

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Mezigenerační názory a postoje na péči o seniora v rodině

bakalářská práce

Autor práce: Barbora Zelenská
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová Ph.D

Datum odevzdání práce: 3.5.2013

Abstrakt

Demografické změny ve vyspělé společnosti poukazují na stárnutí populace, což má velký vliv na sociální služby a služby domácí péče. Jelikož pobytové sociální služby mají nedostatečnou kapacitu pro pojmání všech svých žadatelů, dostává se do popředí domácí péče zajišťovaná rodinnými příslušníky, která je jeví i jako ekonomicky a kvalitativně efektivnější než péče institucionální.

Ve své práci jsem si stanovila za cíl zjistit, v čem se liší názory mladé, střední a předseniorské populace na péči o seniora v rodině. Při psaní práce jsem se opírala o dostupnou literaturu a internetové zdroje věnující se zejména problematice stáří a stárnutí, rodinné péče a terénním službám, které je možné při péči o seniora v domácím prostředí využít.

Teoretickou část jsem rozčlenila do osmi kapitol. První z nich se věnuje změnám sociálním, kdy dochází k významným změnám v sociálních rolích. Zároveň jsou v této kapitole popsány mýty, které jsou v naší společnosti zažité a seniory devalvují.

V následující jsou popsány psychické změny ve stáří, změny ve vnímání, chování a prožívání starého člověka a ageismus jako výsledek očekávání společnosti, která ve stáří předpokládá úbytek kompetencí, a proto se snaží seniora vmanipulovat do určitých postojů a názorů, které předpokládá za adekvátní starému člověku. V této kapitole je stáří prezentováno také jako vrchol života, kdy dochází k dozrání jednotlivce v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost.

Třetí kapitola popisuje zvýšenou potřebu víry ve stáří, která často narůstá v souvislosti s omezením různých kompetencí, jako reakce na mnohé zátěže a ztráty, ale i v souvislosti s vědomím blízkosti vlastní smrti.

Dále se tato práce zabývá zdravotním stavem stárnoucího člověka, jsou zde popsány fyziologické změny související s chronologickým věkem, je zde popsáno proč stárnoucí organismus trpí často polymorbiditou, neboli kumulací nemocí, i nejčastější onemocnění, jejichž výskyt vzrůstá se stoupajícím věkem. Zvláštní zřetel je zde dán na psychiatrická onemocnění, která jsou ve stáří často diagnostikována.

Další oblast teoretického oddílu charakterizuje umírání a smrt, kdy tyto dva jevy jsou dnešní společností odsouvány na okraj zájmu a dochází k jejich tabuizaci.

V dnešním světě není pro smrt místo, pro nadměrné oslavování mládí a zdraví jsou opačná, pochmurná témata naprosto vytěsněna. Jsou zde popsány modely péče o umírající, model domácího umírání a model institucionální, kdy jedinec umírá ve zdravotnickém nebo sociálním pobytovém zařízení.

V další kapitole je pozornost věnována zejména demografickým změnám v České republice. Prognostické odhady tvrdí, že by se střední délka života mohla u mužů prodloužit na 86,5 let a u žen až na 91 let. S prodlužováním předpokládané délky života stoupá nutnost domyslet i zdravotní a sociální důsledky. Evropská unie na tomto základě vytvořila Akční plán pro zdravé a důstojné stáří, který by měl do budoucna ulevit zdravotnímu i sociálnímu rezortu.

Následující kapitola se zabývá rodinou seniora, která představuje pro seniora zázemí a jistotu. V případě omezení soběstačnosti je rodina pro stárnoucího člověka také zdrojem pomoci psychické, fyzické i hmotné. V takových případech se rodina musí rozhodnout, jestli o seniora pečovat bude nebo ne. Zde však přichází výrazný tlak společnosti na altruistické poskytování pomoci, na druhé straně společnost klade nároky na kariéru, osobní růst a rozvoj jedince.

Poslední úsek teoretické části práce je věnován službám domácí péče. Tyto služby poskytují seniorovi se sníženou soběstačností pomoc, aby mohl déle setrvat ve svém přirozeném prostředí a nebyl nucen pobývat v institucionálním zařízení. K finančnímu zajištění těchto služeb dochází prostřednictvím státem poskytovaného příspěvku na péči. Služby, které lze při domácí péči využít, jsou zejména pečovatelská služba, domácí asistence, domácí zdravotnická péče a domácí hospicová péče.

Praktická část mé práce je zpracována kvalitativním zpracováním dat za využití metody polostrukturovaného rozhovoru. Výběr respondentů odpovídal filosofii zakotvené teorie. Jako významné se při zkoumání jednotlivých generací jeví ekonomické postavení a rodinný stav, čemuž podléhal výběr respondentů. Rozhovory s respondenty byly pořizovány od listopadu 2012 do února 2013. Cílem tohoto výzkumu bylo zjištění, v čem se liší názory daných generací na péči o seniora v domácím prostředí, kdy pečovateli jsou rodinní příslušníci. Z výzkumu vyplynulo, že všichni respondenti považují domácí péči za ideální vzhledem k potřebám seniora, který

v domácím prostředí necítí tolik stud, má své soukromí a má nablízku osoby, které zná a v ideálním případě k nim má blízký citový vztah.

Dalším zjištěním bylo, že všichni respondenti považují ekonomickou zátěž plynoucí z rodinné péče za velmi limitující a náročnou. Informovanost o finanční pomoci státu byla mezi respondenty na velmi nízké úrovni a téměř všichni respondenti neměli jasnou představu, kolik peněz plyne do domácí péče poskytované rodinou.

Velmi nízká informovanost se také projevila ve znalosti sociálních služeb, kdy zástupci předseniorské populace neznali žádné terénní služby, jejichž pomoc lze při péči o seniora využít. Ostatní respondenti nejčastěji zmiňovali pečovatelskou službu a domácí zdravotní péči. Dva respondenti ještě věděli o službách osobní asistence a o možnosti využití dobrovolnických agentur.

Výsledky mé práce mohou posloužit ke zlepšení informovanosti široké populace.

Abstract

Social and home care services are influenced by demographic changes of highly developed society conjoined with aging of the society. As the accommodation capacity of social services is limited, home care from the family members becomes more important. This one seems to be economically and qualitatively more effective than the institutional care.

The aim of this thesis is to find out what are the differences in the opinions of young, middle and pre-senior population on senior care in a family. It is based on available books and internet sources dealing with the problem of old age and aging, home care and field services that can be used as support to senior home care.

The theoretical part is divided into eight chapters. The first one is focused on social changes and important changes in the social roles. This chapter also describes existing myths and their devaluating influence on seniors.

The following chapter aims at psychological changes in the old age, changes in perception and behaviour of the elderly and ageism as a result of the expectations of the society. The society associates the old age with the decrease of competences - that is why a senior is imposed some stance and opinions considered to be appropriate to the elderly. This chapter also presents the old age as the top of a human life represented by maturity of a person who becomes a harmonious personality.

The third chapter is dealt with the higher need for faith in the old age rising out of the loss of different competences, as a response to stress and losses and in connection with the knowledge of nearness of ones death.

The thesis is also focused on the state of health of the elderly. It describes physiological changes connected to the chronological age, the causes of cumulating of illnesses of an ageing organism and the most common illnesses connected to higher age. Psychiatric illnesses often diagnosed in the old age are especially taken into consideration.

The next chapters of the theoretical part are focused on two aspects which are tabooed by the present society – dying and death. The present society extols young age

and health and the gloomy aspects are absolutely suppressed. The thesis also describes home care for a dying person compared to the institutional one.

Demographical changes in the Czech Republic are described in the next chapter. Prognostic estimates declare that the middle length of life may be prolonged to 86, 5 years for men and to 91 years for women. This necessarily requires considering all health and social consequences. The European Union created for this reason the *Action Plan for Healthy and Worthy Ageing* that could improve health and social area in future.

The following chapter deals with the family of a senior representing his background and security. In case the senior is limited in his self-sufficiency, his family attends to his physical, psychical and material needs. It is the decision of a family whether to care for a senior or not in this case. But this decision is highly influenced by the pressure of the society and its demand for altruistic help opposed to its demands for career, personal growth and the developments of an individual.

The last chapter of the theoretical part is aimed at home care services. Those services provide the seniors with lower self-sufficiency with help for they could stay in their homes instead of moving into the institutional facilities. Funding of those services is secured through a care allowance provided by the state. Home care can be supported by different services – nursing care, home assistance, home medical care and home hospice care.

The practical part of the thesis is based on qualitative research using semi-structured interview method. The choice of the respondents was based on their economic and family status. The respondents were interviewed from November 2012 to February 2013. The aim of the research was to find the differences in the opinions of different generations on the senior care in their homes done by the family members. It was proved that all respondents consider home care optimal with regard to the needs of a senior. A senior does not need to be embarrassed in his home, his privacy is not infringed and is surrounded by people he knows or is in close association to them.

It was also proved that all respondents consider home care to be economically demanding and limiting. The general knowledge of financial assistance from the state

was at a very low level and almost all respondents did not have an idea how home care is financed and what level of funding is allocated to this area.

Even the knowledge of social services was at a very low level – the representatives of the pre-senior generation did not know any field services that could be used when caring for a senior. Other respondents mentioned the most often nursing care and home health care. Two respondents even knew about personal assistance services and about the possibility to ask some voluntary agencies for help.

The results of the thesis can make a contribution to the improvement of knowledge of this field among the general public.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2013

.....

Barbora Zelenská

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především Mgr. Petře Zimmelové Ph.D za odborné vedení mé práce, podněty a cenné rady, a rodině za oporu, kterou mi poskytovala po celou dobu studia.

Obsah

1	Současný stav	13
1.1	Sociologické aspekty stáří.....	13
1.1.1	Socializace ve stáří.....	13
1.1.2	Mýty o stáří.....	14
1.2	Psychické změny ve stáří	15
1.2.1	Změny v kognitivní oblasti.....	16
1.2.2	Změny v chování a prožívání.....	16
1.2.3	Očekávání společnosti, ageismus	17
1.2.4	Stáří – období osobního psychického růstu	18
1.3	Spiritualita ve stáří	19
1.4	Zdravotní situace a tělesné změny ve stáří.....	20
1.4.1	Fyzické změny ve stáří	20
1.4.2	Nemocnost ve stáří.....	21
1.4.3	Geriatrické syndromy	22
1.4.4	Nemoci oběhového systému	22
1.4.5	Nemoci pohybového a nosného aparátu	22
1.4.6	Psychiatrická onemocnění ve stáří.....	23
1.5	Umírání a smrt.....	24
1.5.1	Smrt – tabu dnešní společnosti	24
1.5.2	Mýty o umírání	24
1.5.3	Péče o umírající	25
1.6	Demografické změny společnosti a jejich důsledky	26
1.7	Význam rodiny v životě seniora	27
1.7.1	Mezigenerační soužití a mezigenerační solidarita	27
1.7.2	Péče o nemocného seniora.....	28
1.7.3	Nároky na pečující rodinu.....	28
1.7.4	Ambivalentní pocity ve vztahu pečující rodina - senior	29
1.8	Služby domácí péče.....	30
1.8.1	Příspěvek na péči	30

1.8.2	Pečovatelská služba	30
1.8.3	Osobní asistence	31
1.8.4	Domácí zdravotní péče	31
1.8.5	Domácí hospicová péče	31
1.8.6	Odlehčovací služby	32
2	Cíl práce a výzkumné otázky	33
2.1	Cíl práce	33
2.2	Výzkumné otázky	33
3	Metodika	34
3.1	Technika sběru dat	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	34
3.3	Proces sběru dat	35
4	Výsledky	36
5	Diskuze	57
6	Závěr	62
7	Seznam použitých zdrojů	63

Úvod

Když se řekne senior, většina lidí si vybaví starého a nemocného člověka. Někdo hodnou babičku jako od Boženy Němcové, někdo nerudného starého muže. Ať tak nebo tak, většina seniorů časem potřebuje pomoc, kterou očekává především od své rodiny. Ne vždy se mu jí však také dostane.

Dnešní doba má na ekonomicky aktivní obyvatelstvo velké nároky. Od každého jedince se vyžaduje, aby se věnoval práci a tomu odpovídal i kariérní postup a aby vydělával nemalé peníze. Kult zdraví a krásy zase zohledňuje jedince, kteří se o sebe starají, sportují, pěstují zdravý životní styl. Zároveň se také kladou vysoké nároky na rodinu, kdy rodina je sice stále společensky vysoce ceněna, ale společnost rodinám s malými dětmi nevychází vstříc tolik, jak by mohla. Ženy mají problém najít odpovídající zaměstnání, skloubit práci s rodinou. Od rodičů se očekává, že jejich děti budou zdravé, krásné a vytížené zájmovými kroužky – sport, tanec, recitační soutěže. To vše je pro rodinu finančně i časově velmi náročné. Možná z tohoto důvodu dnes domácí péče o seniory není tak samozřejmá, jak byla před několika desítkami let. Chybí čas, finance, angažovanost a vstřícný pohled společnosti.

Už na praxi v Domově důchodců Dobrá Voda, kterou jsem absolvovala ještě na střední škole, jsem si povšimla několika seniorů, kteří mohli s malou dopomocí zůstat doma, ve svém přirozeném prostředí. V té době jsem se začala zajímat o to, proč je mnoho seniorů v ústavní péči. Po několika rozhovorech s tamějšími klienty jsem si uvědomila, že rodina se často o ně starat chce, ale nemá možnosti, jak skloubit péči o seniora s běžným chodem domácnosti.

Smyslem této bakalářské práce bylo zjistit, co rodinu omezuje v péči o seniora v domácím prostředí a jaká je informovanost o terénních sociálních službách, které s domácí péčí mohou rodině výrazně pomoci. Jestli sami jedinci nechtějí anebo se bojí o někoho pečovat, co je pro tyto osoby důležité a jaký mají názor na stáří jako na poslední etapu života.

1 Současný stav

1.1 Sociologické aspekty stáří

Na stáří lze pohlížet z mnoha úhlů. Sociální stáří, jako sociologické hledisko na tuto životní etapu, začíná odchodem do důchodu, resp. dosažením věku pro možný odchod. Je charakterizováno především změnou dosavadních rolí, které byly člověku vlastní, modifikací životního stylu a změnami v ekonomickém zajištění. Chceme-li však stárnutí charakterizovat jinak než pouze kalendářními roky, je nezbytné zdůraznit, že vnímání hranice důchodového věku je pružné a reaguje na demografické a sociální změny předseniorské populace (1).

Sociologické vymezení stáří je značně elastické a závisí na mnoha faktorech. Oproti chronologickému věku má větší psychologický a sociální rozměr a je dán především zdravotním stavem daného seniora. Stereotypně bývá vnímáno jako období úpadku psychických a fyzických sil a někteří, zvláště mladí lidé, jej ztotožňují s trvalou pasivitou a inkompetencí, tj. neschopností samostatně jednat a rozhodovat se (2).

1.1.1 Socializace ve stáří

V období stáří dochází k postupné přeměně a často také redukci různých sociálních dovedností, což lze chápat v kontextu předešlých vývojových období jako desocializaci. Tento proces má zcela specifický průběh a je dán především změnami v životním stylu seniorů. Dochází k postupné izolaci od společenského dění, vlastní život je prožíván v soukromí, v nejbližší rodině. Současně s postupujícím věkem stoupá počet seniorů, kteří nevycházejí do společnosti a zdržují se především v úkrytu svého bytu a rodiny. Proto jejich sociální dovednosti a návyky, které shromažďovali a vybrušovali celý svůj dosavadní život, stagnují nebo dochází k jejich úpadku, protože senior již tyto své schopnosti nevyužívá. Vyplývající ztráta mnoha sociálních kontaktů má za následek osamělost, významný problém pozdního stáří, který je ovlivňován mnoha faktory, například limity fyzického stavu, změnami v uvažování a chování a osamoceným životem po ztrátě partnera. S rostoucím věkem dochází k zhoršování zdravotního stavu

a v důsledku sociální izolace je senior stavěn do pozice závislého a nesoběstačného člověka. Z tohoto důvodu je stále větší procento seniorů nuceno dožít v ústavním zařízení, kde dochází k snižování sociálního statutu, poklesu soběstačnosti a postupné ztrátě jejich autonomie (3).

1.1.2 Mýty o stáří

V mladší generaci má význam termínu stáří spíše negativní charakter, který je dle Haškovcové dán zejména stigmatizujícími stereotypy a mýty. Haškovcová uvádí mýtus falešných představ, který spojuje materiální možnosti a pocity štěstí starého člověka. Zakládá na tom, že dobré materiální zajištění je nejen předpokladem pro pocit spokojenosti, ale že tento pocit je jím i podmíněn (4).

Dalším mýtem kolujícím společnostmi je mýtus zjednodušující demografie, který určuje počátek stáří pouze věkem odchodu do důchodu. Tím vzniká myšlenka, že všichni penzisté jsou staří a jejich život se odchodem do důchodu zúžil, ztratil jistou smysluplnost (4).

Velmi rozšířeným mýtem, jehož hradby se však v současné době začínají bořit, je tendence mladé generace považovat sex seniorů za nedůležitý, nechutný a ve své podstatě prakticky neexistující. Skutečnost je však taková, že většina zdravých párů ve věku 60 – 70 let považuje svůj sexuální život za uspokojivý a vnímá jej i ve svém věku za důležitý (5).

Mýtus homogenity zase předpokládá, že všichni senioři jsou stejní a mají stejné potřeby. Ačkoliv jejich tělesná schránka chátrá obdobně, jejich psychický život je natolik rozdílný, jako je rozdílný u osob produktivních, ne-li více, vzhledem k množství jejich životních zkušeností a velmi individuálnímu stylu života každého z nich (4).

Mýtus neužitečného času je silně zakořeněn v hloubi společnosti, předpokládá, že ekonomicky neproduktivní senior nic nedělá. I když je mu společností přiznáváno právo na odpočinek, bývají podezíráni z nicnedělání, a protože jsou ekonomicky již neaktivní, bývají považováni za „zbytečné“ (4).

Mýtus ignorance, který úzce souvisí s mýtem neúčinného času, kdy staří lidé již nejsou pro ekonomicky produktivní populaci partnerem, ba ani sokem či konkurentem a tím je jejich sociální statut zcela devalvován (4).

Dalším mýtem je představa společnosti, že staří lidé jsou nesoběstační. Statistiky však mluví zcela proti – pouhých 10% osob starších 80-ti let je nesoběstačných. Bohužel právě tito senioři jsou značně vidět, protože se o nich nejvíce mluví. (6).

A jako poslední lze zmínit mýtus schematismu, kdy již mnohdy nestačí zkušenosti starých osob pro mladé. Svět jde technicky velmi rychle kupředu, a co bylo účelné v mládí dnešního seniora, v dnešních dobách již ztrácí smysl. Proto je senior společností mnohdy podceňován, protože jeho letité zkušenosti a poznatky bývají převálcovány moderními pokroky (4).

Tyto mýty jsou základním stavebním kamenem diskriminace starých lidí – ageismu – a přílišné ochrany „bezpečných a infantilních“ seniorů – paternalismu (7).

1.2 Psychické změny ve stáří

Ve stáří dochází nejen k fyzickým změnám, které jsou téměř každému známé, ale i ke změnám v oblasti psychiky a psychických procesů. Proces změn je velmi individuální, je podmíněn, stejně jako tělesné změny, biologickými faktory i faktory vnějšího prostředí a psychosociálních vlivů. Doba, kdy se dané změny začnou projevovat, jejich dynamika i způsob jejich prožívání jsou individuálně rozdílné (3).

Změny, které jsou biologicky podmíněné, mohou být pouhým projevem stárnutí nebo mohou být příznakem nějakého patologického procesu v organismu. Rozlišení, zda-li se jedná o změny fyziologické nebo patologické bývá především v raných fázích nemoci poměrně složité, ale v pozdějších fázích se psychické změny stávají zřejmými a značně nápadnými, často zcela charakteristickými pro nějaké onemocnění. V této kapitole jsou charakterizovány změny fyziologické, patologické stavy jsou zmíněné v kapitole Zdravotní situace a tělesné změny ve stáří (3).

Mezi změny podmíněné stárnutím organismu můžeme řadit především změny ve struktuře mozku. Dochází k poklesu jeho hmotnosti, redukci synaptických spojení

vedoucích vzruch a ke zmenšování neuronů, což má za následek postupnou atrofii mozkové tkáně. V závislosti na části mozku, která je těmito procesy poškozená, dochází k zhoršení pozornosti, paměti, celkové zpomalení psychických funkcí, snížení funkcí nutných pro plánování či selekci informací. Změny na celkové tkáni neprobíhají ve všech jeho částech stejně, ale bývají postiženy spíše specifické laloky. V důsledku těchto změn mozek staršího člověka pracuje jinak než dříve, obě hemisféry spolu více kooperují, mozek pracuje komplexněji než mozek mladého člověka, u kterého dochází při přítoku informací k aktivizaci specifických center jednotlivých hemisfér (3).

1.2.1 Změny v kognitivní oblasti

Pokles kognitivních schopností obvykle začíná již po 30. roku věku a v období stáří dochází k významným změnám, které jsou rozpoznatelné i pro sociální prostředí stárnoucího člověka (8).

Změny jsou patrné na pozornosti a schopnosti soustředit se na jednu věc, která se děje na pozadí jiných událostí, dále dochází k zhoršení krátkodobé paměti neboli schopnost udržet v mysli informace po krátkou dobu nutnou k vykonání určitých činností. S postupujícím věkem stoupá tendence jednotlivé informace zaměňovat. Další změny jsou zjevné v dlouhodobé paměti, respektive schopnost vybavit si detaily z minulosti, jako jsou jména, nebo co jsme se kde dozvěděli. Čím je jedinec starší, tím se stává zapomětlivější právě pro tyto detaily (8).

Vlivem postupujícího věku dochází také ke změnám v oblasti zpracování informací, respektive k rychlosti vnímání, myšlení a jednání. Myšlenky a činy se s věkem zpomalují (8).

1.2.2 Změny v chování a prožívání

Stárnoucí senior nynějšímu světu nerozumí, je pro něj příliš „mladý“, všude jej obklopují mladší generace, na úřadech, u lékaře, kdekoliv. Změny psychiky se projevují i v adaptačních procesech, starší člověk se výrazně hůře přizpůsobuje novým životním situacím a podmínkám. Zároveň dochází k zhoršení zraku i sluchu a senior vnímá

některé situace naprosto odlišně než mladý člověk. Z toho pramení vzrůstající nedůvěra v okolí, nejistota, podezíravost a postupně i změny v sebepojetí. (4).

Snížená soběstačnost a změny v sociálních rolích způsobují, že senior postupně omezuje svou účast na společenském životě. Dochází k sociální izolaci, senior se mnohdy velmi obtížně vyrovnává s pocity závislosti a postupně ztrácí svou identitu (9).

Vlivem životních změn a nových situací dochází k transformaci hodnotového systému seniora, mění se pořadí potřeb a životních cílů. Změny v citovém životě seniora jsou velmi individuální. Starý člověk je mnohem emotivnější, více prožívá citlivé situace, snadno podléhá dojetí. Charakterové vlastnosti podléhají změnám v osobnosti, některé mohou se stářím být viditelnější, některé jsou viditelné méně. Většina starších seniorů je citově zranitelná, na významu tedy nabývají potřeby náklonnosti a porozumění. Prohlubuje se také potřeba uznání, úcty a pochopení, která je vlastní každému člověku, ale se přicházejícím stářím se stává důležitější (9).

1.2.3 Očekávání společnosti, ageismus

Změny podmíněné prostředím a psychosociálními vlivy jsou dány především postavením společnosti, která ve stáří předpokládá úbytek kompetencí. Z toho důvodu společnost na seniory nemá tolik nároků a požadavků a často se snaží staré lidi vmanipulovat do určitých postojů a modelů chování, které jsou od něj očekávány. Důsledky mohou být různé, pozitivní i negativní, například výrazné snížení nároků má za následek pohodlnost nebo stereotypní zvládnání životních situací, které však vede k stagnaci rozvoje schopností a dovedností (3).

Jako společensky nebezpečná je vnímána věkově podmíněná diskriminace, která vychází z předpokladu, že zástupci jednotlivé generace či věkové kohorty mají rozdílné nejen charakteristiky, ale i společenskou a lidskou hodnotu. Tento fenomén je nazýván ageismem, z anglického age – věk. Jednoznačná definice však neexistuje, poprvé byl tento pojem použit v 60. letech minulého století a od té doby stále dochází k jeho vymezování. Jako nejkomplexnější se jeví definice Vidovičové: *„Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné*

stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci“ (10, s. 70).

Společnost má k seniorům často diskriminační postoje, které determinují pocity méněcennosti a osamělosti. Základem těchto diskriminačních postojů je mimo jiné představa o finančním zatížení státu na sociální zabezpečení a s tím spojené daňové zatížení pro ekonomicky aktivní obyvatelstvo, které představují senioři, resp. penzisté. Tato úvaha je však scestná, neboť jak uvádí Sýkorová, významné ekonomické zatížení pro stát představují i rodiny s malými dětmi, kteří požívají množství výhod a sociálních dávek (2). Další skutečnost, která podmiňuje diskriminaci stárnoucích osob, je naše společnost, která obdivuje mládí se všemi jeho atributy, zejména krásu a zdraví těla. Na každém kroku jsou k vidění dokonalá těla modelek a herců, která se však nepodobají ani v náznacích tělu stárnoucího člověka. O co více však společnost požaduje na vzhledu člověka, o to méně se soustřeďuje na kvalitu osobnosti, „vnitřního člověka“. V tomto zdeformovaném světě se cítí senior ve svém stárnoucím a často nemocném těle značně nemístně, téměř neslušně. Současná společnost se vyvíjí v kontextu mladšího obyvatelstva a převládá zde názor, že lidský vývoj končí dosažením dospělosti (7).

1.2.4 Stáří – období osobního psychického růstu

Úkolem stáří, jako konečné části životní cesty je kulturně zrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále snaží podílet na společenském a kulturním životě. Zvláště ve stáří stoupá potřeba dát svému životu smysl, jasný směr, kterým se má dále ubírat. Ujasnit si své životní cíle, s tím spojené postoje a názory, to vše dává smysl života nejen stárnoucímu člověku, ale i lidem kolem něj, kteří tento životní postoj vidí a přejímají jej za vzor života (11).

Jako pozitivum senioři vnímají možnost zabývat se sami sebou, kultivovat své zkušenosti a schopnosti. Senior je osvobozen od řady povinností vyplývajících z ekonomicky aktivního života, je samostatný, a jeho postoje, názory, hodnoty i vnímání světa jako takového se krystalizují z prožitých zkušeností právě v tomto období. Tato situace bývá nazývána potenciálem stáří, jakousi přidanou hodnotou konkrétního člověka. Projevuje se obvykle jako moudrost, vlastnost, kterou si

společnost velice cení a bývá charakterizována rozvahou, zkušenostmi a odstupem od bezprostředních podnětů a okolností. Dala by se definovat jako praktické rozumění světu i člověku (7).

Proto na seniora lze nahlížet z několika úhlů – ten rozšířenější náhled je ekonomický. Starý člověk je ekonomicky neaktivní, na trhu ztrácí ekonomickou subjektivitu a tím také svou hodnotu. Jestliže se však na problematiku seniorů podíváme z lidského, duchovního hlediska, můžeme staré osoby a stáří vnímat jako vyvrcholení člověka, jako životní fázi, ve které dochází k duchovnímu zrání a tím i k povýšení vědomí v světovém názoru a sociálních kompetencích (7).

V průběhu života získáváme mnohé charakterové vlastnosti, které se tříbí z prožitých zkušeností. Jsou přejímány z kulturního prostředí, člověk se je postupem života učí. Některé vlastnosti jsou ve stárnutí poměrně typické. Nejen již výše zmiňovaná moudrost, ale také vděčnost či pocity spokojenosti (11).

1.3 Spiritualita ve stáří

Spirituální dimenze je součástí lidského bytí, je to potenciál, který může být v průběhu lidského života různě rozvíjen a měněn. Může pomoci při hledání životního smyslu a umožňuje strukturovat jednotlivé fáze života (12).

U starších lidí byla zjištěna vyšší míra spirituality i religiozity, pravděpodobně z důvodu, že krátký čas seniora motivuje k zájmu o základní otázky bytí, účelu a smysluplnosti života. Ztráta blízkých lidí, smíření se s konečností vlastního života, vyhledání smysluplnosti vlastní existence i jejího účelu jsou otázky, které s postupujícím věkem touží být zodpovězeny a často na ně dává odpověď víra (11). Víra stabilizuje hodnotový žebříček, dává životu řád a jistotu. Seniorům poskytuje rady, jak zvládat různé zátěže, poskytuje oporu a interpretuje význam životních zkušeností, je základem sebehodnocení (3).

Pro staré osoby je důležitá nejen víra, resp. její duchovní hodnoty, ale také církevní společenství, k němuž se hlásí. Návštěva bohoslužeb, biblické hodiny a jiné aktivity pořádané farností jsou pro seniora jistotou, naplňují jej. Církev poskytuje svým věřícím

jisté hodnocení, sociální roli, která se s věkem neznehodnocuje, jak je to s jinými životními rolami, které se se stářím oslabují, až postupně mizí. Víra stárnoucího člověka ukotvuje, dává mu jistotu, že jej něco přesahuje, poskytuje pocit bezpečí v duchovním smyslu slova (3).

Ve stáří potřeba spirituálního směřování velmi často narůstá v souvislosti s omezením různých kompetencí, jako reakce na mnohé zátěže a ztráty, ale i v souvislosti s vědomím blízkosti vlastní smrti. Zatímco religiozita je zpravidla charakterizována jako instituce a organizovaný duchovní život, spiritualita je pojmem nadřazeným, neboť zahrnuje všechny ty, kteří své duchovní prožitky a potřeby praktikují ve svém niterném já, ve vlastním systému religiózních představ. Často i mnohým osobám, které se pokládají za nevěřící, není cizí myšlenka na život po smrti nebo existenci duše. Mnozí mají svou víru ve formě subjektivního osobního náboženství nebo obecné filozofie života (12).

1.4 Zdravotní situace a tělesné změny ve stáří

1.4.1 Fyzické změny ve stáří

Stárnutí je charakterizováno úpadkem fyzických sil a zhoršením somatického stavu. Tento proces je však značně elastický z hlediska času a je podmíněn endogenními a exogenními vlivy. Je tedy dán genetickými dispozicemi a vnějšími vlivy na tělesnou schránku člověka, tudíž lze říci, že je zcela individuální. Genetickými faktory se rozumí především zakódovaný počátek a průběh stárnutí a pravděpodobná délka života. To je základ tzv. primárního stárnutí, čímž se rozumí tělesné změny stárnoucího organismu, které se objevují u každého stárnoucího jedince. DNA je nositelem genetických informací a ovlivňuje proces stárnutí nejen mutacemi jednotlivých genů, ale i v rámci svých tzv. standardních funkcí: Tento proces je řízen tak, že DNA v určité době aktivuje dané geny, které spustí proces a mají vliv na průběh stárnutí. Jedná se o tzv. mechanismus genetických hodin. Vnější faktory ovlivňující stárnutí organismu mají za následek tzv. sekundární stárnutí, tedy změny organismu, které jsou obvyklé, ale nemusí se projevovat u všech jedinců (např. artróza). Vzhledem k tomu, že stáří je poslední

kapitolou lidského života, podepíše se na ní i individuální životní styl člověka, jaký vedl po celý svůj život. Zejména se jedná o výživu a nadměrné zatěžování některých orgánů např. zlovyky jako je kouření a jiné. V průběhu stárnutí tedy dochází k postupnému zhoršování tělesných funkcí a stárnutí probíhá nerovnoměrně v závislosti na předchozím vedeném životním stylu (3).

1.4.2 Nemocnost ve stáří

Stáří je fyziologický stav, tudíž jej nelze nazvat stavem chorobným. V průběhu stárnutí však kumulují nepříznivé vlivy a proto přibývá nemocných lidí. Většina onemocnění se objevuje teprve ve vysokém věku. Samo stáří způsobuje, že příznaky jednotlivých nemocí se vyvíjejí vlivem životního způsobu, jaký senior po celý svůj život vedl. Stáří je pro průběh těchto onemocnění rizikovým faktorem, což může mít za následek vyvolání dalšího onemocnění (13). Charakteristickým znakem pro stáří je polymorbidita. Polymorbiditou se rozumí větší počet různých, zpravidla chronických onemocnění u jednoho člověka, které se vzájemně prolínají a ovlivňují. S tím souvisí tzv. dominový efekt, který spočívá v tom, že projevy jedné nemoci mohou vyvolat nemoc jinou. S polymorbiditou souvisí i polypragmázie neboli užívání velkého množství léků najednou (4).

Nemoci mají ve stáří specifický charakter – nejen že dochází k jejich kumulaci, ale také mají nemoci větší sklon ke komplikacím a k chronicitě, protože stárnoucí organismus již nemá dostatečné rezervy na běžná onemocnění (3). Jako základní předpoklad pro úspěšné zvládnání zdravotních problémů seniorů je správné chápání povahy a rozsahu stařecké nemocnosti a pojetí zdraví ve stáří. Jen nevelká část zdravotních problémů seniorů může být totiž pochopena a řešena na základě převažujícího biomedicínského modelu, zejména u starých lidí je nutné využívat holistický přístup neboli bio-psycho-socio-spirituální vnímání osobnosti i jejich problémů (14).

Nemocní senioři jsou lékaři nazýváni křehkými pacienty. Geriatrická křehkost je důvodem pro to, že zdravotní stav starých osob se může velmi rychle změnit – dekompenzovat – což může mít vážné následky. Předpokladem jsou tzv. somatické

aspekty křehkosti, těmi jsou svalová slabost a úbytek svalové hmoty, snadná unavitelnost, nechutenství a s tím spojené nechtěné hubnutí a hypomobilita – omezování pohybových aktivit (15). Haškovcová ještě k výše uvedeným zdůrazňuje psychické změny, zejména rozladěnost a ztráta zájmů (4).

1.4.3 Geriatrické syndromy

Nejčastěji popisované tělesné potíže u seniorů bývají problémy s inkontinencí, imobilitou, insomnií a instabilitou. Dále jsou často uváděny problémy s výživou – malnutrice a anorexie stárnoucích a starých osob, které jsou však často podmíněny základním onemocněním, jako jsou choroby onkologického či oběhového charakteru (15). Výsledným efektem pak je především částečná nebo úplná ztráta soběstačnosti, která podmiňuje pomoc další osoby. Nejedná se ale pouze o somatické choroby, ale i choroby a potíže psychické (4).

1.4.4 Nemoci oběhového systému

Pro stáří jsou některé choroby více typické než pro mladší věkové skupiny a s nimi souvisí i určitý stupeň postižení orgánových soustav. Mezi nemoci s největší prevalencí u starších osob patří *choroby oběhové soustavy, jimiž trpí přibližně 75% populace starší 60-ti let* (3, s. 403). Kardiovaskulární choroby se mohou projevat zhoršením fyzické výkonnosti, větší unavitelností a psychickými problémy s tím spojenými. Cévní onemocnění se mohou manifestovat i cévní mozkovou příhodou, onemocněním, při kterém dochází k nedokrvení některé části mozkové tkáně, které je při nedostatečně rychlé léčbě nevratné. Nemocný potom trpí tzv. vaskulární demencí, mají zpomalené psychické procesy, bývají nesoustředění a pomalu reagují. Jiným projevem může být zvýšená podrážděnost a emoční labilita, která plyne především z pocitu nesoběstačnosti (3).

1.4.5 Nemoci pohybového a nosného aparátu

Velmi častá onemocnění ve stáří jsou choroby nosného a pohybového aparátu, jež seniora omezují v pohybu. Důsledkem těchto omezení je snížení soběstačnosti až

sociální izolace, protože hůře pohybliví senioři mají obavy z pádu, jsou zvýšeně úzkostní a postupně rezignují na samostatný pohyb a setrvávají ve svém „bezpečném území“, resp. bytě či jeho nejbližším okolí (3).

1.4.6 Psychiatrická onemocnění ve stáří

1.4.6.1 Demence

Poměrně častým onemocněním ve stáří je demence neboli výrazný úbytek rozumových schopností. Haškovcová nazývá senilní demenci „*tichou epidemií 21. století, kterou trpí 1,5-3% osob ve věku 60 let, u dlouhověkých seniorů už se vyskytuje u 50% z nich*“ (4, s. 262). Dříve se toto onemocnění objevovalo zřídka, což bylo dáno především malým počtem osob dožívajících se vysokého věku, kdy se demence nejčastěji projevuje. Jelikož společnost se tohoto onemocnění bojí, většina zemí výrazně podporuje výzkum těchto chorob, protože jestliže se zjistí příčina, je možné nalézt i účinnou prevenci a léčbu (4).

Demence se projevuje nápadným zhoršením paměti, senior má problémy vybavit si i dosud pevně zafixované informace, a v důsledku toho se pak stává dezorientovaným. Nepoznává své okolí, známé osoby a mnohdy si nevybavuje ani informace sám o sobě, což má velký vliv na jeho sebepojetí. Součástí onemocnění je i bradypsychismus, ztráta schopnosti logického myšlení. Se seniorem není možné se standartně domluvit či mu něco vysvětlit, protože nechápe logické argumenty a proto je také odmítá uznat. Dalším specifickým rysem demence je změna emočního ladění a sociálního chování. Senior je citově labilní, podrážděný, úzkostný. S postupem času dochází k úplnému oploštění emocí. Další změny se projevují v osobnostních vlastnostech, senior může být najednou sobecký, bezohledný nebo obhroublý, ačkoliv nikdy dříve takový nebyl. Ztrácí své naučené sociální chování a často se chová nepřiměřeně, na významnosti u něj nabývají pudy týkající se jídla a sexuálního chování a z toho pramení neschopnost dodržovat běžné normy chování (3).

1.4.6.2 Deprese

Dalším psychickým onemocněním, o kterém je v souvislosti se stářím vhodné se zmínit, jsou deprese a depresivní stavy. Dle jedné americké studie stoupá četnost sebevražedných myšlenek společně s věkem a 10% dlouhověkých seniorů někdy myslelo na svou smrt a chtělo zemřít (16). Přesné vymezení procentuálního zastoupení této nemoci v seniorském věku je však velmi obtížné, protože ne vždy bývá deprese správně diagnostikována. Často jsou depresivní nálady reakcí na změny a omezení, ke kterým u daného seniora dochází a jsou zvýrazňovány obavami z budoucnosti a pocity bezmocnosti. Někdy je však deprese pouze symptomem základního onemocnění, jako je například Parkinsonský syndrom, nemoci kardiovaskulárního systému nebo se poměrně často objevuje u dekompenzovaných diabetiků. Na základě depresivních pocitů dochází ve stáří ke zvýšení četnosti dokonaných sebevražd, jejich počet po 75. roce prudce stoupá. Staří lidé se na sebevraždu důkladně připravují. Důvodem je pro ně nejčastěji nakumulování negativních událostí, jako je ztráta životního partnera, vážné somatické onemocnění nebo pocity izolace a beznaděje (3).

1.5 Umírání a smrt

1.5.1 Smrt – tabu dnešní společnosti

O smrti se dnes mnoho nemluví – toto téma je naší společností značně tabuizováno. Především proto, že smrt je institucionalizována, přesunula se z domácího prostředí do nemocnic a přestala být pro mladé lidi přirozenou součástí života. Zatímco v nynější době má západní společnost ze smrti strach, dříve pojímali lidé svůj život jako úděl, popř. osud. Smrt přijímali. V dnešním světě není pro smrt místo, pro nadměrné oslavování mládí a zdraví jsou opačná, pochmurná, témata naprosto vytěsněna (4).

1.5.2 Mýty o umírání

I o umírání koluje množství mýtů, které neinformovaná společnost přejímá za relevantní informace. Například že umírání již není život, že umírající by měl být v nemocnici, aby neděsil své blízké, že se má umírat o samotě a v klidu, že umírající

člověk nevnímá, nebo že paliativní péče je určena jen pro staré lidi či že paliativní péče není plnohodnotným partnerem ostatním medicínským oborům. Oproti tomu Huneš říká, že „*ruce milující rodiny jsou nejměkčí postelí pro umírajícího*“ (17, s. 71).

1.5.3 Péče o umírající

Haškovcová popisuje dva modely umírání – domácí a institucionální.

Domácí model umírání vyplývá z dob, kdy péči o nemocné a umírající měli ve svých rukách prostí lidé v prostředí domova. Tento model dokázal uspokojit veškeré lidské potřeby na úrovni tehdejší doby. Umírající byl obklopen rodinou a bližními nebyl osamocen ani opuštěn. Smrt nebyla tabuizovaná, všichni věděli, co se od nich očekává a věděl to i sám umírající. Psychickou oporu dávala nemocným víra, duchovní péči zajišťovali kněží – udělovali svátost nemocných. Fyzické potřeby uspokojovala rodina a blízcí, kteří nasbírali zkušenosti s péčí o umírajícího v průběhu svého života, znali je od svých rodičů a ti od svých, případně chodili vypomáhat s péčí sousedům a známým v sousedství. Uměli se postarat o tělo zemřelého. Je však vhodné zmínit, že umírání neprobíhalo idylicky. Přivolání lékaře nebylo vždy možné kvůli financím, a proto mnoho umírajících trpělo nesnesitelnými bolestmi. Ve středověku se péče o nemocné a umírající postupně ujímá církev, šlechta i obce a byly zřizovány chorobince, chudobince a špitály. Tyto změny sebou přinesly péči institucionální (18).

Institucionální model umírání se vyvíjel v průběhu několika staletí. Za mezník jeho vzniku lze označit 14. století, kdy poprvé začaly vznikat chudobince a špitály, ze kterých se později staly nemocnice. Tyto instituce měly nemocným zajistit stravu, teplo a jisté hygienické zázemí. Umírajícím v této době nebyla věnována žádná speciální pozornost. Začátkem 20. století začali být umírající oddělováni od nemocných, nejdříve pouze zástěnou mezi lůžky, později vznikaly speciální pokoje pro umírající. Jelikož se tradovala skutečnost, že umírající člověk potřebuje klid, bylo umírajícímu znemožněno zemřít v kruhu svých blízkých (18).

V polovině 20. století vzniká snaha o znovuoobjevení té péče, která není založena na umělém prodlužování života. Vzniká moderní paliativní péče, která využívá jak pokroků moderní medicíny, tak i poznatků o léčbě bolesti a zvládnání symptomů (18).

1.6 Demografické změny společnosti a jejich důsledky

Demografické stárnutí je proces, se kterým se setkáváme již na počátku 20. století. Velké sociální a ekonomické změny spojené s přechodem od tradiční k moderní a následně postmoderní společnosti se projevily na populaci celého světa. Současná věková struktura je tak především odrazem významných událostí 20. století - dvě světové války, hospodářské krize a politická nestabilita na straně jedné a velký pokrok ve vědě a medicíně spolu se stále se zlepšující životní úrovní na straně druhé. Jde o události, které měly významný vliv na počet narozených dětí v jednotlivých letech, jejichž další početnost byla a je ovlivňována prodlužováním délky života a migrací. Změny reprodukčních charakteristik, kterými vyspělé státy prošly v uplynulých dvou stoletích, odborníci nazývají demografickou revolucí. Ta spočívá v poklesu úmrtnosti doprovázené snížením porodnosti. Tento trend je společný pro všechny vyspělejší země Evropy i světa, ale určité nepravidelnosti v početnosti generací jsou v každé zemi ovlivněny specifickými vlivy spojenými s jejich konkrétním vývojem (19).

Situace v České republice je téměř totožná s vývojem v celé Evropě. Existují však jisté okolnosti, které stojí za skutečností, že se populační vývoj Česka vyznačuje svými specifickými odchylkami. Ty jsou také příčinou toho, že se stárnutí v České republice do této doby projevovalo pozvolněji než v jiných evropských zemích (19).

Budoucí vývoj situace v České republice je zpracován v Projekci obyvatelstva České republiky, která vznikla v první polovině roku 2009. Odborníci Českého statistického úřadu v ní nastínili změny, které se budou odehrávat v populaci ČR v letech 2009–2065. Dle těchto odborníků by se střední délka života mohla u mužů prodloužit na 86,5 let a u žen až na 91 let (20). K roku 2010 je střední délka života u mužů 74,4 a 80,6 u žen (21). To, jakým způsobem a s jakou intenzitou bude stárnutí české populace postupovat, se odráží na vývoji hlavních demografických procesů – plodnosti, úmrtnosti a migrace (20).

Demografické stárnutí bude mít významný dopad i na nynější zdravotní a sociální systémy České republiky. Dle Evropského a hospodářského výboru je nutné především

zakotvit zdravé stárnutí, posílit prevenci a podporovat zdraví, zvýšit kvalitu zdravotních a pečovatelských služeb, zakotvit paliativní péči do pečovatelských služeb atd. Evropská unie se však svými pokyny nezaměřila jen na členské státy, ale i na úroveň celého systému EU – Vypracování Akčního plánu pro zdravé a důstojné stáří, uznání priority tématu, vypracování Evropské charty práv osob závislých na pomoci a péči aj. Jedním z výsledků je i vyhlášení roku 2012 Evropským rokem aktivního a zdravého stárnutí a mezigenerační solidarity (22).

1.7 Význam rodiny v životě seniora

Rodina je významná součást života každého člověka. Představuje zázemí, ve kterém člověk vyrůstá, vyvíjí se, a vztahy, které v rodině fungují, jej provázejí po celý život a výrazně přispívají k celkové životní spokojenosti člověka (23).

Rodina představuje pro seniora zázemí a jistotu. V případě omezení soběstačnosti je pro něj rodina zdrojem pomoci psychické, fyzické i hmotné. Zároveň rodina rozvíjí aktivity ve stáří a je výrazným referenčním rámcem života starších lidí (24).

1.7.1 Mezigenerační soužití a mezigenerační solidarita

Vícegenerační rodina se skládá z prarodičů, rodičů a dětí. Mezigenerační soužití lze odůvodnit mnoha aspekty. Transgenerační vztahy obohacují jednotlivé členy rodiny, možnost spolupráce při výchově dětí a v neposlední řadě soužití prarodičů s potomky a vnoučaty řeší problém opuštěnosti starých lidí, který se stává stále aktuálnější (9). V nynější společnosti se však takové soužití jeví jako překonané. Dle průzkumu Raiffeisen stavební spořitelny žije naprostá většina rodičů dnešních padesátníků/čtyřicátníků samostatně ve svých domácnostech. Pouze 13% těchto osob žije v domácnosti společně se svými rodiči a jen pouhých 7% uvažuje, že se v důchodovém věku nastěhuje ke svým dětem (25).

Mezigenerační solidarita neboli koncept rodinné soudržnosti vychází z pojetí rodinné solidarity dle Bengtsona, a na základě tohoto konceptu lze soudržnost jednotlivé rodiny popsat v šesti různých dimenzích: „1. *citová solidarita (resp.*

solidarita lásky, náklonnosti), 2. solidarita kontaktů, 3. solidarita souhlasu, 4. funkční solidarita (solidarita pomoci a podpory), 5. normativní solidarita (solidarita rodinných hodnot), 6. strukturní solidarita (solidarita možností a příležitostí)“ (23, s. 465).

Mezigenerační solidarita je vyjádřena zejména blízkostí vztahů, četností vzájemných kontaktů a také výpomocí s bydlením. Bohužel se ale může postupem času změnit i ve zdroj nedorozumění a konfliktů. Důležité jsou povahové vlastnosti jednotlivých aktérů, aby k podobným nedorozuměním nedocházelo. Zdrojem těchto konfliktů jsou i sami rodinní příslušníci, kteří o nemocného seniora pečují. Často nejsou vůbec připraveni na obtíže, které mohou při péči nastat, a proto mohou být jejich reakce neadekvátní situaci (26).

1.7.2 Péče o nemocného seniora

Ve všech vyspělých zemích dnešního světa stále narůstá počet osob, které se z důvodu vysokého věku nebo zdravotního stavu nejsou schopny o sebe postarat. Největší podíl pomoci však není poskytován zařízeními lůžkové typu, ale nejčastěji je péče o tyto osoby se sníženou soběstačností poskytována v rodině, případně rodina využívá možnosti terénních zdravotně sociálních služeb. Tendence setrvání v domácím prostředí odpovídá přáním opečovávaných. Tento koncept je také zakotven v Organizaci pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) již od 90. let 20. století a je nazýván „ageing in place“ (27).

Všude dobře, doma nejlépe – známé pořekadlo, které platí i pro seniory, kteří by přirozeně chtěli co nejdéle zůstat v domácím prostředí, které znají a váže je k němu mnoho vzpomínek. Jestliže ale senior ztrácí soběstačnost a není schopný se o sebe již sám starat, je nutné mu nějak pomoci. V první řadě by měla stárnoucímu člověku pomoci jeho rodina. Bohužel ne vždy je domácí péče za účasti rodiny možná, mnohdy je tato volba velmi komplikovaná až nedostupná (4).

1.7.3 Nároky na pečující rodinu

Jestliže má být nemocný senior opečováván doma, musí rodina splnit 3 zásadní kritéria: rodina musí mít možnost pečovat – moci. Musí mít podmínky fyzické, sociální,

psychické, bytové, finanční aj. Další podmínkou je, že rodina musí sama chtít. Snažit se hledat dostupné možnosti, mít dobrou vůli. A v neposlední řadě musí také umět pečovat. Tento faktor však není natolik určující, protože jestliže rodina může a chce, pak již není problém se to naučit. Je mnoho edukačních programů, časopisů a možností, jak si zajistit potřebné informace, rady a návody (9).

Péče o seniora v domácím prostředí však přináší mnohé překážky. Jednou z nich jsou pocity samých pečovatelů. Velmi často je zde přítomna intergenerační ambivalence, neboli protichůdné pocity ve vztazích, prožívání lásky a odporu zároveň, vřelosti a uspokojení, spolu s frustrací, nespokojeností a zlostí. Toto pojetí je významné při zkoumání vztahů v pečující rodině. Ambivalentní potomek prožívá svůj vztah k nesoběstačnému seniorovi jako vyčerpávající i obohacující zároveň (28).

1.7.4 Ambivalentní pocity ve vztahu pečující rodina - senior

Jestliže starý rodič potřebuje péči druhé osoby, musí se jeho potomci, již dospělé děti, rozhodnout, zda o něj budou pečovat nebo ne. Zde však přichází výrazný tlak společnosti na altruistické poskytování pomoci. Z druhé strany společnost klade na jedince nároky na jeho kariéru, osobní růst a rozvoj. Proto dochází k pocitům viny při preferenci jakékoliv varianty (28).

Osobní pečování přináší pro pečovatele značnou zátěž. Péče je náročná časově, psychicky, mnohdy i fyzicky. Tyto skutečnosti mají za následek to, že se mnoho pečujících dostává do stavu sociální izolace, která přispívá k napětí a konfliktům (28).

Americká Společnost onkologického ošetřovatelství/Oncology Nursing Society provedla výzkum, jak vnímají své zdraví senioři a rodina, která o ně pečuje. Pečovatelé shodně mluvili o významně vyšším utrpení a bolesti, než kterou popsali sami nemocní senioři a domnívali se, že o ně musejí pečovat tak, jak je to v jejich silách (29).

Pro opečovávaného seniora plyne ze závislého postavení v rodině a ochranného přístupu ze strany rodiny riziko ztráty sociálních kompetencí. Často pečující zapomínají při své obětavé péči respektovat osobní autonomii jedince. Tím se jenom posiluje jeho nepříjemná závislá role, což může mít za následek pocity nespokojenosti a z toho plynoucí další konflikty (28).

Jako řešení se jeví využití respitní neboli úlevové péče. Jedná se o institucionální výpomoc, kdy se rodina dohodne s institucí na dočasné hospitalizaci. V době, kdy je o seniora kvalifikovaně postaráno v lůžkovém zařízení, si může rodina od péče odpočinout, dopřát si dovolenou (4).

Jako další možnost se jeví využití terénních služeb, které pomáhají při péči o seniory v rodinném domácím prostředí (4).

1.8 Služby domácí péče

Senioři jsou, stejně jako všichni ostatní, plnoprávní osobnosti, které mají právo setrvat v domácím prostředí, jestliže se tak sami rozhodnou. Jelikož se staří lidé hůře adaptují na nové podmínky, může na ně působit vytržení z jejich přirozeného domácího prostředí a následný přesun do prostředí jiného značně negativně a může dojít i k zhoršení zdravotního stavu (30).

1.8.1 Příspěvek na péči

Současný trend sociálních služeb je jejich orientace do domácího prostředí svých klientů. Tyto tendence navýšil zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde je právně zakotven tzv. příspěvek na péči. Jeho primárním úkolem je umožnit občanům, aby si mohli koupit potřebné služby, které by jim pomohly setrvat v domácím prostředí. Zpětně naopak dochází k rozvoji těchto služeb, protože do nich plyne více finančních prostředků (30).

Senioři, kteří chtějí setrvat v domácím prostředí, mohou využít pečovatelských služeb, osobní asistenci, domácí zdravotnickou péči či domácí hospicovou péči. V případě, kdy se o seniora stará rodina je možné také využít odlehčovací služby, která dočasně převezme péči za rodinu (30).

1.8.2 Pečovatelská služba

Dle zákona č. 108/2006 Sb. je pečovatelská služba poskytována ambulantně nebo v domácnosti klienta a je poskytována osobám se sníženou soběstačností na základě

věku nebo chronického onemocnění, osobám se zdravotním postižením a rodinám s dětmi, které za dané situace vyžadují pomoc jiné fyzické osoby (31).

Tato služba pomáhá svým klientům pečovat o sebe sama, o osobní hygienu, poskytuje stravu a pomáhá s jejím zajištěním, zprostředkovává sociální kontakt se společenským okolím a vypomáhá se zajištěním chodu domácnosti (31).

1.8.3 Osobní asistence

Osobní asistence, stejně jako pečovatelská služba, poskytuje pomoc osobám se sníženou soběstačností pro vysoký věk, chronické onemocnění či zdravotní postižení. Na rozdíl od pečovatelské služby je tato služba poskytována kontinuálně bez časového omezení a v přirozeném prostředí klientů při činnostech, které klient potřebuje (32).

Poskytované služby jsou obdobné jako u pečovatelské služby, navíc však osobní asistence nabízí pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a poskytuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (32).

1.8.4 Domácí zdravotní péče

Domácí zdravotní péče je uvedena jako péče o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí. Její součástí je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče a paliativní péče o umírající (33).

Zdravotní péči v domácím prostředí pacienta je možné vykonávat pouze za předpokladu, že není nezbytné technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení (33).

1.8.5 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je paliativní péče o umírající v terminálním stádiu života. Je poskytována většinou českých hospiců. Cílem již není samotná zdravotnická péče, ačkoliv je její součástí, ale především zajištění kvality života do posledních dnů umírajícího. Poskytují psychickou a duchovní podporu, pomáhají rodině s péčí o zemřelého a poskytují oporu pozůstalým (34).

V jihočeském kraji tuto službu poskytuje Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích (34).

1.8.6 Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby, které jsou zaměřeny na osoby zdravotním postižením a seniory, o které jinak pečuje blízká osoba v domácnosti (31).

Odlehčovací služby pomáhají s péčí o sebe sama, poskytují stravu nebo ji pomáhají zajistit, zprostředkovávají společenský kontakt, nabízejí terapeutické činnosti a vypomáhají při prosazování práv a zájmů. V případě pobytové služby poskytuje také ubytování (31).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak a v čem se liší názory mladé, střední a předseniorské generace na péči o seniora v domácím prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Je ekonomické hledisko péče o seniory stejně důležitým faktorem pro všechny zkoumané generace?
- 2) Je vnímána možnost péče o seniory v rodině pro všechny zkoumané generace jako neoptimálnější?
- 3) Jsou všechny zkoumané generace dobře informovány o všech možnostech terénních sociálních služeb, které lze při péči o seniory využít?

3 Metodika

3.1 Technika sběru dat

Metodická část této bakalářské práce byla zpracována kvalitativním zpracováním dat za využití metody polostrukturovaného rozhovoru. Výběr respondentů odpovídal filosofii zakotvené teorie. Jako významné se při zkoumání jednotlivých generací jeví ekonomické postavení a rodinný stav, čemuž podléhal výběr respondentů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 7 respondentů. Tito respondenti byli vybráni na základě jejich komunikativnosti, rodinného stavu a jejich příjmu. Jako průměrný výdělek jsem pro účely této práce stanovila částku 20 000 Kč/měsíc.

Z první zkoumané generace, tedy předseniorské, která byla ohraničena 50-ti až 60-ti lety, byli vybráni dva respondenti – muž a žena. Ekonomické postavení se zde nejevilo jako významné pro účely tohoto výzkumu. Ze střední generace byli vybráni 3 respondenti, kdy byl vytvořen předpoklad, že ve věku 30-40 let jsou zkoumané osoby rodiči a mají rodinné zázemí. Proto byl vybrán muž s nadprůměrným výdělkem, žena s podprůměrným výdělkem a žena, jež sama živí své dvě děti, a proto je její ekonomické postavení nižší než v rodinách úplných. V mladé generaci byly vybrány dvě ženy ve věku od 20-ti do 30-ti let. V této generaci jsem si respondentky vybírala na základě jejich rodinného stavu, jestli již mají založenou rodinu anebo ne. Jedna žena je svobodná, bezdětná a její výdělek je nadprůměrný. Druhá žena je nyní na rodičovské dovolené, její měsíční příjem je tedy podprůměrný.

Respondenti byli vybíráni metodou sněhové koule (snowball sampling), kdy nultým bodem byl respondent 1, který mi byl doporučen respondentkou, se kterou jsem prováděla předvýzkum. Ostatní respondenty jsem získala vždy od předchozích, se kterými jsem dělala rozhovory.

3.3 Proces sběru dat

Všechny své respondenty jsem před samotným rozhovorem krátce navštívila, abych se jim představila, posoudila, zda jsou vhodní pro samotný výzkum a seznámila je s cílem mé bakalářské práce. Respondenti souhlasili se zaznamenáváním samotného rozhovoru na papír, přesto však trvali na zachování anonymity, proto jsou uvedeny pouze počáteční písmena jejich křestních jmen. Důležité informace byly zapisovány doslovně, přesto mohlo vlivem použití techniky zapisování na papír dojít k možnému zkreslení.

Předvýzkum byl proveden na rodinné známé. Rozhovor s ní a zpětná vazba, kterou mi poskytla, pro mě byly velmi cenné, neboť jsme společně našly další témata, která by byla vhodná do rozhovoru zařadit. Tento rozhovor není zařazen do výzkumu této bakalářské práce.

Respondentům jsem kladla otázky, chtěla jsem znát jejich názory na problematiku. Pro většinu respondentů rozhovor nebyl nijak optimistický, téměř všichni (až na respondenta 3) se po rozhovoru svěřili, že přemýšlení o nesoběstačnosti někoho z rodiny a případné péči o ně jim působilo smutek. Tato skutečnost je znát i na samotných rozhovorech, kdy odpovědi nejsou nijak rozsáhlé, byla jsem nucena se dotazovat hlouběji, abych na své otázky dostala odpověď.

Rozhovory byly pořizovány od listopadu 2012 do února 2013.

4 Výsledky

Rozhovor 1:

Muž, F., 53 let, nadprůměrný výdělek, ženatý, 2 dospělé děti

(barevně označené jsou důležité informace)

T¹: „Myslíte si, že je domácí péče nejlepším řešením? Povězte mi, jak to vidíte vy.“

R²: „Myslím, že určitě. Už proto, že **doma je doma**, určitě je to pro psychiku lepší než být někde v cizím prostředí. A psychika má zase velký vliv na tělo, takže určitě ta domácí péče.“

T: „Máte nějakou představu, jak je finančně náročná péče o seniora?“

R: „Myslím si, že **je to drahé**, ale přesnou představu nemám.“

T: „A víte o nějaké finanční výpomoci státu, o kterou je možné si v případě nutnosti požádat?“

R: „O ničem nevím. Asi bych si to musel dohledávat.“

T: „A kde byste tyto informace dohledával?“

R: „Asi bych zkusil kamarády a různé známé. Pak sociálku a internet.“

T: „Zajímá mě váš názor na to, jestli považujete za ekonomicky výhodnější péči o nesoběstačného doma nebo v nějakém zařízení.“

R: „Ono je to asi o zdravotním stavu, když je někdo **ležák, tak to asi vyjde lépe v nějakém zařízení**. Ale když bych tam měl dát třeba tchýni, tak spíš do nějakého domova než nemocnice, tam je ta péče přece jen jinde.“

T: „Pečoval jste někdy vy nebo někdo od vás z rodiny o někoho nesoběstačného?“

R: „Já ne, ale brácha se sestrou se starali o mámu, když umírala.“

T: „Můžu se zeptat, z jakého důvodu se o ni starali vaši sourozenci?“

R: „Narodil jsem se na Slovensku a brácha se sestrou tam zůstali, já se odstěhoval. Kdybych tam byl, tak jim pomůžu, takhle jsme tam jen s manželkou jeli krátce před tím, než zemřela. Dana, moje sestra, je zdravotní sestra, tak se o ni dokázala moc dobře postarat.“

T: „Máte nějakou představu o tom, co péče o nesoběstačného představuje?“

¹ T je označen tazatel – autorka výzkumu

² R je označen respondent

R: „Představu trochu, ale hodně nejasnou. Chybí mi zkušenosti, abych věděl, co to obnáší.“

T: „Byl byste ochoten o někoho blízkého pečovat, když by to bylo potřeba?“

R: „Určitě jo, o manželku, děti a i tchýni, mám jí rád jak vlastní mámu. Ale musel bych to propočítat, jestli by mi nevyšla líp nějaká [soukromá zdravotní sestra](#), co by byla doma. A určitě bych si spočítal, jestli mám už odpracovaný roky na důchod, abych o něj nepřišel.“

T: „To vás můžu uklidnit, pokud by někomu z nich bylo lékařem uznáno, že potřebuje pomoc další osoby, tak se tato doba také započítává do let na důchod.“

R: „To jsem rád, ale to ekonomický hledisko je tam pořád, když by to vyšlo pro mě finančně výhodněji, tak si raději zaplatím nějakou sestřičku.“

T: „Teď bych se ráda přesunula k jinému tématu, a to přínosnosti seniorské populace. Myslíte si, že senioři mají ekonomicky aktivnějšímu obyvatelstvu co nabídnout?“

R: „Samozřejmě že [jsou přínosní](#).“

T: „A v čem je podle vás ten přínos?“

R: „Můžou pomoci při řešení problémů, protože mají přehled a rozhled díky zkušenostem.“

T: „Čím si myslíte, že může být, že jsou dnes přeplněné pořadníky do domovů pro seniory a přitom několik let zpátky byla domácí péče naprosto samozřejmá?“

R: „To je vztahy ve společnosti a chybí vzájemný vztahy mezi lidmi.“

T: „Můžete to trochu upřesnit?“

R: „No co se týče té společnosti, dřív bylo nemyslitelné někoho strčit do důchod'áku, všichni by se na vás koukali skrz prsty, byl tam [obrovský společenský tlak](#). A mezi lidmi chybí nezištný vztah, [dneska je všechno jen na penězích](#), na ekonomickém podkladě.“

T: „Víte o nějakých svých limitech, osobních vlastnostech, které by vám nedovolily v některých případech pečovat o blízkého? Myslím tím třeba inkontinenci, upoutání na lůžko.“

R: „Já jsem o nikoho nikdy nepečoval, tak mě nic nenapadá. [Ale asi bych si zvyknul na všechno](#), když by to bylo potřeba.“

T: „Jste nějak informován o nemocích seniorského věku? Napadá vás nějaká nemoc, když se řekne senior?“

R: „Nevím, vybavím si starší ženskou s hůlkou, takže asi problémy s pohyblivostí. Pak hodně bývají nemocný na srdce.“

T: „Co třeba stařecká demence a Alzheimerova choroba, víte o těchto onemocněních něco?“

R: „No já jsem se s tím pořádně nesetkal, takže co jsem viděl je akorát tak ve filmech a tak. Ale z dob mé vojenské kariéry mám doma ještě želízka, to bych nějak zvládnul. (smích)“

T: „V případě, že byste to i přes vaše nasazení přeci jen nezvládal, víte o nějakých terénních službách, které by vám s tou péčí mohly pomoci?“

R: „**To vůbec nevím**, ale asi bych si to zjistil, bych se šel zeptat na sociálku.“

T: „A podle čeho byste vybíral tu správnou službu? Přeci jen je jich poměrně velký výběr.“

R: „Asi bych se poptal známých, hledal informace na internetu, nějaké **reference**. A i podle toho jak by to bylo drahé, ale to by nebylo to nejdůležitější.“

T: „A už tu pro vás mám poslední otázku. Jak vnímáte konec života, smrt?“

R: „Jako přírodní zákon.“

T: „Jako že tam stejně musíme všichni?“

R: „Tak nějak, je to prostě koloběh, narození a smrt. A taky smrtí začíná věčný odpočinek.“

Tabulka 1 – shrnutí základních poznatků – rozhovor 1

Ochota pečovat	<ul style="list-style-type: none"> • je ochoten
Výhody a nevýhody domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • + na psychiku lepší než ústavní péče • - finanční náročnost
Finanční aspekty domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • ve srovnání s institucionální péčí považuje za nejdůležitější zdravotní stav, kdy péče o imobilního seniora je doma dražší • Pokud by pro něj bylo finančně výhodnější zaplatit si ošetřovatelku, zaměstnání by neopouštěl • o finanční výpomoci státu neví
Odklon od domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • menším společenský tlak než před lety • chybí nezištné vzájemné vztahy mezi lidmi
Přínos seniorů	<ul style="list-style-type: none"> • přehled díky nasbíraným zkušenostem
Stařecká demence	<ul style="list-style-type: none"> • s onemocněním se dosud nesetkal, představy má nejasné
Znalost služeb domácí péče a kritéria výběru	<ul style="list-style-type: none"> • žádné služby nezná, zjišťoval by na ČSSZ • vybíral by zejména na základě referencí, poté dle ceny

Rozhovor 2:

Žena, J., 55 let, průměrný výdělek, vdaná, 3 dospělé děti

(barevně označené jsou důležité informace)

T: „Vnímáte péči o seniora nebo nesoběstačného člověka doma jako finančně výhodnější než péči v zařízeních jako je například domov pro seniory?“

R: „Myslím si, že **domovy vyjdou levněji**.“

T: „Kolik si tak myslíte, že stojí pobyt v takovémto zařízení?“

R: „Nejsem si jistá, ale myslím, že to vyjde přibližně na výši důchodu.“

T: „Myslíte si, že péče doma je lepší? V čem vidíte výhody a v čem nevýhody?“

R: „Určitě je **lepší, jen asi není tak odborná**. Přeci jen je lepší být doma. Výhody vidím zejména v tom, že se o nemocného stará někdo blízký, například že děti rodičům vracejí doby, kdy je vychovávali. Určitě **dobry pocit** pro toho kdo se stará i pro toho, o koho se stará. Nevýhody asi v **časové náročnosti**.“

T: „Byla byste ochotná opustit zaměstnání nebo si snížit pracovní úvazek abyste mohla o někoho pečovat?“

R: „Určitě ano, pro blízkou rodinu bych to udělala, i když by to asi bylo finančně náročné. Existuje i různá práce na doma, dalo by se to nějak vyřešit.“

T: „Říkáte, že byste to byla ochotná udělat pro někoho z blízké rodiny. Koho tím myslíte?“

R: „Myslím tím svoji maminku, manžela a děti. Asi i pro širší rodinu, ale pouze pokud by nebyl nikdo jiný, kdo by se o ně mohl takto starat.“

T: „Co se týče financí, jste nějak informovaná o finanční pomoci státu? Víte o něčem, čím stát přispívá?“

R: „Přesně nevím, nikdy jsem to nepotřebovala, takže jsem to nezjišťovala. Určitě nějaké peníze od státu jsou, ale je to nejspíš málo.“

T: „Jak vnímáte možnost zaplatit si soukromou pečovatelku?“

R: „Určitě je to řešení, když už bych to sama nezvládala. Ale jinak ne. Člověk, který toho nemocného nezná, nemůže pokrýt všechny jeho potřeby.“

T: „A jaké potřeby vás napadají? Co všechno vidíte jako důležité, když byste o někoho pečovala?“

R: „Já ani nevím. Jídlo, oblečení, aby byl člověk v čistotě. Snažila bych se, aby měl člověk všechno, co potřebuje, snažila bych se i o nějakou kulturu, aby ten člověk nebyl izolovaný od venkovního světa. Všechno by ale záleželo na stavu toho člověka.“

T: „Čím si myslíte, že je dnešní přeplněnost pořadníků na domovy pro seniory? Dřív přece péče doma byla běžná.“

R: „Asi určitou lhostejností. Je hodně lidí, kteří by se mohli o někoho starat, ale nechtějí. Asi by je to obtěžovalo, narušovalo by jim to jejich soukromí, protože by nejspíš bylo potřeba se nějak sestěhovat. Možná by se za to i styděli, že se o někoho starají. Ale je to i tím, že spousta starých lidí se bojí, aby nebyli na obtíž, a proto si tam ty žádosti podávají sami. Dnešní doba starým moc nepřeje, jsou skoro na okraji společnosti, jen se stačí kouknout na nějaké vtipy o důchodcích.“

T: „V tom máte pravdu, senioři bývají v médiích často ukazováni dost zkresleně. V čem vidíte jejich přínos pro mladší populaci?“

R: „Mají **mnoho zkušeností**, které jsou dány věkem, **jiný pohled na svět**, uvědomují si spousty věcí, který si člověk žijící „do práce – z práce“ neuvědomuje. A tohle můžou ukázat i těm mladším.“

T: „Řekla jste mi, že byste byla ochotná se o někoho postarat, když by to bylo nutné. Myslíte si, že by vám to něco dalo?“

R: „Nevím, asi ano. Člověk si pak uvědomí **vlastní smrtelnost a zranitelnost**. Asi bych si říkala, že je tu možnost, že jednou dopadnu stejně.“

T: „Když mluvíme o smrtelnosti. Dokázala byste věnovat svoji péči i člověku, který umírá?“

R: „Nejsem si jistá, pravděpodobně ano. Snažila bych se ze všech sil. Takže ano, dokázala. Kdybych to nedokázala a ten člověk by zemřel někde v nemocnici, **psychicky bych se s tím nesrovnala**, měl bych pocit, že jsem ho odložila, když mě naposledy potřeboval. „

T: „A jak vnímáte samotnou smrt? Vidíte v tom něco, co nás přesahuje nebo pouze jako biologický proces?“

R: „Pro mě je smrt koncem života, když všechno vypne. Nevěřím na duchy, i když možná něco je. A pro člověka, který má velké bolesti, je to vysvobození.“

T: „Setkala jste se někdy s člověkem, který trpěl stařeckou demencí?“

R: „Ano.“

T: „Vidíte to jako výrazný limit domácí péče?“

R: „Nejspíš ano. Vždycky je to ale v lidech. Pokusila bych se to zvládnout, když bych na to už nestačila, zkusila bych si sehnat nějakou pečovatelku nebo ošetřovatelku. Zkrátka najít řešení pro obě strany.“

T: „Kde byste hledala nějaké informace o službách, které by vám mohly s péčí pomoci?“

R: „Nevím, asi přes **internet, známé, Českou správu sociálního zabezpečení**. A taky přes **sociální odbor magistrátu**.“

T: „Na základě čeho byste tyto služby vybírala?“

R: „Zajímalo by mě, co všechno ta služba nabízí, zjišťovala bych od známých, jestli s ní má nějakou zkušenost. Taky by mě zajímalo, kolik by to stálo, ale to není tak důležité. Taky by mě zajímalo, jak by se k tomu člověku chovali, jestli by byli milí a lidský.“

Tabulka 2 – shrnutí zásadních poznatků – rozhovor 2

Ochota pečovat	<ul style="list-style-type: none"> • je ochotná
Výhody a nevýhody domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • + pečuje blízký, který seniora zná, zná jeho potřeby • - časová náročnost, neodbornost
Finanční aspekty domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • institucionální péči považuje za levnější • zaměstnání by v případě nutnosti opustila, vzniklou finanční mezeru by řešila nejspíše prací na doma • ví o příspěvcích od státu, nezná jejich výši, ale domnívá se, že jsou malé
Odklon od domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • lhostejnost ekonomicky aktivní populace • strach samotných seniorů být na obtíž
Přínos seniorů	<ul style="list-style-type: none"> • jiný pohled na svět, který můžou ukázat i mladším • mnoho zkušeností
Stařecká demence	<ul style="list-style-type: none"> • onemocnění zná, považuje jej za výrazný limit domácí péče, důvod k zajištění kvalifikované péče v domácím prostředí
Znalost služeb domácí péče a kritéria výběru	<ul style="list-style-type: none"> • žádné služby nezná, zjišťovala by na ČSSZ, internetu, u známých, na sociálním odboru magistrátu • vybírala by zejména na základě rozsahu služeb, referencí, zajímalo by ji chování personálu k seniorovi

Rozhovor 3:

Žena, J., 32 let, průměrný výdělek, samoživitelka, 2 děti

(barevně označené jsou důležité informace)

T: „Jaký je váš názor na péči o seniora v domácím prostředí za pomoci rodiny?“

R: „Asi je to lepší, než když se o něj starají třeba v nemocnici, ale pro rodinu je to asi hodně těžké.“

T: „Byla byste vy sama ochotná o někoho z rodiny takto pečovat?“

R: „Asi ano. Jsem ze čtyř dětí, takže kdyby se s rodiči něco stalo a potřebovali by pomoci, věřím, že bych se se sourozenci dohodla. Asi by se to nepověsilo jenom na jednoho.“

T: „Znáte nějaké své vlastnosti, které by vás mohly v něčem omezovat, když byste o někoho pečovala?“

R: „Nic mě nenapadá. Nemám s tím zkušenosti.“

T: „Říkala jste, že to pro rodinu musí být těžké. Dokážete si představit finanční zátěž, která z toho pro rodinu plyne?“

R: „To vůbec. Asi je to hodně drahé, když nad tím tak přemýšlím. Ale [něco přispívá stát](#), babička nějaké peníze pobírá.“

T: „Kde byste si o tomto finančním příspěvku sháněla informace, když byste je potřebovala?“

R: „Asi u rodiny, mamka to tenkrát vyřizovala s babičkou, tak to bude vědět. A jinak asi [na internetu](#).“

T: „Myslíte si, že je levnější péče v nějakém zařízení, jako jsou domovy pro seniory?“

R: „Asi ano. Ale taky záleží, co všechno rodina tomu seniorovi dopravává, co všechno kupuje.“

T: „Když by někdo z rodiny potřeboval celodenní pomoc, byla byste ochotná se sestěhovat dohromady a opustit práci nebo si snížit pracovní úvazek?“

R: „[Sestěhování bych brala jako poslední řešení](#). S dětmi jsem nějaký čas bydlela u rodičů a vím, jak moc to mě i je omezovalo, neměli jsme nikdo žádné soukromí. S prací bych problém neměla, i na mateřské dovolené jsem si přivydělávala doma, věřím, že bych to zvládla. Ale jak říkám, je nás víc sourozenců, kdybychom se o to podělili a časově to nějak sladili, věřím, že by to nebylo nutné.“

T: „Jak vnímáte možnost si zaplatit soukromou pečovatelku?“

R: „Věřím, že je to dobré řešení, [když třeba někdo nemůže opustit práci](#). Ale asi je to drahé.“

T: „V čem si myslíte, že je to, že dříve se o nesoběstačné pečovalo téměř výlučně doma a nyní mají domovy pro seniory nedostatečnou kapacitu pro všechny své žadatele?“

R: „[Asi těmi seniory](#). Vidím to na své babičce, nechce s ničím pomoci, prý si připadá, jak když nás využívá. Taky už má podanou žádost do jednoho domova, prý až to doma nezvládne sama, tak chce tam. Přitom by se o ni měl kdo postarat.“

T: „Myslíte si, že senioři můžou mladým a ekonomicky aktivním něco nabídnout? Že mohou být v něčem přínosní?“

R: „Určitě ano. Pamatuju si, jak mi babička [vysvětlovala různé tradice](#) třeba na Vánoce, Velikonoce a tak. Navíc za ty roky má [velký přehled](#), a když mám s dětmi nebo jejich tatínky nějaký problém, chodím se k ní ráda radit.“

T: „Když se řekne senior, napadají vás nějaké nemoci, které se se stářím projevují?“

R: „Asi nějaké nemoci kostí, celkově omezená pohyblivost. Pak nemoci srdce. A pak demence.“

T: „Znáte nebo znala jste někoho, kdo trpěl stařeckou demencí?“

R: „Babičky sousedka. Pamatuju si ji jako malá holka, ale časem začala být nějaká zmatená. Pak nevím, co se s ní stalo, dlouho nebyla vidět, starala se o ni nějaký čas rodina. Teď je snad někde v ústavu.“

T: „Vidíte tuto nemoc jako nějaký problém při domácí péči?“

R: „Určitě ano, asi je to problém zvládat a nějak uhlídat. Co mi říkala babička, tak ta sousedka se pak ztratila i u nich na vesnici, pořád s ní musel někdo být. Asi je to [důvod k tomu si zaplatit nějakou pečovatelku nebo podat žádost do nějakého ústavu](#).“

T: „Znáte nějaké služby, které poskytují pomoc při péči v domácím prostředí?“

R: „Vím, že je pečovatelská služba, babička jí využívá, bere si od nich obědy. Pak jezdí takhle po lidech i nějaké sestřičky.“

T: „Když byste nějakou podobnou službu hledala, kde byste si zjišťovala informace?“

R: „Na internetu a zkusila bych i nějaké známé, jestli o něčem neví.“

T: „Na základě čeho byste vybírala? Co by pro vás bylo nejdůležitější?“

R: „Asi bych sháněla [názory známých](#) a přátel. Taky by mě u pečovatelky zajímala její [odbornost](#), když bych jí svěřila někoho hodně nemocného. A taky [kolik by to stálo](#), ale to až jako jedna z posledních věcí.“

Tabulka 3 – shrnutí zásadních poznatků – rozhovor 3

Ochota pečovat	<ul style="list-style-type: none"> • je ochotná
Výhody a nevýhody domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • + na psychiku lepší než ústavní péče • - finanční náročnost
Finanční aspekty domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • institucionální péči považuje za levnější, za důležité však pokládá i to, co všechno rodina seniorovi pořídí • o finanční výpomoci státu informována
Odklon od domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • dáno především samotnými seniory, kteří nechtějí být „na obtíž“
Přínos seniorů	<ul style="list-style-type: none"> • znalosti tradic • velký přehled díky životním zkušenostem
Stařecká demence	<ul style="list-style-type: none"> • onemocnění zná, považuje jej za důvod k zaplacení si pečovatelské služby nebo k péči v zařízeních lůžkového typu
Znalost služeb domácí péče a kritéria výběru	<ul style="list-style-type: none"> • zná pečovatelskou službu a domácí zdravotnickou péči • informace by vyhledávala na internetu a u známých • vybírala by dle referencí přátel, odbornosti personálu a nakonec dle ceny

Rozhovor 4:

Muž, O., 36 let, nadprůměrný výdělek, ženatý, 2 děti

(barevně označené jsou důležité informace)

T: „Povězte mi, jak vidíte péči o seniora v domácím prostředí ve srovnání s péčí v nějakém ústavním zařízení?“

R: „Myslím si, že je to **doma pro ně určitě lepší**. V nemocnici není žádné soukromí, toho člověka tam neznají, doma tohle odpadá.“

T: „Byl byste vy ochoten se takhle starat například o někoho z rodiny, kdo už by nebyl schopný se sám o sebe plně postarat?“

R: „Já určitě ne. Nezvládal jsem to ani u svých dětí, když byly malé, veškerá péče byla na manželce. Já s nimi šel na procházku, zvládnul jsem jim uvařit, ale cokoliv se týkalo přímo jich, jako je třeba krmení nebo nedej bože přebalení, na to už jsem se necítil. Takže **já bych na to neměl**.“

T: „A jak byste to řešil, když by někdo potřeboval pomoc?“

R: „Zkusil bych se domluvit s manželkou, že by se o ně starala ona. Když by to nešlo, tak bych zaplatil nějakou ženskou, která by za nimi docházela, když by bylo potřeba.“

T: „A znáte nějaké služby, které je možné v těchto případech využít?“

R: „Je pečovatelská služba. A asi i další, ale o těch už nevím.“

T: „Kde byste si o nich vyhledal nějaké informace?“

R: „Zkusil bych kamarády, rodinu, internet a pak třeba obecní úřad, tam určitě je někdo, kdo by to věděl.“

T: „Podle čeho byste pak jednotlivé služby vybíral? Jaká hlediska byste upřednostňoval?“

R: „Asi podle toho co všechno nabízí a jaké jsou na ní reference.“

T: „Máte nějakou představu, jak je péče v domácím prostředí finančně náročná?“

R: „Asi je to drahé, dražší než v nějakých domovech. Ale asi by to pro mě nebyl problém nějak to finančně utáhnout.“

T: „V posledních letech jsou přeplněné poradníky na nástup do domovů pro seniory. Čím si myslíte, že tento odklon od dříve naprosto běžné domácí péče je?“

R: „Ani nevím. Rodina už nedrží při sobě tak, jak držela dřív. Se stačí podívat, kolik manželství se dneska rozvádí. Takže asi tím, prostě už ta rodina nefunguje tak, jak to bývalo před několika roky zpátky.“

T: „Vidíte v dnešních seniorech nějaký přínos? Myslíte si, že můžou být ještě v něčem užiteční?“

R: „Určitě ano, ale závisí to taky na tom, v jakém jsou stavu.“

T: „A v čem konkrétně si myslíte, že můžou být užiteční?“

R: „Můžou v hodně věcech poradit, už toho hodně zažili, tak hodně ví. Pokud jsou ještě schopný, tak třeba i hlídání nebo dopomoc dětem a vnoučatům, manželce hlídala babička často děti.“

T: „A poslední otázka. Jak vnímáte smrt?“

R: „Jako věčný spánek, jen už beze snů. Prostě se všechno zastaví a už nerozběhne. Nic duchovního v tom nevidím.“

Tabulka 4 – shrnutí zásadních poznatků – rozhovor 4

Ochota pečovat	<ul style="list-style-type: none"> • není ochoten osobně pečovat, pokusil by se však situaci vyřešit péčí manželky nebo službami domácí péče
Výhody a nevýhody domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • + znalost osobnosti seniora, soukromí • - finanční náročnost
Finanční aspekty domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • domácí péči považuje za finančně náročnější než institucionální • vzhledem ke svému ekonomickému postavení nepovažuje finanční stránku za náročnou
Odklon od domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • dáno zejména rozvolněním rodiny, která při sobě nedrží natolik jako dříve
Přínos seniorů	<ul style="list-style-type: none"> • v závislosti na zdravotním stavu mohou dopomoci s dětmi a hlídáním • mohou nabídnout rady mladší generaci
Stařecká demence	<ul style="list-style-type: none"> • ---
Znalost služeb domácí péče a kritéria výběru	<ul style="list-style-type: none"> • zná pečovatelskou službu, má povědomí i o dalších službách • informace o nich by zjišťoval na od přátel, rodiny, z internetu a na obecním úřadě • vybíral by dle nabídky služeb a dostupných referencí

Rozhovor 5

Žena, A., 33 let, podprůměrný výdělek, vdaná, 2 děti

(barevně označené jsou důležité informace)

T: „Co si myslíte o péči o seniora zajišťovanou rodinou v domácím prostředí?“

R: „Myslím, že je to určitě **lepší než ústavy**, ale pro rodinu také velmi náročné.“

T: „V čem vidíte výhody domácí péče a v čem naopak nevýhody?“

R: „Výhodou pro toho člověka je to, že je v místě kde to zná a stará se o něj rodina a nikdo cizí. Taky má svůj klid, není s ním na pokoji nikdo, koho nezná. Jako nevýhoda mě napadá snad jen **psychická náročnost**, pro ty, kteří se o něj starají, to musí být těžké.“

T: „Byla byste vy sama ochotná o někoho pečovat?“

R: „Nejspíš ano. Ale jen pro nejbližší rodinu, rodiče, prarodiče a děti.“

T: „Myslíte si, že péče doma je pro rodinu levnější než péče v ústavním zařízení, jako jsou například domovy pro seniory?“

R: „Nevím, ale spíš asi ano. Zase je to **náročné na čas, který vám nikdo nezaplátí**, takže ono to možná vyjde nastejno.“

T: „Máte nějakou představu, jaké jsou tak měsíční platby v těchto zařízeních?“

R: „Myslím, že to bude tak kolem 10 tisíc, ale nejsem si jistá, nikdy jsem to nezjišťovala.“

T: „V případě, že by někdo z rodiny vyžadoval celodenní péči, byla byste ochotná si snížit pracovní úvazek nebo opustit zaměstnání, abyste mu mohla tuto péči poskytnout?“

R: „Snížená pracovní úvazek už mám, kvůli dětem. Asi ano, ale záleželo by na tom, **jestli bychom jako rodina finančně přežili**.“

T: „A slyšela jste někdy o nějaké finanční výpomoci státu, kterou poskytuje právě v těchto případech?“

R: „Vím, že je nějaký příspěvek na bezmocnost, ale myslím, že žádné velké peníze to nebudou. **Myslím, že ani nepokryjí to, co všechno je nutné zaplatit**.“

T: „Když byste vy sama měla problém se o seniora starat celodenně, jak byste se dívala na možnost zaplatit si nějakou soukromou pečovatelku?“

R: „Když bych to nemohla zajistit já, snažila bych se, **aby se na tom podílela celá rodina** a abychom se střídali. Myslím, že soukromá pečovatelka je asi hodně drahá, navíc je to pro toho seniora neznámý člověk. Ale zase má zkušenosti a asi nějakou odbornost. Ale brala bych to jako **poslední řešení**, když by nebylo zbylí.“

T: „Poslední roky jsou značně přeplněné poradníky na domovy pro seniory a podobná zařízení. Napadá vás k tomu nějaký důvod?“

R: „Ono je to asi celkovou proměnou společnosti, **každý chce kariéru, peníze, prestiž**. Za péči o nemocnou maminku nebo tatínka **vám nikdo ocenění nedá**.“

T: „Zajímavý názor. A co si myslíte, že by konkrétně vám dala péče o někoho blízkého?“

R: „Nový pohled na život, na tuhle hektickou dobu, která se honí jen za penězi.“

T: „Myslíte si, že se mezi vámi a opečovávanou osobou upevnil vztah?“

R: „To nevím. Možná ano, možná ne. **Možná bychom si vzájemně lezli na nervy**, já jemu svou péčí, on mě tím, že se o něj starat musím, protože **jako dcera to mám v popisu práce, že nemám na výběr.**“

T: „Myslíte si o sobě, že byste dokázala pečovat i o někoho, kdo umírá?“

R: „Ano. Jak jsem řekla, je to moje povinnost vůči rodičům, jako oni měli povinnost mě vychovat.“

T: „Co si myslíte o tom, že mnoho populačně mladých osob považuje seniory za nepřínosné až pro společnost zbytečné?“

R: „Že je to hloupost.“

T: „A v čem vidíte přínos vy?“

R: „Nebýt seniorů, **nevážíme si svého zdraví, neznáme hodně tradic**, klasických říkadel, lidových písniček.“

T: „Zajímalo by mě, jestli znáte nebo jste znala někoho, kdo trpěl stařeckou demencí.“

R: „Moje babička měla tuhle nemoc.“

T: „A myslíte si, že je tato nemoc důvodem k ústavní péči?“

R: „Myslím, že ne. **Mí rodiče to taky zvládli doma.** Navíc je dneska možnost využít nějaké charity, která vám pomůže.“

T: „Když už jsme u toho, jaké znáte služby, které mohou pomoci rodině s péčí o nemocného?“

R: „Různé charitní pečovatelky a nějakí dobrovolníci.“

T: „A co by pro vás bylo důležité při výběru těchto služeb?“

R: „Určitě **odbornost, kvalita a cena.**“

Tabulka 5 – shrnutí zásadních poznatků – rozhovor 5

Ochota pečovat	<ul style="list-style-type: none"> • je ochotná, v případě nutnosti opustit zaměstnání je pro ní nutné mít dostatek financí pro rodinu
Výhody a nevýhody domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • + soukromí, senior zůstává ve známém prostředí a pečovatelem je známá osoba • - psychická náročnost pro pečující rodinu
Finanční aspekty domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • péči doma považuje za levnější, zmiňuje však množství času, který je vynaložen na práci a zůstává „nezaplacený“ • o příspěvku od státu má nějaké informace, považuje jej však za nedostatečný k pokrytí skutečných nákladů na péči
Odklon od domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • celková proměna společnosti, která je založená na kariéře a prestiži, která se nezískává péčí o nemocné
Přínos seniorů	<ul style="list-style-type: none"> • znalost tradic, lidových písní, díky seniorům si mladší generace více váží svého zdraví
Stařecká demence	<ul style="list-style-type: none"> • onemocněním trpěla její babička, považuje jej za zvládnutelné v domácím prostředí
Znalost služeb domácí péče a kritéria výběru	<ul style="list-style-type: none"> • zná pečovatelské služby provozované charitou a dobrovolnickou činností • výběr by závisel na odbornosti, kvalitě a ceně

Rozhovor 6

Žena, B., 24 let, nadprůměrný výdělek, svobodná, bezdětná

(barevně označené jsou důležité informace)

T: „Vnímáte péči o seniora doma jako finančně výhodnější než péči v ústavních zařízeních?“

R: „Myslím si, že když bych se o seniora, například o babičku, starala já doma, tak to určitě **vyjde levněji**, než kdyby byla umístěna v domově důchodců.“

T: „Kolik si tak myslíte, že stojí pobyt v těchto zařízeních?“

R: „Kolem 10 000? Nevím, nejsem si jistá.“

T: „Myslíte si, že domácí péče je vhodnější než péče ústavní? Napadají vás nějaké výhody a nevýhody péče v rámci rodiny?“

R: „Určitě je lepší ta domácí, senior je ve svém domácím prostředí, což má **kladný vliv na jeho psychiku**. Nevýhody vidím v tom, že **rodina nemusí rozpoznat některé začínající onemocnění** a k doktorovi se dostanou třeba pozdě.“

T: „Víte o některých svých vlastnostech, které by vás při péči o seniora mohly nějakým způsobem limitovat?“

R: „Možná nedostatek trpělivosti. Práce se seniory vyžaduje trpělivost.“

T: „V případě, že by někdo z vaší rodiny potřeboval plnou péči, byla byste ochotná opustit zaměstnání nebo si snížit pracovní úvazek, abyste se mu mohla věnovat tak, jak by to potřeboval?“

R: „Ano.“

T: „Dokážete si představit finanční zátěž rodiny, která se takto o někoho stará?“

R: „Myslím, že asi dost velká, když bych musela skončit v zaměstnání, plus **léky a další potřebné věci k péči o seniora stojí dost peněz**.“

T: „Když zmiňujeme finanční stránku, jste nějak informovaná o finanční pomoci státu? Víte o něčem, čím stát přispívá?“

R: „Vím, že něco přispívá, i když myslím, že to **žádné horentní částky, které by pokryly náklady, asi nebudou**.“

T: „Jak vnímáte možnost zaplatit si soukromou pečovatelku?“

R: „Proč ne, na **pár hodin denně nebo na odbornou práci** jako jsou injekce nebo převazy to je určitě vhodné.“

T: „V posledních letech dochází k tomu, že pořadníky na domovy pro seniory jsou velmi přeplněné. Čím si myslíte, že to je?“

R: „Myslím, že je to z **nedostatku času a nedostatku financí**, lidé si v dnešní době nemohou dovolit žít například jenom z jednoho platu.“

T: „Myslíte si, že senioři jsou i pro mladší generace v něčem přínosní?“

R: „Určitě ano. Ráda poslouchám historky "To za našich mladejch let..." Mají skvělou schopnost poutavě něco vyprávět. Jinak mě nic nepadá.“

T: „Myslíte si, že by vám péče blízkého, který je nesoběstačný, něco dala?“

- R: „Myslím, že by mě nějak vnitřně posílila a prohloubila můj vztah k blízkému.“
- T: „Dokázala byste pečovat i o někoho, kdo už umírá?“
- R: „Myslím, že [péči o blízkého umírajícího bych psychicky neunesla](#). O cizího ano.“
- T: „A jak vnímáte samotnou smrt?“
- R: „Je to biologický proces, prostě to tak příroda zařídila, tak to tak má být.“
- T: „Vidíte stařeckou demenci jako výrazný limit domácí péče?“
- R: „Myslím si, že práce s takovým člověkem je někdy velmi obtížná, [ale s odbornou pomocí se dá zvládnout](#) i v domácím prostředí.“
- T: „A jaké znáte služby, které tuto pomoc nabízejí?“
- R: „Červený kříž, Maltéžští rytíři, některé domovy pro seniory poskytují i terénní péči.“
- T: „Kde byste hledala nějaké informace o těchto službách?“
- R: „Myslím, že na [sociálním úřadě, na internetu nebo v nemocnici](#).“
- T: „Jaká kritéria by pro vás byla při výběru služeb důležitá?“
- R: „Vybírala bych na základě kvality poskytovaných služeb a na základě ceny.“

Tabulka 6 – shrnutí zásadních poznatků – rozhovor 6

Ochota pečovat	<ul style="list-style-type: none"> • je ochotná
Výhody a nevýhody domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • + na psychiku lepší než ústavní péče • - rodina nemusí rozpoznat počátky různých onemocnění a léčba je zahájena pozdě
Finanční aspekty domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • domácí péči považuje za levnější než péči institucionální, přesto finanční zatížení považuje za významné • v případě nutnosti by byla ochotná opustit zaměstnání • ví o finančním příspěvku od státu, myslí si, že nestačí k pokrytí nákladů
Odklon od domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • nedostatek času a nedostatek financí
Přínos seniorů	<ul style="list-style-type: none"> • schopnost poutavě vypravovat
Stařecká demence	<ul style="list-style-type: none"> • onemocnění zná, za pomoci kvalifikovaných odborníků ji považuje za zvládnutelné v domácím prostředí
Znalost služeb domácí péče a kritéria výběru	<ul style="list-style-type: none"> • zná služby ČČK, Maltézských rytířů, některých DpS, které poskytují i terénní péči • informace by dohledávala na ČSSZ, internetu, v nemocnici • výběr dle kvality a ceny poskytovaných služeb

Rozhovor 7

Žena, M., 22 let, na RD, žije v nesezdaném soužití, 1 dítě

(barevně označené jsou důležité informace)

T: „Myslíte si, že domácí péče je pro seniora vhodnější? V čem vidíte výhody a v čem nevýhody, když se o něj stará rodina?“

R: „Doma má senior kolem sebe své blízké, **necítí tolik stud, má známé prostředí**, svůj klid. Naopak ve speciálním zařízení má **odbornou péči** od kvalifikovaných osob.“

T: „Myslíte si, že je domácí péče levnější než péče ústavní?“

R: „Ano.“

T: „Kolik si tak myslíte, že stojí pobyt v takovémto zařízení?“

R: „Cca 10 až 15 tisíc měsíčně, to záleží na poskytovaných službách a úrovni zařízení.“

T: „Byla byste ochotná si snížit pracovní úvazek, případně opustit zaměstnání, abyste mohla o někoho pečovat?“

R: „Pokud by to bylo nutné, tak ano.“

T: „Víte o některých svých vlastnostech, které by vás při péči o nemocného seniora mohly nějak omezovat?“

R: „Napadá mě **netrpělivost**. Jinak asi nic.“

T: „Dokážete si představit finanční zátěž, která z toho pro rodinu plyne?“

R: „Ano.“

T: „Když už se bavíme o finanční stránce věci, víte o nějakém finančním příspěvku od státu, kterým pomáhá pečujícím rodinám?“

R: „**Moc informací nemám**. Nepotřebovala jsem to, tak jsem se nezajímala. Snad příspěvek na dopravu k lékaři, nemohoucnost, příspěvek na pečovatelskou službu.“

T: „Co se jedná pečovatelek, jak vnímáte možnost si zaplatit soukromou pečovatelku nebo ošetřovatelku?“

R: „Pokud by byl zdravotní stav seniora tak vážný, aby vyžadoval 24 hod. péči, **určitě bych možnost využila**.“

T: „Jaké potřeby vás napadají, které by bylo potřebné zajistit? Co všechno vidíte jako důležité, když byste o někoho pečovala?“

R: „Určitě **bezbariérový přístup**. Pak nejspíš nějaká speciální postel, pomůcky, možná i nějaká speciální výživa.“

T: „Pořadníky na domovy pro seniory jsou v současné době přeplněné, kapacita nedostačující. Přitom dříve se veškerá péče zajišťovala rodinou. Jak si vysvětlujete důvod tohoto odklonu od domácí péče?“

R: „Lidé jsou zvyklí na nějaký **finanční standart**. Nezvládli by péči o seniora. **Nemají dostatek informací**, co všechno obnáší starost o seniora. Je to asi všechno dohromady.“

T: „Vidíte v seniorské populaci nějaký přínos pro mladší generace?“

R: „Ano, znají **tradice**, předávají je dál. A mají za své roky **mnoho zkušeností**, které mohou předat i mladším.“

T: „Myslíte si, že by vám péče o nesoběstačného blízkého něco dala?“

R: „Asi by mě naučila více si **vážít svého zdraví a uspořádat své priority**. A asi by to upevnilo vztah mezi mnou a blízkou osobou.“

T: „Myslíte si, že byste dokázala pečovat i o člověka, který umírá?“

R: „Nevím. Nikdy jsem nemusela řešit, nedokážu to říct takhle spatra.“

T: „A samotnou smrt vnímáte jako duchovní nebo biologický proces?“

R: „Spíše jako biologický proces.“

T: „Setkala jste se někdy s člověkem, který trpěl stařeckou demencí?“

R: „Ano.“

T: „Myslíte si, že je toto onemocnění velkým omezením domácí péče?“

R: „Ano. Záleží ovšem také na tom, **o jaký stupeň demence se jedná**.“

T: „Slyšela jste někdy o nějakých službách, které pomáhají rodinám při péči o senora v domácím prostředí?“

R: „Ano. Vím, že je pečovatelská služba a osobní asistentka.“

T: „Kde byste hledala nějaké informace o službách, které by vám mohly s péčí pomoci?“

R: „**Internet, lékař, přátelé**.“

T: „A podle čeho byste služby vybírala?“

R: „Záviselo by to na více věcech. Zajímala by mě **kvalita, recenze** a také **finanční dostupnost**.“

Tabulka 7 – shrnutí zásadních poznatků – rozhovor 7

Ochota pečovat	<ul style="list-style-type: none"> • je ochotná
Výhody a nevýhody domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • + známé prostředí, méně studu, klid, blízké osoby • - jestliže je pečovatelem rodina, chybí odborná péče kvalifikovaných osob
Finanční aspekty domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • domácí péče levnější • v nutných případech je ochotná opustit zaměstnání • o finanční výpomoci státu informována
Odklon od domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> • nedostatek informací, mladší generace zvyklí na svůj finanční standart, mnoho z nich by péči nezvládlo
Přínos seniorů	<ul style="list-style-type: none"> • znalost tradic, mnoho zkušeností
Stařecká demence	<ul style="list-style-type: none"> • zná, považuje ji za limit domácí péče v závislosti na daném stupni onemocnění
Znalost služeb domácí péče a kritéria výběru	<ul style="list-style-type: none"> • zná pečovatelskou službu a osobní asistenci • informace by hledala na internetu, u lékaře a u přátel • výběr odvozen od kvality, recenzí a finanční dostupnosti

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývala seniorskou problematikou, zejména pak domácí péčí, kdy pečovateli o nesoběstačného seniora jsou rodinní příslušníci. V teoretické části je popsán seniorský věk z psychologického, sociologického a somatického hlediska a jednotlivé skupiny onemocnění, jejichž výskyt je u seniorů velmi častý, vnímání smrti, která je společností značně tabuizována, demografické změny současné společnosti a jejich vliv na sociální služby. Další kapitoly se zaměřují na rodinu, její význam pro seniora, jak domácí péče ovlivňuje rodinu a jsou zde také zmíněny terénní sociální služby, které lze využít při péči o seniora v domácím prostředí.

Výzkum byl soustředěn na jednotlivce, kteří byli vybráni na základě rodinného stavu a ekonomického postavení a byly jim pokládány otázky ohledně ochoty pečovat o nemocného seniora, vnímání seniorů a jejich zdravotního stavu, finanční náročnosti domácí péče, znalosti terénních sociálních služeb.

Záměrem této práce bylo zjistit, v čem se liší informovanost o seniorské problematice a zejména názory na domácí péči zajišťovanou rodinou jednotlivými respondenty, kteří byli vybráni z mladé, střední a předseniorské populace.

Problematika rodinné péče o nesoběstačné seniory je již po několik let v popředí zájmu různých odborníků sociálních věd. Statistiky říkají, že do roku 2030 vzroste počet seniorů nad 75 let na 1,7 násobek současného počtu. Ačkoliv jde pouze o prognostický odhad, s tímto vývojem se rodinná péče stává stále důležitější, protože systém sociální podpory v České republice se o tyto staré osoby zřejmě nedokáže uspokojivě postarat (35).

Některé odhady tvrdí, že přibližně 80-90% osob starších 65 let, kdy začíná chronologické stáří, je soběstačných s pomocí rodiny a svého okolí. Ze seniorů starších 65 let 13% potřebuje dopomoc v domácnosti, 7-8% potřebuje soustavnou domácí péči a asi 2% potřebují soustavnou institucionální péči. To je přibližně čtvrtina všech seniorů, kteří vyžadují pomoc další osoby. Už z těchto čísel je patrné, že problematika péče o seniory je velmi aktuální (36).

V současné době je většina péče o nesoběstačné seniory realizována v rámci rodiny (23). V rámci výzkumu se 6 ze 7 dotazovaných respondentů shodlo na tom, že jsou ochotni věnovat péči nesoběstačnému seniorovi, a to i v případě, že by byli nuceni si snížit pracovní úvazek nebo opustit zaměstnání. Pouze jeden respondent uvedl, že by nebyl schopen věnovat péči nemocnému seniorovi, avšak snažil by se vzniklou situaci vyřešit terénními službami sociální pomoci, aby senior nebyl nucen být v zařízeních lůžkového typu, jako jsou například domovy pro seniory.

Z rozhovorů vyplynulo, že institucionální péče je respondenty vnímána jako ta „nesprávná“, že přirozené je pečovat o nemocného seniora v rámci rodiny. S tím koreluje i článek Trusinové a Procházkové, kde uvádí, že péče v sociálním zařízení je dnešní společností vnímána jako nedostatek rodinné solidarity (24). Dle odpovědí respondentů mohu potvrdit, že péče o seniora v domácím prostředí je všemi zástupci zkoumaných generací vnímána jako neoptimálnější, bez rozdílu v ekonomickém nebo rodinném postavení.

Jedna z otázek v uvedených rozhovorech se týkala přínosu seniorů, kdy byli respondenti tázáni, zda-li jsou senioři pro mladší generaci něčím užiteční. Malíková ve své knize uvádí, že i po ukončení ekonomicky aktivního života jsou senioři pro následující generace přínosem svými radami, pomocí a podporou, kdy využijí celoživotní nasbírané zkušenosti (37). S tímto názorem se respondenti ztotožnili, kdy mi nejčastější odpovědí na mou otázku bylo, že největším přínosem seniorů je zejména jejich rozhled díky nasbíraným zkušenostem.

Finanční stránka pečující rodiny je dalším významným aspektem domácí péče. Často může pečující rodinu velmi omezovat, zejména jestli je hlavním příjmem státem poskytovaný příspěvek na péči (23). Všichni respondenti uvedli, že finanční náročnost péče je pravděpodobně velmi vysoká, ale kromě respondentky 7 si nedokáží představit, kolik do péče plyne peněz. Respondentka 6 uvádí jako hlavní položky, které by při domácí péči bylo nutné pořídit, léky a různé pomůcky, které sama uznává za drahé. Také uvádí, že odklon od domácí péče k institucionální je dán i tím, že lidé si dnes nemohou dovolit žít z jednoho platu, protože je to pro ně likvidační. Stejný důvod uvádí i respondentka 7, kdy uvádí, že lidé jsou zvyklí na svůj finanční standart, který se jim

nechce opouštět. Nejednotní byli respondenti v názoru na to, zda je ekonomicky výhodnější péče v domácím prostředí za pomoci rodiny nebo péče v zařízeních lůžkového typu. Zatímco respondentka 2 spolu s respondentem 4 bez výhrad uznávají péči v domovech pro seniory jako levnější, respondent 1 se odvolává na zdravotní stav opečovávaného seniora. Respondentka 3 souhlasí s tím, že domácí péče je pravděpodobně dražší, zmiňuje však také fakt, že konečná suma závisí na tom, co vše je rodina ochotna seniorovi pořídit. Respondentky 6 a 7 podotýkají, že domácí péče je pro rodinu levnější než péče ústavní, stejně jako respondentka 5, která však udává jako důležitý faktor množství času strávené péčí, které zůstává „nezaplacené“. Ze získaných odpovědí mohu vyvodit, že ekonomické hledisko rodinné péče je pro všechny zkoumané generace velmi důležité a vnímané jako jedna ze zásadních překážek domácí péče.

V současné době dochází k rozvoji fenoménu jednočlenných domácností, kdy takto nejčastěji žijí zejména staré ženy. Vícegenerační soužití je dnes překonáno a je poměrně ojedinělé. Jako důvod k tomuto jevu uvádí Dolista zejména rozpad tradiční velké rodiny, kdy rodinná pomoc mizí a dochází k separovanému způsobu života (38). Toto rozpadání se původních tradičních hodnot vidí respondent 4 jako příčinu současného odklonu od domácí péče, která je stále více realizována v sociálních zařízeních lůžkového typu.

Respondentka 5 uvádí, že péči by brala jako povinnost dcery vůči svým rodičům. Zmiňuje, že by pro ni péče samotná mohla být psychicky náročná i proto, že je od ní očekávaná, považuje ji za nutnou k roli dcery, kterou zastupuje. S tím souhlasí Dolista, který ve svém článku píše, že mnozí lidé, jakožto dospělé děti, považují za povinnost pečovat o své staré nebo nemocné rodiče (38).

Odborníci poukazují na přednosti rodinné péče oproti péči institucionální. Jako hlavní výhodu zmiňují to, že v ideálním případě o seniora pečuje člověk, který jej zná a dokáže naplnit jeho psychosociální potřeby. Navíc se samotná péče děje v místech, která jsou seniorovi blízká, což přispívá ke kladnému vlivu na jeho psychiku. Zároveň je péče poskytovaná rodinou finančně i kvalitativně efektivnější než péče ústavní (36). Tyto důvody uváděli i respondenti, kdy na otázku, jaké vidí výhody domácí péče,

uváděli příznivý vliv na psychiku, péče známé osoby a známé prostředí. Jako nevýhody uváděli respondenti zejména finanční náročnost (respondent 1, 3, 4), dále ne odbornost poskytované péče, kdy péči poskytuje rodina bez odborné kvalifikace (respondent 2, 6, 7) a často zmiňovaný faktor byla psychická a časová náročnost pro pečující rodinné příslušníky (respondent 2, 5). I v tomto se respondenti výrazně shodli s odbornými publikacemi, kdy jako možné nevýhody jsou zmiňovány časová náročnost pro rodinu a nedostatečná zdravotnická způsobilost, jestliže není rodinná péče doplněna terénní zdravotnickou péčí (36).

To, že je dnes institucionální péče velmi populární a často nahrazována péčí domácí uvádí i Kovalčíková. Říká, že počet lůžek v domovech pro seniory je vzhledem k počtu žadatelů nedostačující, jedním dechem však dodává, že čísla jsou značně relevantní, neboť mnoho seniorů podává žádosti „v předstihu“, kdyby se jim zhoršil zdravotní stav, a mnohdy i do více zařízení současně. Tito senioři ve chvíli, kdy žádosti podávají, ani nechtějí nastoupit do domova, spíše se jistí do budoucnosti (39). Ostatně toto také uvedla respondentka 3, která podotkla, že její babička již má podanou žádost do domova pro seniory, ačkoliv institucionální péči její zdravotní stav zatím nevyžaduje.

Je mnoho důvodů, proč je dnes institucionální péče oproti té domácí některými lidmi upřednostňována. Respondenti se v odpovědi na tuto otázku velmi různili. Respondenti 1 a 5 uvedli jako důvod proměnu společnosti, kde chybí vzájemné vztahy, je zde menší sociální kontrola a více se zakládá na sociálním statutu a prestiži. Respondentky 2 a 3 dodávají, že mnohdy je péče v zařízeních pobytového typu preferována samotnými seniory, kteří se bojí být přítěží rodiny, a proto si podávají žádosti do domovů pro seniory, a jak je uvedeno výše, často i s velkým časovým předstihem. Respondent 4 vidí důvody především v rozvolnění původní rodiny a respondentky 6 a 7 ve finanční a časové náročnosti a v malé informovanosti populace o možnostech domácí péče.

Další otázky v rozhovorech byly směřovány na informovanost o stařecké demenci. Zajímalo mě, jestli považují respondenti toto onemocnění za významný limit domácí péče. V odpovědích na otázku se respondenti částečně shodli na tom, že i osoby s tímto onemocněním mohou za pomoci kvalifikované péče zůstat v domácím prostředí. Pouze

respondent 1 uvedl, že se s tímto onemocněním dosud neseťkal a jeho představy jsou značně zkreslené obrazem, který podávají média. Respondentka 7 uvedla, že vše závisí na stupni daného onemocnění. Tento názor má podporu v článku Singha, který samotné onemocnění jako omezení domácí péče nevidí, avšak je nutné brát v potaz, nakolik je zdravotní stav nemocného závažný a jestli je vůbec možné jej léčit v domácím prostředí. Zároveň upozorňuje na nebezpečí, která mohou plynout z daného onemocnění pro pečovatele, kdy nemocný senior může mít agresivní nálady a být nebezpečný sobě či svému okolí (40).

Co se týče terénních služeb, které lze využít při péči o seniora v domácím prostředí, potvrdila se slova Haškovcové, že veřejnost je o některých sociálních službách špatně informovaná (3). Jako známá se pro respondenty jevila pečovatelská služba, která zřejmě vstoupila do podvědomí společnosti. Respondenti 1 a 2 uvedli, že žádnou službu neznají. Vzhledem k tomu, že tito respondenti zastupovali předseniorskou generaci, považují tento jev za vliv socialistického režimu, kdy v Československé socialistické republice tyto služby prakticky neexistovaly, a proto informovanost v této věkové kategorii byla velmi nízká. Mladší generace již minimálně jednu službu znaly, měly povědomí i o domácí zdravotní péči. Zástupkyně nejmladší zkoumané generace, a to osoby mezi 20 – 30 lety, věděly o těchto službách v porovnání s ostatními respondenty nejvíce. Respondentka 6 vyjmenovala konkrétní poskytovatele sociálních služeb, respondentka 7 krom pečovatelské služby zmínila ještě osobní asistenci. V Rozvojovém plánu sociálních služeb města České Budějovice je uvedeno, že téměř 28% respondentů, resp. osob zastupujících obce v sociální oblasti, uvedlo, že informovanost o sociálních službách je nedostatečná (41), s čímž souhlasí i výsledky mého výzkumu. Proto usuzují, že zkoumané generace jsou jen velmi málo informovány o možnostech terénních sociálních služeb, které je možné využít při rodinné péči o seniora v domácím prostředí.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem domácí péče o seniory zajišťované rodinou. Na základě zjištěných výsledků vyplývá, že péče v domácím prostředí je stále vnímána jako nejvhodnější vzhledem k osobnosti a fyzickému stavu seniora. Institucionální péči vnímali respondenti jako osobní selhání, kdy se nezvládnou o nesoběstačného seniora postarat sami. Jako schůdné řešení se jim jevila možnost zajištění péče soukromou ošetrovatelkou v rodině, kdy senior není přemístěn do pobytového sociálního zařízení.

Všichni respondenti uznali, že domácí péče je finančně velmi náročná. Informovanost o finanční výpomoci státu byla velmi slabá, jeden respondent vůbec nevěděl, zda-li stát nějak finančně přispívá na péči nebo ne. Komparace finančních nákladů na domácí a institucionální péči byla u respondentů nepřesná, respondenti si nedokázali představit, jaká je měsíční částka, kterou pohltí v rodině potřeby nesoběstačného seniora. Zajímavý byl názor, že domácí péče je finančně výhodnější, ale také velmi náročná na čas, který zůstává nezaplacený. Finanční hledisko péče o seniora v domácím prostředí bylo významným faktorem pro všechny respondenty tohoto výzkumu.

Informovanost o sociálních službách byla u všech respondentů na velmi nízké úrovni. Zástupci předseniorské generace nevěděli o terénních sociálních službách nic, což přisuzují jejich věku, kdy mnoho let jejich ekonomické aktivity žili v socialistickém režimu, kdy tyto služby nebyly známé. Ostatní generace byly informovány o něco více, znali zejména pečovatelskou službu, poté byly zmiňovány domácí zdravotnická péče, osobní asistence a dobrovolnické organizace.

Osobně bych doporučovala zlepšit informovanost zejména v předseniorské a střední generaci, které chybí informace o terénních sociálních službách.

7 Seznam použitých zdrojů

1. FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada 2009. 136 s. ISBN: 978-80-247-2480-5
2. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: SLON 2007. 284 s. ISBN: 978-80-86429-62-5
3. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2007. 461 s. ISBN: 978-80-246-1318-5
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain team 2010. 368 s. ISBN: 978-80-87109-19-9
5. 6 mýtů o stárnutí: Nevěřte tomu, co se o něm povídá. In. *I60.cz* [online]. 5.2.2012 [cit. 2013-03-13]. Dostupné z: http://www.i60.cz/clanek_250_6-mytu-o-starnuti-neverte-tomu-co-se-o-nem-povida.html#UUCYKBwmki0
6. PETRÁŠOVÁ, L. *Deset mýtů o stáří: Snadno rozbitných*. In. *Vitalplus.org* [online]. 7.1.2011 [cit. 2013-03-13]. Dostupné z: <http://www.vitalplus.org/article.php?article=423>
7. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada 2012. 232 s. ISBN: 978-80-247-3850-5
8. Basic Facts About Aging, Memory, and Cognition. In. *Minds Refined* [online]. 2011. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.mindsrefined.com/aging.shtml>
9. DLABALOVÁ, I., KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada 2008. 208 s. ISBN: 978-80-247-2169-9
10. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada 2010. 160 s. ISBN: 978-80-247-3217-8
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4
12. KNOFLÍČKOVÁ, Z. Význam religiozity a spirituality ve stáří. In. *Kontakt: odborný vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2008. roč. 1. č. 1. s. 172-177. ISSN: 1212-4117
13. HOLSBOER, F. Stařecká onemocnění: vrozená dispozice nebo způsob života? In. *Perspektivy stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál 2009. 224 s. ISBN: 978-80-7367-605-6
14. KALVACH, Z., DRBAL, C., ZAVÁZALOVÁ, H. et al. Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří. In. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada 2008. 336 s. ISBN: 978-80-247-2490-4
15. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada 2012. 264 s. ISBN: 978-80-247-3901-4
16. DIAZ-PONCE, A. CAHILL, S. Dementia and Quality-of-Life Issues in Older People. In: *Aging in European Societies*. Springer US, 2013. s. 97-115.

17. HUNEŠ, R. Hospic – místo radosti. In: *Kontakt: odborný vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2008. roč. 1. č. 1. s. 69-73. ISSN: 1212-4117
18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. 244 s. Praha: Galén 2007. ISBN: 978-80-7262-471-3
19. CHLUDILOVÁ, I. První a druhá demografická revoluce. In: *Sociologický webzin* [online] [cit. 2012-12-05]. Dostupné z WWW: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=121&lst=117>
20. ČSÚ. Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065. In: ČSÚ [online]. 2.2.2011 [cit. 2012-12-05]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4020-09>
21. ČSÚ: Naděje na dožití a průměrný věk – Metodika. ČSÚ [online]. 16.3.2012 [cit. 2012-12-05]. Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny vek
22. EVROPSKÝ HOSPODÁŘSKÝ A SOCIÁLNÍ VÝBOR. *Dopady stárnutí obyvatelstva na zdravotní a sociální systémy* [online]. 30.6.2010. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z WWW: https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ChcQFjAJ&url=http%3A%2F%2Fwww.crss.cz%2Fotevri_soubor.php%3Fid%3D4806&ei=TawPUZ23EI36sgbx0oGAAw&usg=AFQjCNHKPDGN7BBanFDBa-dD8okmYiyU-g&sig2=DO4b0IrNuvIaO7S2JChI1w&bvm=bv.41867550,d.Yms
23. PACÁKOVÁ, H., TRUSINOVÁ, R. Citová solidarita při péči o seniory. In: *Kontakt: odborný vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2012. roč. 14. č. 4. s. 464-474. ISSN: 1212-4117
24. DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. In: *Kontakt: vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2012. roč. 14, č. 3. s. 331-339. ISSN: 1212-4117
25. ZIKMUNDOVÁ, R. *Mezigenerační soužití je dnes minulostí. Vymizí také mezigenerační solidarita?* In: Tisková zpráva Raiffeisen stavební spořitelny. [online] 30.9.2012. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://www.rsts.cz/mezigeneracni-souziti-je-dnes-minulosti-vymizi-take-mezigeneracni-solidarita>
26. HOŠOVÁ, P. *Vzdělávání seniorů*. Zlín 2010. 91 s. Diplomová práce na Fakultě humanitních studií. Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Leona Hozova.
27. FORMÁNKOVÁ, P., NOVOTNÝ, A., EFENBERKOVÁ, M. Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností. In: *Kontakt: odborný časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2012. roč. 14. č. 2. Str. 159-170. ISSN: 1212-4117

28. PROCHÁZKOVÁ, P., TRUSINOVÁ, R. Konsenzus a konflikt v rodinách pečujících o seniora. In. *Kontakt: odborný časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2012. roč. 14. č. 1. Str. 59-67. ISSN: 1212-4117
29. MOSHER, C. E.; BAKAS, T.; CHAMPION, V. L. Physical Health, Mental Health, and Life Changes Among Family Caregivers of Patients With Lung Cancer. In: *Oncology nursing forum*. Oncology Nursing Society, 2013. s. 53-61
30. Terénní služby. In. *Klinikazdravi.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.klinikazdravi.cz/terenni-sluzby/>
31. ČESKO. *Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách*
32. MPSV. Sociální služby. In. *MPSV* [online]. Praha: 2009, [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
33. ČESKO. *Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*
34. Domácí hospicová péče. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2013. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/domaci-hospicova-pece>
35. BENEŠOVÁ, R. Hledání modelu péče o nesoběstačné rodinné členy. In. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2010. roč. 12. č. 4. s. 435-445. ISSN: 1212-4117
36. *Komparace služeb sociální péče o seniory* [online] . [cit. 2013-04-05]. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 10.11.2010. Dostupné z WWW: http://www.apsscr.cz/files/projekty/island_komparace.pdf
37. MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada 2011. 328 s. ISBN: 978-80-247-3148-3
38. DOLISTA, J. Problematika péče o staré a umírající rodiče. In. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. [cit. 2013-04-05]. 2007. roč. 9. č. 2. s. 264-269. ISSN: 1804-7122. Dostupné z WWW: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2007/441-problematika-pece-o-stare-a-umirajici-rodice>
39. KLOBASOVÁ, P. Labyrint sociálních služeb. In. *Žijemenaplno.cz* [online]. [cit. 2013-04-05]. 2010. Dostupné z: <http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a633-Labyrint-socialnich-sluzeb.aspx>
40. SINGH, I. Where to Care Older Adults with Dementia. In. *Gerontology and Geriatric Research* [online]. [cit. 2013-04-05]. 2013, roč. 119. č. 2. Dostupné z WWW: <http://www.omicsgroup.org/journals/2167-7182/2167-7182-2-119.pdf>
41. *Rozvojový plán statutárního města České Budějovice v oblasti sociálních služeb na období 2008 – 2013* [online]. České Budějovice. [cit. 2013-04-05]. Dostupné z: <https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rj>

a&ved=0CE4QFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.kpjck.cz%2Fcontent%2Fdownload%2F68-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-2008-2013.pdf_&ei=T0ZhUfKEDs_54QSN_oHABA&usg=AFQjCNEI7ZTc0CRq2spmTqK2YKy-gnZ66w&sig2=Sgr28Sn6Bcu-B81Z4gMcpG&bvm=bv.44770516,d.bGE