

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**RODINNÁ PÉČE O SENIORY Z POHLEDU VYBRANÝCH SKUPIN
OBYVATELSTVA**

Autor: Bc. Hana Tomková

Vedoucí: PhDr. Jan Vitoň

17. 8. 2009

Abstrakt: Rodinná péče o seniory z pohledu vybraných skupin obyvatelstva

S rostoucím počtem starých a nemocných lidí se zvyšují nároky na ekonomicky aktivní část populace z hlediska morálního, finančního i sociálního. Rodinná péče o staré a nemocné již není tak samozřejmá jako v dřívějších dobách, odborníci mluví o odklonu od rodiny. Rodina hraje v životě každého člověka nezastupitelnou úlohu. Od nepaměti ve společnosti existuje ústavní péče, ale ukazuje se, že není nejlepším řešením pro podzim života.

Cílem práce bylo zjistit postoj k rodinné péči u čtyř skupin obyvatelstva, kdy se dotazníkového šetření zúčastnili studenti Zdravotně sociální fakulty JU jako budoucí odborníci v sociální problematice, studenti Ekonomické fakulty JU jako jejich protiklad, zaměstnanci domova pro seniory, kteří jsou s nemohoucími denně v kontaktu, a skupina laické veřejnosti ve věku, kdy budou muset danou problematiku řešit.

V práci byla použita metoda analýzy dokumentů s využitím techniky sekundární analýzy dat a kvantitativní metoda dotazování s použitím techniky dotazníku.

Z výsledků šetření vyplynulo, že studiem různých oborů na rozdílných fakultách se u studentů liší i postoj k rodinné péči. Dále vyplynulo, že zaměstnanci domova pro seniory nejsou jednoznačně přesvědčeni, že institucionální péče je nejlepším řešením péče o seniory. Předpokladem výzkumu bylo tvrzení, že veřejnost z hlediska reality života inklinuje k rodinné péči. Toto tvrzení se potvrdilo.

Postoj k rodinné péči byl zjištěn u všech dotazovaných skupin, proto cíle práce byly naplněny.

Ačkoli jde současná společnost rychle dopředu a klade na jedince vyšší a vyšší nároky, stále je mezi námi dost těch, kteří se nezaleknou náročnosti péče v rodinném kruhu, protože v životě je normální péči dvakrát dávat a dvakrát přijímat.

Thesis Abstract: Family care for seniors from the point of view of selected population groups

With growing number of old and sick people, the demands on the economically active part of population are increasing from moral, financial and social points of view. Family care for old and sick people is not so self-evident as in former times any more; professionals speak about diversion from family. Family plays unsubstitutable role in every human's life. Since time out of mind, institutional care has been existing in the society, but it turns out that it is not the best solution for one's declining years.

The goal of the work was to ascertain the attitude to family care in 4 population groups; students of the Faculty of Health and Social Studies as future professionals on social issue, students of the Faculty of Economics as their counterparts, employees of a seniors' home who are in daily contact with the infirm, and a group of lay public in the age in which they will have to deal with the relevant issue participated in the questionnaire investigation.

The work used the method of analysis of documents using the technique of secondary data analysis and the quantitative method of questioning using the questionnaire technique.

The results of the investigation showed that the study of different fields at different faculties leads to different students' attitude to family care. They showed further that the employees of the seniors' home are not unambiguously convinced that institutional care is the best solution of care for seniors. The hypothesis of the research was the statement that the public inclines to family care from the point of view of life reality. This statement was confirmed.

The attitude to family care was ascertained in all the groups questioned, so the goals of the work were met.

Although the present society progresses very quickly and lays higher and higher demands on individuals, there are still a lot of such persons among us who do not shrink away from the demandingness of care in family circle, because it is normal in life to give care twice and to accept it twice.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Rodinná péče o seniory z pohledu vybraných skupin obyvatelstva“ vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce a to v nezkrácené úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 25. 5. 2009

.....

Podpis autora

Poděkování:

Děkuji vedoucímu práce PhDr. Janu Vitoňovi za odborné vedení, rady a nápady při zpracování diplomové práce.

Děkuji svým rodičům za morální a finanční podporu.

Děkuji respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

OBSAH:

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Základní pojmy.....	10
1.1.1 <i>Charakteristika seniora a stáří.....</i>	<i>10</i>
1.1.1.1 <i>Odchod do důchodu.....</i>	<i>11</i>
1.1.1.2 <i>Manželství starších lidí a smrt životního partnera</i>	<i>12</i>
1.1.1.3 <i>Komplikace stáří.....</i>	<i>13</i>
1.1.2 <i>Rodina.....</i>	<i>13</i>
1.1.2.1 <i>Rodina z pohledu historie.....</i>	<i>14</i>
1.1.2.2 <i>Současný vývoj rodiny.....</i>	<i>15</i>
1.1.2.3 <i>Funkce rodiny.....</i>	<i>15</i>
1.1.3 <i>Péče.....</i>	<i>16</i>
1.1.3.1 <i>Osoba pečující.....</i>	<i>17</i>
1.2 <i>Pomoc pečujícím.....</i>	<i>19</i>
1.2.1 <i>Odlehčovací služby.....</i>	<i>19</i>
1.2.2 <i>Denní/týdenní stacionáře, centra denních služeb.....</i>	<i>20</i>
1.2.3 <i>Osobní asistence.....</i>	<i>20</i>
1.2.4 <i>Pečovatelská služba.....</i>	<i>21</i>
1.2.5 <i>Sociální pracovník – koordinátor.....</i>	<i>21</i>
1.3 <i>Institucionální péče.....</i>	<i>22</i>
1.3.1 <i>Domovy pro osoby se zdravotním postižením.....</i>	<i>23</i>
1.3.2 <i>Domovy pro seniory.....</i>	<i>23</i>
1.3.3 <i>Léčebny dlouhodobě nemocných.....</i>	<i>23</i>
1.3.4 <i>Hospice.....</i>	<i>24</i>
1.3.5 <i>Trend 4D.....</i>	<i>24</i>
1.4 <i>Syndrom vyhoření.....</i>	<i>25</i>
1.4.1 <i>Symptomy.....</i>	<i>26</i>
1.4.2 <i>Průběh.....</i>	<i>28</i>

1.4.3	<i>Léčba</i>	28
1.4.4	<i>Prevence</i>	29
1.5	Ekonomická stránka	30
1.5.1	<i>Starobní důchod</i>	30
1.5.2	<i>Dávky dle vyhlášky 182/91 Sb.</i>	31
1.5.2.1	<i>Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek</i>	32
1.5.2.2	<i>Příspěvek na úpravu bytu</i>	32
1.5.2.3	<i>Příspěvky na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla</i>	33
1.5.2.4	<i>Příspěvek na provoz motorového vozidla</i>	33
1.5.2.5	<i>Příspěvek na individuální dopravu</i>	33
1.5.2.6	<i>Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže</i>	34
1.5.2.7	<i>Mimořádné výhody</i>	34
1.5.3	<i>Příjem pečujícího</i>	35
1.5.4	<i>Pomůcky</i>	35
2	Cíl práce a hypotézy	37
2.1	<i>Cíl práce</i>	37
2.2	<i>Hypotézy</i>	37
3	Metodika	38
3.1	<i>Použité metody a techniky výzkumu</i>	38
3.1.1	<i>Technika sekundární analýzy dat</i>	38
3.1.2	<i>Technika dotazníku</i>	38
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	39
3.2.1	<i>Profil absolventa ZSF</i>	39
3.2.2	<i>Profil absolventa EF</i>	39
3.2.3	<i>Zaměstnanci domova pro seniory</i>	39
3.2.4	<i>Vybraná skupina veřejnosti ze spádové oblasti DPS</i>	39
4	Výsledky	40
4.1	<i>Výsledky šetření u studentů Ekonomické fakulty</i>	40

4.2	Výsledky šetření u studentů Zdravotně sociální fakulty.....	49
4.3	Výsledky šetření u zaměstnanců domova pro seniory.....	58
4.4	Výsledky šetření u laické veřejnosti.....	65
4.5	Srovnávací grafy.....	74
5.	Diskuse.....	78
6.	Závěr.....	85
7.	Seznam použité literatury.....	87
8.	Klíčová slova.....	94
9.	Přílohy.....	95

Úvod

S rostoucím počtem starých a nemocných lidí se zvyšují nároky na ekonomicky aktivní část populace z hlediska morálního, finančního i sociálního. Rodinná péče o staré a nemocné již není tak samozřejmá jako v dřívějších dobách, odborníci mluví o odklonu od rodiny.

Rodina hraje v životě každého člověka nezastupitelnou úlohu. Téma rodinné péče o seniory mě zaujalo již před dvěma lety, kdy jsem si ke zpracování bakalářské práce vybrala téma Etika odpovědnosti v rodinné péči, tam jsem zkoumala názor zaměstnanců domova pro seniory na možnosti rodinné péče. Ode dávna ve společnosti existuje ústavní péče, ale ukazuje se, že není nejlepším řešením pro podzim života.

Cílem práce bylo zjistit postoj k rodinné péči u čtyř skupin obyvatelstva, kdy se dotazníkového šetření zúčastnili studenti Zdravotně sociální fakulty jako budoucí odborníci v sociální problematice, studenti Ekonomické fakulty jako jejich protiklad, zaměstnanci domova pro seniory, kteří jsou s nemohoucími denně v kontaktu, a skupina laické veřejnosti ve věku, kdy budou muset danou problematiku řešit.

Diplomová práce bude poskytnuta pracovníkům domova pro seniory a studentům Zdravotně sociální fakulty. Zároveň poslouží jako signál, zda ZSF vychovává odborníky z přesvědčení.

1. Současný stav

1.1 Základní pojmy

1.1.1 Charakteristika seniora a stáří

Stáří je etapou života, která časem postihne každého člověka, a tak by neměla být ignorována.(21) Toto věkové období začíná v současné západní kultuře zhruba v 60–65 letech, kdy lidé odcházejí do penze. Někteří z nich mívají větší spotřebu zdravotní péče, jen malá část lidí se dožívá 80 let zdravá a zcela soběstačná. Neplatí však obecně, že každý starý člověk je nesamostatný, nesoběstačný, depresivní a trpí poruchami paměti. Stáří je lépe popisovat jako změnu schopností než jako jejich úbytek. Individualita každého člověka je totiž mnohem významnější než kalendářní věk.(29)

Stáří má z psychologického hlediska specifický význam. Jeho hlavním úkolem je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Senior se více zabývá minulostí, jeho postoj k životu je převážně bilancující, už se nesnaží něco měnit a nechce, aby se měnilo jeho okolí. V tomto uspořádání se mu líbí, vyzná se v něm a v mezích možností si jej přizpůsobil.(51)

Nejčastější stesky ve stáří jsou na bolesti, problémy s trávením, s udržením moči, srdeční a dýchací obtíže, závratě a poruchy rovnováhy, sexuální obtíže, problémy spojené s pohybem.(42) Typickým signálem stárnutí je snižování psychických funkcí, snižování kvality poznávání, dochází ke zhoršování paměti a pozornosti. Naproti tomu se zvyšuje četnost depresivních stavů, jež jsou reakcí na vážná onemocnění nebo významné životní ztráty. Tyto stavy vedou k osamělosti, izolaci, ke ztrátě soběstačnosti.(51)

Život starších lidí probíhá v určitém teritoriu, které může mít různý rozsah. Nejosobnějším teritoriem je vlastní byt, s tím seniora pojí soukromí i mnoho vzpomínek. Dalším teritoriem lze nazvat instituci, ať jde o nemocnici či domov pro seniory, má však neosobní charakter a senior musí dodržovat určitá pravidla, o nichž

sám nemůže rozhodovat. Nejvýznamnější sociální skupinou, jež seniora obklopuje, je bezesporu rodina. Ta může zahrnovat nejen manželské soužití, ale také kontakty s rodinami sourozenců a vlastních dospělých dětí. Možnost širších sociálních kontaktů představují přátelé a známí ze sousedství, zejména v případě, kdyby rodina neexistovala nebo neplnila své funkce. Také v rámci společenství obyvatel té které instituce si starý člověk může vytvořit hlubší vazby s lidmi, s nimiž sdílí společné teritorium.(51)

Počet starých lidí stoupá nejen v České republice. Tím se také zvyšují nároky na ekonomické a lidské kapacity, které jim mají zajistit odpovídající úroveň péče. Ve vyspělých zemích je téměř polovina nákladů na sociální péči adresována seniorům, jelikož jsou největší podskupinou klientů sociálních a zdravotnických služeb.(30)

1.1.1.1 Odchod do důchodu

Důchod je jednoznačným signálem přechodu ze středního věku do stáří. Odchodem do důchodu člověk ztrácí profesní roli, s ní spojenou společenskou prestiž a stává se seniorem. Tato velká změna narušuje rovnováhu celého systému rolí. Role důchodce má horší sociální status, protože česká společnost posuzuje člověka na základě aktuálního přínosu a nebere příliš v potaz to, co vykonal dříve. Odchod do důchodu uzavírá významný a dlouhý úsek lidského života spojeného s profesní činností. Člověk symbolicky odchází ze společnosti do ústraní, někdy až do izolace. Toto období se může lehce může stát zátěží, protože člověk byl zvyklý na určitý režim a řád, neumí využít najednou nabytou svobodu a prožívá pocit prázdnoty života.(51)

V 60. letech dvacátého století R. Butler poprvé použil slovo ageismus. Je to výraz pro systematické znevýhodňování starších lidí ve společnostech západního charakteru v oblasti přístupu k zaměstnání, ke zdravotním, sociálním i jiným službám. Tento postoj prostupuje celou společnost a není cizí ani pracovníkům sociálních služeb.(29)

V České republice je od roku 1996 stanoven základní věk odchodu do důchodu u mužů na 60 let, ke kterým se každý rok připočítávají 2 měsíce. Věk pro ženy se pohybuje mezi 53–57 lety s připočtením 4 měsíců každý rok, aby na konci roku 2012

byl pro obě pohlaví věk odchodu do důchodu 63 let.(1) Ministerstvo práce a sociálních věcí však prosadilo postupné zvyšování věkové hranice až na 65 let, v roce 2031 se tak důchodu dočkají muži, ženy bezdětné a s jedním dítětem. Ženy se dvěma dětmi půjdou do důchodu v 64 letech, se třemi dětmi v 63 letech a se čtyřmi a více dětmi v 62 letech.(15)

1.1.1.2 Manželství starších lidí a smrt životního partnera

Spokojenost v manželství ve stáří mírně stoupá (51), manželé vystupují vůči sobě coby potenciální pečovatelé.(17) Jejich vztah je ovlivněn dlouholetým soužitím, nedochází v něm k velkým výkyvům, ale přesto se do určité míry mění, zpravidla v pozitivním směru. Senioři od manželství méně očekávají, jsou realističtější než dřív, projevují si více pozitivních emocí, ale ne okázalým způsobem, jsou obsaženy spíše v chování. Starší lidé jsou více ochotní přistoupit na kompromis, poněvadž to odpovídá jejich aktuální sociální strategii. Vědí totiž, že s partnerem budou po zbytek života žít v těsnějším svazku, než tomu bylo dřív.(51)

Mezi lidmi všeobecně panuje názor, že láska kvete v každém věku. Ale když se zamiluje konkrétní senior, způsobí to v rodině pohoršení a skandál. Ne každý ovdovělý dědeček či babička se setkají u svých dětí s pochopením, pokud se rozhodnou uzavřít nový sňatek.(9)

Smrt partnera je běžnou součástí života, ale lidé na ni nebývají připraveni, ačkoli vědí, že jde o událost ve vyšším věku obvyklou. Prožívaný stres ze ztráty partnera přímo úměrně roste s věkem. Důsledkem bývá zvýšení pocitu ohrožení, prázdnoty a osamělosti, hroučí se denní rituály, protože není pro koho je držet, ztrácí se motivace k životu vůbec.(51) Náhle ovdovělí starší lidé jsou v době 6–15 měsíců po smrti celoživotního partnera ohroženi na zdraví jak psychickém, tak i fyzickém. Ví se, že ztráta silné sociální vazby může ve vyšším věku vést až ke smrti.(9)

1.1.1.3 Komplikace stáří

Toto období se spojuje s nárůstem problémů tělesného i mentálního charakteru i se zvýšeným rizikem zátěžových situací, které mohou být subjektivně těžko zvládnutelné. K nejčastějším zátěžovým situacím patří nemoc a úmrtí partnera, případně dalších blízkých lidí, především vrstevníků, což vede ke zmenšování sociální sítě až k sociální izolovanosti. Druhým problémem bývá věku přímo úměrný úbytek až ztráta soběstačnosti a s ní související autonomie. Staří lidé se tohoto bojí více než vlastní smrti. Třetí oblast zátěže představuje ztráta jistoty soukromí a vynucená změna dosavadního životního stylu, která se obvykle pojí s častou hospitalizací, přemístěním do léčebny dlouhodobě nemocných nebo do domova pro seniory.(51)

Senioři mají méně důvodů k prožívání radosti, jsou mnohem více zaměstnávání obtížnějším zvládnutím vlastního života, většina změn kolem nich se děje k horšímu, aniž by byly kompenzovány čímkoli pozitivním.(51) Senioři trápí zejména pocit osamění – nezájem společnosti a mnohdy i jejich nejbližších.(21)

Typickým projevem stáří je zhoršení zdravotního stavu a polymorbidita. Pro kvalitu života je, spíše než přítomnost nemoci, rozhodující stupeň funkčního postižení, které z ní vyplývá. Nesoběstačnost se projevuje neschopností vykonávat běžné denní činnosti a postarat se uspokojivě o sebe a svou domácnost. Tento proces může vést až k bezmocnosti a závislosti na pomoci jiných lidí nebo k nutnosti přemístění do instituce.(51)

1.1.2 Rodina

Rodina je obvykle definována jako skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním. Její členové jsou často, avšak ne bezpodmínečně vázáni hereditou, manželským svazkem, osvojením nebo společným uspořádáním života v určitém úseku své životní poutě. I v případě, že jde o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd., může být používán pojem rodina, pokud mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby.(38)

Rodina zůstává stále místem předávání podstatných hodnot. Od zodpovědnosti, svobody, důvěry v budoucnost, životodárných vztahů, odpuštění, vzájemného darování sebe sama a respektu až po hodnoty duchovní.(8)

1.1.2.1 Rodina z pohledu historie

V dávné době nebylo zejména na venkově žádnou zvláštností soužití i tří generací. Základem vztahu prarodičů, rodičů a dětí se stejnou adresou byl kooperativní systém společné a společenské produkce. Rodina nebyla jen pouhým spojením služby, spíše se jednalo o tzv. mezigenerační výměnnou službu, jež se přímo dotýkala i péče o stárnoucí členy rodiny.(9)

Tehdy existovala jakási dohoda o výměnku, kterou se staří rodiče jistili pro případ nemoci a nemohoucnosti. Nesporným kladem takového bydlení na výměnku byla skutečnost, že ačkoli staří rodiče bydleli odděleně, přece jen mohli být v úzkém kontaktu se svými dětmi. Propojení generací tak dostávalo svůj konkrétní obsah. Děti přebíraly od svých rodičů chování i jednání vůči prarodičům. Nenásilně a téměř nevědomky se učily, jak pečovat o staré v dobrém i zlém.(9)

V období od 16. do 19. století byly vymezeny 3 stěžejní fáze vývoje rodiny. První byla relativně malá nukleární jednotka složená jen z rodičů a dětí udržující intenzivní kontakty s celou komunitou. Rodina plnila zejména ekonomickou funkci, byla zárukou přežití, proto se sňatky domlouvaly především z majetkových důvodů. Druhá forma existovala zhruba na přelomu 17. a 18. století, nukleární rodina se vymezovala proti celé společnosti, důraz byl kladen na racionálně podloženou autoritu otce a na mateřskou lásku. Třetí fáze je těsně spjatá s citovým individualismem, volbou životního partnera na základě lásky a důrazem na vlastní soukromí, začala se objevovat v průběhu 19. století.(34)

1.1.2.2 Současný vývoj rodiny

Sociologické průzkumy ukazují již několik desetiletí na zlom mezi tradičním chápáním rodiny, tak jak byla prezentována ještě v polovině minulého století, a rodinou tak, jak je k vidění dnes. Již mnoho let se mluví o krizi rodiny.(8)

Vícegenerační rodina se v moderní společnosti v prostředí vysoké zaměstnanosti žen rozpadla. Mezigenerační vztahy prarodičů a dětí jsou v důsledku bytových problémů a odlišnosti životního stylu v mnoha případech narušené. V rodinách se často objevuje sociální napětí. Zvýšená potřeba péče o člena rodiny, jehož stav pro pokročilý věk vyžaduje pomoc, klade na rodinu materiální i psychické nároky, zasahuje podstatně do jejích plánů a staví se do cesty cílům členů rodiny.(35)

V moderním světě se role rodiny uvolňuje právě v souvislosti s majetkoprávními vztahy. Žena během dvacátého století získala značnou osobní, finanční a společenskou samostatnost, dokonce nepovažuje za nutné udržovat vztah s mužem kvůli společné výchově dětí. V českých zemích se rodina v tradičním pojetí rozpadala zhruba od sedmdesátých let 20. století, kdy došlo k překonání společenského odsouzení rozvodu. Důsledkem toho je generace dnešních čtyřicátníků a padesátníků, kteří z rodinného prostředí neznají některé vzorce chování, jelikož je nemohli odpozorovat z interakce a komunikace vlastních rodičů. Nedokážou řešit svoje problémy, nebyli vychováni k úctě vůči partnerovi, k důslednému vedení dítěte ani k úctě k vlastním předkům.(34) Rodinu 21. století poznamenává také snížení úmrtnosti a prodlužování střední délky života.(14)

1.1.2.3 Funkce rodiny

Rodinná buňka jako taková neprochází destrukcí, neztrácí se, ale její funkce se transformují. Zřízení institucí, které pečujícím rodinám pomáhají nepřehlednou situaci mapovat a hledat společně s nimi originální řešení poradenskou a terapeutickou činností, má bezprostřední vliv na to, které rody budou žít a které vymřou, jak kvalitní budou jejich další generace.(50)

Přes veškeré kritické postoje k dnešní rodině je nutno přiznat, že i v dnešní době přetrvávají ve většině českých rodin emoční pouta. Ukazuje se, že rodiny zabezpečují v 96% péči o své staré, nepohyblivé a bezmocné členy samy. Právem se tedy dá říci, že péče rodiny je ve stáří nenahraditelná.(35)

Tou hlavní funkcí rodiny je funkce reprodukční. Člověk pokračuje dál jako organismus i jako kulturní bytost. Starání se o člena rodiny je víc než péče o sebe, a tím život člověka dostává úplně novou dimenzi. Rodinné společenství umožňuje svým členům zpracovat všechny druhy traumat, raduje se s nimi, ale je také zdrojem stresu.(27) Kromě reprodukce plní rodina funkci ekonomickou, výchovnou a emocionální.(16)

Ekonomická funkce byla v minulosti významnější než nyní. Staří členové rodiny a děti byli odkázáni na materiální zabezpečení produktivních členů. Lze říci, že ve společnosti existuje vcelku dobře propracovaný systém sociálních podpor, takže v případě nefunkčnosti rodiny z ekonomického hlediska je rodina jako jednotka zastupitelná společností jako celkem.(52)

Výchovná funkce se netýká jen dětí, ale vzájemné působení formuje všechny členy domácnosti jak střednědobě, tak dlouhodobě. Například to, jak probíhá řešení konfliktů v původní rodině, ovlivňuje řešení krizí v rodině, kterou dítě založí. Specifická dynamika v rodině vytváří zcela ojedinělé prostředí pro formování postojů k sobě samému i k blízkému okolí.(52)

Emocionální funkce určuje význam rodiny, který stále tvoří nutný mezičlánek mezi společností jako celkem a jedincem, ačkoli se tento význam časem mění. Bez rozdílu věku člen rodiny potřebuje zázemí, podporu, klid a uvolnění, známost, důvěrnost prostředí, společné rituály a perspektivy, sdílení zážitků a historie. To vše je rodina schopna poskytnout.(52)

1.1.3. Péče

V současné době se člověku díky pokroku v buněčné biologii nabízí naděje působit proti chemickým procesům stárnutí a prodloužit délku lidského života. Smrt se

už nejeví jako přirozený opak k živému, ale jako organická chyba, jíž by bylo možné se vyhnout nebo ji aspoň na dlouhou dobu odsunout. Lidstvo tak stojí před otázkou, do jaké míry je toto prodloužení žádoucí. Výsledkem je klesající počet mladých lidí ve stále stárnoucím obyvatelstvu. Člověk musí umírat, protože se rodí, neboť tak to bylo nařízeno.(19)

Člověk se sice rodí jako jednotlivec, ale už okamžikem zrození se stává členem malé skupiny – rodiny.(24) Prožít lidský život bez komunikace a vztahu je nemyslitelné. Odmalička je člověk odkázán nejen na pomoc, ale i na společenství jiných lidí. K plnému rozvoji osobnosti dochází prostřednictvím kreativity, činnosti, kdy se realizuje interakce s druhými lidmi a jeho okolím.(2)

S věkem se však zvyšuje pravděpodobnost, že nejstarší rodinní příslušníci budou kvůli svým zdravotním obtížím potřebovat pomoc svého okolí. Senior, který žije ve vlastní rodině, se postupem času dostane do situace, kdy nebude oporou svým blízkým, ale stane se z něj příjemce pomoci. Na základě zkušeností a poznatků z minulosti se ukázalo, že optimálním způsobem péče o seniora je možnost zůstat co nejdéle v přirozeném domácím prostředí za podpory a péče vlastní rodiny. Dobré rodinné zázemí je ve stáří základní sociální jistotou a hlavním zdrojem očekávané pomoci.(17)

1.1.3.1 Osoba pečující

Pečující osobou jsou povětšinou ženy ve středním věku. Ty mohou mít z poskytování péče uspokojení, na druhou stranu je to může přetěžovat psychicky, fyzicky i finančně, omezovat možnost jejich pracovního uplatnění a také způsobit ztrátu společenských kontaktů.(29)

Pokud se rodina rozhodne ponechat péči o svého blízkého ve vlastních rukou, zachová se přinejmenším neobvykle a dobrovolně se zařadí mezi rodiny, které čelí nestandardním problémům. Bude potřebovat praktickou pomoc a psycho-sociální podporu při zvládnání velké zátěže. Za těchto okolností je pro rodinu péče o problematického člena nezvládnutelnou zátěží, což zvyšuje riziko jejího vnitřního rozpadu.(30)

Domácí péče o starého člena rodiny je možná pouze při současném splnění tří základních podmínek.(35) Pravdou je, že střední generace příležitostně vymaluje, pomůže zryt zahradu nebo pořádně uklidí. Dospělé děti s vlastní rodinou zvládají také ošetřování při časově ohraničené nemoci. Pokud se rodina chce vážně a odpovědně starat, musí pro to vytvořit patřičné podmínky. Něco zvládnou členové sami, jinde jim musí pomoci společnost formou institucionální péče.(9)

Chtít. Je většina těch, kteří chtějí pomoci. Je však též dobré vědět, jak se taková péče provádí a má provádět.(9) Ve slovesu chtít se skrývá citový aspekt, jež je starými lidmi velmi ceněn.(26) Je zde důležitá motivace, jež je ovlivněna morálními kvalitami rodiny, mravní rodinnou výchovou, žebříčkem hodnot apod. Péče musí mít etický základ, avšak také musí být s pochopením přijímána. Každá generace by si měla uvědomit, že během života je přirozené péči dvakrát přijímat a naopak i dvakrát dávat.(35) Pojem **moci** vyjadřuje podmínky dané charakterem člověka a podmínky sociálního prostředí, ve kterém žije. Tyto jsou určeny společenskými normami, existencí a dodržováním zákonů, formami výchovy a také vlivem mínění veřejnosti.(16) Možnost domácího pečování je ohrožena vysokou zaměstnaností žen. Navíc vyvázání jednoho člena rodiny z pracovního poměru má nemalý sociální dopad a pro většinu rodin je neuskutečnitelný.(35) Neméně důležité jsou bytové podmínky. Stejně jako každý člověk, tak i senior potřebuje mít svoje soukromé území. Pokud se o něj rodina nemůže starat v jeho přirozeném prostředí, pak je vhodné, aby si z domova vzal nějaké věci, ke kterým má vztah a byl na ně zvyklý.(26) Nakonec slovo **umět**. Podmínkou správného přístupu k nemocnému seniorovi je správná diagnostika, ze které pak vychází terapeutický a ošetřovatelský plán. Ten zohledňuje potřebu základního ošetření, individuálně stanovenou nutnost dohledu, aktivizaci a mobilizaci, trénink porušených základních funkcí. Předpokladem k aktivnímu ošetřování je zlepšení v oblasti smyslových orgánů: předpis brýlí, naslouchadel, sanace chrupu, používání správné obuvi a další.(11) Je potřeba si osvojit jednoduché i odborné přístupy k péči, aby příbuzný z psychického i fyzického hlediska svému svěřenci neublížil.(35) Technice pečování se lze naučit, pokud budou splněny kategorie umět a chtít.(9) V České republice existují pečovatelské i ošetřovatelské kurzy, ale potenciálního pečovatele

může prakticky zaučít i schopná a ochotná sestra z agentury domácí péče.(26) Nutností domácí péče je zachovat si od situace určitý odstup, jelikož nadměrná starost může být na škodu oběma stranám.(35)

Ve stáří se kromě tělesných změn objevují i změny psychické. Senior více zapomíná, hůře si pamatuje nové informace, ale velmi dobře si vybavuje dávné události, je uzavřenější, pesimističtější, bývá plačtivější a úzkostlivější. Pečující osoba si musí uvědomit, že starého člověka nepřevychová, ale je to on, kdo se musí přizpůsobit.(13)

1.2. Pomoc pečujícím

Pomoc pečujícím představují služby sociální péče, které napomáhají osobám se sníženou fyzickou a psychickou soběstačností s cílem umožnit jim co největší zapojení do běžného života společnosti.(54)

1.2.1 Odlehčovací služby

Respitní péče je cíleně určena lidem, kteří z důvodu věku nebo zdravotního stavu tuto péči potřebují, a má poskytnout osobě, která obvykle pečuje o postiženého, čas k odpočinku nebo k vyřízení jiných záležitostí.(23)

Tento typ péče je zajišťován lidem, jež z důvodu věku nebo zdravotního stavu mají zajištěnu celodenní péči v jejich přirozeném prostředí nebo v prostředí jejich pečovatele, nejčastěji příbuzného. Rodina si vybírá agenturu i asistenta dle svého uvážení.(23)

Respitní péči lze poskytovat čtyřmi způsoby.

- a) Odlehčovací péče je poskytována doma, v přirozeném prostředí klienta. Tento typ péče sice nenaruší chod domácnosti, protože klient zůstává ve svém přirozeném prostředí, ale také zde nedochází k obohacování společenských kontaktů jedince, proto se obvykle kombinuje s jiným typem péče.
- b) Respitní péče je poskytována formou náhradní rodiny mimo domov.

- c) Respitní péče je zabezpečena formou péče v kolektivu mimo domov.(23)
Zdravotní stav uživatele by měl být natolik stabilizovaný, aby mu nebránil být v kolektivu.(35)
- d) Odlehčovací péče je dlouhodobě poskytována mimo domov.(23) Pobytové služby přicházejí se svou nabídkou tehdy, když zdravotní stav uživatele vyžaduje pomoc nad rámec možností terénních služeb sociální i zdravotní péče.(35)

Respitní péče pomáhá zvládat těžké životní podmínky pečujících rodin a je pro společnost přínosem také v ekonomické oblasti, protože je levnější a efektivnější než péče ústavní.(23)

1.2.2 Denní/týdenní stacionáře

V těchto zařízeních sociálních služeb jsou poskytovány ambulantní/pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení, s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace si žádá pomoc jiné fyzické osoby.(55)

Denní stacionáře vycházejí z přesvědčení, že ústavní péče by měla být využívána pouze ve výjimečných případech, proto umožňují rodinám přivést jejich seniora na celý den do zařízení a večer si jej zase vzít do svého rodinného kruhu. Pobyt i stravu hradí klient.(4)

1.2.3 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní sociální služba, která se poskytuje osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v přirozeném prostředí, při činnostech, které klient potřebuje, a bez časového omezení.(55) Cílem osobní asistence je pomoc osobě setrvat v přirozeném

prostředí a zamezit její sociální izolaci. Klient se podílí na tom, jak u něj služba vypadá. Má právo na osobní názor, na zvyklosti, na přiměřenou míru rizika.(32)

1.2.4 Pečovatelská služba

Tato služba probíhá v terénu nebo ambulantně, je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti klienta nebo v zařízení sociálních služeb.(55) V této službě jde o praktickou a cílenou pomoc konkrétní osobě při zvládnání základních potřeb a chodu domácnosti.(32)

1.2.5 Sociální pracovník – koordinátor

Základem sociální práce se staršími lidmi je práce s důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty. Sociální pracovník je stárnoucím pacientům k dispozici proto, aby jim pomohl najít řešení jejich životní situace a podpořil pacienta i jeho rodinu v jejich rozhodování. I starý a velmi nemocný člověk má právo rozhodovat o své budoucnosti a o způsobu, jak s ním bude zacházeno. A je schopen vyjádřit svou vůli. Jedním z důležitých nástrojů sociálního pracovníka je rozhovor, dále pozorování klientova chování a jeho prostředí, a zdravotníci provádějí ještě standardizované diagnostické testy, které umožňují stanovit stupeň závislosti klienta. Při terénní sociální práci se starými lidmi je třeba znát potřeby rizikových osob a nabídnout jim služby, které jim pomohou vzniklou situaci řešit. Senior by měl mít svůj individuální plán péče i v domácím prostředí, aby bylo možné jej pravidelně vyhodnocovat a upravovat podle měnících se potřeb klienta a podmínek, v nichž žije. Cílem této aktivity je udržení starého člověka co nejdéle v domácím prostředí a podpora rodiny v jejím pečovatelském úsilí. Sociální pracovník je pro seniora i jeho příbuzné v domácím prostředí zdrojem emoční podpory, ocenění, informací, průvodcem službami i prostředníkem v jejich zajišťování.(28)

1.3 Institucionální péče

Pomoc starým a nemocným lidem se začala realizovat zhruba od 11. století nejprve formou charitativní péče, která však nebyla soustavná, ale spíše nahodilá.**(10)** Při klášterech a jiných křesťanských sídlech vznikaly špitály jako domy pro pocestné. Pod vlivem duchovních řádů se pojem přenesl na církevní instituce sloužící k ošetřování a výživě chudých, nemocných, starých a nemohoucích osob. Ve 13. a 14. století s rozvojem měst přešly špitály pod mocenskou pravomoc, existovaly však i špitály vrchnostenské. Náklady na provoz obvykle hradili měšťané.**(37)** Později docházelo k zakládání chudobinců, starobinců a chorobinců, jejichž vedení zajišťovaly kláštery a následně také městské a obecní rady. Teprve začátkem 16. století vychází v Anglii první zákon, který se pokusil řešit problémy seniorů jejich specifickou ochranou. Následně za panování královny Alžběty vyšlo první chudinské právo, které platilo dalších 200 let prakticky v nezměněné podobě.**(10)**

U nás lze vystopovat historii organizované péče o staré a nemohoucí od 80. let 18. století. Do té doby se péče o chudé a zestárlé realizovala ve městech pouze nahodile. Roku 1779 na panstvích hraběte Jana Buquove vznikly chudinské ústavy při farách s názvem Spolky lásky k bližnímu, čímž byla zahájena organizace chudinské péče. Institucionalizace této péče byla poté provedena takzvaným chudinským zákonem ze 3.12.1968, kterým byla povinnost pečování o chudé předána jednotlivým obcím podle domovské příslušnosti.**(36)**

Ve druhé polovině 20. století byla péče o staré nemocné lidi rozdělena na složku zdravotní a sociální. Ve zdravotnictví nacházeli pomoc staří nemocní lidé, kdežto do domovů důchodců odcházeli staří lidé v době plné praktické soběstačnosti. V průběhu času se ukázalo, že oddělení sociální a zdravotní péče o staré lidi není ku prospěchu věci. Ústavní péče je sice vhodným řešením pro velké procento lidí, ale nemůže a není možností univerzální. Ústavní péči je nutno chápat jako doplňkovou a náhradní při péči v rodině a ambulantním zdravotnickém, případně sociálním systému.**(10)**

1.3.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Tato zařízení poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž zdravotní stav vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba zahrnuje mimo úkony péče o vlastní osobu také například výchovné, vzdělávací a aktivizační a terapeutické činnosti, kontakt se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba je zpoplatněna.(55) Posláním těchto domovů je obvykle věnovat uživatelům potřebnou péči, pomáhat jim v rozvoji samostatnosti a vytvářet podmínky pro jejich důstojný a spokojený život.(5)

1.3.2 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují časově neomezené pobytové služby seniorům, jejichž situace a zdravotní stav vyžadují pomoc druhé osoby. Ve službě je obsažena pomoc při zvládnutí běžných denních úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek k ní, poskytnutí stravy, ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím apod. Služba se poskytuje za úhradu.(55) Tato zařízení usilují především o nezávislost, co nejdélší soběstačnost a běžný způsob života svých uživatelů.(6)

1.3.3. Léčebny dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení převážně geriatrického typu poskytující lůžkovou léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou péči chronicky a dlouhodobě nemocným klientům v takovém rozsahu, který nelze zabezpečit ambulantně.(25)

1.3.4 Hospice

Hospic je zvláštním zdravotnickým zařízením. Nejde v něm o uzdravování či prodlužování života nevléčitelně nemocného, ale o takzvanou paliativní péči, o vyšší kvalitu života umírajícího.(13) Myšlenka hospice vyšla z úcty k životu a člověku jako individuální a neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému zajišťuje, že po zbytek života nebude trpět nesnesitelnou bolestí. Že za každé situace bude respektována jeho lidská důstojnost v neposlední řadě také to, že v posledních minutách života nezůstane opuštěn.(43) Hospicová péče může být poskytována i doma rodinnými příslušníky, ale pokud umírající trpí neutišitelnými bolestmi, je lepší variantou hospic. Zde se umísťují lidé, jejichž předpokládaná doba dožití je méně než půl roku. Tito klienti musí být schopni podepsat informovaný souhlas s umístěním v hospicovém zařízení.(13)

1.3.5 Trend 4D

Institucionální i neinstitucionální forma péče o starého člověka by měla vycházet ze strategií moderní gerontologie, které byly ustanoveny na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří v roce 1982. Tyto principy vycházejí z individualizovaného přístupu k potřebám seniora.(7)

Demedicalizace – O potřebě dlouhodobé ústavní péče rozhoduje stupeň zdravotního, potažmo funkčního, postižení, který člověku znemožňuje nezávislou existenci v domácím prostředí. Dlouhodobá péče je vždy na pomezí zdravotní a sociální sféry, jejím cílem je stabilizace chronické nemoci a udržení co nejvyšší kvality života za přítomnosti dlouhodobého handicapu. Tyto cíle by neměly být řešeny pouze medicínskými prostředky, v současné době převažuje tendence ošetřovat dlouhodobě nemocné v jejich přirozeném prostředí.(12)

Deinstitucionalizace – Je třeba podpořit starající se rodiny, rozvinout domácí a komunitní formy péče a posilovat partnerskou roli samotných pacientů/klientů, aby

péče o nemocné nebyla realizována výhradně nebo převážně na lůžku v institucích.(33) Přesto je nutné si uvědomit, že pro některé těžce nemocné osoby, pacienty v terminálním stadiu nemoci nebo bez rodinného zázemí, je pobyt v ústavní péči jediným optimálním řešením.(12)

Deresortizace – Komplexní problematiku seniorů je třeba zařadit nejen do sektoru sociálního a zdravotního, ale i dalších – pracovní příležitosti, bydlení, transport, vzdělávání, média.(12) Pro seniorskou část populace může něco udělat každý resort lidské činnosti. Zdraví a ekonomicky aktivní lidé by alespoň rámcově měli znát potřeby starých spoluobčanů.(33)

Deprofesionalizace – O starého člověka je schopen se postarat téměř každý, proto nemá být nikomu bráněno ve spolupráci.(33) Ideální je stav, kdy starý člověk může dožít v domácím prostředí v péči rodinných příslušníků. Ve většině případů rodina péči zvládá samostatně nebo s podporou agentur domácí péče. Žádná rodina pečující o starého člověka by neměla zůstat osamocena, ale měla by mít možnost využít odlehčovací péče.(12)

1.4 Syndrom vyhoření

Náhle vzniklá závislost rodičů na péči dětí je považována za faktor zvyšující stres, jež přerůstá do stavu krize v rodině. S dlouhodobou péčí o starého příbuzného domácí pečovatelé pomalu mění svůj žebříček hodnot. Změna rodinných vztahů a povinností vyvolává frustraci. Po určité době se téměř všichni pečovatelé, na kterých je senior závislý, cítí frustrovaní, nadměrně přetížení a vystresovaní. Z nedostatku odborných vědomostí pak selhávají při poskytování jednoduché péče.(22)

Syndrom vyhoření, jinak zvaný syndrom vyhasnutí, vyprahlosti, vyhaslosti, (angl. burn-out), poprvé popsal H. Freudenberger v časopise Journal of Social Issues už v roce 1974.(45) Největší vlna zájmu o tento problém se zvedla na přelomu 70. a 80. let

ve vztahu k většině profesí, u kterých lze syndrom očekávat.(20) Burn-out syndrom má různé definice, např. ztráta profesionálního zájmu či osobního zaujetí u pracovníka v pomáhajících profesích nebo vyhoření jako výsledek procesu, ve kterém lidé ztrácejí své nadšení, ačkoli před tím byli nadšení určitým úkolem nebo ideou.(45) Lze však vypozařovat, že většina pojetí se shoduje v několika bodech:

- A) jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání
- B) ve velké míře se objevuje u profesí, jejichž podstatnou složkou pracovní náplně je kontakt a práce s lidmi
- C) syndrom tvoří celá škála příznaků zejména v oblasti psychické, zasahuje však i do oblasti tělesné a sociální
- D) hlavní složkou onemocnění je emoční a kognitivní vyčerpání, celková únava a „opotřebení“
- E) všechny hlavní složky syndromu jsou důsledkem dlouhodobého stresu (20)

Rizikovým faktorem syndromu vyhoření je samotný život v současné civilizované společnosti, stále rostoucí životní tempo a zvyšující se nároky na člověka. Ten musí čelit chronickému stresu a tlaku. Další hrozbou jsou vysoké až nadměrné požadavky na výkon, monotónní práce, nízká asertivita, vysoký perfekcionismus, empatie, obětavost, zájem o druhé a především neschopnost relaxace. Pocit „být nepostradatelný“.(20)

1.4.1 Symptomy

Syndrom vyhoření byl nejprve pozorován a popsán u kategorií zaměstnanců z řad lékařů, zdravotních sester, policistů, učitelů apod. Později byl zjištěn také u sociálních pracovníků, advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků atd. Výskyt syndromu lze zaznamenat i u nezaměstnaneckých kategorií, avšak vždy platí, že tyto osoby jsou v nějakém kontaktu s druhými lidmi, jsou vystaveny působení dlouhodobého stresu a jsou závislé na hodnocení jiných. Do této skupiny spadají například špičkoví umělci, vrcholoví sportovci, osoby samostatně výdělečně činné.(20)

Může vzniknout poměrně rychle, u disponovaných jedinců již za několik týdnů až měsíců.(44) Tento stav signalizuje řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je duševně, tělesně i emocionálně unavený. Dostávají se pocity bezmoci a beznaděje, ztrácí se chuť do práce i radost ze života. U chronického vyčerpání se přidružují další příznaky jako úzkost, strach, vnitřní neklid, únava, neschopnost soustředění, poruchy spánku a bolesti hlavy. Vyhoření není výsledkem jednotlivých traumatických zážitků, ale objevuje se jako pomalé psychické vyčerpání důsledkem dlouhodobého působení stresorů. Profesionální chování člověka se začíná měnit, vytrácí se zájem o klienta, pacienta či uživatele služeb, jejich stesky jsou častěji odbývány ironickými poznámkami. Přichází podrážděnost střídaná skleslostí, objevuje se ztráta sebedůvěry a pocit vnitřního prázdna.(46)

Signály syndromu vyhoření lze rozdělit do několika rovin.

Psychické příznaky zahrnují ztrátu nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti, nechuť, lhostejnost k práci, objevuje se negativní postoj k sobě samému, k práci, ke společnosti, k životu.(48) Pacienti popisují únavu značně expresivně: „mám všeho po krk“, „jsem na úplném dně“, „cítím se zcela vyždímaný“. Dochází k útlumu aktivity, především k redukci spontánnosti, tvořivosti a iniciativy.(20)

Tělesné příznaky se hlásí poruchami spánku, chuti k jídlu, náchylností k nemocím, vegetativními obtížemi.(48) Ty se projevují bolestí u srdce, změnami srdeční frekvence, zažívacími obtížemi, poruchami dýchání. Přetrvává celková tenze, což zvyšuje riziko závislostí všeho druhu.(20)

V sociální rovině ubývá angažovanosti v pomoci problémovým klientům, nemocný omezuje kontakty s příbuznými klientů, s kolegy, nedostatečně se připravuje k výkonu práce. Problémy v práci se samozřejmě promítají i do soukromé oblasti.(48) U osob s původně vysokou mírou empatie se projevuje pravý opak, ztrácí se zájem o hodnocení ze strany druhých. Postupně narůstají konflikty v důsledku apatie, nezájmu a lhostejnosti.(20)

1.4.2 Průběh

Proces, na jehož vrcholu je vyhoření, probíhá v několika fázích, které mohou být různě dlouhé.

Fázi nadšení provázejí vysoké ideály, vysoká angažovanost.(49) Ačkoli jedinec pracuje co nejlépe, snaží se, přesto má pocit, že požadavky nemůže splnit, že jeho snaha není dostatečně ohodnocena. Tato fáze je jakýmsi podhoubím pro vznik burn-out syndromu.(45)

Ve fázi stagnace se člověku ideály nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných či zaměstnavatele začínají obtěžovat.(49) Dostavuje se pocit, že jedinec nic nestíhá a jeho práce začíná ztrácet smysl.(45) V této fázi jsou nejlepší předpoklady k tomu, aby syndrom vyhoření naplno propukl.(49)

Třetí fázi představuje frustrace. Pracovník vnímá klienta velmi negativně a pracoviště pro něj znamená velké zklamání.(49) Vyskytují se příznaky neurózy, například úzkost, spojené s pocitem, že jedinec musí stále něco dělat, ale výsledkem je chaotické jednání.(45)

Ve fázi apatie už mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoli aktivitám.(49) Dřívější pocit, že něco být uděláno musí, je nahrazen opačným pocitem, že se nemusí nic. Jedince dráždí pouhá přítomnost druhých lidí, převládá únava, zklamání a vyčerpání.(45)

Ve fázi syndromu vyhoření bylo dosaženo stadia úplného vyčerpání. Člověk ztratil smysl práce, přichází cynismus, odosobnění, odcizení a vymizení reflexe vnitřních norem.(49)

1.4.3. Léčba

Je třeba si uvědomit, že člověk trpící syndromem vyhoření vždy potřebuje pomoc druhého, neboť sám si není schopen pomoci. Je nutné vyhledat odbornou pomoc psychologa nebo psychoterapeuta, který situaci posoudí. V některých případech může pomoci zkrácení pracovní doby nebo změna pracoviště.(3) Při léčbě jsou využívány

psychologické přístupy, zejména existenciální psychoterapie, logoterapie a daseinanalýza.(45)

1.4.4. Prevence

Opakovaně již bylo uvedeno, že syndrom vyhoření se projevuje celkovým vyčerpáním. Přicházejí negativní postoje k práci i k životu. Problémy narůstají, nakonec však převládne sklon jejich řešení odkládat. Člověk se tak dostává do bludného kruhu, kdy snadno přijímá unáhlená řešení. Prevence vyhoření má tedy zcela mimořádný význam.(16)

Desatero prevence

1. Snížit příliš vysoké nároky. Člověk musí přijmout skutečnost, že každý je nedokonalý a chybující.
2. Nepropadnout syndromu pomocníka. Udržet se na hranici mezi soucitem a emocionálním odstupem. Čím více se člověku pomáhá, tím více je bezmocný.
3. Naučit se říkat NE. Nenechat se přetěžovat. Naučit se říci ne při pocitu zavalení úkoly. Nechat si čas na vlastní relaxaci a odpočinek.
4. Stanovit si priority. Neplýtvat energií na bezpočet aktivit, ale vybrat si činnosti, které jsou pro tu danou osobu podstatné.
5. Sepsat si denní plán, rovnoměrně si rozdělit práci a dělat přestávky, neboť zásoba energie není neomezená.
6. Hledat emocionální podporu podle vzoru „Sdělená bolest, poloviční bolest“.(47)
7. Vyvarovat se negativního přeladění za pomoci psychotropních látek – nikotinu, alkoholu, kofeinu, některých léků, popřípadě marihuany.
8. Fungující manželství. Člověk mnohem lépe zvládá problematické situace, pokud má doma odpovídající zázemí.(16)
9. Předcházet komunikačním problémům. Říci narovinu, ale asertivně, svá očekávání a cíle. Vyhýbat se ukvapeným závěrům, rozhodnutím a planým slibům.

10. Zachovat rozvahu v kritických okamžicích a následně konstruktivně zanalyzovat uplynulou situaci.(47)

Účinným způsobem, jak snížit nebezpečí vyhoření, je také myšlení naladěné na pozitivní očekávání. To spočívá v přesvědčení každého pracovníka, že jeho práce má smysl a problémy před ním stojí proto, aby je řešil, neboť napomáhají jeho osobnímu růstu.(16)

1.5 Ekonomická stránka

1.5.1 Starobní důchod

Podle zákona o důchodovém pojištění má pojištěnec nárok na normální starobní důchod, pokud byl důchodově pojištěn minimálně 25 let a dosáhl důchodového věku nebo byl pojištěn 15 let a dosáhl alespoň 65 let věku.

Výše důchodu sestává ze dvou složek – ze základní a procentní výměry.(41)

Výše základní výměry starobního důchodu činí od 1. srpna 2008 částka 2 170 Kč měsíčně.(41)

Výše procentní výměry činí 1,5 % za každý celý rok doby pojištění do vzniku nároku na starobní důchod. Do doby pojištění se z 80 % započítávají i náhradní doby pojištění, například doba studia, doba vedení v evidenci na úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání, při pobírání podpory v nezaměstnanosti a při rekvalifikaci apod. V plném rozsahu se započítává například doba péče o dítě do dosažení stanoveného věku. Výše procentní výměry může činit nejméně 770.- Kč měsíčně.(41)

Žádost o přiznání starobního důchodu sepisuje okresní správa sociálního zabezpečení podle místa trvalého pobytu občana. Podávání žádostí se řídí zákonem 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení.(41)

Dle zákona 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, existuje ještě předčasný dočasně krácený starobní důchod a předčasný trvale krácený starobní důchod, ty však nejsou pro tuto práci podstatné.

Během deseti let vzrostl počet seniorů a senierek o více než 217 tisíc, na konci roku 2008 evidovala Česká správa sociálního zabezpečení 2 062 000 lidí v důchodu. Na jednoho důchodce v současné době přispívá 2,41 ekonomicky aktivních lidí, kteří si platí důchodové pojištění. Průměrná výše starobních důchodů se za posledních 10 let zvýšila zhruba o 4 tisíce korun. V 1. čtvrtletí 2009 pobírali senioři v průměru 9 983.- Kč, přičemž je znatelná genderová nerovnost, muži dosahují vyššího důchodu (cca 11 107.- Kč) než ženy (cca 9 092.- Kč).(40)

1.5.2 Dávky dle vyhlášky č. 182/91 Sb. vztahující se k seniorskému věku

Obce a zdravotnická zařízení vyhledávají těžce zdravotně postižené a staré občany, kteří žijí v nepříznivých podmínkách, jež nemohou sami překonat.

Dávky jsou peněžité, opakované nebo jednorázové.(54)

Jednorázové dávky

- Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- Příspěvek na úpravu bytu
- Příspěvky na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla
- Příspěvek na provoz motorového vozidla
- Příspěvek na individuální dopravu

Opakované dávky

- Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže
- Příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům

Občanům s těžkým zdravotním postižením, jež podstatně omezuje jejich orientační nebo pohybovou schopnost, se poskytují také mimořádné výhody ve třech stupních.(54)

1.5.2.1 Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek

Těžce zdravotně postiženým občanům lze poskytnout peněžité dávky na opatření pomůcek, které potřebují k odstranění, zmírnění či překonání následků svých postižení. Příspěvek na opatření pomůcek se poskytuje ve výši, která umožňuje opatření pomůcky v provedení, které občanu plně vyhovuje a je nejméně ekonomicky náročné. Příspěvky na pomůcky se dělí dle typu postižení – tělesné, zrakové, sluchové. Pomůcky jsou určeny k umožnění sebeobsluhy, samostatnému pohybu, ke styku s okolím prostřednictvím hmatových nebo sluchových vjemů, ke kompenzaci ztráty sluchu apod.(53)

1.5.2.2 Příspěvek na úpravu bytu

Příspěvek se poskytuje osobám s těžkými vadami nosného nebo pohybového aparátu, které omezuje ve značném rozsahu jejich pohyblivost. Za úpravu bytu se považuje například úprava přístupu do domu, k oknům, na balkon, rozšíření a úprava dveří, odstranění prahů, přizpůsobení koupelny a záchodu včetně vybavení vhodným zařízením, zavedení vhodného vytápění atd. Výše příspěvku se určuje se zřetelem na majetkové poměry občana a jeho rodiny až do výše 70 % prokázaných nákladů za materiál a práce, nejvýše však 50 000.- Kč, nebo 100 000.- Kč u příspěvku na úpravy spojené s instalací výtahu.(53)

1.5.2.3 Příspěvky na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla

Podle § 35 vyhlášky se příspěvek na zakoupení a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla poskytne občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, který není umístěn v sociálním, zdravotnickém nebo obdobném zařízení s celoročním pobytem a je odkázán na individuální dopravu. Výše příspěvku na zakoupení vozidla může být nejvíce 100 000.- Kč, na celkovou opravu se příspěvek může dostat až na 600 000 Kč. Příspěvek na zvláštní úpravu vozidla se poskytne osobě s těžkou vadou nosného aparátu za podmínky, že žadatel je sám řidičem a pro své trvalé zdravotní postižení úpravu vozidla nezbytně potřebuje.(54)

1.5.2.4 Příspěvek na provoz motorového vozidla

Příspěvek se poskytuje na období kalendářního roku občanu, který je vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla. Zároveň žadatel musí být oprávněn k požívání mimořádných výhod ve stupni II. a III., který bude používat toto vozidlo pro svou pravidelnou dopravu. Nebo člověku, který bude vozidlo používat pro pravidelnou dopravu manžela/ky, dítěte nebo jiné blízké osoby, která požívá mimořádných výhod. Výše příspěvku činí dle stupně postižení 6 000.- a 9 900.- Kč u vícestopých vozidel a 2 300.- a 4 200.- Kč u jednostopých vozidel. Při ujetí více než 5 000 km za rok se tyto částky zvyšují.(53)

1.5.2.5 Příspěvek na individuální dopravu

Tento příspěvek se poskytne na dobu kalendářního roku občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, jež se pravidelně dopravuje, není vlastníkem motorového vozidla, a zároveň nepobírá příspěvek na provoz motorového vozidla. Příspěvek se vyplácí ve výši 6 500.- Kč, při splnění podmínek až v průběhu roku se částka poměrně snižuje.(54)

1.5.2.6 Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže

Podle § 45 vyhlášky mohou občané s těžkou vadou pohybového nebo nosného aparátu, kteří užívají bezbariérový byt, požádat o opakující se měsíční peněžní příspěvek ve výši 400.- Kč. Na úhradu za užívání garáže může být poskytnut příspěvek až do výše 200.- Kč za měsíc.(53)

1.5.2.7 Mimořádné výhody

Mimořádné výhody I. stupně se přiznávají (vybrané příklady): při ztrátě úchopové schopnosti horní končetiny, anatomické ztrátě několika prstů nohy, onemocnění páteře, po operacích a úrazech s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění, při postižení cév jedné dolní končetiny s poruchou krevního oběhu, záchvatovitých onemocněních s poruchami vědomí, závrativých stavech. V těchto případech se vystavuje průkaz TP (těžce postižený), výhody spočívají v nároku na vyhrazené místo k sezení v dopravních prostředcích městské hromadné dopravy, ve vlacích, kde je místo k sezení vázáno nákupem jízdenky. Dále má postižený nárok na přednost při osobním projednávání osobních záležitostí, čímž není nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb.(54)

Mimořádné výhody II. stupně se přiznávají (vybrané příklady): při funkční ztrátě jedné dolní končetiny na podkladě těžkého ochrnutí nebo plegie, těžké obliteraci cév v obou dolních končetinách, chronických vadách a nemocech interního charakteru, jež ztěžují pohyb, oboustranné těžké ztrátě zraku, při podstatném omezení funkčnosti dvou končetin na podkladě onkologických, zánětlivých nebo degenerativních onemocnění. Ve II. stupni výhod se vydává průkaz ZTP (zvlášť těžce postižený) a kromě výhod v I. stupni se dále uplatňuje nárok na bezplatnou přepravu spoji místní hromadné dopravy, sleva 75 % jízdného ve druhé třídě vlakových spojů a pravidelných spojích autobusové přepravy.(53)

Mimořádné výhody III. stupně se poskytují (vybrané příklady): při anatomické ztrátě dolní končetiny vysoko ve stehně nebo v kyčli, hemiplegii nebo těžké

hemiparéze, na základě těžkého porušení pohyblivosti funkčních celků (trup, páteř, pánev, končetina), dlouhodobém selhávání dvou a více orgánů, praktické nevidomosti obou očí, kombinovaném těžkém postižení sluchu a zraku. Při přiznání výhod III. stupně se vydává průkaz ZTP/P (zvláště těžce postižený s průvodcem) a kromě výhod v I. a II. stupni se přidává ještě nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými dopravními prostředky ve vnitrostátní dopravě a nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa.(54)

Držitelům průkazů ZTP a ZTP/P a jejich průvodcům může být poskytnuta sleva na vstupné na divadelní a filmová představení a na kulturní a sportovní podniky.(53)

1.5.3 Pomůcky

Výše uvedené příspěvky podle vyhlášky č. 182/1991 Sb. lze poskytnout na konkrétní pomůcky nebo pomůcky srovnatelné, výše příspěvku se pohybuje od 50 do 100 % z ceny.

Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro tělesně postižení občany – polohovací zařízení do postele, obracecí postel, vodní zvedák do vany, přenosné WC, motorový vozík pro invalidy, přenosná rampa, pro vozíčkáře, individuální úpravy automobilu, šikmá schodišťová plošina, koupací lůžko apod. Pro sluchově postižené osoby je to například signalizace bytového a domovního zvonku včetně instalace, světelný nebo vibrační budík, televizor s teletextem, přístroj k nácviku slyšení. Pro zrakově postižené lze žádat například o magnetofon, diktafon, digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem, slepecké hodinky a budíky s hlasovým, nebo hmatovým výstupem, indikátor barev pro nevidomé, dvoukolo.(54)

1.5.4 Sociální zabezpečení pečujícího

Podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, jsou při splnění podmínek důchodově pojištěny osoby, které se starají o osobu závislou na péči jiné osoby ve stupni II. (středně těžká závislost), nebo stupni III. (těžká závislost) anebo

stupni IV. (úplná závislost), pokud spolu žijí ve společné domácnosti. Podmínka společného bydlení se nevyžaduje, pokud jde o blízkou osobu. Podmínkou pro hodnocení doby pečování jako náhradní doby důchodového pojištění je rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení podle zákona o pojistném na sociální zabezpečení.**(56)**

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, existuje dávka příspěvek na péči. Osobám starším 18 let závislým na péči jiné fyzické osoby se poskytuje ve čtyřech stupních a částkách. Ve stupni I. (lehká závislost) náleží osobě za kalendářní měsíc 2 000.- Kč, ve stupni II. (středně těžká závislost) náleží 4 000.- Kč, ve stupni III. (těžká závislost) činí výše příspěvku 8 000.- Kč a ve stupni IV. (úplná závislost) náleží osobě 11 000.- Kč. Žádost o příspěvek na péči se podává na příslušném úřadě obce s rozšířenou působností. Žádost musí obsahovat označení osoby blízké nebo jiné fyzické osoby, která poskytuje nebo bude poskytovat **(55)** pomoc, způsob pomoci a písemný souhlas této osoby s jejím poskytováním.**(57)**

Pečující osoba může však být nadále zaměstnána, v evidenci úřadu práce, nebo studovat. Podstatné je pouze zajištění péče o závislou osobu.**(31)**

Za osobu pečující o osobu závislou na péči ve stupni II. až IV. platí zdravotní pojištění stát.**(31)**

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl č. 1: V souvislosti s edukačním procesem a budoucí profesí zjistit postoj k rodinné péči u studentů končícího ročníku Zdravotně sociální fakulty a Ekonomické fakulty.

Cíl č. 2: Zjistit postoj k rodinné péči u zaměstnanců, kteří pracují v daném domově pro seniory.

Cíl č. 3: Zjistit postoj k rodinné péči u vybrané skupiny laické veřejnosti ve spádové oblasti daného domova pro seniory, která tuto otázku řeší.

2.2 Hypotézy

Pro diplomovou práci s názvem „Rodinná péče z pohledu vybraných skupin obyvatelstva“ byly zvoleny následující hypotézy:

Hypotéza č. 1: Studium různých oborů na rozdílných fakultách se postoj k rodinné péči u studentů ZSF a EF liší.

Hypotéza č. 2: Zaměstnanci domova pro seniory preferují ústavní péči.

Hypotéza č. 3: Z hlediska reality života inklinuje vybraná skupina veřejnosti ve spádové oblasti k rodinné péči.

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

K potvrzení, či vyvrácení hypotéz ve své diplomové práci jsem využila metodu analýzy dokumentů s použitím techniky sekundární analýzy dat a kvantitativní metodu dotazování za použití techniky dotazníku.

3.1.1 Technika sekundární analýzy dokumentů

Pro vypracování kapitoly 1 byla použita technika sekundární analýzy dokumentů. Sběr dat byl proveden z monografických tisků, časopisů, online zdrojů, bakalářských a diplomových prací.

3.1.2 Technika dotazníku

Při výzkumu bylo rozdáno s pomocí personálu DPS, elektronicky a osobně celkem 247 dotazníků. Dotazníkové šetření u všech skupin probíhalo od prosince 2008 do června 2009.

Dotazník byl sestaven ze 14 otázek. První otázky byly kontrolní, další pak uzavřené – alternativní a polytomické, polouzavřené, poslední otázka se řadila mezi otevřené. Před vlastním výzkumem byl proveden předvýzkum.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

3.2.1 Profil absolventa ZSF

Základní charakteristikou magisterského studijního oboru Rehabilitační-psycho sociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby je rozvinutí vědomostí a dovedností získaných v bakalářském studijním oboru. Studium je zaměřeno především na samostatnou koordinační, interdisciplinární práci v systému rehabilitační péče. Studium je zaměřeno i na práci s literaturou, a to tuzemskou i zahraniční, nezastupitelné místo při studiu má i seznámení a praktické využití výzkumné práce v oboru. Důraz je kladen na schopnosti studentů syntetizovat své poznatky a umět je interpretovat, publikovat a také obhajovat. Při studiu je počítáno i se schopností studentů využívat širokou škálu nabídek literárních rešerší.

3.2.2 Profil absolventa EF

Navazující magisterský studijní obor Strukturální politika EU a rozvoj venkova reaguje svým obsahem na současné trendy Evropské unie, které zdůrazňují význam regionální politiky a sociálně ekonomických procesů, které tvoří předpoklady pro rozvoj regionů. V rámci tohoto oboru se zhodnotí a prohloubí znalosti studentů z bakalářského studia ekonomického zaměření. Absolvent oboru by měl vyhovět současné poptávce po odbornících, kteří ovládají principy strukturální politiky EU a jsou schopni zajistit její uplatnění v podmínkách ČR. Bude rozumět struktuře, předpokladům a formám využití strukturálních fondů, schopen analyzovat sociálně ekonomické procesy v regionech za účelem stanovení cílů, priorit a opatření pro jejich další rozvoj, bude rozumět systému veřejné správy a jejímu fungování.

Studijní obor Účetnictví a finanční řízení podniku připravuje absolventy schopné samostatného rozhodování v oblasti účetnictví a finančního řízení podniku, s dostatečnou znalostí teoretického i aplikovaného základu, s aktuálními oborovými znalostmi a profesními dovednostmi. V rámci výuky je kladen důraz i na problematiku,

které významně přispívají k uplatnění studentů na evropském trhu práce. Jedná se zejména o mezinárodní účetní standardy, metody finanční analýzy, analýzy podnikatelské činnosti a finančního řízení obvyklé v zemích EU.

3.2.3 Zaměstnanci domova pro seniory

Jeden z výzkumných vzorků tvořili zaměstnanci Domova pro seniory Radkova Lhota v okrese Přerov, kterých má tato příspěvková organizace v současné době 64. V organizaci pracuje pouze 5 mužů, proto otázka pohlaví nebyla účelná.

3.2.4 Vybraná skupina veřejnosti ze spádové oblasti DPS

Čtvrtou část výzkumného vzorku tvořila skupina laické veřejnosti ze spádových obcí Domova pro seniory Radkova Lhota, respondenti byli vybráni kvótním výběrem podle spádové obce, věku a zaměstnání, kteří již v blízkém příbuzenstvu nějakého seniora mají a starají se o něj, nebo se v budoucnosti budou muset postarat.

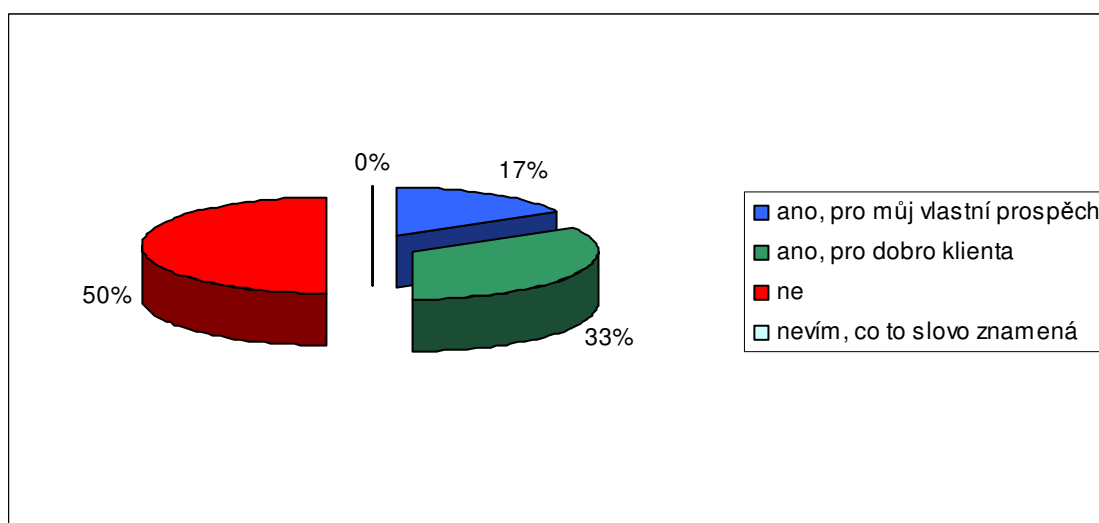
4. Výsledky

4.1 Výsledky šetření u studentů Ekonomické fakulty

Dotazníkové šetření mezi studenty probíhalo od prosince 2008 do ledna 2009. Celkem bylo mezi studenty distribuováno 60 dotazníků, ke zpracování se vrátilo 24 (tj. 40 %), které nyní budu považovat za 100 %.

Na otázky odpovědělo 18 žen a 6 mužů z oboru Strukturální politika EU a rozvoj venkova a Účetnictví a finanční řízení podniku.

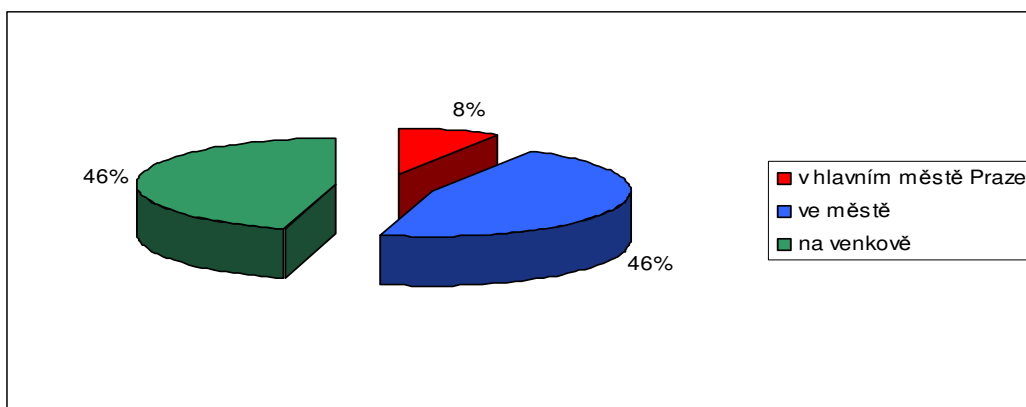
Graf č. 1 Vede Vás Váš studijní obor k empatii (vcítění) ke druhým lidem?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku empatie odpověděli 4 respondenti (17 %), že je obor vede k vcítění pro jejich prospěch, 8 respondentů (33 %) vede obor k empatii pro dobro klienta, 12 respondentů (50 %) odpovědělo ne a žádný respondent (0 %) nevyužil možnosti nevím.

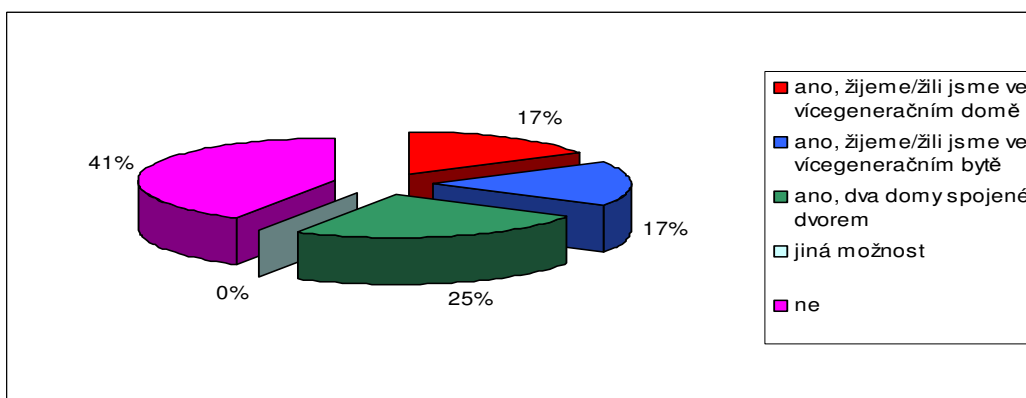
Graf č. 2 Kde jste prožil/a největší část života?



Zdroj: Vlastní výzkum

V hlavní město Praze prožili většinu života 2 respondenti (8 %), ve městě žije 11 studentů (46 %) a na venkově shodně 11 studentů (46 %).

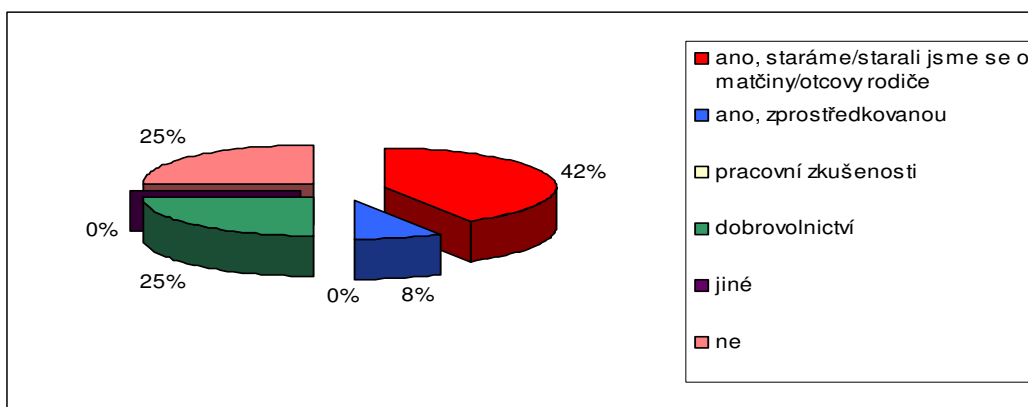
Graf č. 3 Máte zkušenost se soužitím více generací?



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve vícegeneračním domě žijí/žili 4 studenti (17 %), stejný počet žije/žilo ve vícegeneračním bytě, dva domy spojené dvorem má vyzkoušeno 6 respondentů (25 %), žádnou zkušenost s vícegeneračním soužitím nemá 10 studentů (41 %).

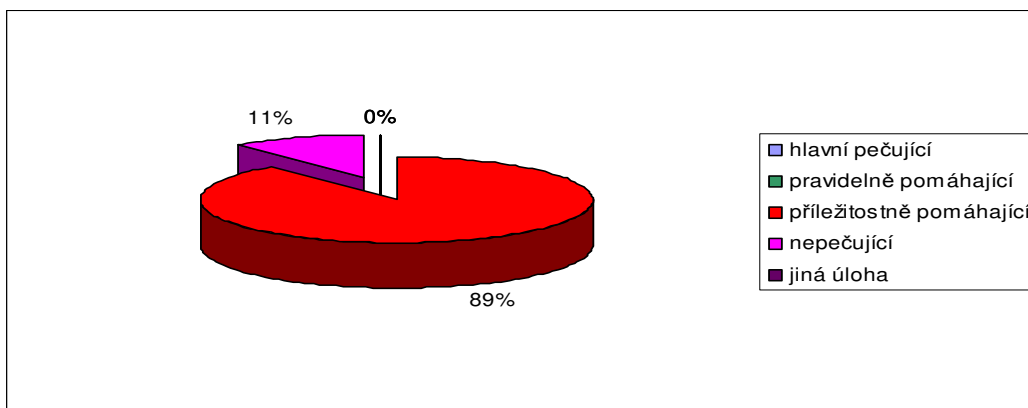
Graf č. 4 Máte zkušenost s péčí o seniory v rodině?



Zdroj: Vlastní výzkum

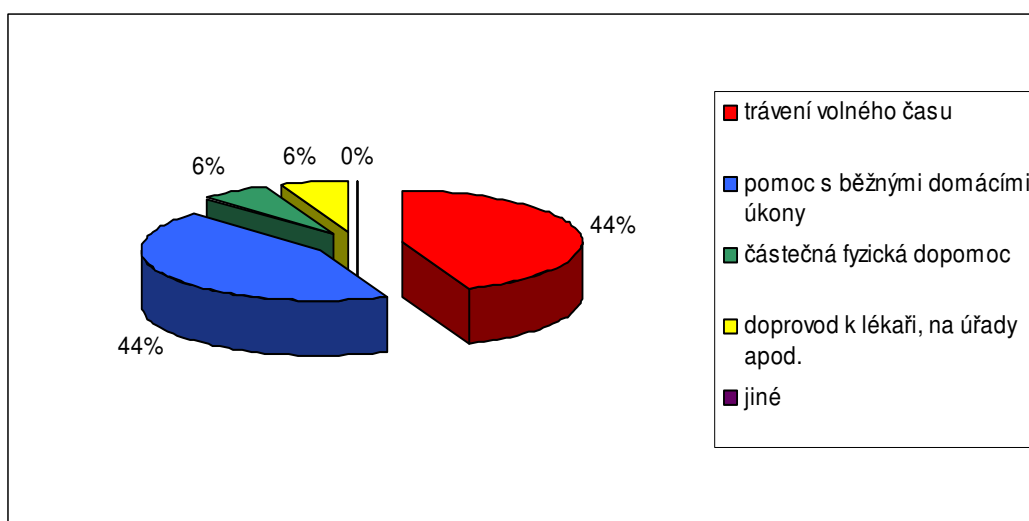
10 respondentů (42 %) se s rodinnou péčí setkala při péči o prarodiče, 2 respondenti (8 %) mají zkušenost zprostředkovanou, 6 respondentů (25 %) se s péčí setkala v rámci dobrovolnictví a stejný počet s péčí o seniora v rodině nemá žádnou zkušenost.

Graf č. 5 Jakou roli zastáváte/zastával(a) jste v péči o seniora?



Na tuto otázku neodpovídalo 6 respondentů, kteří v grafu č. 4 zaznamenali odpověď f. Příležitostně pomáhajících je 16 studentů (89 %) a nepečující jsou 2 studenti (11 %).

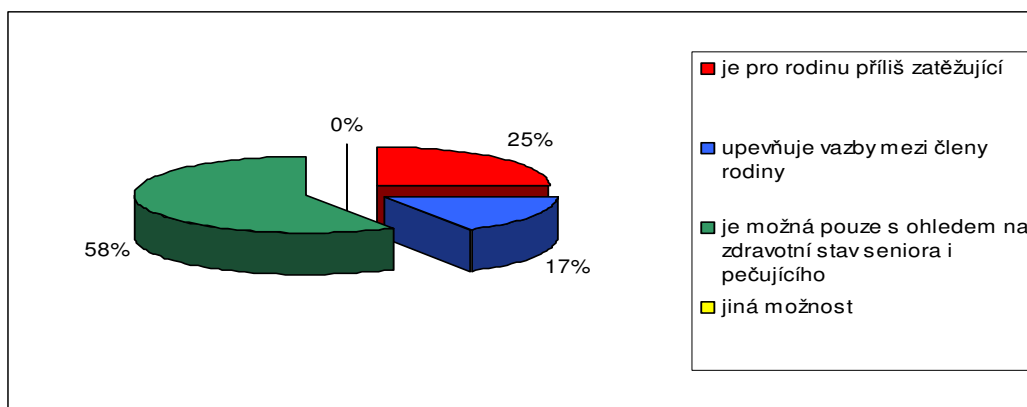
Graf č. 6 Jaký typ péče o seniora poskytuje/poskytoval(a) jste?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v otázce 5 zvolili možnost a–d a kterých bylo celkem 18. Otázka nabízela možnost zvolit více odpovědí, čehož využilo 14 respondentů. Celkem bylo zvoleno 32 odpovědí (100 %). Trávení volného času bylo zvoleno celkem 14x (44 %), pomoc s běžnými domácími úkony byla zvolena 14x (44 %), částečná fyzická dopomoc se ve výsledku objevila 2x (6 %), stejně jako doprovod k lékaři, na úřady apod. Možnost jiné nevyužil žádný respondent.

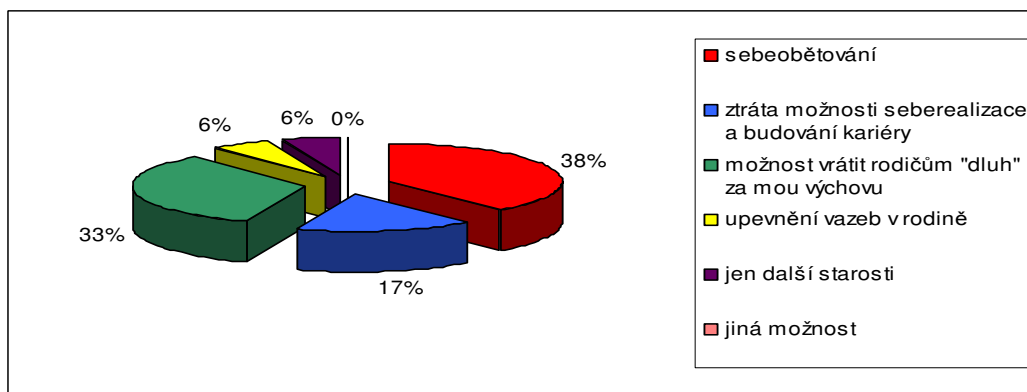
Graf č. 7 Co si myslíte o rodinné péči?



Zdroj: Vlastní výzkum

Rodinná péče je pro rodinu příliš zatěžující si myslí 6 respondentů (25 %), upevňuje vazby mezi členy rodiny si myslí 4 respondenti (17 %), je možná s ohledem na zdravotní stav seniora i pečujícího zvolilo 14 dotázaných (58 %)

Graf č. 8 Co pro Vás znamená rodinná péče?

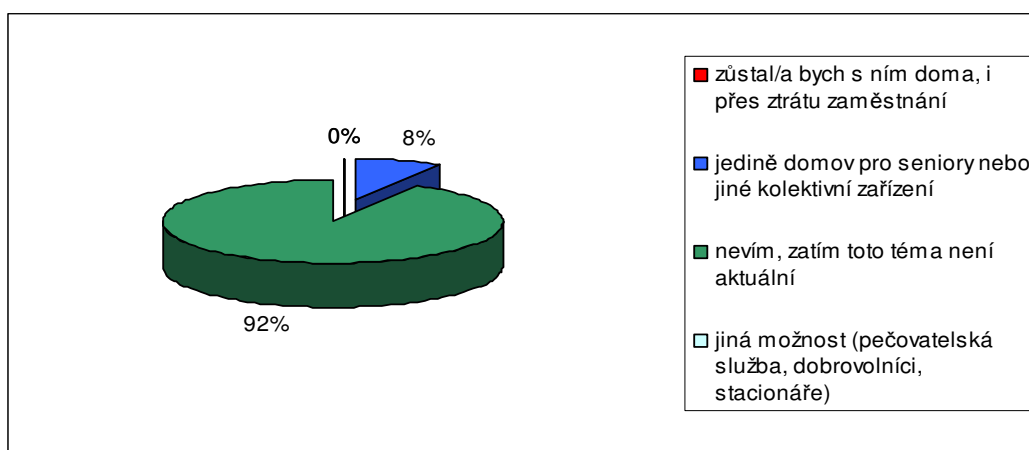


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka povolovala zvolení více než jedné odpovědi, 24 respondentů zvolilo celkem 36 odpovědí, které nyní považují za 100 %. Pro 14 dotázaných (38 %) znamená rodinná péče sebeobětování. Celkem 6x (17 %) byla zvolena možnost ztráta možnosti

seberealizace a budování kariéry. Možnost vrátit rodičům „dluh“ za výchovu zvolilo celkem 12 dotázaných (33 %), upevnění vazeb v rodině bylo zvoleno 2x (6 %) stejně jako možnost jen další starosti.

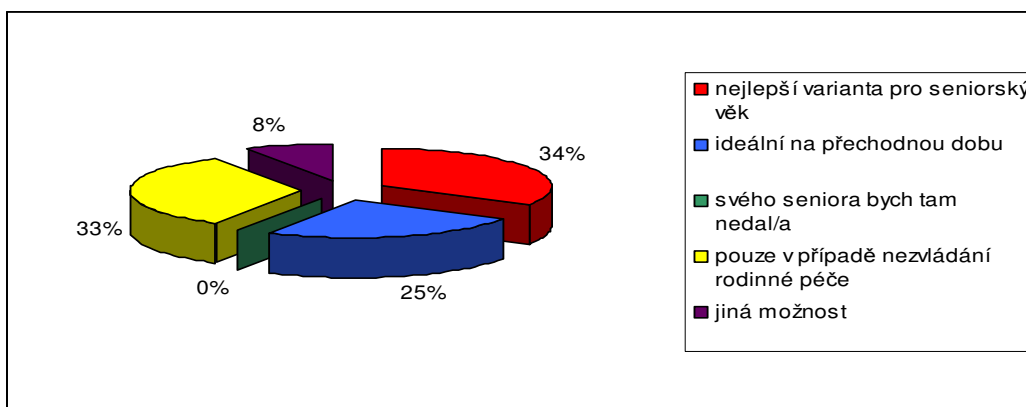
Graf č. 9 Jaký je Váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho rodiče – seniora?



Zdroj: Vlastní výzkum

Možnost zůstat doma třeba i přes ztrátu zaměstnání nezvolil žádný respondent (0 %), jedině domov pro seniory nebo jiné kolektivní zařízení s celoročním provozem zvolili 2 studenti (8 %), pro 22 dotázaných (92 %) toto téma není aktuální, takže zvolili možnost nevím.

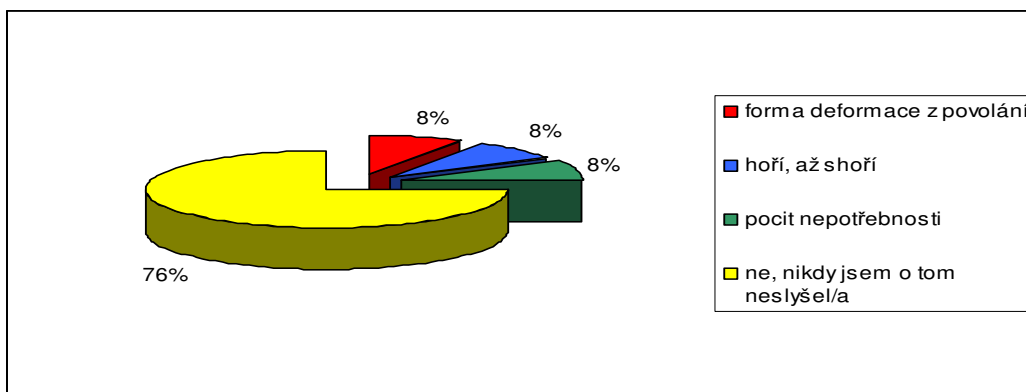
Graf č. 10 Jaký je Váš názor na institucionální péči?



Zdroj: Vlastní výzkum

Instituci jako nejlepší variantu pro seniorský věk zvolilo 8 respondentů (34 %), že je ideální na přechodnou dobu si myslí 6 studentů (25 %), v případě nezvládnání rodinné péče by o ní uvažovalo 8 studentů (33 %) a jinou možnost by volili 2 studenti (8 %).

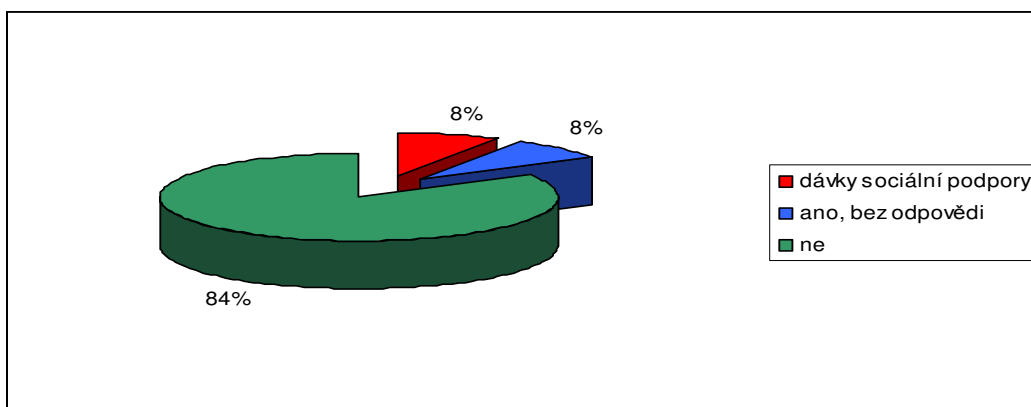
Graf č. 11 Víte, co je burn-out syndrom neboli syndrom vyhoření?



Zdroj: Vlastní výzkum

18 respondentů (76 %) o burn-out nikdy neslyšelo, celkem 6 respondentů (24 %) označilo možnost „hoří, až shoří“ (2, 8 %), „pocit nepotřebnosti“ (2, 8 %), forma deformace z povolání (2, 8 %).

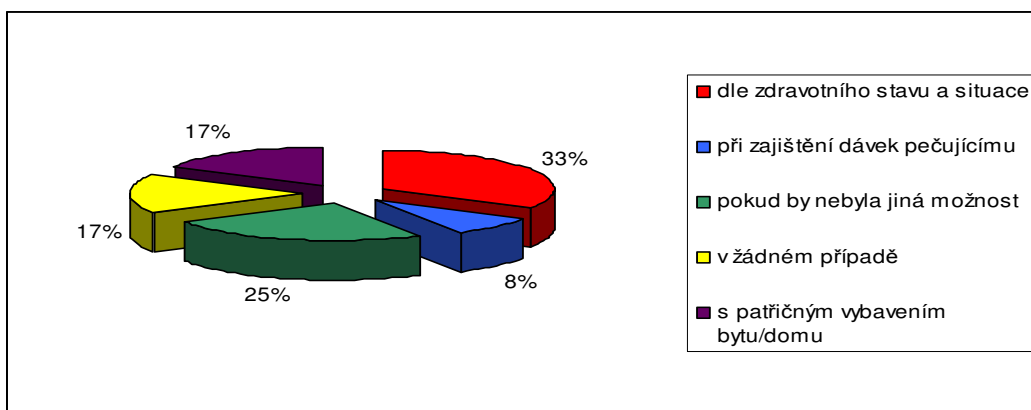
Graf č. 12 Víte, jaké příjmy má/může mít osoba, která se stará o seniora v rodině?



Zdroj: Vlastní výzkum

20 dotázaných (84 %) zvolilo možnost ne; ano, ale bez vysvětlení, odpověděli 2 respondenti (8 %), stejný počet studentů si myslí, že pečující má nárok na nějaké sociální dávky.

Graf 13 Uved'te, za jakých podmínek byste byli schopni/ochotni se osobně starat o starého nemohoucího příbuzného?



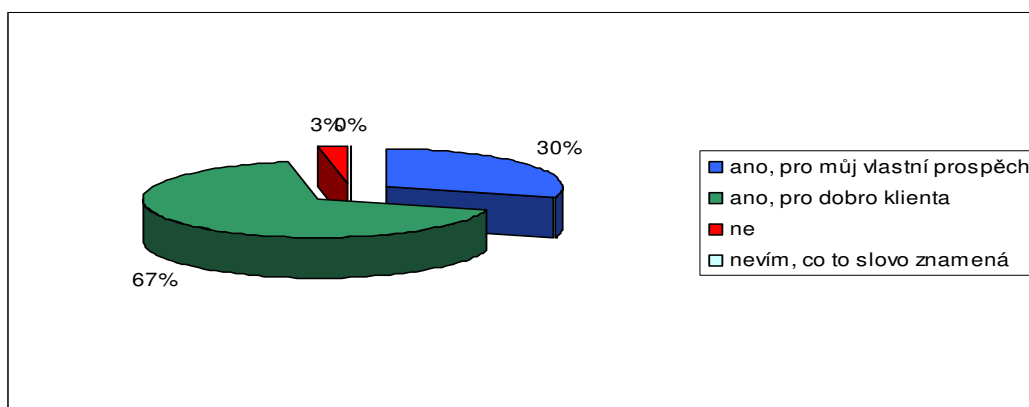
Zdroj: Vlastní výzkum

Dle zdravotního stavu a situace by bylo ochotno se starat 8 dotázaných (33 %), při zajištění dávek pečujícímu by se starali 2 studenti (8 %), pokud by nebylo jiné východisko, staralo by se 6 dotázaných (25 %), v žádném případě by se o seniora doma nepostarali 4 respondenti (17 %) a s patřičným vybavením domu/bytu by se na domácí péčování dali 4 respondenti (17 %).

4.2 Výsledky šetření u studentů Zdravotně sociální fakulty

Z rozdaných celkem 63 dotazníků se ke zpracování vrátilo 37, což je 58,7 %. Na otázky odpovědělo celkem 36 žen a jeden muž. Vrácených 37 dotazníků nyní považují za 100 %.

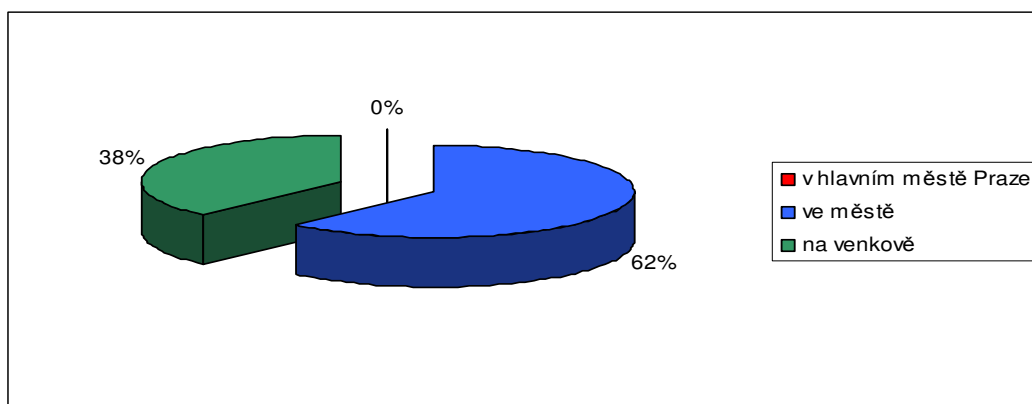
Graf č. 1 Vede Vás Váš studijní obor k empatii (vcítění) ke druhým lidem?



Zdroj: Vlastní výzkum

11 studentů RPN (30 %) si myslí, že obor je vede k empatii pro jejich vlastní prospěch. O vedení k empatii pro dobro klienta je přesvědčeno 25 studentů (67 %), možnost ne zvolil 1 respondent (3 %).

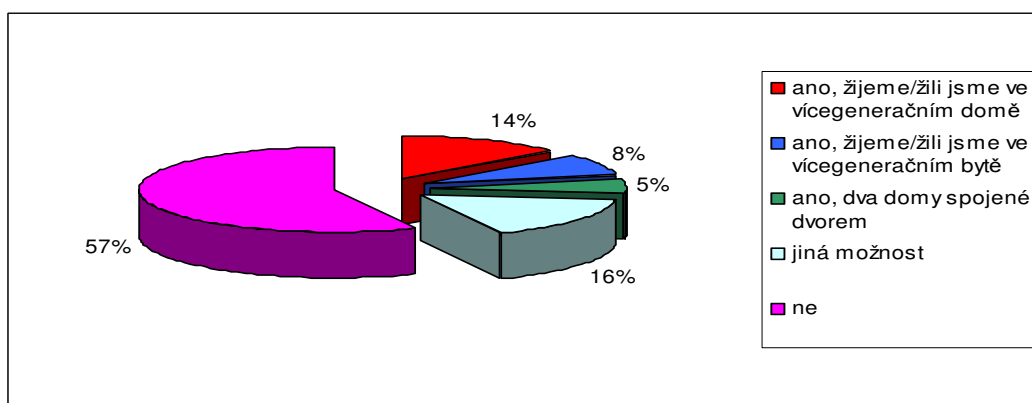
Graf č. 2 Kde jste prožil/a největší část života?



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi dotázanými studenty nebyl nikdo z Prahy, ve městě žije/žilo 23 respondentů (62 %) a na venkově 14 respondentů (38 %).

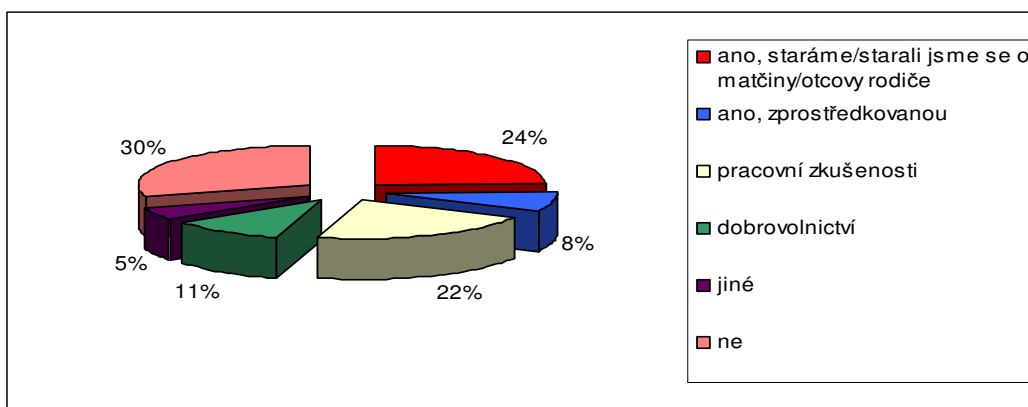
Graf č. 3 Máte zkušenost se soužitím více generací?



Zdroj: Vlastní výzkum

Vícegenerační soužití v domě zažilo 5 studentů (14 %), v bytě s prarodiči bydleli 3 respondenti (8 %), dva domy spojené dvorem označili 2 dotázaní (5 %), jinou možnost zvolilo 6 respondentů (16 %), soužití více generací nezažilo 21 studentů (57 %).

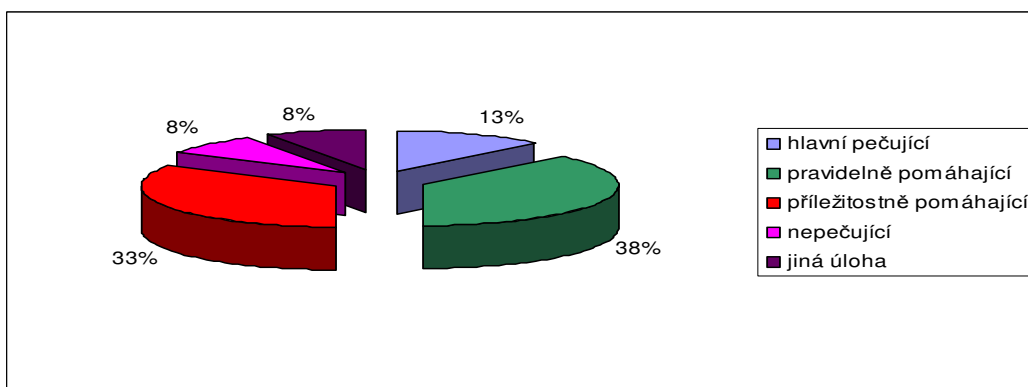
Graf č. 4 Máte zkušenost s péčí o seniory v rodině?



Zdroj: Vlastní výzkum

Osobní zkušenost s péčí o seniora má 9 respondentů (24 %), zprostředkovaně se s ní setkali 3 studenti (8 %), pracovní zkušenosti má 8 studentů (22 %), v rámci dobrovolnictví se s ní setkali 4 studenti (11 %), jinou možnost zvolili dva studenti (5 %) a žádnou zkušenost nemá 11 respondentů (30 %)

Graf č. 5 Jakou roli zastáváte/zastával(a) jste v péči o seniora?

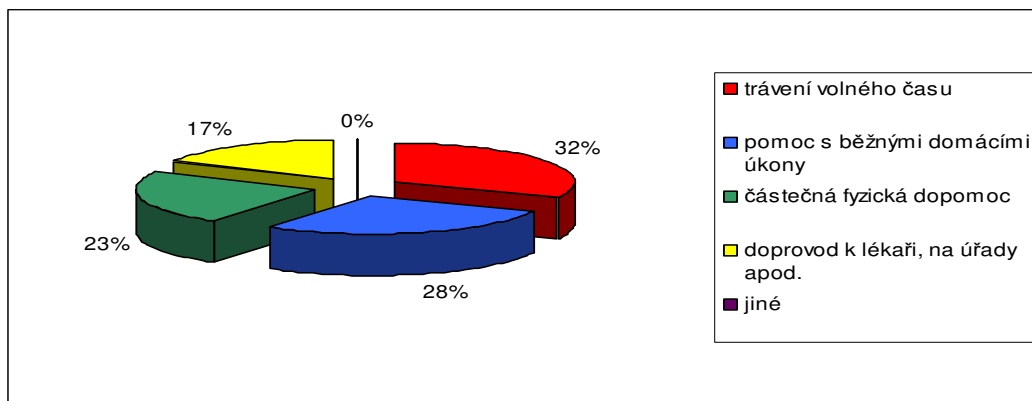


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku odpovídali jen respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili možnost a–d, celkem 24. Úlohu hlavního pečujícího zastávají 3 dotázaní (13 %), mezi pravidelně

pomáhající se zařadilo 9 studentů (38 %), příležitostně pomáhajících je 8 studentů (33 %), možnost nepečující a jinou úlohu zvolilo shodně po 2 studentech (8 %).

Graf č. 6 Jaký typ péče o seniora poskytujete/poskytoval(a) jste?

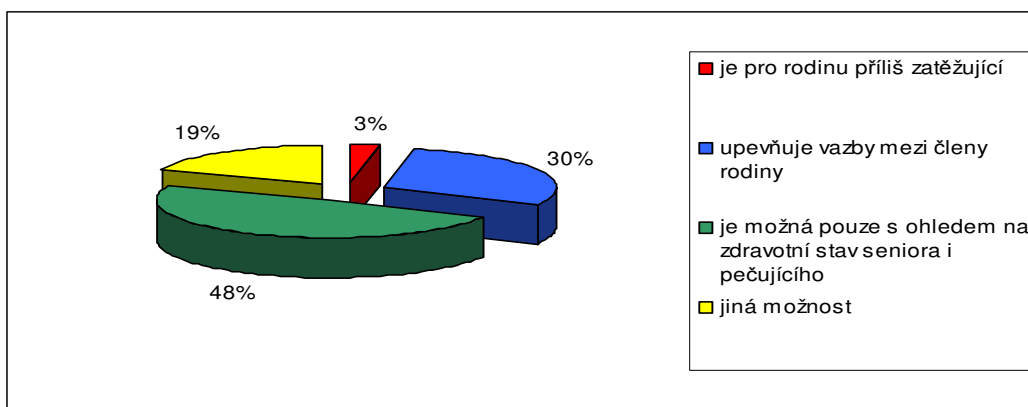


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka povolovala vybrat více než jednu možnost odpovědi. Celkem 24 respondentů zaškrtnulo celkem 69 odpovědí (100 %).

22 respondentů (32 %) uvedlo možnost trávění volného času, 19x (28 %) byla zaškrtnuta pomoc s běžnými domácími úkony, částečnou fyzickou dopomoc zvolilo 16 studentů (23 %), možnost doprovod k lékaři či na úřady respondenti zaškrtnuli celkem 12x (17 %). Možnost jiné zaškrtnuta nebyla.

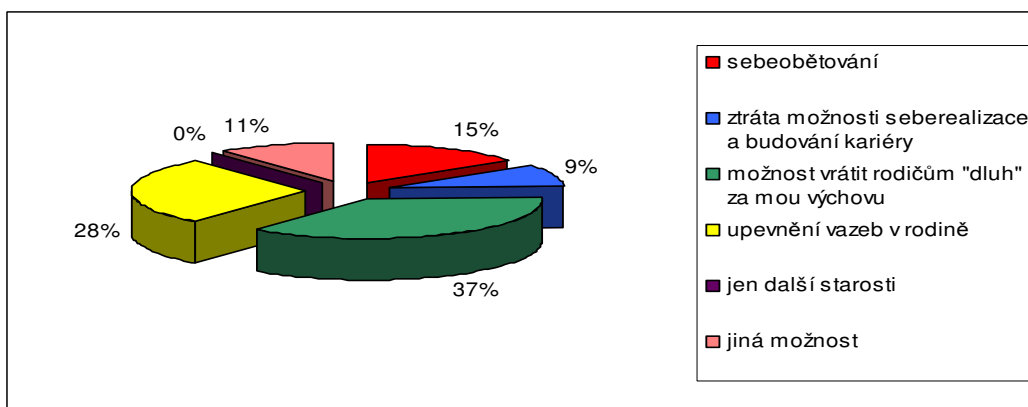
Graf č. 7 Co si myslíte o rodinné péči?



Zdroj: Vlastní výzkum

Rodinná péče je pro rodinu příliš zatěžující si myslí 1 respondent (3 %), upevňuje vazby mezi členy rodiny, to si myslí 11 dotázaných (30 %). Péče v rodině je možná pouze s ohledem na zdravotní stav seniora i pečujícího si myslí 18 studentů (48 %), možnost jiné zvolilo 7 dotázaných (19 %)

Graf č. 8 Co pro Vás znamená rodinná péče?

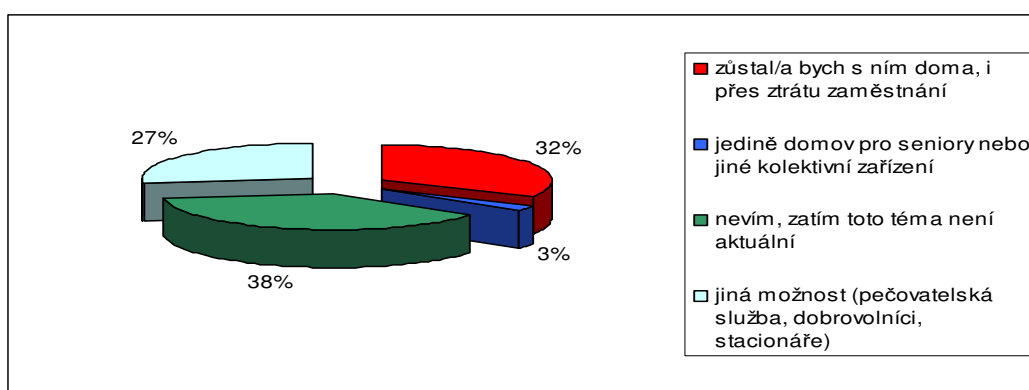


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka povolovala zvolení více možností odpovědí. 37 respondentů zvolilo

celkem 74 odpovědí (100 %). Za sebeobětování zvolilo rodinnou péči 11 respondentů (15 %), ztrátu možnosti seberealizace a budování kariéry zvolili respondenti celkem 7x (9 %), možnost vrátit rodičům dluh za výchovu zvolili respondenti celkem 27x (37 %), upevnění vazeb v rodině zvolilo 21 respondentů (28 %), možnost další starosti nezvolil nikdo a možnost jiné využilo 8 respondentů (11 %).

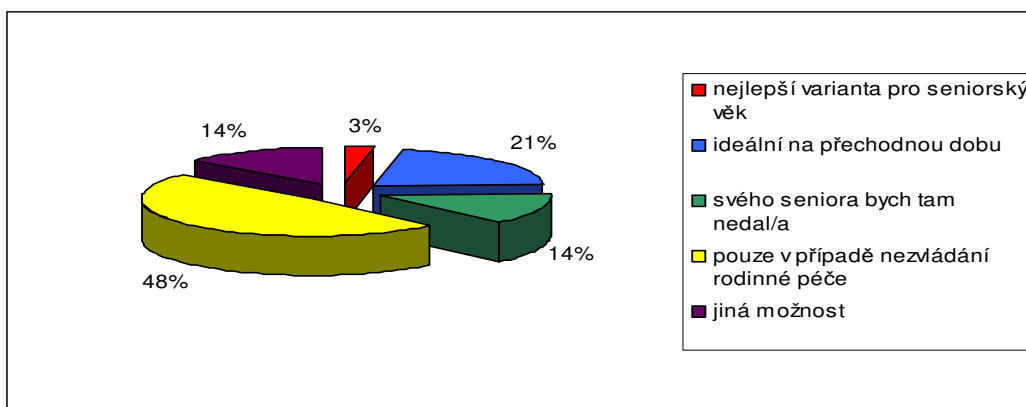
Graf č. 9 Jaký je Váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho rodiče – seniora?



Zdroj: Vlastní výzkum

I přes ztrátu zaměstnání by se seniorem zůstalo 12 respondentů (32 %), jedině domov pro seniory nebo jiné kolektivní zařízení s celoročním provozem by volil 1 respondent (3 %), pro 14 studentů (38 %) toto téma není aktuální, možnost jiné (pečovatelská služba, dobrovolníci) zvolilo 10 respondentů (27 %).

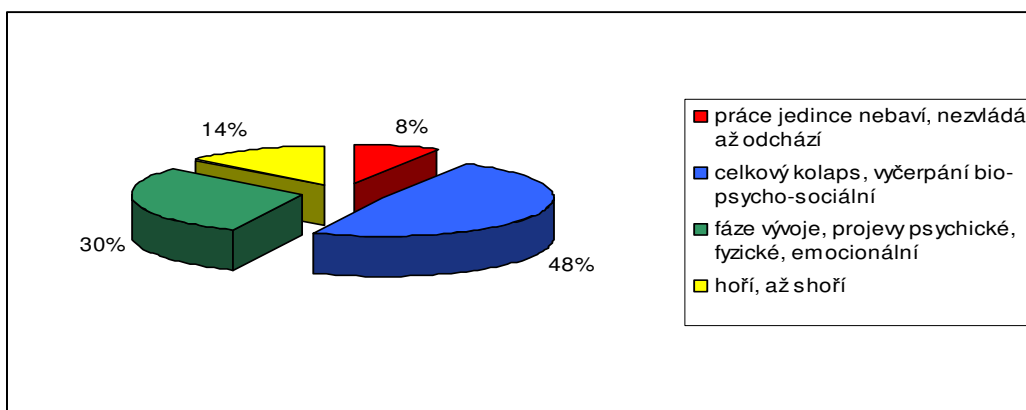
Graf č. 10 Jaký je Váš názor na institucionální péči?



Zdroj: Vlastní výzkum

Institucionální péči jako nejlepší variantu pro seniorský věk zvolil 1 respondent (3 %), pro 8 respondentů (21 %) je to ideální volba na přechodnou dobu, svého seniora by tam nedalo 5 dotázaných (14 %), pouze v případě nezvládnání rodinné péče by instituci volilo 18 studentů (48 %) a jinou možnost by volilo 5 dotázaných (14 %).

Graf č. 11 Víte, co je burn-out syndrom neboli syndrom vyhoření?

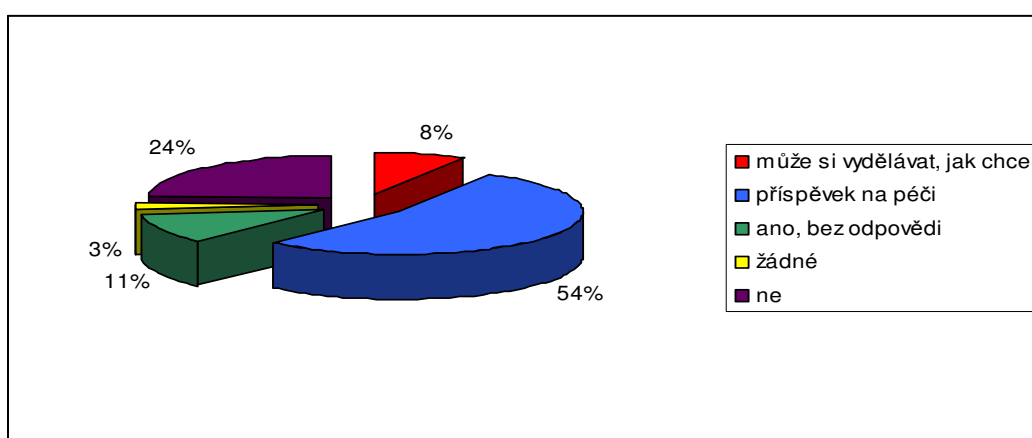


Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 37 odpovědí „ano“ bylo rozděleno do 4 kategorií. Odpověď ne nebyla zvolena.

Pracovníka nebaví práce, nezvládá ji až odchází, napsali 3 dotázaní (8 %), jako celkový kolaps, neschopnost pokračovat v práci, pocit vyčerpání označilo syndrom vyhoření celkem 18 dotázaných (48 %). Fáze vývoje, projevy tělesné, psychické, emocionální popsal 11 respondentů (30 %). Popisem „hoří, až shoří“ popsal SV 5 studentů (14 %).

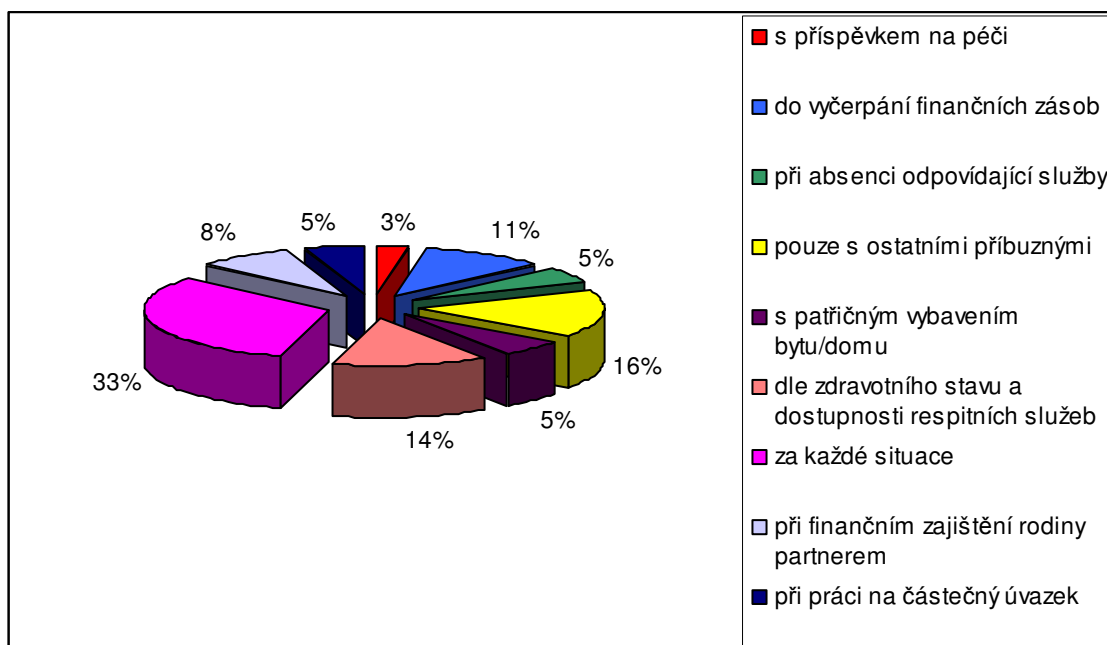
Graf č. 12 Víte, jaké příjmy má/může mít osoba, která se stará o seniora v rodině?



Zdroj: Vlastní výzkum

3 respondenti (8 %) uvedli, že pečující osoba si může vydělávat, jak chce. 20 respondentů (54 %) uvedlo příspěvek na péči po dohodě se seniorem, ano bez odpovědi zvolili 4 respondenti (11 %), že pečující nemá žádné příjmy, si myslí 1 dotázaný (3 %), a zda pečující může mít nějaké příjmy, neví 9 dotázaných (24 %).

Graf 13 Uved'te, za jakých podmínek byste byli schopni/ochotni se osobně starat o starého nemohoucího příbuzného?



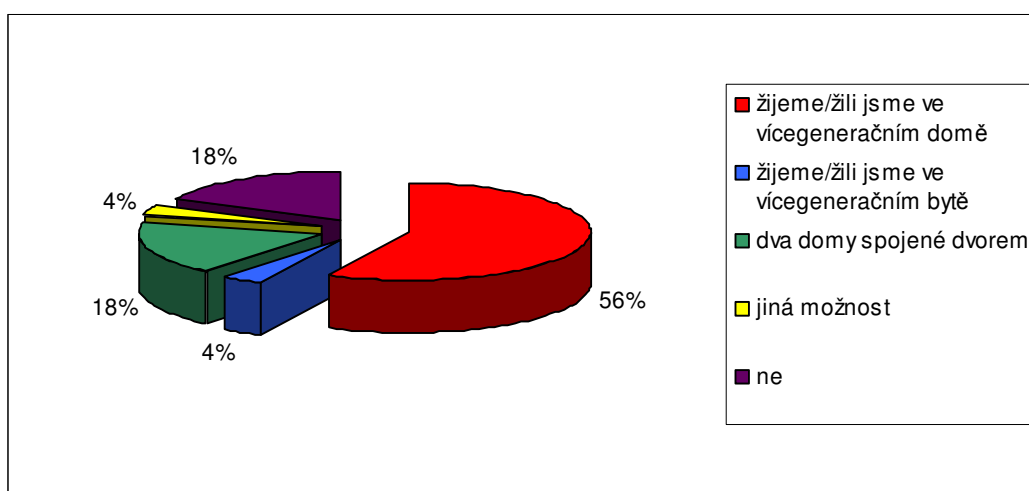
Zdroj: Vlastní výzkum

S příspěvkem na péči by se osobně staral 1 dotázaný (3 %), do vyčerpání finančních zásob, následně s denním stacionářem a pak domovem pro seniory souhlasí 4 respondenti (11 %), domácí péči při absenci odpovídajících služeb by volili 2 respondenti (5 %), pouze s ostatními příbuznými by se staralo 6 studentů (16 %), možnost s patřičným vybavením domu/bytu napsali 2 studenti (5 %), 5 respondentů (14 %) by se staralo dle zdravotního stavu seniora a dostupnosti respitních služeb, za každé situace by se postaralo 12 respondentů (33 %), při finančním zajištění rodiny partnerem by se osobně starali 3 dotázaní (8 %) a při práci na částečný úvazek by se starali 2 studenti (5 %).

4.3 Výsledky šetření u zaměstnanců domova pro seniory

V Domově pro seniory Radkova Lhota bylo rozdáno celkem 64 dotazníků (100 %), ke zpracování se vrátilo celkem 28 ks (43,75 %). Na otázky odpověděly ženy na pozici zdravotnic (21) a sociálních pracovníc na zdravotním úseku (7). 6 pracovníc žije ve městě, 22 dotázaných pracovníc žije na venkově.

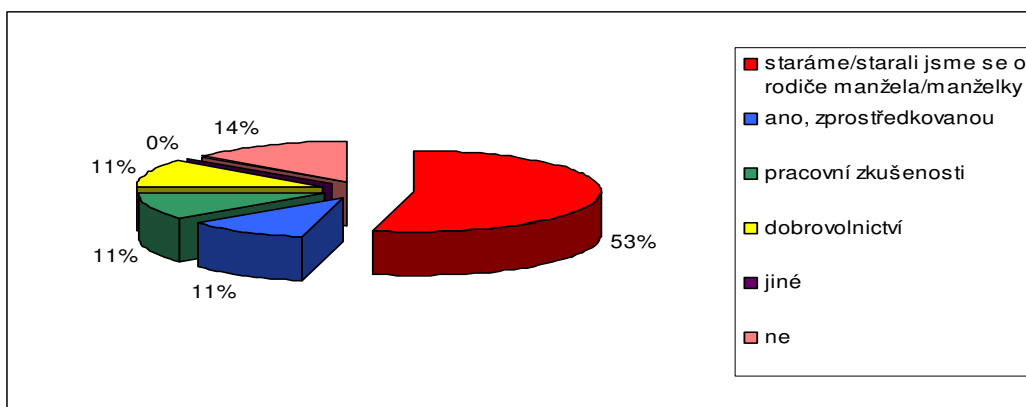
Graf č. 1 Máte zkušenost se soužitím více generací?



Zdroj: Vlastní výzkum

Zkušenost z vícegeneračního domu má 16 respondentů (56 %), vícegenerační byt zkusil 1 respondent (4 %), dva domy spojené dvorem má/mělo doma 5 respondentů (18 %), jinou možnost zvolil 1 respondent (4 %), možnost ne zvolilo 5 dotázaných (18 %).

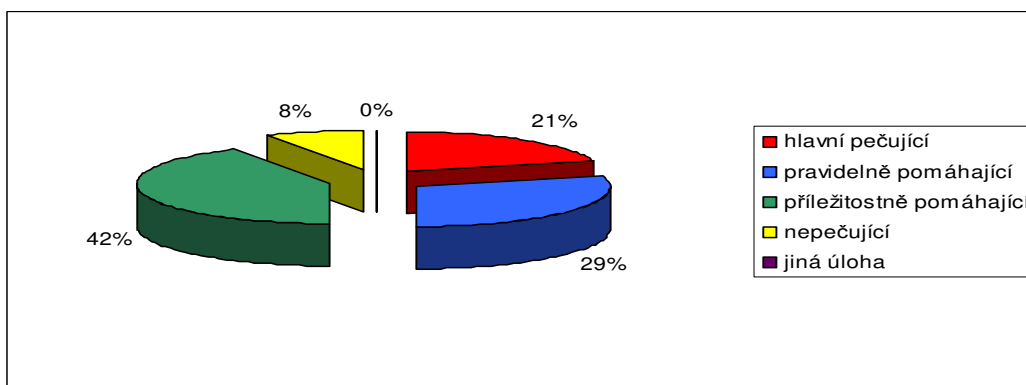
Graf č. 2 Máte zkušenost s péčí o seniory v rodině?



Zdroj: Vlastní výzkum

Zkušenost s péčí o rodiče manžela/manželky má 15 dotázaných (53 %), zprostředkovanou zkušenost, kdy navštěvuje někoho ve svém blízkém okolí, který se stará, mají 3 dotázaní (11 %), stejný počet dotázaných má pracovní zkušenost z charity či agentury domácí péče a dobrovolnictví. Možnost ne zvolili 4 respondenti (14 %).

Graf č. 3 Jakou roli zastáváte/zastával(a) jste v péči o seniora?

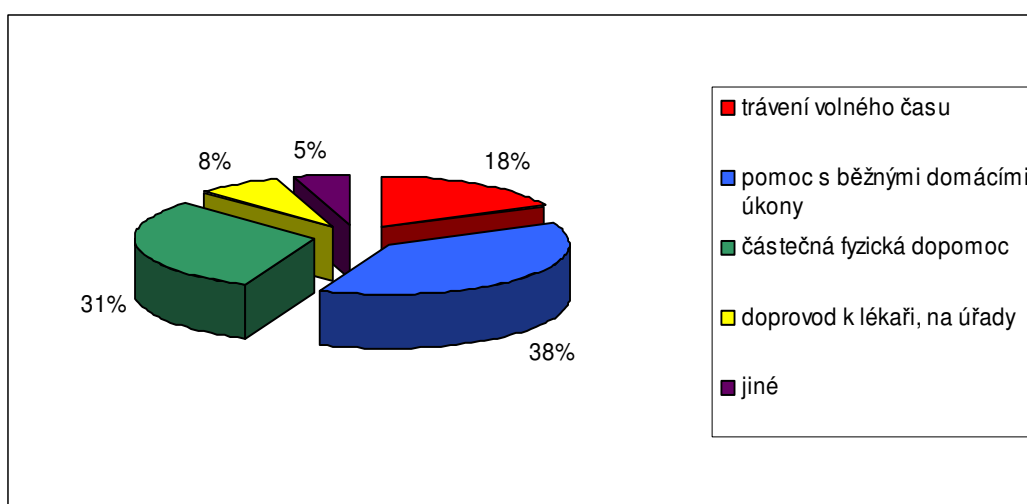


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku odpovídali jen respondenti, kteří v předchozí otázce zaškrtnuli možnost a–d, celkem 24, které nyní považují za 100 %.

Možnost hlavní pečující zvolilo 5 respondentů (21 %), pravidelně pomáhajících bylo 7 (29 %), příležitostně pomáhajících bylo 10 (42 %), možnost nepečující zvolili 2 respondenti (8 %), možnost jiná úloha nebyla zvolena vůbec.

Graf č. 4 Jaký typ péče o seniora poskytujete/poskytoval(a) jste?

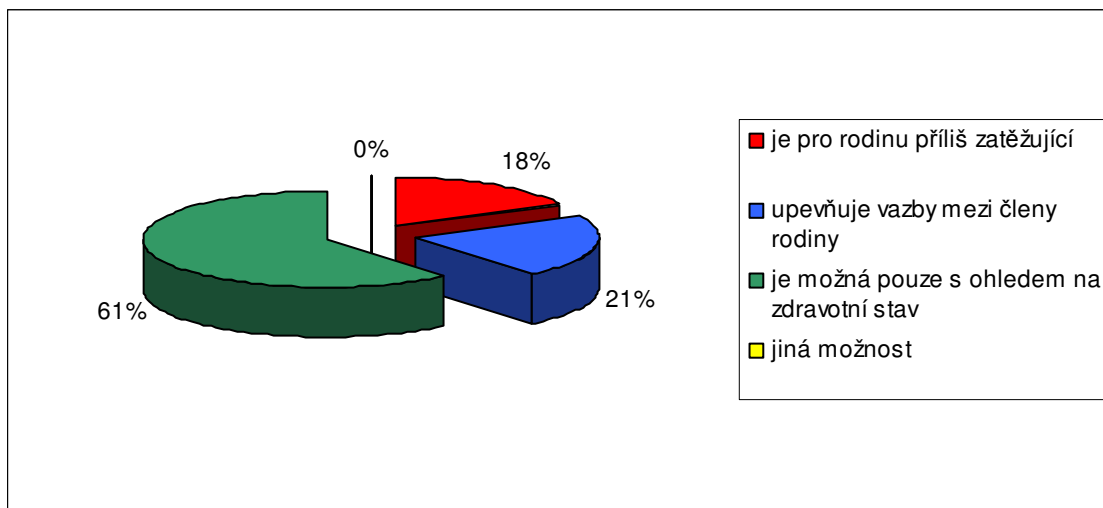


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka nabízela možnost zvolit více odpovědí. 24 respondenti vybrali celkem 39 odpovědí, které nyní považují za 100 %.

Trávení volného času zvolilo 7 respondentů (18 %), pomoc s běžnými domácími úkony byla zvolena celkem 15x (38 %), částečná fyzická dopomoc byla zvolena 12x (31 %), doprovod k lékaři respondenti zvolili celkem 3x (8 %) a možnost jiné využili respondenti ve 2 případech (5 %).

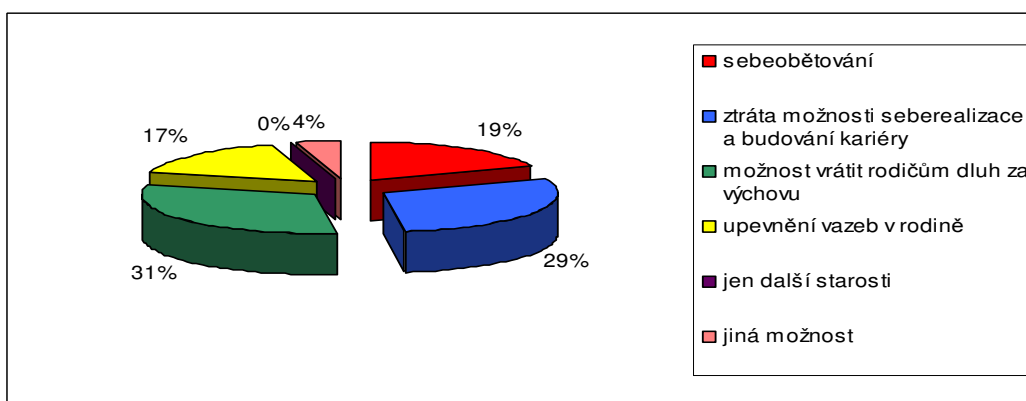
Graf č. 5 Co si myslíte o rodinné péči?



Zdroj: Vlastní výzkum

Že je rodinná péče (= nesoběstačný senior je doma, stará se o něj jeden či více rodinných příslušníků) pro rodinu příliš zatěžující, si myslí 5 respondentů (18 %), upevňuje vazby mezi členy rodiny, je přesvědčeno 6 respondentů (21 %), je možná pouze s ohledem na zdravotní stav seniora i pečujícího, si myslí 17 dotázaných (61 %).

Graf č. 6 Co pro Vás znamená rodinná péče?

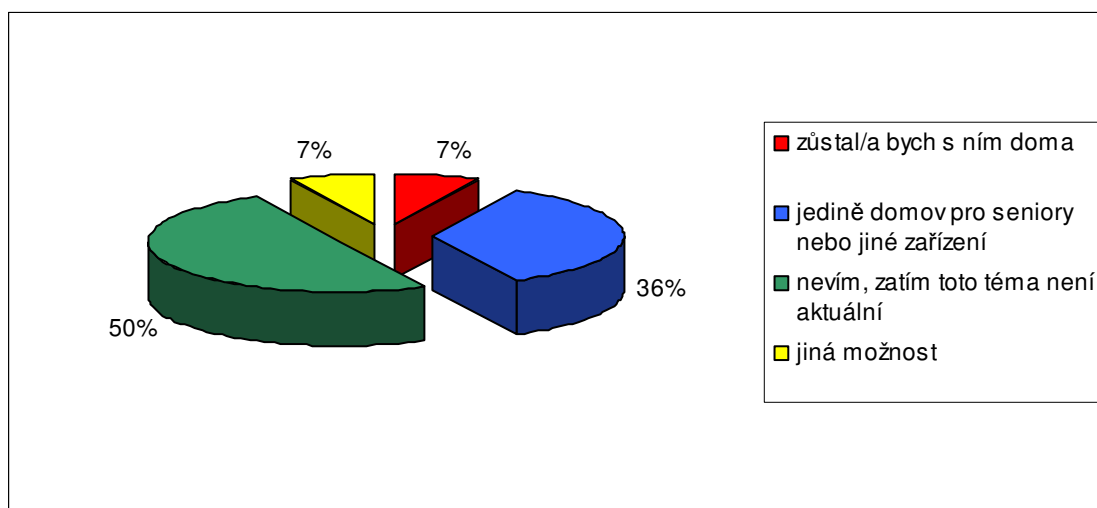


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka umožňovala zvolení více odpovědí. Celkem 28 pracovníků zvolilo celkem 48 odpovědí, které nyní považují za 100 %.

Možnost sebeobětování byla zvolena 9x (19 %), ztráta možnosti seberealizace a budování kariéry respondenti zvolili celkem 14x (29 %), možnost vrátit rodičům dluh za výchovu byla zvolena 15x (31 %), upevnění vazeb v rodině zvolili respondenti 8x (17 %), jinou možnost zvolili respondenti 2x (4%).

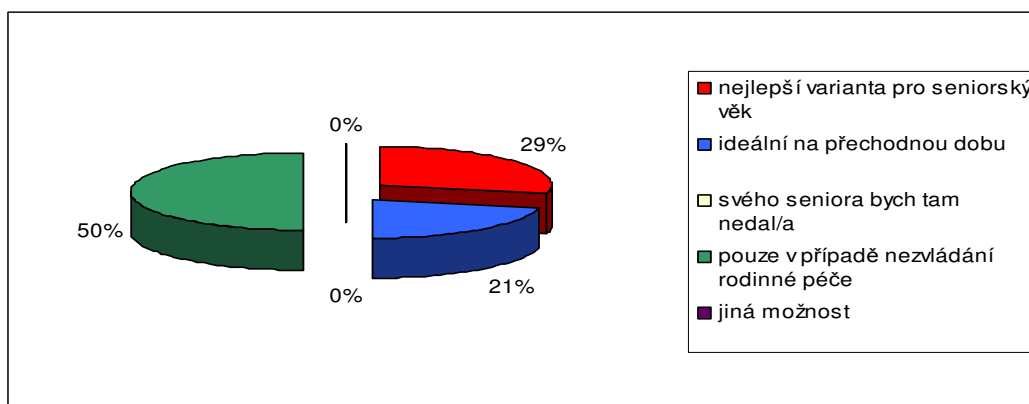
Graf č. 7 Jaký je Váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho rodiče – seniora?



Zdroj: Vlastní výzkum

Přes ztrátu zaměstnání by se seniorem zůstali doma 2 respondenti (7 %), stejný počet respondentů (2, 7 %) zvolil jinou možnost, která zahrnovala pečovatelskou službu, dobrovolníky, stacionáře. Domov pro seniory nebo jiné kolektivní zařízení s celoročním provozem zvolilo 10 respondentů (36 %). Toto téma zatím není aktuální pro 14 respondentů (50 %).

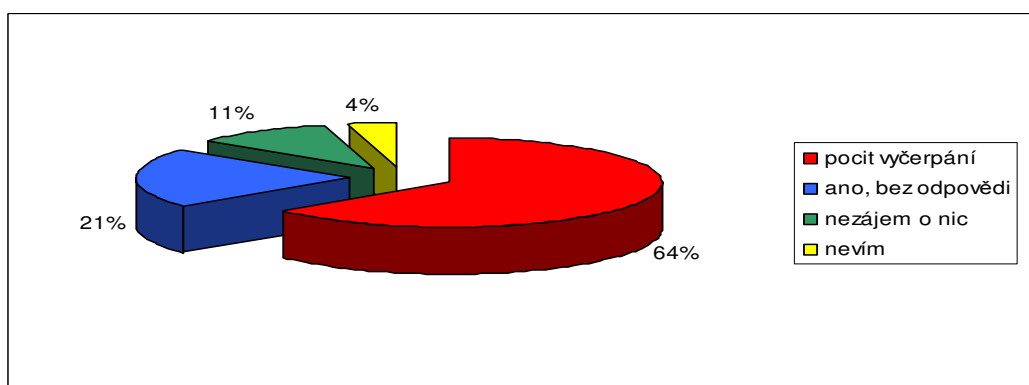
Graf č. 8 Jaký je Váš názor na institucionální péči?



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejlepší variantu pro seniorský věk zvolilo 8 respondentů (29 %), jako ideální řešení na přechodnou dobu vidí institucionální péči 6 pracovníků (21 %), možnost pouze v případě nezvládnání rodinné péče zvolilo 14 dotázaných (50 %). Možnost svého seniora bych tam nedal/a a jiná možnost nebyly zvoleny vůbec.

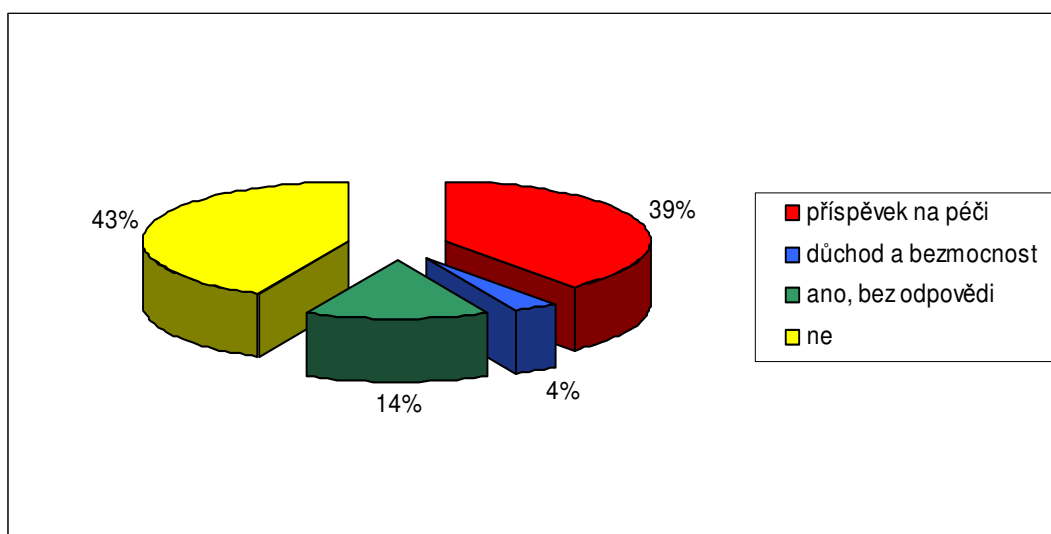
Graf č. 9 Víte, co je burn-out syndrom neboli syndrom vyhoření?



Zdroj: Vlastní výzkum

O syndromu vyhoření nikdy neslyšel 1 respondent (4 %), ano bez odpovědi uvedlo 6 dotázaných (21 %), pocit vyčerpání uvedlo 18 dotázaných (64 %), nezájem o nic uvedli 3 respondenti (11 %).

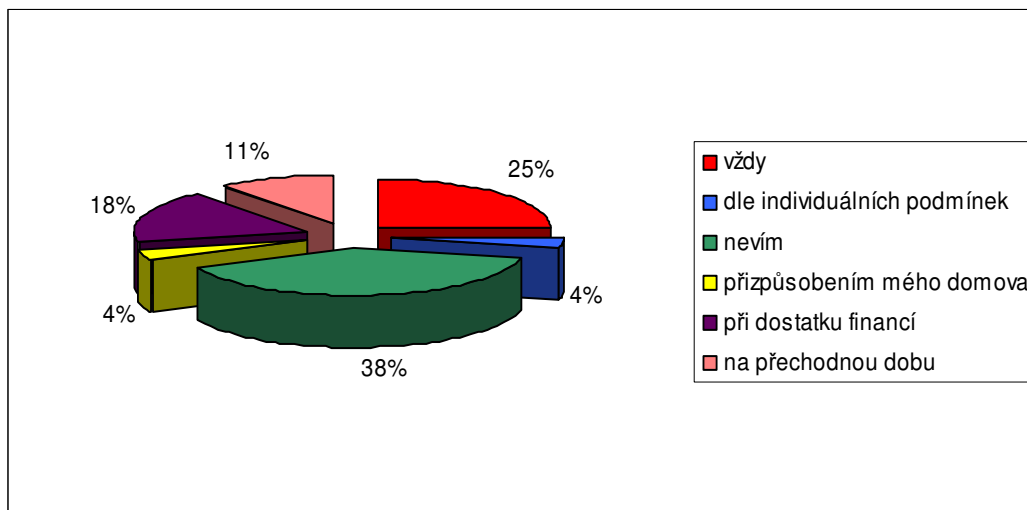
Graf č. 10 Víte, jaké příjmy má/může mít osoba, která se stará o seniora v rodině?



Zdroj: Vlastní výzkum

Příspěvek na péči po dohodě se seniorem uvedlo 11 respondentů (39 %), 1 respondent (4 %) uvedl důchod a bezmocnost, ano bez odpovědi uvedli 4 dotázaní (14 %), odpověď ne zvolilo 12 dotázaných (43 %).

Graf 11 Uved'te, za jakých podmínek byste byli schopni/ochotni se osobně starat o starého nemohoucího příbuzného?



Zdroj: Vlastní výzkum

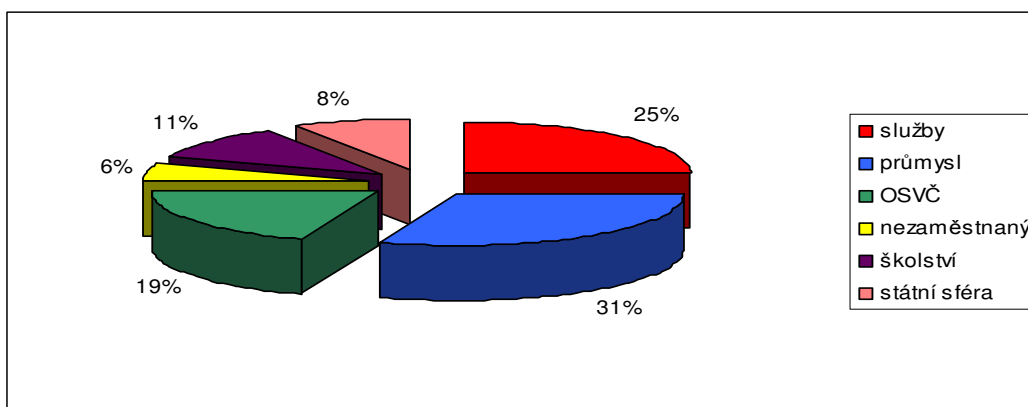
Osobní péči by se bez výhrad v každém případě věnovalo 7 respondentů (25 %), péči dle individuálních podmínek uvedl jeden respondent (4 %), stejně jako přizpůsobení podmínek jeho domova (1,4 %), odpověď nevím uvedlo 11 dotázaných (38 %), při dostatku financí například z partnerova příjmu je ochotno se starat 5 respondentů (18 %) a na přechodnou dobu jsou ochotni se starat 3 dotázaní (11 %).

4.4 Výsledky šetření u laické veřejnosti

Mezi obyvatele ve věku 45–65 let bylo rozdáno celkem 60 dotazníků, ke zpracování se jich vrátilo 36 (tj. 60 %), které nyní budu považovat za 100 %. Na otázky odpovědělo 22 žen a 14 mužů, 7 respondentů prožilo většinu života ve městě, 19 respondentů na vesnici. V otázce příjmů pečující osoby 4 dotázaní uvedli částky minimální mzdy až 30 tisíc, 32 respondenti nevěděli.

Šetření probíhalo v květnu–červnu 2009.

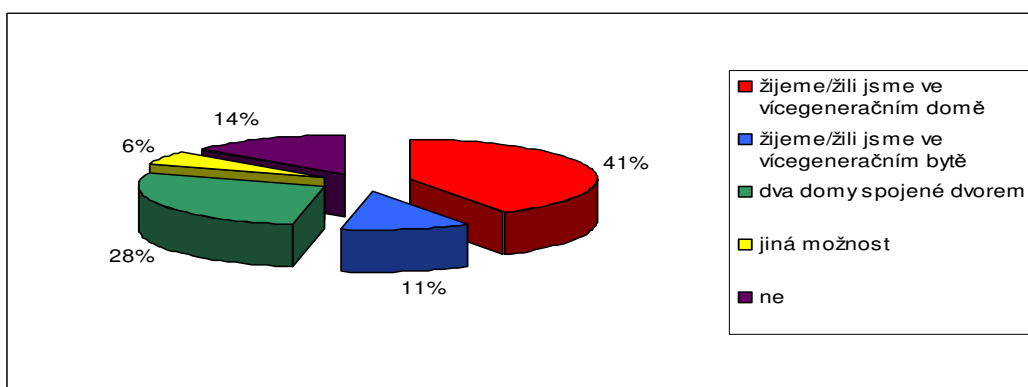
Graf č. 1 Jaké je/bylo Vaše zaměstnání?



Zdroj: Vlastní výzkum

Do kategorie služby se zařadilo 9 respondentů (25 %), do průmyslu se řadilo 11 dotázaných (31 %), osoby samostatně výdělečně činné bylo 7 dotázaných (19 %), nezaměstnaní byli 2 respondenti (6 %), ve školství pracují 4 respondenti (11 %) a ve státní sféře jsou zaměstnání 3 respondenti (8 %).

Graf č. 2 Máte zkušenost se soužitím více generací?

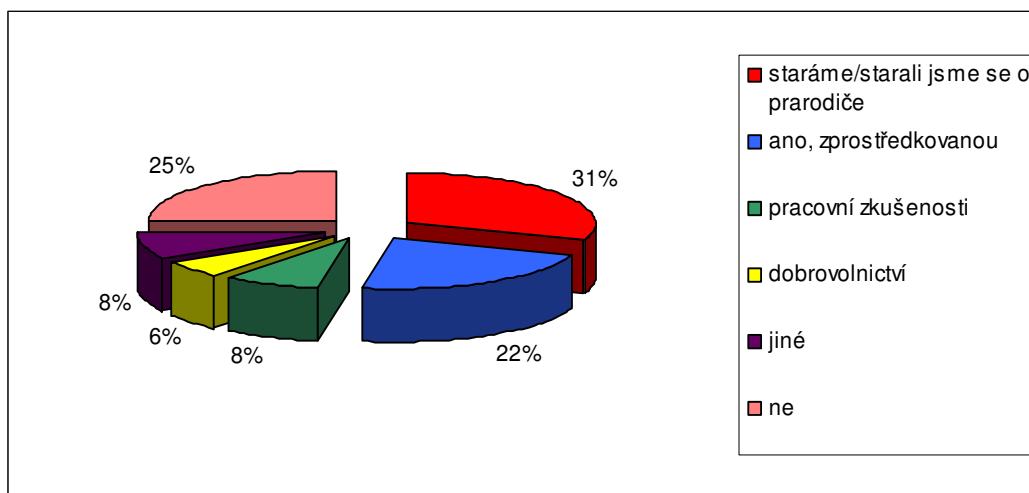


Zdroj: Vlastní výzkum

Vícegenerační dům zvolilo 15 dotázaných (41 %), vícegenerační byt zvolili 4 respondenti, dva domy spojené dvorem označilo 10 dotázaných (28 %), jinou možnost

označili 2 respondenti (6 %) a žádnou zkušenost s vícegeneračním soužitím nemá 5 dotázaných (14 %).

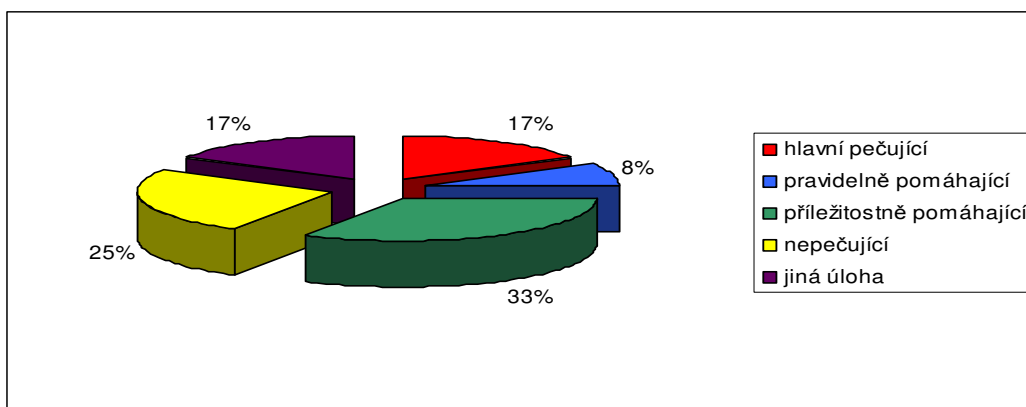
Graf č. 3 Máte zkušenost s péčí o seniory v rodině?



Zdroj: Vlastní výzkum

11 respondentů (31 %) zvolilo kategorii staráme/starali jsme se o prarodiče z matčiny či otcovy strany. Zprostředkovanou zkušenost, kdy navštěvují někoho, kdo pečuje v jejich blízkém okolí, má 8 dotázaných (22 %), pracovní zkušenosti z charity nebo pečovatelské služby mají 3 respondenti (8 %), stejný počet má s rodinnou péčí jinou zkušenost, žádnou zkušenost nemá 9 respondentů (25 %). Respondenti, kteří zvolili kategorii jiné a ne, neodpovídali na následující dvě otázky.

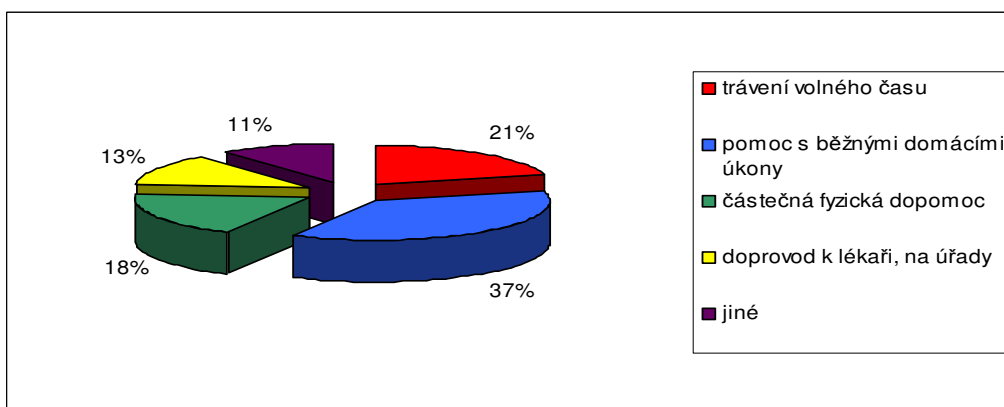
Graf č. 4 Jakou roli zastáváte/zastával(a) jste v péči o seniora?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku odpovídalo 24 respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili možnost a–d. Roli hlavního pečujícího označili 4 respondenti (17 %), pravidelně pomáhající byli 2 dotázaní (8 %), příležitostně pomáhajícími se označilo 8 respondentů (33 %), nepečujících bylo 6 dotázaných (25 %) a jinou úlohu zastávali 4 respondenti (17 %).

Graf č. 5 Jaký typ péče o seniora poskytujete/poskytoval(a) jste?

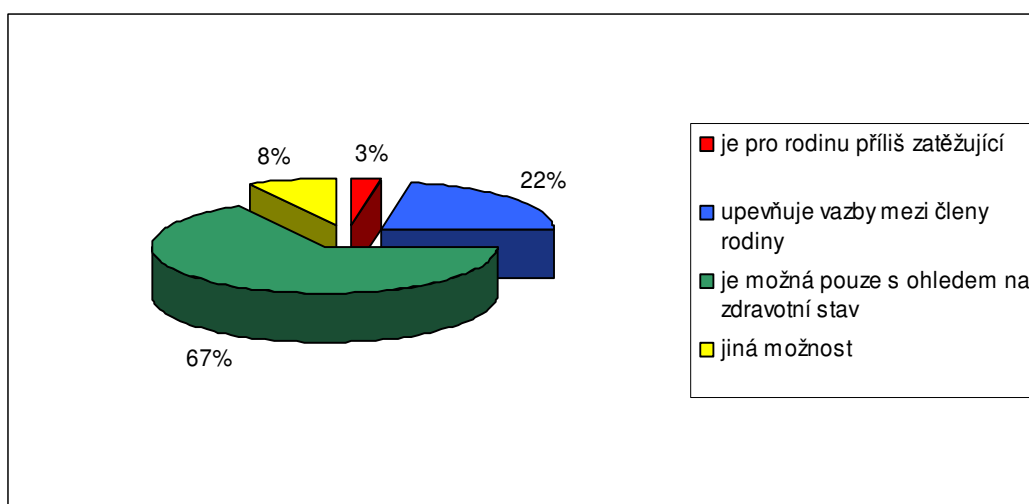


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka povolovala více odpovědí, 24 respondentů zvolilo celkem 38 možností (100 %).

Kategorie trávení volného času byla zvolena 8x (21 %), možnost pomoc s běžnými domácími úkony byla zvolena celkem 14x (37 %), částečná fyzická dopomoc byla zaškrtnuta 7x (18 %), doprovod k lékaři, na úřady apod. byla zvolena 5x (13 %) a možnost jiné byla využita 4x (11 %).

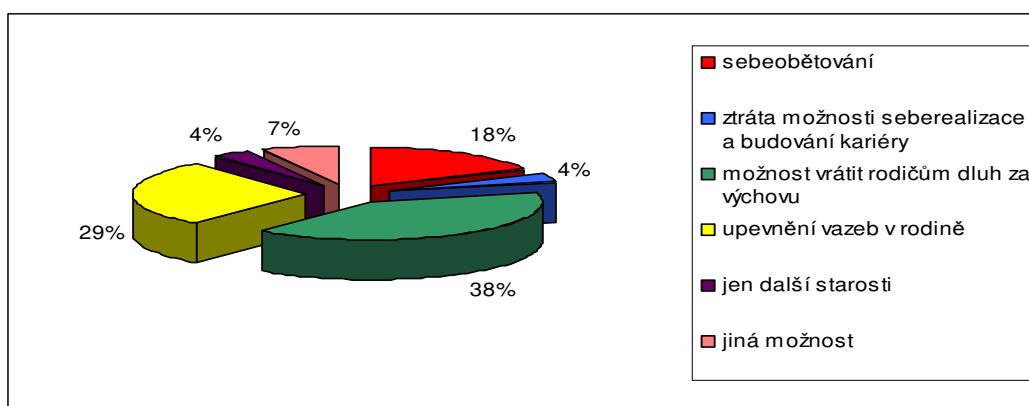
Graf č. 6 Co si myslíte o rodinné péči?



Zdroj: Vlastní výzkum

Rodinná péče (= nesoběstačný senior je doma, stará se o něj jeden či více rodinných příslušníků) je pro rodinu příliš zatěžující, to si myslí 1 respondent (3 %), možnost upevňuje vazby mezi členy rodiny zvolilo 8 dotázaných (22 %), že je rodinná péče možná pouze s ohledem na zdravotní stav seniora i ošetřujícího, si myslí 24 dotázaných (67 %) a jinou možnost zvolili 3 dotázaní (8 %).

Graf č. 7 Co pro Vás znamená rodinná péče?

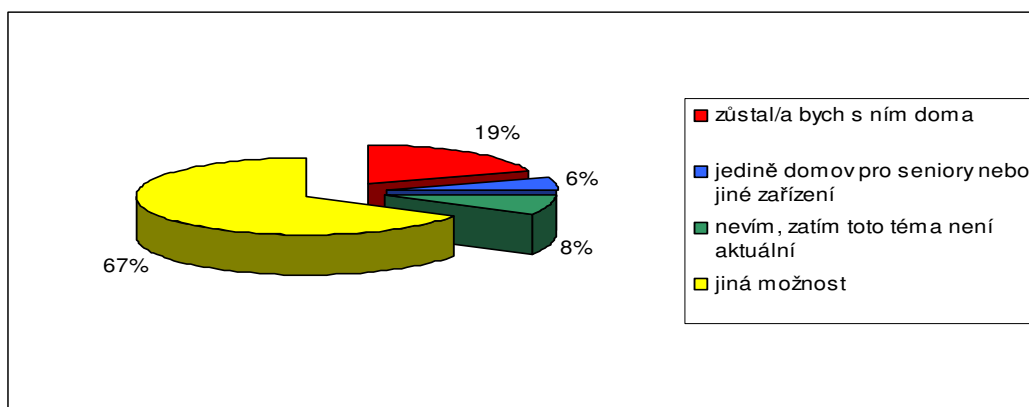


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka umožňovala zvolit více možností odpovědí. Celkem 36 respondentů zvolilo celkem 56 odpovědí, které nyní považují za 100 %.

Rodinnou péči jako sebeobětování zvolilo 10 respondentů (18 %), ztrátou možnosti seberealizace a budování kariéry označili rodinnou péči 2 respondenti (4 %), možnost vrátit rodičům „dluh“ za výchovu zvolilo 22 dotázaných (38 %), upevnění vazeb v rodině respondenti zvolili celkem 16x (29 %), jen další starosti zvolili 2 dotázaní (4 %), jinou možnost respondenti viděli celkem 4x (7 %).

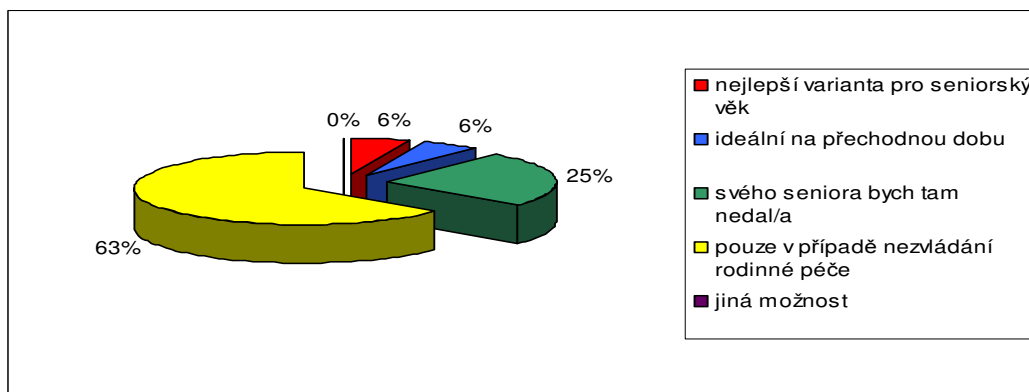
Graf č. 8 Jaký je Váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho rodiče – seniora?



Zdroj: Vlastní výzkum

Se seniorem by doma i přes ztrátu zaměstnání zůstalo 7 respondentů (19 %), domov pro seniory nebo jiné kolektivní zařízení by volili 2 dotázaní (6 %), toto téma není aktuální pro 3 respondenty (8 %) a jinou možnost by volilo 24 respondentů (67 %)

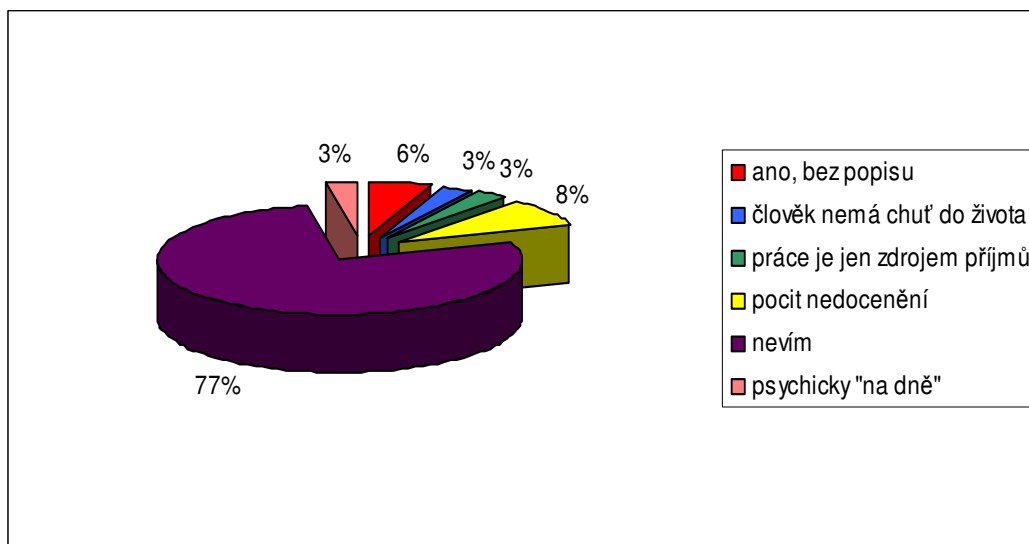
Graf č. 9 Jaký je Váš názor na institucionální péči?



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejlepší variantu pro seniora zvolili dva dotázaní (6 %), stejně jako ideální variantu na přechodnou dobu, svého seniora by tam nedalo 9 dotázaných (25 %), pouze při nezvládnání rodinné péče zvolilo 23 respondentů (63 %). Možnost jiné nezvolil nikdo

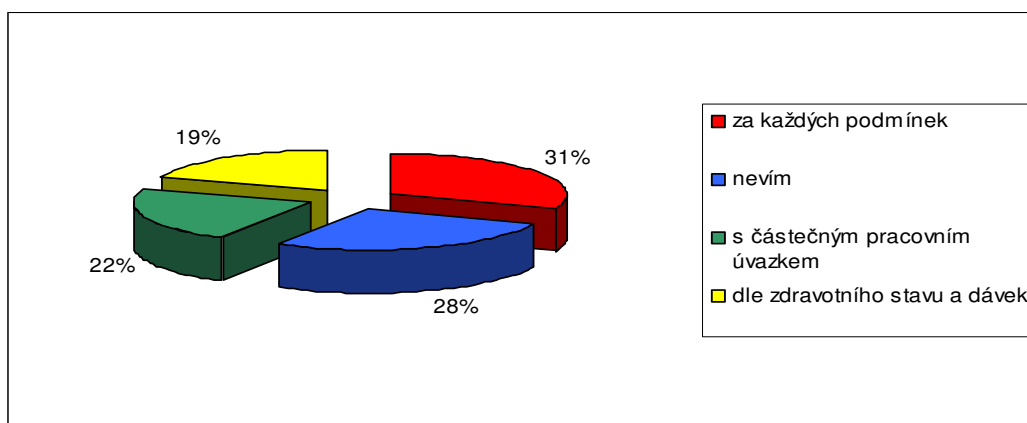
Graf č. 10 Víte, co je to tzv. burn-out syndrom neboli syndrom vyhoření?



Zdroj: Vlastní výzkum

Člověk nemá chuť do života, práce je jen zdrojem příjmu, psychicky „na dně“ – takto popsal syndrom vyhoření vždy jeden respondent (3 %), ano bez popisu odpověděli dva dotázaní (6 %), pocitem nedocení definovali burn-out 3 respondenti (8 %) a 28 respondentů (77 %) o syndromu vyhoření nikdy neslyšelo.

Graf č. 11 Uved'te, prosím, za jakých podmínek byste byli ochotni/schopni se osobně starat o starého nemohoucího příbuzného?

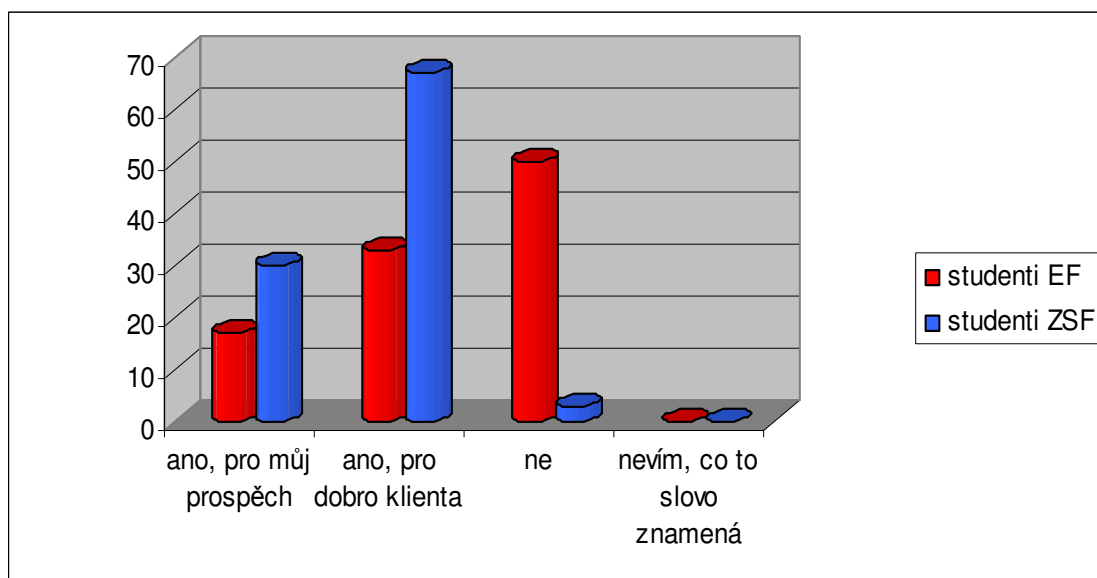


Zdroj: Vlastní výzkum

Za každých podmínek by se o svého příbuzného - seniora postaralo 11 respondentů (31 %), odpověď nevím napsalo 10 dotázaných (28 %), s částečným úvazkem by se osobně staralo 8 respondentů (22 %) a dle zdravotního stavu sebe i seniora by se rozhodovalo 7 dotázaných (19 %).

4.5 Srovnávací grafy

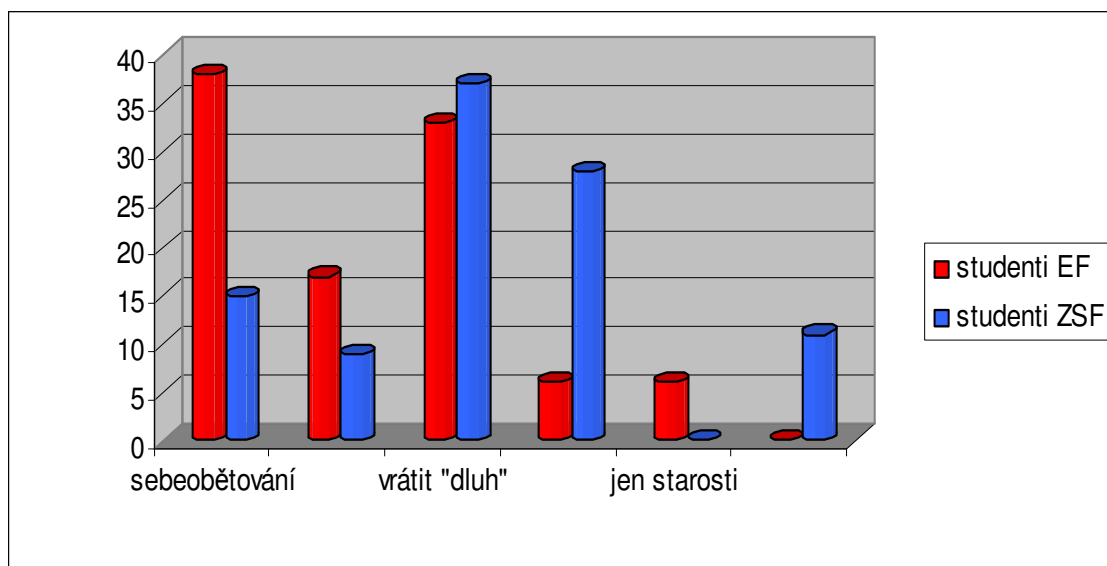
Graf č. 1 Vede Vás Váš studijní obor k empatii (vcítění) ke druhým lidem?



Zdroj: Vlastní výzkum

Odpověď ano, pro můj vlastní prospěch, uvedlo 17 % studentů EF a 30 % studentů ZSF. Ano, pro dobro klienta, uvedlo 33 % dotázaných z EF a 67 % respondentů ze ZSF. Odpověď ne zvolilo 50 % respondentů z EF a 3 % ze ZSF. Odpověď ne nezvolil žádný respondent.

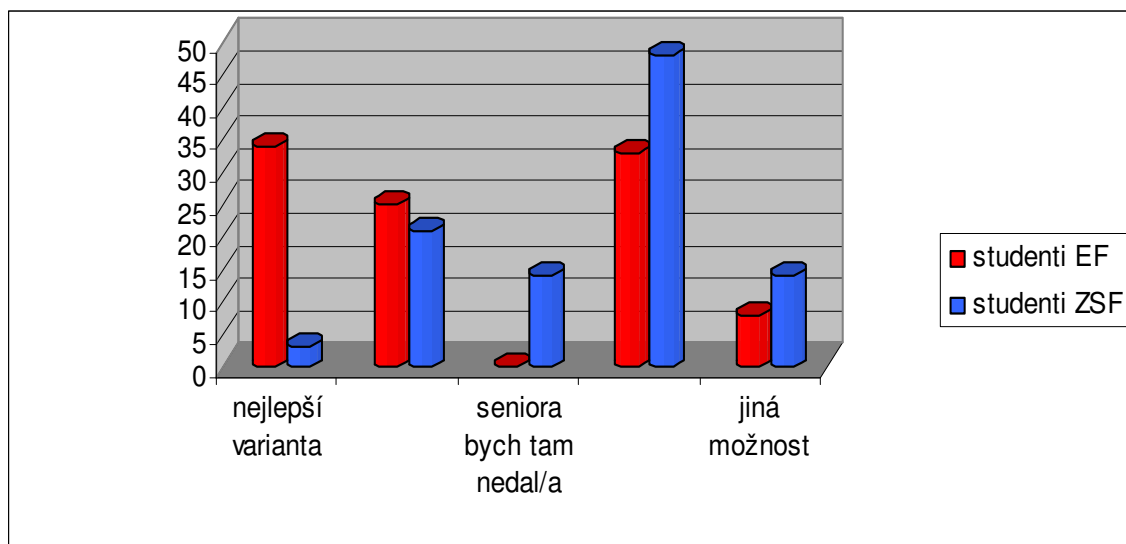
Graf č. 2 Co pro Vás znamená rodinná péče?



Zdroj: Vlastní výzkum

Do kategorie sebeobětování se zařadilo 38 % studentů z EF a 15 % ze ZSF, možnost ztráta seberealizace a budování kariéry zvolilo 17 % respondentů z EF a 9 % ze ZSF, s možností vrátit rodičům dluh za mou výchovu se ztotožnilo 33 % respondentů z EF a 37 % ze ZSF, o upevnění vazeb v rodině je přesvědčeno 6 % dotázaných z EF a 28 % ze ZSF. Možnost jen další starosti zvolilo 6 % dotázaných z EF a 0% ze ZSF. Jinou možnost zvolilo 11 % respondentů ze ZSF a 0 % z EF.

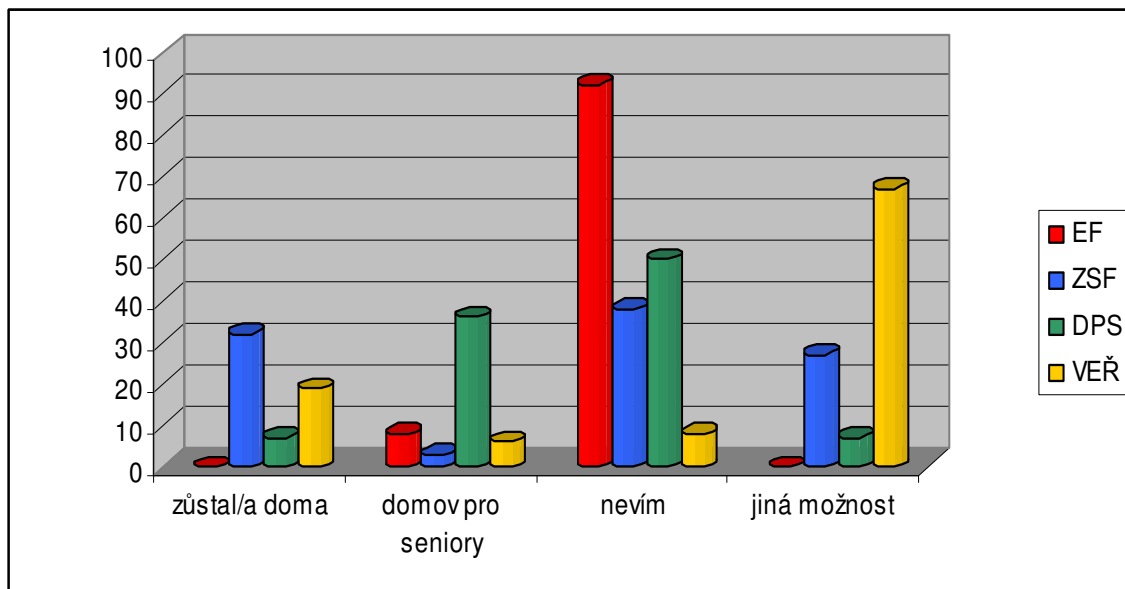
Graf č. 3 Jaký je Váš názor na institucionální péči?



Vlastní výzkum

Jako nejlepší variantu pro seniorský věk vidí institucionální péči 34 % respondentů z EF a 3 % ze ZSF. Možnost ideální na přechodnou dobu zvolilo 25 % dotázaných z EF a 21 % ze ZSF. Svého seniora by do instituce nedalo 14 % dotázaných ze ZSF, z EF tuto možnost nezvolil žádný respondent. Pouze v případě nezvládnání rodinné péče instituci volilo 33 % respondentů z EF a 48 % ze ZSF. Jinou možnost zvolilo 8 % dotázaných z EF a 14 % ze ZSF.

Graf č. 4 Jaký je Váš postoj z zabezpečení péče o Vašeho rodiče – seniora?



Zdroj: Vlastní výzkum

Srovnávací graf ukazuje, jaký je postoj k zabezpečení péče o seniora u všech skupin zkoumaného souboru. Nejvíce respondentů neví, nebo to pro ně není aktuální (92 % z EF, 38 % ze ZSF, 50 % zaměstnanců domova pro seniory). Veřejnost (67 %) se přiklání k jinému řešení situace. Domov pro seniory jako nejlepší variantu vidí zaměstnanci domova pro seniory (36 %). Se seniorem by zůstalo doma nejvíce respondentů ze ZSF (32 %).

5. Diskuse

Pro diplomovou práci byly vybrány 4 skupiny respondentů – studenti Ekonomické fakulty, studenti Zdravotně sociální fakulty, abych zjistila, zda Zdravotně sociální fakulta vychovává empatické pracovníky a zda ekonomové jsou orientováni spíše na kariéru. Zaměstnanci domova pro seniory byli vybráni z toho důvodu, že jsou odborníky na péči na slovo vzatými, dnes a denně se setkávají se stářím a koncem života. Skupina laické veřejnosti byla vybrána pro zjištění postoje obyvatel spádových obcí daného domova pro seniory, kteří již otázku seniora v rodině řeší, nebo v brzké době budou muset řešit.

Současné zvyšující se celospolečenské nároky na péči o seniory, které se projevují v souvislosti s demografickým vývojem, je třeba řešit pomocí smíšených forem péče, kde rodiny využívají příspěvky na péči apod. Psychická i finanční zátěž pečujících rodin vzrůstá s reálnými nároky péče, jež se liší dle potřeb seniora. Přitom rozložení zátěže na více osob je pocíťováno jako snížení této zátěže.**(18)** S tímto se podle výsledků ztotožnila skupina laické veřejnosti v 67 % (kap. 4.5, graf 4), v možnosti „jiné“ uváděli, že by se osobně starali o svého nemohoucího rodiče – seniora, pokud by měli možnost využít pečovatelské služby, dobrovolníků, denních a týdenních stacionářů. Nechtějí se tedy vzdát zaměstnání úplně, uvítali by možnost pracovat na částečný úvazek, ale kolektivní zařízení s celoročním provozem by volili pouze v případě nezvládnutí rodinné péče (kap. 4.4, graf 9, 11). Rodinná péče znamená pro laickou veřejnost především možnost vrátit rodičům „dluh“ za výchovu, upevnění vazeb v rodině a teprve potom je vnímána jako sebeobětování. Současně si zkoumaná skupina uvědomuje, že rodinná péče je možná pouze s ohledem na zdravotní stav pečujícího i seniora. 72 % respondentů dané skupiny prožilo největší část života na venkově. 41 % dotázaných má zkušenost s bydlením ve dvougeneračním domě, 28 % má zkušenost s bydlením ve dvou domech spojených dvorem. 31 % dotázaných má zkušenost s péčí o rodiče z matčiny či otcovy strany, nejčastěji zde zastávali roli příležitostně pomáhajícího (33 %), kdy pomáhali s běžnými domácími úkony jako

obstarání nákupu, úklid domácnosti, praní a další. S rostoucím tlakem společnosti na ekonomickou aktivitu jedince se zdá, že domácí péče není atraktivní činnost. Dle výsledků šetření se však ukazuje, že i přesto se jí veřejnost nechce vzdát zcela ve prospěch instituce, která pro ně znamená tzv. poslední štaci před smrtí. Názor veřejnosti ze spádové oblasti je zřejmě ovlivněn jak zkušeností, tak veřejným míněním.

Zaměstnanci domova pro seniory (dále jen DPS) žijí ze 78 % na vesnici, převážně ve spádových obcích svého zaměstnavatele. 56 % má zkušenost se soužitím více generací v domě. 53 % dotázaných se doma setkalo s péčí o seniory v případě rodičů matky či otce, nejčastěji zastávali roli příležitostně pomáhajícího (42 %), kdy pomáhali s běžnými domácími úkony zahrnujícími nákupy, úklid domácnosti nebo praní prádla (38 %), a poskytovali částečnou fyzickou pomoc při oblékání, osobní hygieně apod. (31 %). Zaměstnanci DPS si jako profesionálové velmi dobře uvědomují, že rodinná péče je možná pouze s ohledem na zdravotní stav seniora i pečujícího (61 %). Chápu sice rodinnou péči jako možnost vrátit rodičům „dluh“ za výchovu (31 %), zároveň však ztrácí možnost seberealizace a budování kariéry (29 %), zřejmě proto 36 % dotázaných zvolilo na otázku postoje k zabezpečení péče o jejich rodiče-seniora DPS nebo jiné kolektivní zařízení s celoročním provozem. V otázce vlastního názoru na institucionální péči se respondenti v 50 % shodli na možnosti dát seniora do zařízení jen v případě nezvládnání rodinné péče, dalších 29 % dotázaných si myslí, že institucionální péče je nejlepší variantou pro seniorský věk. Zaměstnanci DPS jako pracovníci v pomáhajících profesích by měli být informováni o syndromu vyhoření a jeho projevech a především vedení my mělo dbát na jeho prevenci. V domově funguje systém střídání zaměstnanců, kteří jsou v přímém denním kontaktu s klienty, po všech typech oddělení. Pocit vyčerpání jako projev syndromu vyhoření uvedla 64 % respondentů, nezájem o nic uvedlo 11 % dotázaných. Pouze 4 % respondentů o burn-out nikdy neslyšela. Na otázku příjmů pečující osoby odpovědělo celých 43 % respondentů, že neví, příspěvek na péči, pokud se s pečovanou osobou dohodnou, uvedlo 39 % dotázaných. 14 % respondentů napsalo ano bez dalšího vysvětlení. Poslední otázka v dotazníku zjišťovala, za jakých podmínek jsou zaměstnanci ochotni se osobně starat

o starého nemohoucího příbuzného. 38 % dotázaných odpovědělo neví, naopak vždy je ochotných starat se 25 % respondentů. Při dostatku financí by bylo ochotných starat se 18 % dotázaných a na přechodnou dobu by se o seniora postaralo 11 % dotázaných.

Z 24 respondentů Ekonomické fakulty odpovědělo 50 % z nich, že jejich studijní obor je nevede k empatii (vcítění) ke druhým lidem, což samo o sobě ukazuje, že nejde o pomáhající profesi ani o orientaci na klienta v jeho zájmu. Zkušenost se soužitím více generací nemá 41 % dotázaných, 25 % však zažilo 2 domy spojené dvorem. Zkušenost s péčí o seniora v rodině (prarodičů z matčiny či otcovy strany) má 42 % dotázaných, nejčastěji zastávali roli příležitostně pomáhajícího (89 %). Na otázku, jaký typ péče nejčastěji poskytovali, odpověděli, že trávení volného času například povídáním, čtením, hrami na cvičení paměti apod. 44 % respondentů, stejný počet dotázaných označil možnost pomoc s běžnými domácími úkony, jako je nákup, úklid domácnosti nebo praní. V otázce názoru na rodinnou péči se 58 % dotázaných shodlo, že je možná pouze s ohledem na zdravotní stav seniora i pečujícího, dalších 25 % respondentů si myslí, že je pro rodinu příliš zatěžující. Otázka: Co pro Vás znamená rodinná péče? se zaměřila na osobní stanovisko dotázaných. Odpověď sebeobětování zvolilo 38 % dotázaných, ztrátu možnosti seberealizace a budování kariéry označilo 17 % respondentů a ve 33 % byla zvolena možnost vrátit rodičům „dluh“ za výchovu. Institucionální péči jako nejlepší variantu pro seniorský věk vidí 34 % dotázaných. Na přechodnou dobu by instituci využilo 25 % respondentů a v případě nezvládnání rodinné péče by tuto možnost volila 33 % dotázaných studentů Ekonomické fakulty. Na otázku, která zjišťovala informovanost o syndromu vyhoření, odpovědělo 76 % studentů, že o tom nikdy neslyšeli, po 8 % dotázaných uvedlo možnost „forma deformace z povolání“, „hoří, až shoří“ a „pocit nepotřebnosti“. Na otázku příjmů pečující osoby odpovědělo 84 % respondentů, že neví, po 8 % respondenti uvedli ano – bez odpovědi a dávky sociální podpory. Osobně by se o nemohoucího seniora staralo 25 % dotázaných, pokud by nebyla jiná možnost, dle zdravotního stavu by se zachovalo 33 % respondentů, s patřičným vybavením domu/bytu by se postaralo 17 % dotázaných. Stejný počet

respondentů (17 %) by se nechtělo osobně starat v žádném případě, péči by nechali na instituci a 8 % by se staralo při zajištění dávek pečujícím.

Z 36 respondentů Zdravotně sociální fakulty odpovědělo na otázku, zda je studijní obor vede k empatii ke druhým lidem, 67 % dotázaných ano – pro dobro klienta. 30 % respondentů odpovědělo ano – pro můj vlastní prospěch, 3 % odpověděla ne. Zde zřejmě záleží na subjektivním vnímání pojmu empatie. 62 % dotázaných studentů ZSF prožila většinu života ve městě, 38 % pak na venkově, s čímž zřejmě souvisí odpověď na další otázku, že zkušenost s vícegeneračním soužitím nemá 57 % respondentů. Na otázku zkušenosti s péčí o seniora v rodině odpovědělo ne 30 % studentů, 24 % pak zažilo pečování o prarodiče ze strany matky či otce. V této péči nejčastěji zastávali roli pravidelně pečujícího ve 38 %, kdy několikrát týdně přebírali roli hlavního pečujícího. Tato role zahrnuje nejvíce trávení volného času (32 %) povídáním, hrami na cvičení paměti, čtením apod., dále pak pomoc s běžnými domácími úkony (28 %) a částečnou fyzickou dopomoc (23 %). Nejvíce dotázaných studentů ZSF si myslí, že rodinná péče (nesoběstačný senior je doma, stará se o něj jeden či více rodinných příslušníků) je možná pouze s ohledem na zdravotní stav seniora i pečujícího (48 %), 30 % si myslí, že upevňuje vztahy mezi členy rodiny. Na otázku: Co pro Vás znamená rodinná péče? vnímá největší počet respondentů (37 %) rodinnou péči jako možnost vrátit rodičům dluh za jejich výchovu. Druhý nejvyšší počet odpovědí byl u odpovědi upevnění vazeb v rodině (28 %). Odpověď ztráta možnosti seberealizace a budování kariéry byla označena v 9 %, odpověď jen další starosti nebyla zvolena vůbec, z čehož vyplývá, že studenti jsou orientováni více na rodinu než na kariéru a zisk prestiže. Mnoho rodičů dotázaných studentů ZSF je ještě v produktivním věku, proto otázka postoje k zabezpečení péče o vlastního rodiče – seniora byla spíše motivem k zamyšlení se nad budoucností. Přesto 38 % respondentů uvedlo možnost, že toto téma zatím není aktuální, 32 % studentů má jasno, že by s rodičem zůstali doma i přes ztrátu zaměstnání, 27 % by volilo možnost kombinace osobní péče s pečovatelskou službou, dobrovolníky nebo stacionářem. V otázce názoru na institucionální péči se 48 % dotázaných studentů shodlo, že by jí využilo pouze v případě nezvládnutí rodinné

péče, 21 % respondentů uvedlo, že institucionální péče je ideální variantou na přechodnou dobu, například pro nutný odpočinek pečujícího. Svého seniora by do instituce nedalo v žádném případě 14 % dotázaných, z čehož lze usuzovat, že studenti ZSF velmi inklinují k rodinné péči. Na otázku ohledně syndromu vyhoření neodpověděl ne žádný respondent, 48 % dotázaných popsal burn-out syndrom jako celkový kolaps, vyčerpání na bio-psycho-sociální rovině; fáze vývoje, projevy psychické, fyzické a emocionální popsal 30 % dotázaných; formulací hoří, až shoří definovalo svou odpověď 14 % studentů, 8 % se omezilo na konstatování, že práce jedince nebaví, nezvládá ji, až odchází. Tošner, Tošnerová popisují syndrom vyhoření jako „stav, který ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity beznaděje, nemá chuť do práce, ani radost ze života.“ (46) Z výsledků výzkumu tedy vyplývá, že studenti ZSF jsou o této problematice velmi dobře informováni. V otázce příjmů pečující osoby uvedlo 54 % dotázaných příspěvek na péči, pokud se na tom pečující se seniorem dohodne, protože primárně příspěvek na péči pobírá nesoběstačný senior, tato odpověď ukazuje znalost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Odpověď ne zvolilo 24 % respondentů, 8 % dotázaných uvedlo, že pečující osoba si může vydělávat, jak chce, musí však zajistit péči o seniora jiným způsobem. Otevřená otázka na podmínky, za kterých by se respondenti byli schopni starat o nemocného příbuzného, uvedlo 33 % respondentů, že žádné podmínky nemají, postarali by se za každé situace. 16 % respondentů uvedlo jako podmínku rozložení péče na ostatní příbuzné, s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu sebe i seniora a s přihlédnutím k dostupnosti respitních služeb by se staralo 14 % dotázaných, studenti si zřejmě uvědomují náročnost této „služby z lásky“.

K potvrzení, či vyvrácení hypotézy č. 1 slouží grafy v kapitole 4.5.

Graf č. 1 srovnává obory na EF a ZSF z hlediska míry empatie ke druhým lidem, potažmo ke klientům. Zatímco 50 % studentů EF označilo jednoznačně ne, že je studijní obor nevede k empatii, 67 % studentů ZSF označilo možnost ano, pro dobro klienta.

Graf č. 2 srovnává osobní názor studentů EF a ZSF na rodinnou péči. 38 % studentů EF ji vnímá jako sebeobětování, stejnou možnost zvolilo pouze 15 % studentů

ZSF. Vyšší počet studentů EF (17 %) rodinnou péči bere jako ztrátu možnosti seberealizace, totéž si myslí 9 % studentů ZSF.

Graf č. 3 srovnává názor obou skupin studentů na institucionální péči. Za nejlepší variantu pro seniorský věk ji považuje 34 % studentů EF, ale jen 3 % dotázaných ze ZSF. Svého seniora by do institucionální péče dalo v případě nezvládnání rodinné péče 48 % studentů ZSF a 33 % dotázaných z EF.

Hypotéza č. 1 zní: *Studiem různých oborů na rozdílných fakultách se postoj k rodinné péči u studentů ZSF a EF liší.*

Hypotézu považujeme za potvrzenou, pokud se studenti liší v odpovědích na otázku empatie, osobního názoru na rodinnou péči a na institucionální péči.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že všechny podmínky byly splněny, studenti se liší ve všech odpovědích, proto se hypotéza č. 1 *potvrdila*.

Hypotéza č. 2 zní: *Zaměstnanci domova pro seniory preferují ústavní péči.*

Hypotézu považujeme za potvrzenou, pokud více než 50 % respondentů vidí rodinnou péči jako ztrátu možnosti seberealizace a budování kariéry, více než 50 % dotázaných je přesvědčeno, že institucionální péče je nejlepší variantou pro seniorský věk, a pokud více než 50 % dotázaných zaměstnanců je přesvědčeno, že rodinná péče je možná pouze s ohledem na zdravotní stav pečujícího i pečovaného.

Vzhledem k tomu, že z výsledků výzkumu vyplynulo, že podmínka 1 nebyla splněna (takto vidí rodinnou péči pouze 48 % dotázaných), podmínka 2 rovněž nebyla splněna (o tomto tvrzení je přesvědčeno pouze 29 % respondentů), podmínka 3 splněna byla (danou odpověď zvolilo 61 % dotázaných), ale pro potvrzení hypotézy toto nestačí, hypotéza č. 2 *se nepotvrdila*.

Hypotéza č. 3 zní: *Z hlediska reality života inklinuje vybraná skupina veřejnosti ve spádové oblasti k rodinné péči.*

Hypotézu považujeme za potvrzenou, pokud více než 30 % respondentů zažilo rodinnou péči o seniora v podobě prarodiče, pokud pro méně než 30 % dotázaných téma rodinné

péče není aktuální, a pokud pro méně než 50 % respondentů znamená rodinná péče sebeobětování nebo ztrátu možnosti budovat kariéru.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že rodinnou péči o seniora zažilo 31 % dotázaných, téma rodinné péče není aktuální pro 8 % respondentů a jako sebeobětování a ztrátu možnosti seberealizace vnímá rodinnou péči 22 % dotázaných. Všechny dané podmínky byly splněny, proto byla hypotéza č. 3 *potvrzena*.

6. Závěr

Pro diplomovou práci bylo zvoleno několik cílů.

Cílem č. 1 bylo zjistit postoj k rodinné péči u studentů končícího ročníku Zdravotně sociální fakulty a Ekonomické fakulty v souvislosti s edukačním procesem. K tomuto cíli se váže potvrzená hypotéza č. 1, která říká, že studiem různých oborů na rozdílných fakultách se postoj studentů k rodinné péči liší. Z výsledků bylo zjištěno, že studenti Ekonomické fakulty jsou orientováni spíše na kariéru, k získání prestiže ve společnosti, zatímco studenti Zdravotně sociální fakulty jsou vedeni k empatii ke klientům a orientaci na morální hodnoty. V pomáhajících profesích je toto vyžadováno, proto lze konstatovat, že Zdravotně sociální fakulta vychovává odborníky ve svém oboru. Postoj studentů byl dotazníkovým šetřením zjištěn, cíl byl tedy splněn.

Cílem č. 2 bylo zjistit postoj k rodinné péči u zaměstnanců, kteří pracují v daném domově pro seniory. Hypotéza č. 2 (Zaměstnanci domova pro seniory preferují ústavní péči), která se k tomuto cíli váže, byla vyvrácena. Z výsledků šetření vyplývá, že ačkoli jsou zaměstnanci profesionály na slovo vzatými, nejsou jednoznačně přesvědčeni, že ústavní péče by měla být upřednostňována před domácím staráním se. Postoj byl zjištěn, cíl byl tedy splněn.

Cílem č. 3 bylo zjistit postoj k rodinné péči u vybrané skupiny laické veřejnosti ze spádové oblasti daného domova pro seniory, kteří tuto otázku řeší, nebo v blízké době budou muset řešit. K tomuto cíli se váže hypotéza č. 3, která říká, že z hlediska reality života a praxe inklinuje vybraná skupina veřejnosti ve spádové oblasti k rodinné péči. Hypotéza byla dotazníkovým šetřením potvrzena. Postoj respondentů je ovlivněn tradicí a morálními hodnotami. Na vesnici, kde si sousedé obrazně řečeno vidí až do talíře, se mnohem více řeší, kdo se o seniory stará a kdo ne, a domov pro seniory je považován za neschopnost a neochotu příbuzenstva. Postoj skupiny laické veřejnosti byl zjištěn, cíl byl tedy splněn.

Z výzkumu, který provedl Sociologický ústav AV ČR v roce 2006 mezi více než 1000 respondenty, vyplynulo, že domácí péči o seniory preferují 2/3 obyvatelstva.

Problémem je však dostupnost pečovatelské služby. Většina zastupitelů obcí stále prosazuje ústavní péči. Rodinná péče je však humánnější a ekonomicky méně náročná než náklady na výstavbu domovů pro seniory a jejich provoz. Lidé, kteří zůstávají v domácím důvěrně známém prostředí mezi svými blízkými, prožívají klidný a důstojný podzim života.

Diplomová práce byla vytvořena, aby sloužila jako signál, zda ZSF vychovává odborníky z přesvědčení a zda se absolventi EF soustředí víc na kariéru a vlastní růst. Obojí bylo potvrzeno. Práce bude poskytnuta pracovníkům Domova pro seniory Radkova Lhota a studentům ZSF.

Ačkoli jde současná společnost rychle dopředu a klade na jedince vyšší a vyšší nároky, stále je mezi námi dost těch, kteří se nezaleknou náročnosti péče v rodinném kruhu, protože v životě je normální péči dvakrát dávat a dvakrát přijímat.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BERÁNKOVÁ, K.: *Důchodový věk se postupně zvyšuje už nyní*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005. 3 s. Tisková zpráva MPSV.
2. CAHA, A.: *Autonomní morálka*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 138 s. ISBN 80-244-0789-2.
3. ČERNÁ, R., KOŽÍKOVÁ, Z.: *Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotních sester* [online]. Praha: Urologická klinika Vinohradské fakultní nemocnice, 2004. [cit. 2009-07-30]. Dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/uro/2004/06/10.pdf>>.
4. *Denní stacionář v Domově* [online]. [cit. 2009-07-28]. Praha: Domov sv. Karla Boromejského. Dostupné z: <<http://www.domovrepy.cz/s01seniori/stacionar.php>>
5. *Domov pro osoby se zdravotním postižením v Oseku* [online]. [cit. 2009-07-29]. Dostupné z: <<http://www.usposek.cz/>>.
6. *Domov pro seniory* [online]. c2008. [cit. 2009-07-24]. Dostupné z: <<http://www.domov-duchodcu.cz/>>.
7. ELIÁŠOVÁ, L.: *Péče o seniora v domácím prostředí*. Brno, 2009. Diplomová práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/68154/fss_m/Pece_o_seniora_v_domacim_prostredi.txt?lang=en>.
8. GLOGAR, P.: Mužský rituál přechodu do zralé dospělosti v chaosu rodinných vztahů. *Rodinný život*, únor 2009, ročník 22, č. 1, s. 15. ISSN 1214-0856.

9. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. Edice Pyramida. ISBN 80-7038-15-2.
10. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Manuálek sociální gerontologie: české ošetřovatelství 10*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2004. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
11. HEGYI, L.: *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí: Učebné texty*. Trnava: Slovak Academic Press, 2001. 128 s. Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce. ISBN 80-88908-80-9.
12. HERMANOVÁ, M.: Strategie moderní gerontologie. *Zpravodaj Asociace ústavů sociální péče České republiky*, březen 2006, ročník 8., č. 1, s. 6–7. ISSN 1801-3112.
13. HOLEKSOVÁ, T.: *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.
14. HORSKÁ, P. et al.: *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 474 s. Edice Pyramida. ISBN 80-7038-011X.
15. CHADRABOVÁ, T.: Odchod do důchodu v 65 letech ušetří 77 miliard. *Peníze.cz* [online]. c2000-2008, 14. 2. 2008. [cit. 2009-03-30]. ISSN 1213-2217. Dostupné z: <<http://www.penize.cz/41851-odchod-do-duchodu-v-65-letech-usetri-77-miliard>>.
16. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
17. JAROŠOVÁ, D.: *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

18. JEŘÁBEK, H. :*Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2009. 18. 6. 2009, [cit. 2009-07-31].
Dostupné z:
<http://sreview.soc.cas.cz/uploads/b02650d7a75e5ebccff13c37a521b65c39a7d028_Jerabek2009-2.pdf>.
19. JONAS, H.: *Princip odpovědnosti*. Přeložili Břetislav Horyna a Zdeněk Bígl. 1.vyd. české. Praha: Oikoymenh, 1997. 318 s. ISBN 80-86005-06-2.
20. KEBZA, V. - ŠOLCOVÁ, I.: *Syndrom vyhoření. Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. 2. vyd. Praha: SZÚ, 2003, ISBN 80-7071-231-7.
21. KOPECKÁ, L. :*Výroční zpráva o činnosti a hospodaření v roce 2007*. Praha: Veselý senior, 2008. Výroční zpráva nadačního fondu.
22. KOVAL, Š.: *Týranie starých ľudí*. 1. vyd. Košice: PonT, 2001. 148 s. ISBN 80-967611-2-9.
23. KOZLOVÁ, L.: *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 80 s. ISBN 80-7254-662-7.
24. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 131 s. Edice Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.
25. Léčebny dlouhodobě nemocných. *Zdravnet.cz* [online]. c2009. [cit. 2009-07-25].
Dostupné z: <http://www.zdravnet.cz/zdravotni_pece/lecebny/lecebny_dlouhodobe_nemocnych/index.html>.

26. MALÁ, L.: *Nesoběstačný starý člověk v rodině*. České Budějovice, 1998. 72 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity.
27. MATOUŠEK, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 128 s. ISBN 80-901424-7-8.
28. MATOUŠEK, O. et al.: *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
29. MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
30. MUSIL, L., ŠRAJER, J.: Změny sociálního prostředí a životní úkoly rodiny. In: *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. 1. vyd. Boskovice: 2008. 152 s. Kapitola 10, s. 144. ISBN 978-80-7326-145-0.
31. *Oddělení sociálních služeb a zdravotnictví* [online]. 17. 6. 2009, [cit. 2009-07-28]. Dostupné z: <<http://www.jablunkov.cz/informace/stari.html>>.
32. PILMAJER, P.: *Výroční zpráva Oblastní charity Bystřice pod Hostýnem za rok 2007*.
33. PLISKOVÁ, A.: *Bazální stimulace u seniorů s Alzheimerovou chorobou*. Brno, 2007. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/69739/pedf_m/Basalni_stimulace_u_senioru_s_Alzheimerovou_chorobou.txt>.
34. *Rodina* [online]. 17.5.2009 [cit. 2009-03-03]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina#V.C3.BDvoj_rodiny>.

35. *Rodina a starý člověk* [online]. c2007. [cit. 2009-03-03]. Dostupné z: <<http://www.cssp2.cz/index.php?k=5>>.
36. ŘÍMAN, J. et al.: *Malá československá encyklopedie*. sv. 2. D–CH. 1. vyd. Praha : Academia, 1985. s.963–964
37. ŘÍMAN, J. et al.: *Malá československá encyklopedie*. sv. 6. Š–Ž. 1. vyd. Praha: Academia, 1987. s. 65
38. SOBOTKOVÁ, I.: *Psychologie rodiny*. 2. přeprac. vydání. Praha: Portál, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
39. *Sociální služby – způsoby pomoci* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2009-07-27]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
40. SOVOVÁ, E.: *Důchod již není pro některé jen almužnou*. Peníze.cz [online]. c2000-2008, 20. 7. 2009. [cit. 2009-07-30]. ISSN 1213-2217. Dostupné z: <<http://www.penize.cz/56047- Duchod-jiz-neni-pro-nektere-jen-almuznou>>.
41. *Starobní důchod* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 8. 10. 2008 [cit. 2009-07-30]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/618>>.
42. *Stáří – vysvětlíme Vám* [online]. Brno: Studiohedis, c2001 – 2008, 4. 4. 2007 [cit. 2009-03-06].
Dostupné z: <<http://www.zdravi4u.cz/view.php?cisloclanku=2007040402>>.
43. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. 6. dopl. vyd. (v KNA 1.) Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

44. *Syndrom vyhoření* [online]. c2000-2007. [cit. 2009-01-30]. Dostupné z: <<http://www.seminarky.cz/Syndrom-vyhoreni-3477>>.
45. *Syndrom vyhoření* [online]. 11.01.2009, [cit. 2009-02-05]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom_vyho%C5%99en%C3%AD>.
46. TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T.: *Definice syndromu vyhoření* [online]. c2009. Praha: Zentiva, 23.02.2009 [cit. 2009-03-05]. Dostupné z: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1529.html#DEFINICE%20SYNDROMU%20VYHO%C5%98EN%C3%8D>.
47. TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T.: *Jak se vyhnout syndromu vyhoření* [online]. c2009. Praha: Zentiva, 23.02.2009 [cit. 2009-03-05]. Dostupné z: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1529.html#Jak%20se%20vyhnout%20syndromu%20vyho%C5%99en%C3%AD>.
48. TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T.: *Obraz syndromu vyhoření* [online]. c2009. Praha: Zentiva, 23.02.2009 [cit. 2009-03-05]. Dostupné z: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1529.html#OBRAZ%20SYNDROMU%20VYHO%C5%98EN%C3%8D>.
49. TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T.: *Vývoj syndromu vyhoření* [online]. c2009. Praha: Zentiva, 23.02.2009 [cit. 2009-03-05]. Dostupné z: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1529.html#V%C3%9DVOJ%20SYNDROMU%20VYHO%C5%98EN%C3%8D>.
50. TRAPKOVÁ, L.: *Ženská otázka v rodině z hlediska dítěte* [online]. Liberec: Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, c2005, 29. 3. 2009 [cit. 2009-05-04]. Dostupné z: <http://www.lirtaps.cz/publikace/z_otazka.htm>.

51. VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
52. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I.: *Aplikovaná sociální psychologie I*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 383 s. ISBN 80-7178-269-6.
53. Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. *ÚZ č.702 Sociální zabezpečení 2009 podle stavu k 12.1.2009*. Ostrava: Sagit. ISBN 978-80-7208-717-4.
54. *Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení* [online]. [cit. 2009-07-25]. Dostupné z: <<http://www.atre.cz/zakony/page0055.htm>>.
55. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *ÚZ č.645 Sociální zabezpečení podle stavu k 14.1.2008*. Ostrava: Sagit. ISBN 978-80-7208-658-0.
56. *Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění* [online]. c1998-2009, [cit. 2009-07-23] Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/duchodpoj/cast2.aspx>.
57. *Zákon č. 206/2009 Sb.* [online]. c1998-2009, [cit. 2009-07-29]. Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb09206&cd=76&typ=r>>.

8 Klíčová slova

Česky

1. Senior
2. Rodina
3. Rodinná péče
4. Syndrom vyhoření

Anglicky

1. Senior
2. Family
3. Family care
4. Burn-out syndrom

9 Přílohy

Příloha 1: Dotazník pro studenty

Příloha 2: Dotazník pro zaměstnance DPS

Příloha 3: Dotazník pro veřejnost

DOTAZNÍK

Dobrý den,
jmenuji se Hana Tomková, studuji 2. ročník navazujícího magisterského studia Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na ZSF JU. V rámci výzkumu k mé diplomové práci na téma „Rodinná péče z pohledu vybraných skupin obyvatelstva“ Vás chci poprosit o vyplnění tohoto jednoduchého dotazníku, který mi výzkum pomůže zrealizovat. Dotazník je anonymní, proto věřím ve spolupráci.

1. Pohlaví: žena muž

2. Fakulta: ZSF EF

2a) Vede Vás Váš studijní obor k empatii (vcítění) ke druhým lidem?

- a) ano, pro můj vlastní prospěch
- b) ano, pro dobro klienta
- c) ne
- d) nevím, co to slovo znamená

3. Kde jste prožil(a) největší část života?

- a) v hlavním městě Praze
- b) ve městě
- c) na venkově

4. Máte zkušenost se soužitím více generací?

- a) ano, žijeme ve vícegeneračním domě
- b) ano, žijeme ve vícegeneračním bytě
- c) ano, dva domy spojené dvorem
- d) jiná možnost (prosím vypište)
- e) ne

5. Máte zkušenost s péčí o seniory v rodině? (lze vybrat více možností)

- a) ano, staráme/starali jsme se o matčiny/otcovy rodiče (jednoho, či oba)
- b) ano, zprostředkovanou (navštěvuji někoho, kdo se stará, v blízkém okolí)
- c) pracovní zkušenosti (charita, agentura domácí péče)
- d) dobrovolnictví (návštěvy v rodině, trávení volného času, doprovod)
- e) jiné
- f) ne

Pokud jste zaškrtnl/a jednu z možností a–d, pokračujte otázkou 6, jinak přejděte k otázce 8

6. Jakou roli zastáváte/zastával(a) jste v péči o seniora?

- a) hlavní pečující
- b) pravidelně pomáhající (několikrát týdně přebírám roli hlavního pečujícího)
- c) příležitostně pomáhající (úklid, nákup, praní)
- d) nepečující
- e) jiná úloha

7. Jaký typ péče o seniora poskytuje/poskytoval(a) jste? (lze vybrat více možností)
- a) trávení volného času (např. povídání, čtení, hry na cvičení paměti apod.)
 - b) pomoc s běžnými domácími úkony (nákup, úklid domácnosti a další)
 - c) částečná fyzická dopomoc (oblékání, osobní hygiena apod.)
 - d) doprovod k lékaři, na úřady apod.
 - e) jiné
8. Co si myslíte o rodinné péči? (= nesoběstačný senior je doma, stará se o něj jeden či více rodinných příslušníků)
- a) je pro rodinu příliš zatěžující
 - b) upevňuje vazby mezi členy rodiny
 - c) je možná pouze dočasně s ohledem na zdravotní stav seniora i pečujícího
 - d) jiná možnost
9. Co pro Vás znamená rodinná péče? (prosím zaškrtněte vše, s čím se ztotožníte)
- a) sebeobětování
 - b) ztráta možnosti seberealizace a budování kariéry
 - c) možnost vrátit rodičům „dluh“ za mou výchovu
 - d) upevnění vazeb v rodině
 - e) jen další starosti
 - f) jiná možnost
10. Jaký je Váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho rodiče – seniora?
- a) zůstal(a) bych s ním doma, i přes ztrátu zaměstnání
 - b) jedině domov pro seniory nebo jiné kolektivní zařízení s celoročním pobytem
 - c) nevím, zatím toto téma není aktuální
 - d) jiná možnost (pečovatelská služba, dobrovolníci, stacionáře)
11. Jaký je Váš názor na institucionální péči?
- a) nejlepší varianta pro seniorský věk
 - b) ideální na přechodnou dobu (v nemoci, na dovolenou pečujícímu apod.)
 - c) svého seniora bych tam nedal(a)
 - d) pouze v případě nezvládnutí rodinné péče
 - e) jiná možnost
12. Víte, co je to tzv. burn-out syndrom, neboli syndrom vyhoření a jak se projevuje?
- a) ano, (stručný popis)
 - b) ne, nikdy jsem o tom neslyšel/a
13. Víte, jaké má/může mít příjmy osoba, která se stará o seniora v rodině?
- a) ano, jaké
 - b) ne
14. Uveďte, prosím, za jakých podmínek byste byli ochotni/schopni se osobně starat o starého nemohoucího příbuzného

Děkuji za Váš čas.

DOTAZNÍK

Dobrý den,
jmenuji se Hana Tomková, studuji 2. ročník navazujícího magisterského studia Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na ZSF JU. V rámci výzkumu k mé diplomové práci na téma „Rodinná péče z pohledu vybraných skupin obyvatelstva“ Vás chci poprosit o vyplnění tohoto jednoduchého dotazníku, který mi výzkum pomůže zrealizovat. Dotazník je anonymní, proto věřím ve spolupráci.

1. Pohlaví: žena muž

2. Na jaké pozici pracujete? (administrativa, zdravotnický pracovník, přímá péče atd.)

.....
3. Kde jste prožil(a) největší část života?

- a) v hlavním městě Praze
- b) ve městě
- c) na venkově

4. Máte zkušenost se soužitím více generací?

- a) ano, žijeme ve vícegeneračním domě
- b) ano, žijeme ve vícegeneračním bytě
- c) ano, dva domy spojené dvorem
- d) jiná možnost (prosím vypište)
- e) ne

5. Máte zkušenost s péčí o seniory v rodině? (lze vybrat více možností)

- a) ano, staráme/starali jsme se o matčiny/otcovy rodiče (jednoho, či oba)
- b) ano, zprostředkovanou (navštěvuji někoho, kdo se stará, v blízkém okolí)
- c) pracovní zkušenosti (charita, agentura domácí péče, ...)
- d) dobrovolnictví (návštěvy v rodině, trávení volného času, doprovod)
- e) jiné
- f) ne

Pokud jste zaškrtnl/a jednu z možností a–d, pokračujte otázkou 6, jinak přejděte k otázce 8

6. Jakou roli zastáváte/zastával(a) jste v péči o seniora?

- a) hlavní pečující
- b) pravidelně pomáhající (několikrát týdně přebírám roli hlavního pečujícího)
- c) příležitostně pomáhající (úklid, nákup, praní)
- d) nepečující
- e) jiná úloha

7. Jaký typ péče o seniora poskytujete/poskytoval(a) jste? (lze vybrat více možností)

- a) trávení volného času (např. povídání, čtení, hry na cvičení paměti apod.)
- b) pomoc s běžnými domácími úkony (nákup, úklid domácnosti a další)
- c) částečná fyzická dopomoc (oblékání, osobní hygiena apod.)
- d) doprovod k lékaři, na úřady apod.
- e) jiné

8. Co si myslíte o rodinné péči? (= nesoběstačný senior je doma, stará se o něj jeden či více rodinných příslušníků)
- a) je pro rodinu příliš zatěžující
 - b) upevňuje vazby mezi členy rodiny
 - c) je možná pouze dočasně s ohledem na zdravotní stav seniora i pečujícího
 - d) jiná možnost
9. Co pro Vás znamená rodinná péče? (prosím zaškrtněte vše, s čím se ztotožníte)
- a) sebeobětování
 - b) ztráta možnosti seberealizace a budování kariéry
 - c) možnost vrátit rodičům „dluh“ za mou výchovu
 - d) upevnění vazeb v rodině
 - e) jen další starosti
 - f) jiná možnost
10. Jaký je Váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho rodiče – seniora?
- a) zůstal(a) bych s ním doma, i přes ztrátu zaměstnání
 - b) jedině domov pro seniory nebo jiné kolektivní zařízení s celoročním pobytem
 - c) nevím, zatím toto téma není aktuální
 - d) jiná možnost (pečovatelská služba, dobrovolníci, stacionáře)
11. Jaký je Váš názor na institucionální péči?
- a) nejlepší varianta pro seniorský věk
 - b) ideální na přechodnou dobu (v nemoci, na dovolenou pečujícímu apod.)
 - c) svého seniora bych tam nedal(a)
 - d) pouze v případě nezvládnutí rodinné péče
 - e) jiná možnost
12. Víte, co je to tzv. burn-out syndrom, neboli syndrom vyhoření a jak se projevuje?
- a) ano, (stručný popis)

 - b) ne, nikdy jsem o tom neslyšel/a
13. Víte, jaké má/může mít příjmy osoba, která se stará o seniora v rodině?
- a) ano (jaké)

 - b) ne
14. Uveďte, prosím, za jakých podmínek byste byli ochotni/schopni se osobně starat o starého nemohoucího příbuzného

Děkuji za Váš čas.

DOTAZNÍK

Dobrý den,
jmenuji se Hana Tomková, studuji 2. ročník navazujícího magisterského studia Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na ZSF JU. V rámci výzkumu k mé diplomové práci na téma „Rodinná péče z pohledu vybraných skupin obyvatelstva“ Vás chci poprosit o vyplnění tohoto jednoduchého dotazníku, který mi výzkum pomůže zrealizovat. Dotazník je anonymní, proto věřím ve spolupráci.

1. Pohlaví: žena muž

 2. Kolik je Vám let?

 - 2a. Jaké je/bylo Vaše zaměstnání?
.....
 3. Kde jste prožil(a) největší část života?
 - a) v hlavním městě Praze
 - b) ve městě
 - c) na venkově

 4. Máte zkušenost se soužitím více generací?
 - a) ano, žijeme/žili jsme ve vícegeneračním domě
 - b) ano, žijeme/žili jsme ve vícegeneračním bytě
 - c) ano, dva domy spojené dvorem
 - d) jiná možnost (prosím vypište)
 - e) ne

 5. Máte zkušenost s péčí o seniory v rodině? (lze vybrat více možností)
 - a) ano, staráme/starali jsme se o matčiny/otcovy rodiče (jednoho, či oba)
 - b) ano, zprostředkovanou (navštěvuji někoho, kdo se stará, v blízkém okolí)
 - c) pracovní zkušenosti (charita, agentura domácí péče, ...)
 - d) dobrovolnictví (návštěvy v rodině, trávení volného času, doprovod)
 - e) jiné
 - f) ne
- Pokud jste zaškrtnl/a jednu z možností a–d, pokračujte otázkou 6, jinak přejděte k otázce 8
6. Jakou roli zastáváte/zastával(a) jste v péči o seniora?
 - a) hlavní pečující
 - b) pravidelně pomáhající (několikrát týdně přebírám roli hlavního pečujícího)
 - c) příležitostně pomáhající (úklid, nákup, praní)
 - d) nepečující
 - e) jiná úloha

 7. Jaký typ péče o seniora poskytujete/poskytoval(a) jste? (lze vybrat více možností)
 - a) trávení volného času (např. povídání, čtení, hry na cvičení paměti apod.)
 - b) pomoc s běžnými domácími úkony (nákup, úklid domácnosti a další)
 - c) částečná fyzická dopomoc (oblékání, osobní hygiena apod.)
 - d) doprovod k lékaři, na úřady apod.
 - e) jiné

8. Co si myslíte o rodinné péči? (= nesoběstačný senior je doma, stará se o něj jeden či více rodinných příslušníků)
- a) je pro rodinu příliš zatěžující
 - b) upevňuje vazby mezi členy rodiny
 - c) je možná pouze dočasně s ohledem na zdravotní stav seniora i pečujícího
 - d) jiná možnost
9. Co pro Vás znamená rodinná péče? (prosím zaškrtněte vše, s čím se ztotožníte)
- a) sebeobětování
 - b) ztráta možnosti seberealizace a budování kariéry
 - c) možnost vrátit rodičům „dluh“ za mou výchovu
 - d) upevnění vazeb v rodině
 - e) jen další starosti
 - f) jiná možnost
10. Jaký je Váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho rodiče – seniora?
- a) zůstal(a) bych s ním doma, i přes ztrátu zaměstnání
 - b) jedině domov pro seniory nebo jiné kolektivní zařízení s celoročním pobytem
 - c) nevím, zatím toto téma není aktuální
 - d) jiná možnost (pečovatelská služba, dobrovolníci, stacionáře)
11. Jaký je Váš názor na institucionální péči?
- a) nejlepší varianta pro seniorský věk
 - b) ideální na přechodnou dobu (v nemoci, na dovolenou pečujícímu apod.)
 - c) svého seniora bych tam nedal(a)
 - d) pouze v případě nezvládnutí rodinné péče
 - e) jiná možnost
12. Víte, co je to tzv. burn-out syndrom, neboli syndrom vyhoření a jak se projevuje?
- a) ano, (stručný popis)

 - b) ne, nikdy jsem o tom neslyšel/a
13. Víte, jaké má/může mít příjmy osoba, která se stará o seniora v rodině?
- a) ano (jaké)

 - b) ne
14. Uveďte, prosím, za jakých podmínek byste byli ochotni/schopni se osobně starat o starého nemohoucího příbuzného

Děkuji za Váš čas.