají skutečnosti.

Přestože jsem se snažila uvedeným chybám vyhnout, domnívám se, že se mi to v některých případech zcela nepodařilo. Mám na mysli chyby situační, které se týkaly místa rozhovoru. Příkládám to hlavně své nezkušenosti v oblasti výzkumu a dále se o své domněnce zmíním v závěrečné části práce.

## **4.4 Výběr a charakteristika výzkumného souboru**

Pro výzkum byli osloveni participanti, které jsem sice znala, ale dlouhou dobu jsem s nimi nebyla v osobním kontaktu. Z doslechu jsem věděla, že pečovali o seniora v domácí hospicové péči.

Všichni byli osloveni prostřednictvím telefonického rozhovoru s žádostí podílet se na výzkumu pro mou bakalářskou práci. Nikdo z oslovených tuto žádost nezamítl a všichni souhlasili i s pořízením audio záznamu. Písemný souhlas s rozhovorem a jeho nahrávkou, včetně informace o anonymizaci a zachování diskrétnosti je přílohou této práce. Všichni participanti měli možnost mou žádost odmítnout nebo neodpovídat na některé otázky. Ocenila jsem vstřícnost a otevřenost všech oslovených participantů a vyjádřila jim své díky.

Hendl (2008) doporučuje v rámci fenomenologické studie rozhovor s 10 – 15 jedinci nebo jestliže nová data nepřinášejí nové poznatky. Dala jsem na doporučení a výzkum jsem omezila na 6 participantů. Aby nedošlo ke zkreslení dat, záměrně jsem vybrala 3 muže a 3 ženy různého věku, kteří pečovali a popisovali péči o své nejbližší, různého věku a pohlaví, kteří v době výzkumu již nežili. Mým záměrem bylo reflektovat každodennost vybraných participantů mužů a žen v době, kdy pečovali o seniora v domácí hospicové péči. Data jsem čerpala z rozhovorů, které byly dlouhé cca 30 až 40 min. Místo pro rozhovor jsem záměrně nechala na volbě participantů. Tři participanti mě pozvali k sobě domů, do místa, kde pečovali o seniora, jednoho jsem pozvala k sobě domů já, protože se jevilo jako nevhodné místo jeho bydliště. Jedno setkání se odehrálo v zákoutí restaurace a jedno bylo on-line formou. Všechny rozhovory byly uskutečněny v období od začátku ledna 2023 až do konce března 2023.

## **4.5 Průběh rozhovorů**

Hlavní metodou pro pořízení rozhovorů bylo naslouchání vyprávění. Polostrukturované rozhovory byly s výše uvedeným typem otázek. Považovala jsem za nutné věnovat zvláštní pozornost začátku i konci rozhovoru. Důvodem bylo předejít

negativním vlivům výzkumu, jako je nervozita z nahrávání rozhovoru nebo pocit, říct ještě něco na závěr, na co se v průběhu rozhovoru zapomnělo.

„Na rozdíl od strukturovaného rozhovoru se při kvalitativním dotazování nikdy nepředkládají dotazovaným předem určené formulace odpovědi nebo jejich kategorie“ Hendl (2008, s. 166). Dotazování tak mají v rozhovorech více svobody, vyjádřit se zcela subjektivně, což je někdy kvalitativnímu výzkumu vyčítáno. Byla snaha dodržovat zásady pro správné vedení rozhovoru. Otázky byly formulovány jasným způsobem se snahou udržet neutrální postoj k obsahu sdělovaných informací. Byly zohledňovány časové možnosti dotazovaného. Vzhledem k citlivému tématu bylo přistupováno k rozhovorům s pochopením a důvěrou. Jak jsem se již zmínila, rozhovory byly nahrávány, a následně byla provedená doslovná transkripce mluveného projevu do písemné podoby. Mluvený projev byl převeden do literárního opisu, který zachoval dialekt pomocí normální abecedy.

#### **4.6 Etické hledisko**

„Etické otázky hrají ve společenskovědním výzkumu důležitou roli“ Hendl (2008, s. 153) Všichni participanti byli seznámeni s podrobnostmi výzkumu, s jeho průběhem a se všemi okolnostmi. Informovaný souhlas, kde byli poučeni o tom, co znamená zúčastnění se výzkumu podepsali všichni, a nikdo k tomu neměl žádné další otázky. Současně bylo všem nabídnuto poskytnutí nahrávky i doslovného přepisu rozhovoru. Jedna participantka projevila zájem o přepis rozhovoru. Vzhledem k citlivosti tématu jsme se domluvily na osobním předání přepisu.

Dále byl všem zúčastněným předložen souhlas se zpracováním osobních údajů, který všichni podepsali. Z důvodu diskrétnosti a anonymity byla jména participantů označena písmeny A, B, C, D, E, F.

Dbala jsem na emoční bezpečí participantů, proto jsem volbu místa nechávala na jejich rozhodnutí. Až na jednu část rozhovoru se ve všech ostatních případech podařilo rozhovory uskutečnit v soukromí, kde byl klid a bezpečí. Jak už jsem se zmínila pro výzkumníka je prioritou nahlížet na citlivá téma bez hodnocení s postojem nezaujatosti a zároveň s pochopením pro prožívající emoce v průběhu rozhovoru. Podle Hendla (2008) je důležitou vlastností výzkumníka empatie a umění naslouchat. Etika ve výzkumu je zásadní a může ovlivnit průběh i výsledek celého výzkumu.

## 4.7 Analýza rozhovorů

Každý rozhovor je nyní analyzován a prozkoumán idiografickým přístupem a dále jsou analyzována finální data.

### Rozhovor s panem A

Pana A (současně 74 let) jsem navštívila v jeho domě, ve kterém pečoval o svou starší sestru (74 let). S ní žil ve společné domácnosti od doby, kdy jim jako dětem (panu A bylo 5 let a jeho sestře 9 let) zemřela matka a později i otec. On se nikdy neoženil, jeho sestra se také nevdala. Péči o domácnost a tři sourozence tehdy převzala jeho sestra. „*Jo ona se o nás starala jo a prostě do určitý doby jo, že a my se sestrou jsme vlastně spolu žili*“. Sestra pana A onemocněla rakovinou kosti, „*potom se to horšilo, tím pádem bylo to už jako na mě, abych jí pomoch*“. „*Pochopitelně je to sestra*“. „*Pokud to nebude horší, my prostě tady spolu zvládneme, zatím to prostě není na nemocnici jo, takže jako budeme spolu pracovat*“. V péči o sestru mu pomáhal mladší bratr, který bydlel blízko a také švagrová a jejich děti. Občas donesli oběd nebo zajistili úklid domu. „*Měl jsem komu zavolat*“. Pan A převzal péči o domácnost a s dalšími úkony mu pomáhala „*sestra od toho Červeného kříže sem jezdila a cvičila, rehabilitace a ták, takže takhle nějakou takovou radu vždycky dala*“. Využívali pomůcky. „*To potom sem objednal postel*“. Spolupracovali s domácím hospicem „*jsme třeba zavolali paní doktorce tady přijela nebo sestra že jo, když třeba injekci nějakou*“. Kromě služeb pečovatelky a zdravotní sestry, využívali různé pomůcky, které jim byly doporučeny. „*Pak měla to chodítka*“. Co se týkalo hygieny, „*do koupelny jsem pomáhal, na ten záchod mobilní že jo, prostě už to jinak nešlo že jo*“. Pan A je velice kreativní a společenský člověk, takže během pečování se i nadále věnoval svým koníčkům a zájmům, které mu pomáhaly se lépe vyrovnávat s náročnou situací nebo rád navštěvoval přátele. „*No ale jako ten čas jako jsem měl pro sebe to je pochopitelný, jó, aby člověk přišel na jiný myšlenky, to bylo jako řekněme to malování, můj koníček*“. Rád navštěvoval své přátele, „*na půl hodiny bych vodskočil k [REDAKCE], jo a prostě všechno už máme, jó tady máš pití a todleto, jo budeš spát a ták*“. Tématem rozhovorů s kamarády byly často ženy, což mu pomáhalo se odreagovat. „*Jó bavili sme se vo ženskej třeba, abych pravdu řek jo, a tak jako bylo takový zase pro mě takový, jak se říká, takovej balzám, zase na duši*“. Během péče prožívali velké naděje a zase zklamání, emoce byly jak na houpačce, podle toho, jak se vyvíjel aktuální zdravotní stav „*prostě bylo to takový jako nadějný všechno jo, no bohužel to byla chvíle a zase se to*



zhoršovalo“. Byla tam i nějaká očekávání a naděje, „no a ten zázrak se prostě neděl. Možná proto, “v tom ty emoce jako byli jednou veselejší, jednou smutnější, že jo“. Pacientka byla několikrát z důvodů komplikací hospitalizovaná, ale pan A měl vždy snahu o sestru znovu pečovat doma, říkal jí „hele já tě tady nenechám, já si tě vezmu domu“. Sestra již věděla, že péče už je příliš náročná, ale pan A jí stále přesvědčoval „no budu se zase vo tebe starat, jako sem se staral“. Při poslední hospitalizaci paní doktorka již nedoporučila převoz do domácího ošetřování ani do hospicu „to bylo takový, jak se říká náročný pro nás, když už jsme tam jezdili a už jsme věděli, že už je konec že jo“. Zdravotní setra, která navštěvovala rodinu a pomáhala panu A pečovat se po nějaké době stala rodinnou přítelkyní, kterou si pan A velice oblíbil. O to smutnější byla zpráva, že i ona sama vážně onemocněla, a nakonec také zemřela. Pan A udržuje kontakt s matkou zemřelé zdravotní sestry a snaží se jí dodávat psychickou podporu. Sám pan A se zdá být se smrtí sestry vyrovnaný a pomáhá ostatním známým a přátelům zvládat truchlení po svém blízkém. „Já jsem říkal no, to víš no, je to takovej život“. Po náročné péči a smrti sestry se mu občas zdál sen, že sestra stále žije a volá ho o pomoc „po pohřbu sem spal a teď ve spánku slyším, jak mě volá“. Rozhodnutí pečovat o sestru doma zpětně nelituje, „nemoh jsem litovat, my jsme byli rádi, že jsme vůbec jako tý sestře pomohli“.

<b>Téma</b>	<b>souřadnice</b>	<b>citace</b>
<b>Motivace</b>	1.13	„potom se to horšilo, tím pádem bylo to už jako na mě, abych jí pomoh“
	1.13-14	„Pochopitelně je to sestra“
	1.16-17	„zatím to prostě není na nemocnici jo“, takže jako budeme spolu pracovat“
	1.33-34	„Jo každopádně dělal jsem to, jak se říká prostě jo, to že ona se starala o nás, když jsme byli malí“
	3.16-17	„hele já tě tady nenechám, já si tě vezmu domu“
	3.18	„no budu se zase vo tebe starat, jako sem se staral“
	3.36-37	„přeci musíme si pomáhat a potom jsme tady sourozenci“
<b>Pomoc</b>	1.24	„Ano taky i švagrová pomáhala, tím že udělala oběd a já pak jako už bral obědy“
	1.49	„Měl jsem komu zavolat“
	2.1	„sestra od toho červenýho kříže sem jezdila a cvičila, rehabilitace a tak“
	2.6	„To potom sem objednal postel“
	2.21	„Pak měla to chodítka“
	2.30	„do koupelny jsem pomáhal“
	2.42-43	„jsme třeba zavolali paní doktorce tady přijela nebo sestra že jo, když třeba injekci nákou“
	4.10	„mě to pomohlo, jo tak sme vodbočili vod nákejch nemocí“
4.12-13	„Jó bavili sme se vo ženskej třeba, abych pravdu řek jo a tak jako bylo takový zase pro mě takový jak se	

	4.26-27 4.49-50 5.33-34 5.42-43	říká, takovej balzám, zase na duši, než to co jsme prožívali každéj den tady že jo“ „na ten záchod mobilní že jo, prostě už to jinak nešlo že jo“ „takže takhle nákou takovou radu vždycky dala, a tak jo a kdyby něco prostě tak zavolej, já ti řeknu“ „mám rád humor, jo tak jsem si pouštěl nebo ty písničky že jo, mám jo Karel Gott jó to bylo něco pro mě“ „chodily sem neteře taky mě pomoct, jo to jo jo. Jako i mamka, jo i švagrová, přišly, pomohly, ne že ne“
<b>Představy o péči</b>	1.14-15	„Pokud to nebude horší, my prostě tady spolu zvládneme“
Naděje	2.25 2.48	„prostě bylo to takový jako nadějný všecko jo.“ „nás taky potěšilo jednou to, že prostě už to bylo zase říkám nadějný“
Překážky -těžkosti	1.44-45 3.33-34 5.13	„tu sestru jsme museli tak jako zvedat nebo jsem jí zvedal sám a on jako kvůli tomu, že jsem měl tu kýlu, tak měl strach, aby se zase se mnou něco stalo“ „to bylo takový, jak se říká náročný pro nás, když už jsme tam jezdili a už jsme věděli, že už je konec že jo“ „já jsem říkal no to víš no je to takovej život“
<b>Emoce</b>	5.23-24 5.25-26 6.26-27	„v tom ty emoce jako byli jednou veselejší, jednou smutnější že jo“ „tý radosti pak najednou byl zlom, jo že jo prostě jo a někdy takovej zlom, jako takovej jako dost prudkej“ „aby člověk něco nezanedbal nebo tak jo“
<b>Dopady péče</b>	5.50 – 6.1	„člověk spal jak na vodě, furt jsem poslouchal jako prostě, jestli dechá nebo jestli se jí něco neděje“ „už jsem jí hlídal i v noci že jo“
Přínos	6.4 6.5 6.29	„po pohřbu sem spal a teď ve spánku slyším, jak mě volá“ „nemoh jsem litovat, my jsme byli rádi, že jsme vůbec jako tý sestře pomohli“
Nenaplněná očekávání	2.26 3.11	„no bohužel to byla chvíle a zase se to zhoršovalo“ „no a ten zázrak se prostě neděl“
<b>Osobní život</b>	3.45-46 3.46-48 4.3-4 5.32	„No ale jako ten čas jako jsem měl pro sebe to je pochopitelný, jó, aby člověk přišel na jiný myšlenky, to bylo jako řekněme to malování, můj koníček“ „někdy filmy jsem točil, že jo, a tak a někomu jsem slíbil zájezd, třeba jako jo, co jsem natočil, ak jsem to tady kopíroval, ona ráda se na to taky podívala“ „na půl hodiny bych vodskočil k [REDACTED], jo a prostě všecko už máme, jó tady máš pití a todleto, jo budeš spát a ták“ „díky tomu malování sem se zabavil“

## Můj pohled na rozhovor s panem A

Pan A byl velice ochotný mi poskytnou rozhovor. Pozval mě do svého domu, kde o sestru pečoval. Překvapilo mě, jak on sám zvládal ve svém věku, tak náročnou péči. Můj obdiv si zaslouží, i proto, že věděl, kde a jakým způsobem brát energii. Domnívám se, že jeho

zájmy jako bylo natáčení dokumentů, malování obrazů nebo humor mu pomáhalo udržet se v dobré psychické kondici a zároveň tím zapojovat svou sestru do běžného života. V závěru bylo těžké rozhovor ukončit. Cítila jsem, že pan A velmi ocenil náš rozhovor nejen pro účel mé bakalářské práce, ale měl radost i z toho, že ho někdo navštívil a popovídal si s ním.

### **Rozhovor s panem B**

S panem B jsme se domluvili, že se sejdem u nás doma, jelikož pan B neměl konkrétní představu o místě a tak moji nabídku přijal. Po prvních pár minutách společného rozhovoru mu zazvonil telefon, rychle ho vyřešil, a pak už celý rozhovor probíhal bez vyrušení, přirozeně v uvolněné atmosféře a trval cca půl hodiny.

Pan B mě postupně seznamoval s tím, jak začal pečovat o svého otce. Jeho rodiče bydlí až v Havířově, to je 350 km od místa, kde teď žije, takže zpočátku své rodiče občas jen navštěvoval. Od své matky se dozvěděl, že jeho otec (81 let) má vážné zdravotní problémy, a že už sama péči o něj nezvládá „*mamka mi volá, že je úplně nešťastná, že to vůbec nedává doma, tak já jsem říkal, že přijedu hned*“. Otec onemocněl rakovinou střeva a konečníku. Počáteční problém v pečování byla skutečnost, že otec pana B nechtěl navštěvovat lékaře „*on hlavně nechtěl jít za žádným doktorem*“ a tím se jeho zdravotní stav rychle zhoršoval. Pan B, měl pochopení, „*měl jsem pro jeho stranu pochopení*“ ale zároveň ho zhoršující se stav otce zneklidňoval. Na můj dotaz, zda mu v péči někdo pomáhal uvedl, „*byl tam brácha, takže ten, nějakým způsobem přispíval, ale není to jeho*“. Pan B nad nároky péče nezaváhal „*Pro mě se to stalo prioritou v sekundě*“. Těžce se vyrovnával s dopady otcovi nemoci „*on byl v hrozném stavu*“. Prognóza nemoci nebyla dobrá a zdravotní stav jeho otce se rychle zhoršoval. „*Ted' to na mě byl taky šok*“. Podařilo se mu přesvědčit ho k návštěvě lékaře. Nějakou dobu musel být hospitalizovaný a po převozu z nemocnice začal pan B pečovat o svého otce v jeho domově, kam se na půl roku přestěhoval. Otec pana B z počátku nechtěl uvěřit, že už není možná další léčba, chtěl ještě podstoupit operaci, tu ale lékaři nedoporučili „*já jsem to chápal, že v jeho stavu by to byla stejně smrt*“. V péči mu pomáhala jeho matka, bratr a psychickou pomocí byla kamarádka Helenka. Možnou motivací mohla být i předchozí zkušenost, kdy pomáhal své kamarádce pečovat o jejího syna s Downovým syndromem a také kniha Šťěstí v umírání „*mě k tomu možná i inspirovala kniha*“. O domácí hospicové péči byl hned rozhodnutý a nepochyboval o tom, dokonce i za cenu, že ukončí pracovní

poměr a bude pečovat o otce. Sám si iniciativně zjišťoval všechny možnosti pomoci a péče. Jeho otec byl nějakou dobu samostatný, ale brzy se stal jen ležícím pacientem, který potřeboval péči 24 hodin/7 dní. Začátek péče byl poznamenán tím, že se včas pan B nedozvěděl o nutnosti písemného potvrzení v propouštěcí zprávě, sdělující faktické informace o nutnosti nepřetržité péče pacienta. Z tohoto důvodu nemohl pan B požádat o dlouhodobé ošetřovné a bilancoval nad tím, jakým způsobem si zajistit příjem a udržet práci a zároveň pečovat o svého nejbližšího „*tam jsem se dostal okamžitě do patové situace, z čeho budu jako mít finance*“. Pomoc mu přinesla situace s covidovými opatřeními. Zaměstnavatel mu umožnil práci home office a díky ní měl zajištěný příjem a mohl dál pečovat o otce. Domácí péče se prodloužila na půl roku, takže další možností, jak pečovat o otce byla nemocenská. „*Obrovsky mi pomohla paní doktorka, která mi pak musela napsat nemocenskou*“. Pan B uvádí, že dokonce i zaměstnanci hospicu, radí lidem, že nemocenská, je jediná možnost, jak nepřijít o práci a příjem, a přitom nadále pečovat o člena rodiny v domácí péči. Tato skutečnost pana B šokovala a považuje to za selhání systému. Pan B je duchovně založený člověk, a toto nastavení mu pomáhalo vyrovnávat se s přicházející smrtí: „*Meditovali jsme na smrt 15 let*“. Otec pana B byl také věřící, proto mu umožnili návštěvu kněze, který k nim docházel v rámci domácí hospicové péče. Kněz po úmrtí ještě navštěvoval cca půl roku matku pana B. Velkou inspirací byla panu B také kniha s názvem Štěstí v umírání. Svou péči chtěl zajistit svému otci přirozený a důstojný odchod „*chci říct, že jsem to tatkově chtěl jako dopřát, to, co jsem si myslel, že je pro vědomí a duši to nejhezčí*“. Péče o otce byla náročná především po stránce zajištění hygieny. „*Bylo potřeba pořád tatku mýt, převlíkat, všechny ty věci dělat*“. Paliativní léčba spočívala v tlumení bolesti morfinovými náplastmi, které pacient sám po týdnu odmítal. Pan B pak situaci řešil alternativně „*co jsem dělal já, bylo různé vykuřování*“. Podle jeho slov to otci pomáhalo psychicky a bolest necítil. On sám se snažil využívat i volný čas sám pro sebe. Péče však byla náročná, „*pátý měsíc nonstop pořád, jsem spal tak průměrně možná 4 hodiny denně*“. Snažil se relaxovat a odpočívat třeba jen procházkou nebo posezením v parku s cigaretou. Během péče prožíval strach, zoufalství a smutek. Po úmrtí otce ho přepadaly myšlenky, zda se podařilo otci zajisti takovou péči, jakou by si přál. On sám hodnotí domácí péči jako nejlepší možnou variantu péče, a jediné, co bylo velkou překážkou je podle něj nedostatečně zajištěná pomoc pečujícími od státu.

<b>Téma</b>	<b>souřadnice</b>	<b>citace</b>
<b>Motivace</b>	1.31-32 1.32-33 2.48	„mamka mi volá, že je úplně nešťastná, že to vůbec nedává doma, tak já jsem říkal, že přijedu hned“ „jsem jim to sliboval, že když bude něco takového, tak že prostě přijedu“ „mě k tomu možná i inspirovala kniha“
<b>Pomoc</b>	1.48 2.5 3.34-35 3.40 4.8 4.29 5.25 5.38	„byl tam brácha, takže ten nějakým způsobem přispíval, ale není to jeho“ „měl jako pomoc v Helence“ „Jednou týdně přišli, byli jsme domluveni, že tatku umyjou“ „přijela jedna sestřička a mnoho věcí mě ukázala“ „Bylo potřeba pořád tatku mýt, převlíkat, všechny ty věci dělat“ „Jediné, co jsem dělal já, bylo různé vykuřování a tyhle“ „Domácí hospic fungoval, když už tatku tam přijali“ „Obrovsky mi pomohla paní doktorka, která mi pak musela napsat nemocenskou“
<b>Představy o péči</b>	1.49 2.14-15  2.18 2.30-31 4.27 5.5-6 1.39-40 2.2 3.28-29 3.34-35 4.41-42	„Pro mě se to stalo prioritou v sekundě“. „některé věci představit neuměl, ani jsem si to nepředstavoval, ale jako ve smyslu, že o někoho mám dopečovat, to by bylo pro mě jako nějakou přirozenou věcí“ „možná taky život s Pétou 20 let s klukem s Downovým syndromem“ „očekávání byla, že chtěl jsem dopřát tatkově, aby takto mohl odejít“ „týdnu je zrušil a další dva a půl nebo tři měsíce byl bez morfinových náplastí“ „já za to můžu děkovat, protože přišel lokdaoun, přišlo houmofis“ „on hlavně nechtěl jít za žádným doktorem“ „on byl v hrozném stavu“ „já jsem to chápal, že v jeho stavu by to byla stejně smrt“ „Já jsem to do té doby jako neuměl“ „Když tatku propouštěli z nemocnice, tak mě nikdo neřek, že musí mít u sebe papír, na kterém bude napsáno, že potřebuje 24 hodin péči“
<b>Naděje</b>	4.45	„tam jsem se dostal okamžitě do patové situace, z čeho budu jako mít finance“
<b>Překážky -těžkosti</b>	4.45	
<b>Emoce</b>	2.3 6.3 6.13 6.27 6.37 6.41	„Ted, to na mě byl taky šok“ „ty emoce takového zoufalství“ „Někdy bylo zoufalství“ „někdy ta bezmoc“ „jsem vždycky začal brečet“ „Nejistota“
<b>Dopady péče</b>	4.4	„duševní zdraví jsem si měl zachovávat tím, že jsem přijímal to, co je“
<b>Přínos</b>	7.1	„jsem spal tak průměrně možná 4 hodiny denně“
<b>Nenaplněná očekávání</b>	6.31-32	„jsem se setkával s obrovským, to mě dojímalo, setkával s obrovským i jako pochopením“
<b>Osobní život</b>	5.11 7.2 7.4	„odešel ze zaměstnání, nahlásil bych se na úřad práce“ „měl i svůj volný čas“ „jsem si šel sednout do parku a dal jsem si cigaretu“

## **Můj pohled na pana B**

S panem B jsme se domluvili na setkání u nás doma. Bylo těžké najít společný termín z důvodu časové vytíženosti pana B. To se projevilo hned na začátku rozhovoru, kdy mu zazvonil telefon a na chvíli jsme náš rozhovor museli přerušit. Z mého pohledu ta ale nijak náš rozhovor nenarušilo. Pan B je duchovně zaměřený, věřící člověk, který se hodně zajímal o téma smrti. Inspirovaly ho knihy a věnoval se meditacím. Domnívám se, že tato teoretická příprava mu pomohla snadněji se vyrovnat s nároky, jak emočními, tak praktickými při péči o svého umírajícího otce. Jako překážku uvedl, že pro laika, který je ochoten pečovat o svého blízkého je těžké mít všechny informace, které se týkají domácí hospicové péče. Postrádal jednu zásadní informaci, a to o dlouhodobém ošetrovném, které proto nemohl využívat. Z jeho pohledu se naše společnost jen tváří že domácí hospicovou péči podporuje, ale ve skutečnosti se pečující potýkají s celou řadou překážek. Jednou z těch nejdůležitějších je finanční stránka pečujícího.

## **Pan C**

Pan C pečoval o svého otce, „*táta měl po operaci tlustýho střeva*“. Po propuštění z nemocnice, kde byl pacient operován, si převezli svého blízkého domů, kde společně sdílel domácnost se svou ženou (matkou pana C). Rodina pana C neměla konkrétní představu o péči, „*nechtěli ho někam umístit do nějakého zařízení nebo do LDNky, zajedno si myslím, my jsme to ani nezkoumali, ale spíš asi všechny ty zařízení byly taky jako plný*“. Rozhodli se pro domácí péči „*byli jsme toho názoru, že to zvládneme s pomocí, že bylo plánovaný, že bude chodit během dne pečovatelka*“ z hospicové péče. Protože pan C ani jeho matka nedokázali sami zajistit odbornou zdravotní péči, která se týkala výměny stomie „*každý den chodila pečovatelka, kdy mu měnila ten pytlík*“. Pan C si byl vědom, že bez pomoci matky by to nedokázal „*že bez té pečovatelky, by sme asi jako prostě nezvládli*“. Velkou výhodou byla v začátcích péče samostatnost pacienta, že „*táta byl jako svým způsobem do poslední chvíle nějak jako pohyblivej*“ a že netrpěl „*myslím, že tam nějak extrémní bolesti nebyly spíš asi to mělo vliv na jeho psychiku*“. Pan C tušil, že jeho nemoc bude mít vážné důsledky, ale doufal „*já osobně jsem si myslel, že to jako není dobrý, ale nějak jsem pořád byl přesvědčeněj, že i když nevím proč, že ten rok dva, že by tady ještě moh bejt*“. Po konzultaci s lékařem pan C ztrácel naději „*ten nádor je prostě jako příliš velkej*“. I matka pana C si byla vědomá vážnosti diagnózy

*„máma byla od začátku pesimista a prostě až jsem jí několikrát jako napomínal, že prostě ať takhle nemluví, že to prostě bude mít rychlej konec a těžko říct, jako co si uvědomoval táta“.* Pan C zajišťoval odvoz k lékařům na urologii, ikdyž *„táta byl schopnej k tomu doktoru pořád ještě dojít“* a *„spíš nákupy nebo ták“*, ostatní pomáhala pečovatelka, která zajišťovala např. hygienu. Práce pečovatelek byla prospěšná i po psychické stránce *„to mělo jako i další přínos, kdy asi zřejmě jak tam byly jako samy, tak jsem měl pocit, že ty ošetřovatelky se střídaly a táta měl vždycky tendenci s nima navazovat kontakt, že si chtěl s nima povídat“.* Pohled na péči a na odcházení byl vnímán panem C rozporuplně. Z jedné strany *„ten pohled můj na to bych prostě jako řekl jako hodně pragmatickej“*, uvědomoval si, realitu *„nemá cenu ňák čekat jako ňáký zázraky“.* Současně ale bylo vidět, že je to téma stále plné emocí *„to že vo tom vyprávím mě jako dojmá“* a pak přicházely i obavy, výčitky a smíření *„jako když zemřel říkal jsem si, jestli nejsem divnej, že mě to prostě ňák nezasáhlo a „jestli nejsem ňákej jako bezcitnej“.* Pan C hodnotí péči zpětně jako pozitivní, nijak ho výrazně neomezovala v jeho osobním životě *„co se týká jako ňákýho omezení mého nebo mí vlastní rodiny, tak to jsem takhle jako necejtil, já bych spíš prostě jako řekl, že mě to ňákým způsobem jako bych řekl skoro jako i obohacovalo“.* Podařilo se mu během doprovázení otce narovnat vztahy, které mezi nimi byly těžké *„když táta zemřel, že to bylo vopravdu strašně důležitý pro mě“*, *„prostě ten táta se mi vomluvil a řekl doslova, že ho to mrzí a že nebyl jako dobrej otec a pro mě toto bylo strašně důležitý potom když zemřel, že v podstatě v těch vzpomínkách, jako de fakto vzpomínám jenom prostě na to dobrý“.* Zároveň tam byla ještě touha, vyjasnit si s otcem všechny své křivdy z dětství, které před tím nikdy neřešili *„myslim si, že právě v tý době to byla ta chyba, že jsme mohli mluvit vo někteřej věcech, který mě zajímali, a to byli právě třeba ty věci z toho dětství a vím, že by to nebylo asi konfrontační a mohli jsme si o tom popovídat“.* Otec pana C nakonec pro komplikace zemřel v nemocnici, kde pan C se s ním stačil ještě rozloučit *„byl to vopravdu taky jako velice dojemnej okamžik, jako kdy já jsem stál u tý postele, ten táta už v podstatě jako nevím jestli vnímal“.* Celou domácí péči, sociální pomoc, odbornou lékařskou péči i sociální pomoc státu hodnotí kladně *„můj názor na tohleto je, že bych řekl, že ta péče nebo i ze strany prostě co lidi můžou čekat je nadstandartní“.* Během pečování o otce pan C ještě pomáhal svému strýci, který byl také vážně nemocný. Tady si uvědomil, že je velký rozdíl zda člověk pečuje o seniora sám a jaký je jeho zdravotní stav. *„Já jsem si tam uvědomil tu hrůzu, že když bys tohleto měla jako, hele jako já tam měl čtyřiadvacet hodin toho strejdu na krku a byl jsem z toho totálně vyřízenej“.*

<b>Téma</b>	<b>souřadnice</b>	<b>citace</b>
<b>Motivace</b>	1.18 1.15-18  2.1-3	„táta měl po operaci tlustýho střeva“ „nechtěli ho někam umístit do nějakýho zařízení nebo do LDNky, zajedno si myslim, my jsme to ani nezkoumali, ale spíš asi všechny ty zařízení byly taky jako plný a byli jsme toho názoru, že to zvládneme s pomocí, že bylo plánovaný, že bude chodit během dne pečovatelka, a že prostě pomůže“. „pokud jako by to možnosti dovolovaly, tak by nikdy nebyl umístěnej do nějakýho zařízení, ale samozřejmě kdyby máma jako to nevládala, tak ta situace by se asi řešit jako musela, ale nikdy tam nebyla úvaha, že by se dal do nějakýho zařízení“
<b>Pomoc</b>	1.19 1.25-26 1.29 2.8-10  2.29-31 4.47 4.49-50  5.1-2	„každý den chodila pečovatelka, kdy mu měnila ten pytlík“ „bez tý pečovatelky, by sme asi jako prostě nevládli“ „táta byl jako svým způsobem do poslední chvíle nák jako pohyblivej“ „Spíš nákupy nebo ták. Spíš hlavně o ty nákupy, ale jinak v podstatě bych řekl, že ve spoutě věcech byli v podstatě soběstační s pomocí teda tý ošetřovatelky. Myslím, že ta ošetřovatelka pomáhala i takovou tou základní hygienou“ „to mělo jako i další přínos, kdy asi zřejmě jak tam byly jako sami, tak jsem měl pocit, že ty ošetřovatelky se střídaly a táta měl vždycky tendenci s nima navazovat kontakt, že si chtěl s nima povídat a tak, že „ „tak se zařídila, tomu se říká nák ta lupa a je to dost jako drahý“ „můj názor na tohleto je, že bych řekl, že ta péče nebo i ze strany prostě co lidi můžou čekat je nadstandartní“ „tam byl potom příspěvek na tu péči a byl jsem až překvapenej, že si myslím, že dostal to maximum“
<b>Představy o péči</b>	1.17-18 1.39 3.16	„byli jsme toho názoru, že to zvládneme s pomocí, že bylo plánovaný, že bude chodit během dne pečovatelka“ „konkrétní představu jsme neměli“ „nemá cenu nák čekat jako nějaký zázraky“
<b>Naděje</b>	1.43-44	„já osobně jsem si myslel, že to jako není dobrý, ale nák jsem pořád byl přesvědčenej, že i když nevím proč, že ten rok dva, že by tady ještě moh bejt“ „ten nádor je prostě jako příliš velkej“
<b>Překážky - těžkosti</b>	1.45 1.46-47	„máma byla od začátku pesimista a prostě až jsem jí několikrát jako napomínal, že prostě ať takhle nemluví, že to prostě bude mít rychlej konec a těžko říct jako co si uvědomoval táta“
<b>Emoce</b>	2.48-49  3.36 3.41-42 3.42-43  3.44-45 4.9  5.24-26	„ten pohled můj na to bych prostě jako řekl jako hodně pragmatickej“ „jediný čeho mě mrzí“ to že vo tom vyprávím mě jako dojímá, „jako když zemřel říkal jsem si, jestli nejsem divnej, že mě to prostě nák nezasáhlo“ „jsem si říkal, jestli nejsem nákej jako bezcitnej“ „byl jsem prostě pomalu jako i vděčnej jako že ho třeba na tu chalupu můžu zavést“ „byl to vopravdu taky jako velice dojemnej okamžik, jako kdy já jsem stál u tý postele, ten táta už v podstatě jako nevím jestli vnímal“



Dopady péče	4.19-21	<i>myslim si že právě v té době to byla ta chyba že jsme mohli mluvit vo některej věcech, který mě zajímali, a to byli právě třeba ty věci z toho dětství a vim, že by to nebylo asi konfrontační a mohli jsme si o tom popovídat,</i>
	5.14-15	<i>„když to zrekapituluju, že to v podstatě snad ani jako v uvozovkách bych řekl, snad jako ani líp dopadnout jako nemohlo“</i>
	5.40-41	<i>„já jsem se nevyspal“</i>
	5.43-45	<i>„Já jsem si tam uvědomil tu hrůzu, že když bys tohleto měla jako, hele jako já tam měl „čtyřadvacet hodin toho strejdu na krku a byl jsem z toho totálně vyřízenej“</i>
	3.22	
	3.23-25	<i>„když táta zemřel, že to bylo vopravdu strašně důležitý pro mě“</i>
	4.6-7	<i>„prostě ten táta se mi vmluvil a řekl doslova, že ho to mrzí a že nebyl jako dobrej otec a pro mě toto bylo strašně důležitý potom když zemřel, že v podstatě v těch vzpomínkách jako de fakto vzpomínám jenom prostě na to dobrý“</i>
	3.29-30	<i>„poslední dva roky jsme nic neřešili, neřešili jsme prostě nějaký názorový neshody“</i>
	6.20-22	<i>„Nicméně si myslim, že ta smrt je součástí života a může nějakým způsobem i ta smrt jako obohatit jako a jako že si myslim, že kdybych se třeba jako mohl vrátit, třeba těch v tom tak já na tom nevidím nic špatnýho, že by ten člověk jako třeba, že by umíral v rámci rodiny“</i>
	3.30	<i>„jediný co mě na tom jako mrzí je to, že protože jsem si vopravdu myslel, že to třeba ještě může trvat rok nebo dva“</i>
4.1-3	<i>„ doktor vysvětloval, že ten nádor tam je, že to tělo s ním bojuje a že von nepřijímal potravu a v podstatě zhubnul během těch třech měsíců dvacet, třicet kilo“</i>	
Nenaplněná očekávání		
Osobní život	2.45-46	<i>„co se týká jako nějakýho omezení mého nebo mí vlastní rodiny, tak to jsem takhle jako necejtíl, já bych spíš prostě jako řekl, že mě to nějakým způsobem jako bych řekl skoro jako i obohacovalo“.</i>
	5.33-34	<i>„rámcí mí rodiny by nebyl třeba problém hele já se teďko budu dva tři měsíce starat o tátu jo“</i>

## Můj pohled na pana C

S panem C jsme se sešli dle jeho návrhu v klidném prostředí restaurace. S rozhovorem i jeho nahráváním pan C souhlasil. Ujistila jsem pana C, že nahrávka a informace z rozhovoru budou použity jen pro účel bakalářské práce a nikde jinde nebudou zveřejněny. Pan C mi podepsal informovaný souhlas a dále celý náš rozhovor probíhal v klidu a bez větších problémů. Jen v jednu malou chvíli byl slyšet dětský pláč a křik hostů, kteří s námi seděli v místnosti. Jinak jsme měli velkou část restaurace sami pro sebe a nebyli jsme nijak rušeni. Z jeho vyprávění jsem vnímala, že ocenil, že mohl se svým otcem trávit poslední dny jeho života, a narovnat komplikované vztahy s otcem.

Došlo ke smíření. Jeho pomoc byla převážně psychická podpora, která je pro umírajícího velice přínosná.

### **Rozhovor s paní D**

Paní D žije na Moravě a z důvodu vzdálenosti jsme se domluvily na rozhovoru online formou. Paní D pečovala o svou matku (75 let), která zůstala po těžké mozkové příhodě upoutána na lůžku a její stav byl velmi vážný. Když lékařům v nemocnici oznámila, že si chce vzít maminku do domácí péče, tak vzbuzovala údiv, protože její matka *„v nemocnici nerozuměla ani slovům, neuměla přijímat potravu, protože měla špatný polykací reflex, takže musela být krmená pegem“*. Paní D si přesto matku vzala domů a začala o ní pečovat. Její motivací bylo všem z rodiny, přátelům i známým dokázat, že i ve vážném stavu je možné pečovat o svého nejbližšího doma v jeho přirozeném prostředí. Jakmile matku paní D propustili z nemocnice, vyžádala si u praktického lékaře zprávu, že pacientka potřebuje léčbu 24/7 a na Úřadu práce požádala o dávky dlouhodobé ošetrování člena rodiny. Tuto dávku pak pobírala 3 měsíce, s tím, že se během té doby ukáže, jak bude péči zvládat, *„protože jsem sama nevěřila tomu, že to mamka vlastně zvládne“*. S pomocí rodiny a domácí hospicové péče se nakonec podařilo paní D pečovat o svou matku celé 4 roky. Po skončení doby ošetrovního musela paní D dál řešit, jak to udělat v práci *„když jsem viděla, že teda mamka to jako kdyby dává, tak jsem v zaměstnání dala výpověď a zůstala jsem prostě s tou maminkou doma“*. Její příjem byl příspěvek na péči 4 stupně a starobní důchod nemocné matky. Sama si zajistila řadu pomůcek, které jí péči usnadňovaly. Polohovací postel byla pro ležícího pacienta podle jejích slov bezpodmínečně nutná *“když jsme si tu mamku brali, tak jsem si rovnou v nemocnici pořídila nebo požádala o polohovací postel“*. Ze začátku k nim jezdily pomáhat pečovatelky a rehabilitační sestra. *„Využívala jsem teda tu mobilní zdravotní sestru, která je plně hrazená pojišťovnou“*. Dále využívali spousty dalších pomůcek, které se týkaly péče o hygienu, polohování, dekubitní podložky. Různé polohovací válce a podložky si paní D dokonce sama vyrobila. Nutná byla výživa pomocí pegu, kterou musela aplikovat každé 3 hodiny. *„Mezi tím jsem jí tím pegem vlastně podávala i vodu a podávala jsem i léky, které jsem si rozdrtila ve hmoždíři“*. Péče byla velmi časově, fyzicky i psychicky náročná. *“S tím člověkem prostě tak, jako s dítětem“* tak přirovnávala paní D péči o svou matku. Kromě polohování, krmení a přebalování se paní D snažila matku stimulovat i v učení. Pracovaly s různými kartičkami, obrázky, četla jí pohádky, vyprávěla nebo pouštěla filmy. Snahou paní D bylo i sociální začlenění. Občas přicházely

návštěvy, na které se těšila nejen paní D, ale i pacientka. Paní D se uměla odreagovat a věděla, kde čerpat novou energii „*snažila jsem se odreagovat prostě tím svým nějakým zaměřením, co mě baví*“. Ráda doma tvořila různé výrobky, starala se o zahradu nebo se věnovala svým domácím zvířátkům. Péče nebyla vždy jednoduchá, pacientka občas trpěla bolestmi a záchvaty. Paní D viděla smysl ve své práci „*ona prostě udělala ty pokroky a prostě největší radost jsem měla z toho, jak ona začala nám rozumět a věděla co jí říkám a že najednou začal i ten její život mít smysl*“.

Téma	souřadnice	citace
Motivace	1.10-11 1.12-13 1.21-22	„ <i>chtěla jsem prostě ukázat nejenom já, ale jako být příkladem všem, kdy je možnost i v domácí péči prostě postarat o toho nejbližšího člověka</i> “ „ <i>aby všichni viděli, že i v té domácí péči se to dá zvládnout</i> “ „ <i>já jsem nechtěla, aby byla v nějaké ústavní péči, aby byla v tom domácím prostředí, aby za ní mohli přijít i přátelé, aby prostě ona se cítila nejenom já, ale hlavně aby ona se cítila dobře v tom domácím prostředí</i> “
Pomoc	1.49 2.1 2.4-5 2.11 3.33-34 3.40 3.43	„ <i>i když jsem se o ní starala sama, ale nebyla jsem na to sama</i> “ „ <i>Pomáhal mě s tím manžel</i> “ „ <i>ze začátku sem jezdila zdravotní sestra</i> “ „ <i>sestřička mě prostě učila s tou rehabilitací s tím posazováním a prostě celkově s tou komunikací</i> “ „ <i>Pomáhala mi i dcera sem jezdila i syn jako s manželkou</i> “ „ <i>v nemocnici pořídila nebo požádala o polohovací postel</i> “ „ <i>Je třeba strašně nutná dekubitní matrace</i> “ „ <i>na 3 měsíce jsem si půjčila zdvihák</i> “
Představy o péči	1.44 1.44	„ <i>Očekávání jsem neměla, ale věděla jsem do čeho jdu</i> “ „ <i>Věděla jsem, že to nebude jednoduchý</i> “
Naděje	5.10-11	<i>já jsem opravdu byla vděčná za každé nové ráno.</i>
Překážky -těžkosti	2.9-10 3.42 4.18	„ <i>já jsem ju jako těžce fyzicky zvládala a sama bych jí třeba ani neposadila na ten vozíček</i> “ „ <i>Já jsem nemohla tu mamku sama zdvihat</i> “ „ <i>Bylo to někdy opravdu těžký, protože ta maminka ona nebyla pořád jako by se dá říct pozitivně naladěná</i> “
Emoce	4.48-49 5.13	„ <i>to mě dělalo obrovskou radost, a to mě naplňovalo a strašně mě nabíjelo to, že jsem viděla že ona prostě udělala ty pokroky, a že prostě největší radost jsem měla z toho, jak ona začala nám rozumět</i> “ „ <i>je to všechno ještě takový živý</i> “
Dopady péče	2.12-13 2.21 5.28-29	„ <i>byla to péče dvacetičtyřhodinová by se dalo říct</i> “ „ <i>v zaměstnání dala výpověď a zůstala jsem prostě s tou maminkou doma</i> “ „ <i>Já jsem byla jako kdyby 4 roky uvězněná doma</i> “
Přínos		

Nenaplněná očekávání		
<b>Osobní život</b>	2.30-31 3.16-17 3.18-19	„Bylo to vlastně od rána by se dalo říct až do večera“ „já jsem hodně se věnovala těm prostě takovejším ručním pracem a mám taky zvířátka“ „Prostě snažila jsem se odreagovat prostě tím svým nějakým zaměřením co mě baví“

### **Můj pohled na paní D**

S paní D jsme se domluvily na setkání pro rozhovor online z důvodu vzdálenosti bydliště. Pochopila jsem, že paní D je už ve své přirozenosti pečující člověk. Se zaujetím vyprávěla všechny podrobnosti, které se týkaly vlastní péče o maminku, a o tom, jak se maminka cítila a co vše byla ochotná pro ní udělat, aby znovu našla smysl žitvota. Největší potěšení a radost jí dělalo to, že byla spokojená její matka. Její vlastní emoce se mi zdály potlačené a ikdyž byla péče o takto postiženého člověka náročná paní D si v tom uměla najít to pozitivní. Naučila se relaxovat a odpočívat a svůj osobní život tomu uměla přizpůsobit. V závěru našeho rozhovoru přiznala, že přes to, že byla péče náročná, cítila se v tom období jako šťastný člověk.

### **Rozhovor s paní E**

S paní E jsme se sešly na její návrh v domě, kde pečovala o svého otce, který onemocněl rakovinou „*tatínek je nemocnej, že má vlastně rakovinu diagnostikovanou a má paliativní chemoterapii*“. Paní E je ze čtyř sourozenců, takže rozhodnutí o domácí péči usnadňovalo vědomí, že nebude na péči o otce úplně sama. „*Měli jsme výhodu, že jsme vlastně čtyři děti a maminka*“. Bylo pro ní velice citlivé s otcem mluvit o jeho péči a zdravotním stavu, o tom, že jeho stav je vážný, a že paliativní péče už pacienta neléčí, jen zajišťuje, aby netrpěl bolestmi apod. „*On jako věděl, že prostě to je nevléčitelny, ale zároveň neměl pocit, že by to už bylo v takovém stádiu, že by měl bejt v péči*“. Paní E hodně pomohlo, že měla zprostředkované nějaké informace týkající se domácí hospicové péče od kamarádky, která v hospici pracovala „*takže já jsem vlastně věděla, co to je, co to obnáší a tím jsem to předala i sourozencům*“. Z počátku jezdila k nim domů zdravotní sestra z home care, která dle jejich slov neměla příliš lidský přístup, a proto s ní nebyli úplně spokojeni. „*Jako tam není žádná podpora těch pečujících, není tam vůbec nic*“. „*Přijede, aplikuje, co musí a odjíždí*“. Naopak našli velkou pomoc

a oporu v praktické doktorce „*měli úžasnou paní doktorku, tátovou praktickou, která nám hodně taky pomohla, přístupem a vůbec*“. Kromě sociálních služeb využívali i nějaké pomůcky, jako např. polohovací postel a příspěvek na péči. V péči se střídaly s maminkou a sestrou. Sestra byla po roce péče úplně vyčerpaná „*sestra byla opravdu vyčerpaná, unavená, protože to trvalo dlouho, byl to vlastně dvouletý boj*“. Když už pak byl tatínek paní E jenom ležící, pomáhal jí s péčí také bratr, který je profesionální hasič a má zkušenosti se zdravotním ošetřováním, včetně záchrany lidských životů. Bratr byl nápomocný i co se týkalo zajištění hygieny intimních částí těla. Paní E uvedla, že cítila stud „*ze začátku jsem se ostýchala*“, a bylo jí otce líto, když bylo potřeba vykonávat některé citlivé úkony v péči, jako je zajištění kompletní hygieny. Většinu úkonů prováděla paní E sama „*já jsem tátů myla, přebalovala, polohovala, to byla vlastně moje práce*“. Paní E uvedla, že výhodou bylo, že v době pečování byla se svým synem doma a nechodila do práce. O její dítě se staral manžel, aby ona mohla věnovat veškerý čas péči o otce. Bez rodinného zázemí si paní E neumí takto náročnou péči představit. Svůj volný čas většinou věnovala pečování nebo u ní byla alespoň myšlenkami „*nedá se bavit, že jsem měla jako čas na svůj osobní život, protože v těch myšlenkách jsme byli furt*“. V závěrečné fázi pečování si byli s bratrem společně oporou. Báli se být s otcem sami, protože měl občas problémy s dechem a dusil se. Paní E zmínila, že 3-4 dny v týdnu jezdila do domu rodičů pečovat, zbytek měla volný čas pro sebe. „*Takže 3 dny jsem měla*“. Všechny jejich myšlenky se stále vracely k péči o otce. Své pocity a myšlenky sdílela s ostatními pečujícími z rodiny. „*Jde stranou ten soukromý život*“. Paní E domácí hospicová péče ovlivnila natolik, že se jí věnuje dál jako profesionál „*jsem teďka profesionální ošetřovatelka*“. Při své osobní zkušenosti zjistila, jaké úkony by dnes dělala jinak. Zpětně se na svou péči o otce dívá trochu kriticky. Současně je cítit, že k péči přistupovala laskavě a za tuto zkušenost doprovázet svého nejbližšího pociťuje vděk a pokoru. V závěru rozhovoru si paní E uvědomuje, že časově a emočně náročná péče mohla mít dopad na její manželství, které se půl roku po smrti otce rozpadlo „*já jsem v jednom roce přišla o tátů, jako vo toho muže živitele, nebo vo toho zastávce a pak vlastně i vo manželů*“. V otázce, co by jí v péči ještě pomohlo, zmínila i ekonomickou stránku, která se jí zdála být ze strany státu nedostatečná.

<b>Téma</b>	<b>souřadnice</b>	<b>citace</b>
<b>Motivace</b>	1.15-16	„ <i>tatínek je nemocnej, že má vlastně rakovinu diagnostikovanou a má paliativní chemoterapii</i> “.
<b>Pomoc</b>	2.22-23	„ <i>měli úžasnou paní doktorku, tátovou praktickou, která nám hodně taky pomohla, přístupem a vůbec</i> “
	2.30-32	„ <i>nás velmi mile překvapilo, jak to bylo intenzivní, jak to bylo lidský, jak to, pokaždý když jsme byli, nevěděli jsme si rady, táta začal špatně dýchat, nebo vypli elektriku, kvůli kyslíku, všechno jsme mohli konzultovat, a to bylo prostě naprosto úžasný</i> “
	2.17-18	„ <i>pak sme měli vlastně jako sociální náky jak se to jmenuje sociální příspěvek na péči</i> “
	3.20-22	„ <i>Měli jsme vlastně gramofon, když ještě táta jakžtakž moh se vyčůrat, prostě veškerý pomůcky, co jsme potřebovali v tý péči, to jsme měli od toho hospice to nám poradili a pak je nabídka psychologa, rehabilitační sestru, no to je asi všechno</i> “
<b>Představy o péči</b>	1.45-46	„ <i>takže já jsem vlastně věděla, co to je co to obnáší a tím jsem to předala i sourozencům</i> “
<b>Naděje</b>	3.49-50	„ <i>když se zpětně vrátím, tak tam bylo spousty věcí, který jsme... nedělali jsme je dobře, protože jsme je neuměli</i> “
	5.17-18	„ <i>netušili jsme, jak ohromně je to těžký, ale šli jsme do toho s tím vědomím, že prostě děláme dobrou věc</i> “
	3.7	„ <i>ze začátku jsem se ostýchala</i> “
	3.41	„ <i>nedá se bavit, že jsem měla jako čas na svůj osobní život, protože v těch myšlenkách jsme byli furt</i> “
<b>Překážky -těžkosti</b>	4.42	„ <i>My jsme pak byli ke konci s tím tátou i spolu ve dvou. Jsme se báli bejt sami</i> “
	5.29-30	„ <i>pro nás jako těžký přijmout to, že tenhleten silnej táta už je vlastně nemocnej</i> “
<b>Emoce</b>	4.11	„ <i>jsste neustále ve stresu, ohromným</i> “
	4.14	„ <i>Starostí, bolestí, tím že vlastně vidí, jak chátrá, ten jeho rodič</i> “
	4.42	„ <i>Jsme se báli bejt sami</i> “
	6.2-3	„ <i>Střídalo se to, strach, beznaděj, smutek, jak to dopadne, když jsem ho viděla bylo mi ho líto, i sem tam měla takový to, jestli se dobře staráme</i> “
<b>Dopady péče</b>	3.8	„ <i>já jsem tátu myla, přebalovala, polohovala, to byla vlastně moje práce</i> “
	6.19-20	„ <i>jsem teďka profesionální ošetřovatelka</i> “
	3.38-39	„ <i>půl roku, co táta zemřel, mě vlastně se zhroutilo manželství</i> “
<b>Přínos</b>	5.23-27	„ <i>Bylo pro nás těžký, pochopit, že člověk, nebo pochopit, dívat se na to, že člověk kterej byl svalnatej, plnej života, sportovec, opravdu miloval život, vlastně a on byl ohromnej bojovník, on bojoval opravdu do poslední chvíle i když mě už přišlo, že už asi, jak chodil na ty chemoterapie a všechno, že to je zbytečný, z mého pohledu, že to nestojí za tu, za ten prožitek, toho života, že už ten život nebyl takovej, ale to nemůžu posoudit</i> “
<b>Nenaplněná očekávání</b>	5.34	„ <i>Silnej, částečně optimistickej, věřil v to uzdravení</i> “
<b>Osobní život</b>	3.28	„ <i>já jsem nepracoval v tý době, protože jsem měla malý dítě, takže se o něj staral manžel</i> “
	3.39	„ <i>Takže 3 dny jsem měla</i> “
	3.43	„ <i>Jde stranou ten soukromej život</i> “
	5.11-12	„ <i>nabírali energii ze sebe samých</i> “
	6.35-36	„ <i>vlastně to byla taková fyzická i psychická trochu nepřítomnost v tý tvý osobní rodině po nějakou dobu</i> “

## **Můj pohled na paní E**

S paní E jsme se sešly v domě, kde pečovala o svého otce. Vzhledem k tomu, že je z velké rodiny, nebyla na pečování o svého nemocného otce úplně sama. Její sourozenci i matka si byli vzájemně oporou, a shodli se na tom, že společně péči zvládnou. Neumí si představit, jak by to vypadalo, kdyby byla na péči o otce sama. Paní E vůbec neváhala nad rozhodnutím domácí hospicové péče. Chtěla se s rodinou o svého otce postarat, a dopřát mu poslední dny života mezi svými a ve známém prostředí. Péče trvala dva roky, a paní E se domnívá, že časová i psychická zátěž mohla poznamenat její vztah s manželem, který se půl roku po smrti otce rozpadl. Paní E tato skutečnost velmi ovlivnila a pociťuje lítost, nicméně kdyby se měla znovu rozhodovat o domácí péči, její rozhodnutí by bylo stejné. Nyní se paní E věnuje domácí péči, jako profesionální pečovatelka.

## **Rozhovor s paní F**

Paní F pečovala o svou matku, která onemocněla *„pár vyšetření se zjistilo, že je vážně nemocná, že má rakovinu slinivky“*. Matka paní F žila sama ve velkém domě, a zpočátku potřebovala jen pomoci s nákupy, úklidem a odvozem k lékaři *„péče o ni spočívala v tom dělat jí společnost“*. Paní F jezdila matku navštěvovat a byla jí spíše psychickou oporou. Matka paní F se snažila být do poslední chvíle soběstačná a nepotřebovala žádnou intenzivní péči. *„Ona se chovala tak, že jí prostě není dobře“*. Výhodou bylo, že paní F bydlela jen 4 km od bydliště matky, a mohla tedy operativně matku navštěvovat dle potřeby. Zdravotní stav matky paní F se rychle zhoršoval. *„Ta nemoc hodně rychle postupovala byla velmi krátká doba od té chvíle, co mamču diagnos..., co zjistili, co prostě řekli, co jí je, a když zemřela“*. Paní F se těžko smířovala s diagnózou *„do poslední chvíle, ale hodně hodně dlouho věřila v nějaký zázrak, anebo že ta diagnóza není ta, kterou nám řekli“*. O tom, že bude pečovat o maminku doma nijak nepřemýšlela. *„Vlastně jsme nad tím ani moc nepřemýšleli, to bylo jakoby automatický“*. Paní F pomáhali v péči sestra a bratr. Výhodou bylo, že už měli zkušenosti s domácí hospicovou péčí o svého otce. Paní F přizpůsobila svůj denní časový plán péči o svou matku *„Chtěli jsme být s ní, věděli jsme, že bude mít v jednu chvíli strach“*. Co se týká pracovních povinností, měla paní F výhodu *„měla v tu chvíli práci, která to umožňovala“*. Spolupráce s hospicem byla velkým přínosem *„taky bylo výborný, že jsme mohli jim zavolat ve dne*

v noci, v sobotu v neděli, kdy jsme potřebovali a oni nám hodně pomáhali“. Paní F měla velkou oporu ve své sestře, která pracuje jako profesionální ošetřovatelka, a pokud si s něčím nevěděla rady, mohla se na ni obrátit „ona spoustu věcí věděla“. Největší překážkou v péči se jevily úkony, se kterými paní F jako laický pečovatel neměla žádné zkušenosti. „Já jsem se bála ji píchnout injekci“. Pokaždé, když překonala nějakou překážku, která se při pečování vyskytla, cítila, jak jí to posílilo „ale to jsem získala obrovský sebevědomí“. Během pečování se potýkala s celou řadou emocí „od paniky, strachu k chytání se za jakékoliv náznak naděje“. Pořád nemohla uvěřit, že její matka skutečně umírá. „Jako já jsem to nemohla pochopit, mě to hlava nebrala doslova“. Velkou psychickou oporou jí byla rodina, nejvíce jí pomáhalo se vypovídat „potřebovala jsem o tom mluvit“ a dále, „že se manžel stará o děti, a že já to nemusím vůbec řešit“. Paní F má sama velkou rodinu, a tak zajištění všech tří dělí byla velká pomoc. V závěru péče už cítila únavu a hlavně psychické vyčerpání. Zázrak v uzdravení se nestal „tak vlastně jsem se těšila až umře, protože už jsem jakoby nemohla“. Myšlenky a pocity se míchaly každou chvíli a byly i takové, za které se obviňovala. Provázely jí obavy „že jsem ztratila víru“. Nedokázala si představit, že se bude „muset o ní starat jako opavdu o to miminko, přebalovat a pečovat o ní“, „vyměnit plínu, to bylo pro mě jako úplně, řekla bych za nějakou hranicí“. Ve své péči využívaly řadu pomůcek včetně polohovacího lůžka. Domácí hospicovou péči, pro kterou se rozhodli hodnotí kladně „já jsem sto procentně ráda, že to bylo tak, jak to bylo“. Byla to pro ní velká zkušenost. „Vlastně to byl obrovskéj dar“.

Téma	souřadnice	citace
Motivace	1.26-27	„mamče začla haprovat zdraví pár vyšetření se zjistilo, že je vážně nemocná, že má rakovinu slinivky“
	1.30-31	„ta motivace k tomuhle vlastně byla vážná nemoc“
	1.32-33	„vůbec tam nebyl prostor nechat jí v tom samotnou, nebo „...“ nebo jí dát do nemocnice“
	2.9-10	„Chtěli jsme bejt s ní, věděli jsme, že bude mít v jednu chvíli strach“
Pomoc	2.7	„vlastně pomáhal nám hospic“
	2.41-43	„hospicová domácí péče a oni vlastně v tu chvíli byli s náma v kontaktu, taky bylo výborný, že jsme mohli jim zavolat ve dne v noci, v sobotu v neděli, kdy jsme potřebovali a oni nám hodně pomáhali“
	3.49	„Potřebovala jsem o tom mluvit a jenom s tím ke komu jsem měla důvěru“
	4.14-15	„Pomáhalo mi, že rodina je v souladu s tím, co se děje a že já tam nejsem.“ „Pomáhalo mi, že manžel stará o děti a že já to nemusím vůbec řešit“
	4.27	



	6.10	„co mi ještě pomáhalo bylo to, že jsem byla v přírodě, že bylo léto sluníčko“ „Měli jsme postel polohovací, měli sme ten gramofon ten jakoby záchod“
<b>Představy o péči</b>	1.28-29	„od začátku bylo v podstatě jasný, že si neumíme představit, že bysme mamču dali do nemocnice, aby se o ní staral někdo jinej“
Naděje	1.50	„Myslím, že sme si to nechtěli ze začátku nikdo připustit“
	4.44	„Nemohla jsem tomu uvěřit“
	1.50, 2.1	„jsme se museli rychle, ale zároveň pomalu smiřovat s tím co se děje a že to spěje ke konci“ Já jsem se bála ji píchnout injekci.
Překážky -těžkosti	2.49	„že mám píchnout do vlastní mamči bylo pro mě obrovsky těžký“
	3.1-2	„mnohem těžší a nepředstavitelný, když mamča už si lehla a bylo jasný, že si nedojde sama na toaletu, tak vlastně ta představa, že se budu muset o ní starat jako opavdu o to miminko tak, ať už je to přebalování nebo nějaký mytí, tak to bylo pro mě hodně těžký, samotná ta představa“
	5.22-24	
<b>Emoce</b>	3.36-37	„Jako já jsem to nemohla pochopit, mě to hlava nebrala“
	4.41	„Nejdřív to byl šok, obrovskej, odmítání nepřijetí“
	4.49	„Byl to ... obrovský smutek, strach, strach že budu, vlastně nejdřív to byl strach že vo mámu, aby neměla bolesti“
	5.5-6	„já jsem třeba cejtila obrovskej strach a úzkost áááá pak jsem si sedla ven a podívala jsem se na noční oblohu a byla jsem úplně klidná“
	5.9-11	„strach, úzkost, beznaděj, potom vlastně když už, když už bylo jasný, nebo né jasný, já jsem hodně dlouho věřila, že se stane zázrak, ale když mamča ležela a většinu dne prospala, tak vlastně jsem se těšila až umře, protože už jsem jako by nemohla,„
<b>Dopady péče</b>	2.26	„ta péče o ní spočívala v tom dělat jí společnost“
	2.28-29	„pořád jsme byli ve střehu a na telefonech, ale nebylo to, že tady musíme s ní bejt 24/7 jak se říká, protože, prostě to nebylo potřeba“
	3.15	„museli jsme s ní tady bejt ve dne v noci“
	3.18	„Jako když se člověk stará o mý miminko, který je nemocný a pořád ho musí člověk hlídat“
	5.15-16	pak jsem se z toho obviňovala, že takhle přemejšlim, že jsem jako, pak jsem se obviňovala, že jsem ztratila víru“
	3.10-11	„to jsem získala obrovský sebevědomí, protože jsem věděla, že teď už se nebudu bát, kdyby se stalo něco zase podobnýho“
	6.46	
Přínos	6.48	„Protože pro mě to byl obrovský přínos“ „Vlastně to byl obrovskej dar“ „Ona se chovala tak, že jí prostě není dobře“
	1.40	„Já jsem třeba do poslední chvíle nebo né do poslední chvíle ale hodně hodně dlouho věřila v nějakej zázrak a nebo že ta diagnóza není ta kterou nám řekli“
Nenaplněná očekávání	2.1-2	
<b>Osobní život</b>	2.15	„Já jsem ještě měla velkou výhodu, že jsem měla v tu chvíli práci, která to umožňovala“
	3.34	„Můj soukromej život byl jenom mamča v tu chvíli“

## **Můj pohled na paní F**

S paní F jsme se sešly v domě, kde pečovala o svou matku. Velmi oceňovala spolupráci s domácím hospicem a pomoc sestry. Dlouhou dobu nemohla uvěřit, že je její matka skutečně vážně nemocná a brzy zemře. Pořád doufala v zázrak. Péče pro ni byla náročná, jak po stránce praktické, tak psychické. Bez pomoci a rad si péči neuměla sama představit. V závěru péče se potýkala s výčitkami svědomí, kdy už si přála, aby matka netrpěla a radši zemřela. Přesto, že péče trvala pouhé tři měsíce, vnímala ji intenzivně a její přžitky byly hluboké. Nakonec zhodnotila péči kladně. Vnímala ji jako obrovský přínos, dokonce jako dar.

## **4.8 Diskuse**

Výzkumná část byla pro mě velmi inspirativní a považovala jsem ji svým způsobem za výzvu. Záměrem pro výzkum bylo sehnat výpovědi tří mužů, kteří doma pečovali o seniora a výpovědi tří žen. Musím konstatovat, že nebylo lehké sehnat tři pečující muže. To se nakonec podařilo, ale až během rozhovoru vyšlo najevo, že dva participanti muži sice pečovali o seniora v domácí hospicové péči, ale většinu péče pomáhaly provádět ženy, blízké příbuzné pacientů. Všichni participanti byli ochotni mi poskytnou rozhovor a žádný z nich neprojevil zájem o přepis rozhovoru nebo nahrávku. Přiznám, že začátky rozhovoru byly pro mě náročné z důvodu obav, zda se mi podaří splnit všechny náležitosti výzkumu. Nakonec jsem se nechala vtáhnout do příběhů participantů a byla plná zvědavosti a očekávání, co se vyjeví. Měla jsem připravené otázky. Jejich pořadí pro mě nehrálo roli, snažila jsem se je pokládat podle vyprávění participantů, abych zachovala plynulost příběhu. Mou snahou bylo vracet se k tématu, pokud jsem zjistila, že má participant snahu se od tématu úplně odklonit. Občas jsem znovu položila otázku s upřesněním či doplněním tématu. Všichni participanti mě umožnili nahlédnout hluboko do zkoumaného fenoménu. Dokresláním některých příběhů bylo i místo, kde se rozhovor konal, a kde současně participanti pečovali o svého blízkého. Jednalo se o participanty A, E, F. Ve dvou případech si nejsem jistá, zda jsem se nedopustila situační chyby při výzkumu. Jednalo se o participanta C, kde nás na začátku rozhovoru vyrušili hosté restaurace, kteří seděli opodál. Druhý případ byl s participantem B, kterého jsem pozvala k sobě domů.

## 4.9 Závěr výzkumné části

Všechny výzkumné rozhovory vyjevily skutečnost, že žádný z participantů nelituje rozhodnutí postarat se o svého nejbližšího v domácím prostředí, i přes to, že jim to neslo různá úskalí. Někteří měli výhodu, že jejich zaměstnavatelé jim umožnili se na nějaký čas věnovat pečování o blízkého člena rodiny, a někteří museli jít cestou volby práce nebo péče. Všichni ocenili přístup pracovníků hospiců a pečovatelek, kteří jim v domácí hospicové péči pomohli. Velký význam měla pomoc mobilních hospiců, která je nabízena nepřetržitě 24 hodin/7 dní v týdnu. Jednalo se nejen o pomoc praktickou, ale přínosem byla často i rada poskytnutá na základě telefonického dotazu.

Shledala jsem, že většinu participantů spojovala skutečnost, že jim v péči pomáhali ostatní členové rodiny, a že kromě péče si i nadále uchovávali prostor pro své zájmy a koníčky, které jim přinášely radost. Péče o umírajícího člověka sebou přinesla pocit zastavení se a hluboké zamyšlení nad svým životem. Někteří participantů bilancovali nad vzájemnými vztahy, vnímali svou vlastní osobnostní proměnu. Docházelo i k jakémusi narovnání vztahů, odpuštění, pochopení a smíření. Oslovila mě obětavost pečujících, se kterou k péči přistupovali.

Projevil se zde fenomén lidskosti, pochopení a laskavosti, jenž se objevil nějakým způsobem ve všech rozhovorech. Všichni participantů zároveň procházeli pocitem dojetí v určité části rozhovoru a zhodnotili, jaký význam pro ně měla zkušenost doprovodit svého nejbližšího na jeho poslední cestě. Většina se potýkala s emocemi strachu a nejistoty, zda se jim podařilo zajistit dostatečnou péči. Nároky péče sebou nesly některé negativní dopady na vlastní rodiny participantů. Jedna participantka se domnívá, že péče mohla ovlivnit její vztah s manželem, který se nakonec rozpadl. Z výzkumu vyplynulo, že časová a emoční zátěž na pečující osobu mohla zapříčinit problémy ve vztazích a rodinném soužití pečujících. Tento fenomén však nemusí být pravidlem. Záleží na stabilitě vztahů, odolnosti a trpělivosti rodinných příslušníků pečujícího člověka. Jako přínosné se může jevit také skutečnost, že pečovat o svého nejbližšího je významným příkladem ostatním členům rodiny, především dětem.

## ZÁVĚR

Snahou předkládané bakalářské práce bylo zamyšlení se nad problematikou rodiny pečující o seniora ve svém domácím přirozeném prostředí. V první části práce jsem se snažila rozšířit povědomí o důležitosti rodiny, která je také nepostradatelným členem multidisciplinárního týmu v péči o seniora. Význam a funkce rodiny jsou doplněné o problematiku sociální práce s rodinou.

V druhé části bylo možné nahlédnout na stáří z historického i současného pohledu, včetně specifika umírání dříve a nyní. Podařilo se mi zde stručně shrnout tyto dva pojmy, které jsou často tabuizovány.

Třetí část práce nabízí možnost nahlédnout, jaký přínos má pro seniora domácí hospicová péče, a s jakými úskalími se rodina pečující o seniora může potýkat. Pozornost byla věnována informacím o možných formách péče. Existuje široká nabídka služeb a pomoci rodinám, kteří se rozhodnou pečovat o svého nejbližšího doma. Záměrem bylo povzbudit blízké příbuzné seniorů a umírajících, aby našli odvahu doprovodit je na jejich poslední cestě. Čtenář byl proveden možnostmi a způsoby péče, včetně přehledu dostupnosti sociálních služeb, které rodiny mohou využít.

Po teoretické části následoval výzkumný proces. Bylo osloveno 6 participantů, kteří se ochotně zapojili do výzkumu. Ke zjištění daného fenoménu byla použita kvalitativní forma výzkumu a pro sběr dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Cílem mého výzkumu bylo zhodnotit, jaké dopady má na rodinu domácí hospicová péče, a jak jí hodnotí sami pečovatelé. Z výzkumu vyplynulo, že péče v domácím prostředí a z rukou blízké osoby je pro seniora nenahraditelná. Touto prací se téma domácí hospicové péče zdaleka neuzavírá. Výsledkem je naopak otevření tématu, které se s vývojem společnosti neustále mění. Péče o seniory nadále zůstává diskutovaným tématem.

Smrt a umírání přestává být tabu. Mou snahou bylo osvětlit formu domácí hospicové péče a zapojit laickou veřejnost, aby péči o seniora a umírajícího považovali za přirozenou součást života každého z nás.

## Seznam literatury:

- BAUM, D., Gojová, A. 2014. *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN: 978-7464-390-3
- FRANKL, E. 2022. *O smyslu života*. Grada.
- FUNKL, K. 2014. *Provázení stářím a umíráním aneb o prolínání obou světů*. Malvern.
- GIDDENS, A. 1999. *Sociologie*. Argo.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1989. *Fenomén stáří*. Panorama Praha.
- HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*. Portál.
- JIRÁSKOVÁ, V. a kol. 2005. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Eurolex Bohemia, s.r.o.
- KOPŘIVA, K. 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- KRUPKA, M. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Grada Publishing, a.s.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence, otázky na vrcholu života*. Grada Publishing, a.s.
- LACA, S. 2021. *Koncept teórií a metod v sociální práci*. Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
- MATĚJČEK, Z. a kol., 1994. *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2001, *Základy sociální práce*, Portál.
- MOŽNÝ, I. 1999, *Sociologie rodiny*, Sociologické nakladatelství SLON.
- MOŽNÝ, I. 2006, *Rodina a společnost*, sociologické nakladatelství SLON.
- PŘIBYL, H. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*, Praha: Maxdorf.
- ŘEZNÍČEK, I. 1994. *Metody sociální práce*. Sociologické nakladatelství.
- ŘÍČAN, P. 1990. *Cesta životem*. Panorama.
- SVATOŠOVÁ, M. 2011. *Hospice a umění doprovázet*, Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., sedmé doplněné vydání.
- SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Grada Publishing, a.s.

ŠIKLOVÁ, J. 2013. *Vyhoštěná smrt*. Kalich.

YALOM, Irvin D. 2014. *Pohled do slunce*. Portal

Zvěřová, M. 2017. *Alzheimerova demence*, Grada Publishing, a.s.

ZVĚŘOVÁ, M. 2018. *Alzheimerova demence*. Grada.

### **Zahraniční zdroje:**

SHAPIRO, L. 2020. *The Somatic Therapy Workbook*, Ulysses Press.

### **Internetové zdroje:**

VEJVODOVÁ, M. 2020. Český rozhlas, doktorské rady. Čerpáno z: <https://region.rozhlas.cz/seniori-ze-vseho-nejvice-potrebuji-pocit-ze-do-sve-rodiny-stale-jeste-patri-8374193>

CESTA DOMŮ, POKORNÝ, P. kaplan Cesty domů <https://www.umirani.cz/data>

ČESKÝ statistický úřad čerpáno z: [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_lide](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide)

HOSPIC Anežky České (ze dne 15.3.2023) čerpáno z: <https://www.hospic.cz/>

AION CS, s.r.o., 15.3.2023, *zákony pro lidi* Čerpáno z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-94>

KOTKOVÁ V. vydáno 16.11.2016. *Pomoc v domácnosti.cz* Čerpáno z: <https://pomocvdomacnosti.cz/jakou-rolu-plni-rodina-pri-peci-o-seniora>

CESTA DOMŮ, z.ú. (ze dne 15.3.2023) Čerpáno z: <https://www.umirani.cz/data>

MACMILLAN, Karen, Jacquie Peden Jane Hopkinson Dennie Hycha. *A Caregiver's Guide*, Ottawa: Military and Hospitaller Order of St. Lazarus a Canadian Hospice Palliative Care Assotiation, 2014. s. 125-131. [https://www.stlazarus.ca/docs/publications/caregivers\\_guide\\_2015\\_en.pdf](https://www.stlazarus.ca/docs/publications/caregivers_guide_2015_en.pdf)

HOLMEROVÁ, I., Rokosová, M., Vaňková H. 2006. *Pohled na pacienta vyššího věku*. Med. Pro praxi. Čerpáno z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf>

**Jiné zdroje:**

LAZAROVÁ, S. 2011. ČT, Z cyklu Cesty víry, díl: Tajemství. Dostupné z:  
[www.ceskatelevize.cz](http://www.ceskatelevize.cz)

**Seznam tabulek a grafů:**

Tabulka č. 1 Graf Pokorný, P. (cesta domů) - str. 8

Tabulka č. 2 - Fáze podle KÜBLER-ROSOVÉ, Svatošová, 2011, str. 16

Tabulka č. 3 Vlastní zdroj- str. 36

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora:** Irena Dorňáková

**Studijní program:** Sociální práce a sociální politika

**Studijní obor:** Sociální práce zaměřená na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Rodina pečující o seniora v domácí hospicové péči

**Vedoucí práce:** Doc. PaDr.Slavomír Laca, Ph.D

**Rok dokončení práce:** 2023

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

**Přímé citace:** 36.674

**Ostatní text:** 116.901

**Celkový počet znaků:** 153. 575

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 23

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 2

**Počet internetových odkazů:** 9

**Jiné zdroje:** 1

**Názvy souborů**

**Text práce ve formátu PDF:** „BC- Rodina pečující o seniora v domácí hospicové péči“

**Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:** „BC- Rodina pečující o seniora v domácí hospicové péči“

**Další soubory:** Příloha č. III.





## Příloha č.I

Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Ireně Dornákové, studentce Pražské vysoké školy psychosociálních studií, obor Sociální práce se zaměřením na komunikaci a plikovanou psychoterapii v rámci výzkumu pro její bakalářskou práci. Byl-la jsem informován-na, že účelem této práce je snaha o zmapování osobní zkušenosti péče o seniora v domácí hospicové péči.

Souhlasím s tím, že v práci budou vedena některá má citlivá data, ale nebude uvedené mé pravé jméno nebo nebudou uvedeny skutečnosti, které by mohly vést k identifikaci mé osoby.

Vím, že mohu rozhovor z jakýchkoliv důvodů přerušit a svůj souhlas s rozhovorem vzít zpět. Byla mi nabídnuta možnost získat přepsaný rozhovor k autorizaci a výsledný text v elektronické podobě ke komentáři. S těmito podmínkami dobrovolně a bez nátlaku souhlasím.

Jméno:

Podpis:

Datum:

Pokud budete mít jakékoli další dotazy ohledně tohoto výzkumu či rozhovoru, kontaktujte prosím Irenu Dornákovou

Irena Dornáková, email: [dornakovai@seznam.cz](mailto:dornakovai@seznam.cz), tel.: 774879572

## Příloha č. II

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Jsem účastnicí/ účastníkem výzkumných rozhovorů, v rámci bakalářské práce, realizované na Pražské vysoké škole psychosociálních studií studentkou oboru Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii.

Výzkum se zabývá tématem osobní zkušenosti péče o seniora v domácí hospicové péči. Pro tento účel smí být rozhovory zpracovávány jen v anonymizované podobě bez souvislosti s mým jménem a kontaktem na moji osobu. V případě, že úryvky těchto rozhovorů budou součástí publikací nebo veřejných prezentací výsledků výzkumu, smí být uvedeny jen v anonymizované podobě bez mého jména a souvislosti s mojí osobou. Jsem si vědom/ma toho, že rozhovor bude zaznamenáván na diktafon, přepsán do písemné formy a použit pro analýzu. Přepis rozhovoru bude důvěrný a v bakalářské práci Rodina pečující o seniora v domácí hospicové péči, ani v případných dalších výstupech z tohoto výzkumu, nebudou uvedeny údaje, podle kterých by bylo možné mě identifikovat. Ani zvuková ani textová forma rozhovoru nebude žádným způsobem jako celek zveřejněna a veškeré citace, které budou v rámci výstupů výzkumu použity, nebudou obsahovat mé jméno. Po ukončení výzkumu a dokončení bakalářské práce, tento rozhovor smí být archivován podle zákona č. 97/1974 Sb. o archivaci a tím zprostředkována pro účely jiných výzkumů a dalších badatelů, ale pouze v anonymizované podobě, bez spojení s mým jménem a s mojí osobou.

Jméno:

Podpis:

Datum:

Pokud budete mít jakékoli další dotazy ohledně tohoto výzkumu či rozhovoru, kontaktujte prosím Irenu Dornákovou, tel.: 774879572, email: dornakovai@seznam.cz

## **Příloha č. III.**

**Přepis rozhovorů na zvláštní příloze.**

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Irena Dorňáková

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

Název práce: Rodina pečující o seniora v domácí hospicové péči

Vedoucí/oponent\* práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD., Dr.h.c.

**Technické parametry práce:**

Přímé citace: 36.674

Ostatní text: 116.901

Celkový počet znaků: 153. 575

Počet pramenů a literatury: 36

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	●			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	●			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	●			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

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

	●			
--	---	--	--	--

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

		●		
--	--	---	--	--

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

		●		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	●			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	●			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	●			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

	●			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		●		
--	--	---	--	--

\*

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

Vyváženost teoretické a praktické časti  
v daném tématu

	•			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	•			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

	•			
--	---	--	--	--

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

		•		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nemám otázky do diskusie.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka predkladanej bakalárskej práce Irena Dorňáková, sa zaoberá vo svojej práci sociálnou problematikou a to vidíme už v samotnom názve Rodina pečujúci o seniora v domáci hospicové péči pohľadu sociálneho pracovníka.

Štruktúra práce obsahuje v jednotlivých kapitolách a podkapitolách skúmanú problematiku. Autorka má praktické skúsenosti s tou problematikou, preto jej patrí pochvala, že sa pustila do náročnej problematiky v rámci sociálnej práce a hospicovej starostlivosti v rodinného prostredia.

V úvode autorka charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách, taktiež si v anotácii vytýčila cieľ svojej celej bakalárskej práci. Autorka pri písaní použila adekvátnu odbornú literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen domácu literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike, za čo jej patrí pochvala). V práci sa nájdu formálne nedostatky v rámci predpísanej normy. Predkladaná bakalárska práca sa člení na teoretickú a empirickú časť.

Teoretickej časť práce opisuje pohľad na zvolenú problematiku v troch hlavných kapitolách a podkapitolách. Prvá kapitola je venovaná rodine, funkciám rodiny so seniorom, sociálna práca s rodinou, druhá kapitola rozoberá charakteristiku seniora, zmeny v starnutí a starobe, sociálne služby a senióri. Tretia kapitola sa venuje sociálnej práce a domácej paliatívnej-hospicovej starostlivosti, charakteristika hospica a multidisciplinárny tím v paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Praktickú časť tvorí posledná štvrtá kapitola. Autorka použila kvalitatívnu metódu a to pološtruktúrovaný rozhovoru, kde si zvolila výskumne otázky. Empirická časť je veľmi dobre a prehľadne spracovaná, (kde je potreba pochváliť autorku, že sa pustila do takého výskumu a jeho spracovania), kde bola využitá vhodná metóda – metóda rozhovoru a metóda kódovania rozhovoru bola použitá interpretatívna fenomenologická analýza u 6 respondentov. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým záverom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavovo spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na bakalársku prácu a hodnotím ju veľmi kladne.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji\*

- práca spĺňa požiadavky kladené na bakalársku prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikace:

- klasifikujem ju stupňom – 1 - 2 dle obhajoby

Datum, podpis: 05.05.2023

\* nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Irena Dorňáková**

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

Název práce: **Rodina pečující o seniora v domácí hospicové péči**

Oponent práce: PhDr. Iveta Jelínková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

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

		X		
--	--	---	--	--

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

		X		
--	--	---	--	--

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

		X		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Udělal byste s odstupem času v rámci Vašeho výzkumu něco jinak? Vyskytly se nějaké okolnosti, které mohly zkreslit výsledky výzkumu?

Jaká úskalí spatřujete v sociální práci se seniory v domácí hospicové péči?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Hlavním tématem předložené bakalářské práce je problematika domácí hospicové péče, kde o seniora pečuje jeho rodina. Zvolené zaměření práce je úzce spjata se studovaným oborem.

Bakalářská práce je standardně dělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je postavena na třech hlavních kapitolách, v nichž se autorka z různých pohledů pokouší přiblížit hlavnímu tématu práce. První kapitola práce nese název Rodina a je na ni nahlédnuto opravdu z rozdílných pohledů. Tematicky bychom v této kapitole, pod tímto názvem hledali zcela jiné pojetí. Druhá kapitola s názvem Charakteristika stáří již přílehně zmiňuje témata související s jejím názvem, i když samotná charakteristika stáří je pojata pouze v negativním slova smyslu. Třetí kapitola práce se věnuje sociální práci v domácí hospicové péči.

Vzhledem k názvu práce mi v teoretické části chybí problematika neformální péče, která s tématem velmi úzce souvisí. Autorce bych mimo jiné vytkla, že na straně 25 zmiňuje příspěvek na péči, ošetřovné či dlouhodobé ošetřovné, a o této peněžité pomoci píše jako o nabídce sociálních služeb.

Ve výzkumné, empirické části práce autorka představuje cíl výzkumu, výzkumné otázky, metodiku výzkumu, výzkumný soubor, zmiňuje průběh rozhovorů, jejich analýzu a v neposlední řadě také etické hledisko výzkumu. Cíl výzkumného bádání se mimo jiné vztahuje na teoretické poznatky z první části práce a samotným cílem výzkumu je zjistit subjektivní vnímání rodinných příslušníků pečujících o seniora. Autorka zvolila kvalitativní výzkum, fenomenologický výzkum, formou polostrukturovaných rozhovorů. Každý rozhovor byl analyzován ideografickým přístupem a též byla analyzována finální data.

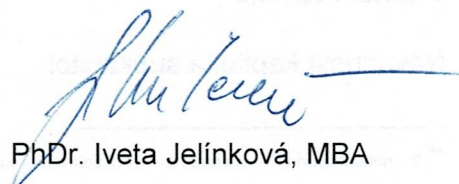
Sebraná data byla pečlivě zpracována podle jednotlivých kritérií standardu. Na škodu práce je pak ne příliš podrobný rozbor výsledků výzkumu, zamyšlení se nad výsledky, vlastní reflexe v Diskusi práce, která je svým obsahem absolutně mimo, jde v ní pouze o pohled na průběh rozhovorů. Ve výzkumné části práce mi také chybí přehledné, třeba minimální seznámení s respondenty. Ani Závěr práce není dle standardů, chybí návrhy, výstupy, limity práce, apod.

Formální stránce práce bych ještě vytkla hrubé chyby na str. 19, 31, 35.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **2 – velmi dobře**

V Praze 24. 5. 2023



PhDr. Iveta Jelínková, MBA