

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
TEOLOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Petra KOČKOVÁ, DiS

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

Péče o seniory a dostupnost sociálních služeb na Domažlicku a jeho okolí

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková

Autor: Petra Kocková, DiS

Studijní obor: 6731R006-0 / Sociální a charitativní práce

Forma studia: Kombinovaná

Ročník: 3.

2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Péče o seniory a dostupnost sociálních služeb na Domažlicku a jeho okolí“ vypracovala samostatně pod vedením vedoucí práce a s použitím uvedených pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury. Souhlasím i s případným půjčováním, elektronickým archivováním této bakalářské práce.

V Českých Budějovicích, dne 31. 3. 2014

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat své vedoucí práce Mgr. Janě Šimečkové za věnovaný čas, poskytnutí cenných rad a pomoc, kterou mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce.

Rovněž děkuji respondentům, kteří mi vyplnili dotazník a především svým blízkým za jejich pomoc a podporu.

Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část	6
1 Stáří.....	7
1.1 Změny způsobené stářím	8
1.2 Péče o staré lidi v České republice	12
2 Podpora pečujících o seniory ze strany státu.....	15
2.1 Pečující a péče o seniory.....	17
2.2 Možnosti podpory pečujících osob	19
2.2.1 Sociální služby	19
2.2.2 Finanční zajištění	21
Praktická část	27
3 Výzkum	28
3.1 Cíl výzkumu.....	28
3.2 Charakteristika výzkumné metody	28
3.3 Charakteristika výzkumného terénu a vzorku	28
4 Interpretace dat	33
Závěr	47
Summary.....	49
Seznam literatury	50
Přílohová část.....	52
Seznam příloh	53

Úvod

Toto téma jsem si vybrala nejen proto, že mi je nejbližší, ale i protože si myslím, že stárí se netýká pouze starší generace, ale nás všech. Musíme si uvědomit, že i ti co jsou dnes mladí a plní života jednou zestárnou a budou odkázáni na pomoc jiné osoby, nebo na vlastní rodinu. Po celé dlouhé generace lidského života tvoří rodina veškerý základ všeho, ať už od výchovy malého dítěte či připravenosti do života, materiálního zabezpečení, ale také především lásku, bezpečí a pochopení. Proto je třeba, aby rodina starého člena přijala a neodsuzovala či dokonce zavrhovala. Často se můžeme setkat s postojem lidí, kteří si myslí, že starému člověku stačí pouze nejrůznější pomůcky pro usnadnění jeho života, ale většinou o to ani nestojí tolik, jako si s někým popovídat o novinkách v osobním životě jeho známého nebo se mohl jen tak podělit o své zážitky a zkušenosti. Mnoho seniorů je bohužel svojí rodinou umístěno do ústavního zařízení, kdy rodina buď nezvládne péči o starého nemocného seniora, anebo není schopna se o starého člověka postarat. Ať už je to tak či onak tímto se většinou rodinné vazby přeruší a starý člověk začíná strádat, kdy tento stesk může vést až ke smrti seniora.

V teoretické části práce jsem se snažila přiblížit k tomu, co to vlastně stárí je a jaké psychické, fyzické či sociální změny ho doprovází. Také jsem se zajímala o historii až po současnost péče o staré lidi v České republice. Dále pak jaká je podpora pečujících o seniory ze strany státu, kdo je pečující, o možnostech podpory pečujících osob a také jaké sociální služby nabízí stát či jaké je finanční zajištění v domácí péči o starého člověka.

V praktické části jsem si vybrala 10 respondentů, kteří již pečují o seniory a zároveň s nimi žijí. Tito respondenti mi vyplnili dotazník, kde jsem se především zaměřila na jejich využívání sociálních služeb, či jaké služby by se jim hodily, co je na domácí péči nejnáročnější, zda si myslí, jestli je nabídka sociálních a zdravotních služeb v jejich okolí dostatečná, či by uvítali větší informovanost o těchto službách. Dále pak, zda je pomoc rodinám, které pečují o seniora od státu dostatečná, anebo co by se dalo případně zlepšit na přístupu státu k těm, co pečují o seniora v domácím prostředí.

Teoretická část

1 Stáří

Stáří se označuje jako pozdní ontogeneze přirozeného průběhu života. Je to důsledek a projev involučních, funkčních a morfologických změn, které probíhají specifickou rychlostí u více jedinců ve stejném čase a vedou k typickému obrazu, který se označuje jako stařecký fenotyp. Ten je přizpůsobován životním stylem, vlivem prostředí, psychickým a sociálně ekonomickým vlivem, adaptací, sebehodnocením či přijetím určité role.¹

Stáří je přirozeným a posledním obdobím lidského života, v němž se pozvolna omezují funkce organismu. Projevy můžeme vidět v postupném snižování nejen pracovní schopnosti, ale také v aktivním reagování na vnější svět.

Stáří můžeme dělit do tří i více období, a to na presenilní období, stárnutí a stařecké období. Ve druhém období, vymezeném 65. – 80. rokem věku, dochází k pozvolným změnám, které vyžadují jisté přizpůsobení v pracovním výkonu. Až ve třetím období, které má zpravidla věkovou hranici nad 80 let, je zánik schopnosti k systematické práci. Jiné kategorizace mohou být jen obecné a jejich časový průběh mohou ohraničit nepřesně.

Zkušenosti a praxe ukazují, že je stárnutí proces individuální, který je podmíněn více činiteli například úrovní industrializace, vlastnickými vztahy, rozvojem sanitárně-hygienických a léčebných zařízení, přírodními činiteli jako je osobní fyziologická podstata jednotlivce či individuálním zdravotním profilem a genetickou výbavou atd.

Stárnutí člověka je proces, který je velmi individuální, složitý a různě probíhající. Biologické stárnutí doprovází pozvolné omezování pracovních schopností, které je následkem funkčních (zeslabování a zánik smyslových orgánů, obtíže při dýchání důsledkem srdeční ochablosti atd.) a anatomických (křehkost kostí, zeslabování svalstva atd.) změn.

Stářím jako sociální událostí se společnost začala zabývat až v 18. století spolu s veřejnou správou. Veřejná správa byla do té doby prováděna šlechtou, která ji hradila ze svých zdrojů - například příjmy z pozemků. Šlechta se postupně začala nahrazovat nešlechtickými úředníky, a tak vznikl problém, jak se budou živit, až skončí svoji služby ve veřejné správě. Nakonec se řešení našlo v zavedení odpočivných platů, kde

¹ KALVACH Zdeněk, ZADÁK Zdeněk, JIRÁK Roman, ZAVÁZALOVÁ Helena, SUCHARDA Petr a kol., Geriatrie a gerontologie

výše odpovídala počtu let služby. Plat byl vyplácen po 40 letech služby. Taktéž zabezpečení ve stáří se domáhali úředníci v soukromých firmách v 19. století. Velké firmy pro své úřední začali zavádět penzijní fondy.²

1.1 Změny způsobené stářím

Tělesné (biologické) změny

Vzhled – u starého člověka se stává kůže vrásčitou, je suchá a ztrácí elasticitu. Příčinou je úbytek vody a podkožního tuku. Dále se objevují pigmentové skvrny a sebemenší poškození způsobuje podlitinu.

Vlasy – šedivění vlasů, řídnutí či vypadávání se objevuje nejčastěji u mužů, kdy u nich dochází k tvorbě pleše, anebo dokonce k úplné ztrátě vlasů. Toto vše je většinou dáno dědičností.

Svalstvo – ztrácí pružnost a sílu, zmenšuje svůj objem či se snižuje schopnost rychlé reakce. Částečně zde působí i cévní a nervový systém. Tyto změny jsou způsobeny úbytkem svalových vláken, neschopností regenerace a nahrazením vazivem. To může způsobit nečinnost u starých lidí. Proto pravidelné a přiměřené cvičení pomáhá udržovat svalový tonus.

Kosti a klouby – u starých lidí podléhají významným změnám. Ubývání kostních trámců, kostní buňky zpomalují svou činnost. Kost se stává křehčí, řídkší a je snadno zranitelná. Kloubní chrupavky a meziobratlové ploténky ubývají, stárnou vlákna kolagenu a kloubní vazy ztrácejí svou délku a pružnost.

Výška – se v důsledku změn na lokomočním aparátu (větší hrudní kyfóza a bederní lordóza) zmenšuje.

Hmotnost – v důsledku úbytku podkožního tuku a snížení svalové hmoty se snižuje.

Nervový systém – se stárnutím dochází k úbytku mozkových buněk a ztrátě pružnosti mozkových cév, ale i ke snížení celkové váhy mozku. Toto vše vede k poklesu kapacity, krátkodobé paměti a k prodloužení doby reakce.

Poruchy rovnováhy – ve vyšším věku se vyskytují závratě. Jejich původ spočívá v poruchách prokrvení mozku, v degenerativních procesech vnitřního ucha atd.³

² TOMEŠ Igor, Úvod do teorie a metodologie sociální politiky

³ JEDLIČKA Václav a kol., Praktická gerontologie

Ve stáří se zhoršuje smyslové vnímání asi tak, že u 90 % osob po 60 roce lze zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a u 30 % je zhoršen sluch. To sebou také přináší nejen pokles při výkonu některých pracovních činnostech, ale jsou omezeny i jejich možnosti rekreace (poslech hudby, četba atd.) Poruchy sensorické percepce také významně stěžují komunikaci s druhými lidmi, což může mít za následek podezíravost, nejistotu, úzkost nebo hněvivost. Zrakové a sluchové vnímání, které je zhoršené, může mít za následek vyšší riziko úrazů, pokud člověk nepřizpůsobí činnost svým aktuálním možnostem. Ke zlepšení sluchu a zraku můžeme pomoci různými pomůckami například sluchadly, brýlemi.⁴

Smyslové orgány:

Hmat – pocit pohmatu a doteku se začíná oslabovat už po padesátém roce života - na nohou se citlivost snižuje dříve než na rukou. Práh citění pro bolest se zvyšuje, takže bolest je pocíťována později, méně a ve změněné formě.

Zrak – Presbyopie (starozrakost) se objevuje již kolem 50. roku života a je nejvíce rozšířeným příznakem stárnutí. Jako další projev stárnutí je snížená adaptace na tmou a ostrosti vidění v noci. Na rohovce u starých lidí může někdy vznikat na zevním okraji bělavý kruh (arcus senilitis), který je způsoben ukládáním tukových látek. Tyto nálezy negativně ovlivňují pocit jistoty a zvyšují závislost starého člověka, až mohou vést k úplné nesoběstačnosti.

Sluch – u starých lidí jsou poruchy sluchu velice časté a mohou značně omezovat možnost komunikace. Nejprve trpí příjmem tónů o vyšší frekvenci (vyzvánění telefonu, zvonění atd.), dále se pak přidává i porucha slyšení tónů o střední hluboké frekvenci. Poruchy sluchu mohou vést u starých lidí až k izolaci.

Chuť – může být i výrazně změněna, neboť je to dáno úbytkem chuťových pohárků. Udává se, že se jejich počet od 30 let do 75 let redukuje o třetinu.

Čich – úbytek vláken čichového nervu se modifikuje s postupujícím věkem.

Stárnutí je souborem celé řady pochodů, kdy jejich začátky se datují mnohem dříve, než je postřehneme okem. Určitou řadu pochodů a změn, které provázejí stárnutí, známe, ale mnoho jiných už nikoliv. S pokročilejším věkem klesá látková výměna a spotřeba kyslíku, dále se pak zpomaluje syntéza bílkovin atd. Je také zjištěno, že se ve vyšším

⁴ LANGMAJER Josef, KREJČÍŘOVÁ Dana, Vývojová psychologie

věku stáří některé funkce dokonce zlepšují, což je zřejmě dáno jako důsledek adaptačních mechanismů. Některé morfologické změny vedou k funkčním poruchám. Například je to snížení výkonnosti a porucha adaptace na zátěž. Staří lidé se snadno unaví a po námaze jim uklidnění trvá déle. Mají též sníženou odolnost proti infekcím a jejich zlepšení zdravotního stavu po prodělané nemoci nebo operaci je o mnoho delší.

Mezi největší neschopnost stárnoucího organismu je se přizpůsobit podmínkám stresu ve stejném rozsahu a kvalitě jako v mládí. Adaptace starého člověka na zátěž je nedokonalá a nedostatečná. Toto může pravděpodobně vést k nedokonalé teplotní a tlakové regulaci. U starších lidí se můžeme setkat s tzv. zimomřivostí, což je dáno sníženou schopností tvorby tepla, a to lze částečně připočítat sníženému metabolismu a poklesu výkonnosti nervové soustavy.⁵

Psychické změny

Zhoršení paměti – jedná se především o paměť pro nové události, zatímco zážitky z dřívějšího (např. z dětství) zůstávají v paměti dlouho uchovány. Starý člověk často lpí na tom, čím byl a jaké měl postavení, majetek, zvyklosti atd. Každopádně se spíše jedná o určitou obranu pocitu ohrožení ze strany mladších, která je však nepochopitelná a je hodnocena jako nepříznivá charakterová vlastnost. Ve vyšším věku také klesá inteligence.

Afektivní prožívání – je ve stáří poněkud jiné kvality. Člověk se snadno pro něco nového nadchne, ale současně řadu situací dokáže hodnotit klidněji a racionálněji. Staří lidé se stávají emočně stabilnější, ale i lhostejnější vůči vnějšímu světu. V domově důchodců můžeme vidět rozdíl mezi reálnou izolací (je dána nedostatkem sociálních kontaktů) a psychologickou dezolací (představuje subjektivní pocit opuštěnosti, osamocení a ztrátou citových vztahů).

Osobnost starého člověka – je výsledek celého vývoje, ale i adaptace na nezbytné obtíže vyššího věku. Z hlediska přizpůsobování se problémům stáří můžeme rozlišit několik typů, jak se vyrovnává s vlastním stářím:

Konstruktivní – jsou to lidé, kteří jsou i ve vyšším věku stále aktivní, mají radost ze života a vřelý citový vztah k blízkým lidem. Jsou si vědomi svých možností výkonu a jejich mezí i budoucích vyhlídek, akceptují eventualitu smrti a přijímají ji bez nadměrného strachu a zoufalství.

⁵ JEDLIČKA Václav a kol., Praktická gerontologie

Závislost na okolí – tito lidé jsou pasivní a mají závislost na druhých lidech, na které spoléhají více než na své vlastní síly. Raději přenechávají svou odpovědnost na mladší a uchylují se do svého soukromí.

Obranná – je typická přehnanou aktivitou, kterou se snaží zahnat všechny starosti a myšlenky na blížící se smrt.

Hostilita (nepřátelství a hněvivost vůči druhým) – lidé tohoto typu se vyznačují tím, že dávají vinu druhým lidem, nebo nepříznivým okolnostem za své nezdary. Většinou jsou agresivní, podezřívaví a pořád si na něco stěžují.

Sebenenávisť – jsou to lidé, kteří mají agresivitu vůči sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí a vidí svůj prožitý život jako absolutní selhání a nechtějí dál prožívat svůj život.

Citové vztahy ve stáří – Vztah k blízkým lidem se ve stáří nijak nemění, ale význam rodiny s věkem naopak znovu stoupá, neboť ve stáří je člověk ohrožen sociální izolací a emoční nebo podnětovou deprivací.⁶

Emoční labilita – vyjadřované city neodpovídají dané situaci, rychle se střídá smích a pláč. Tyto stavy můžeme vidět u dětí. V očích jsou ještě slzy, ale už slyšíme smích.

Sociální změny

Odchod do penze

Změna životního stylu

Stěhování

Ztráty blízkých osob

Osamělost

Finanční obtíže⁷

Ve stáří je člověk postaven nejen se přizpůsobovat řadě změn ve vlastním organismu (zvýšená nemocnost, změny involuční), ale také řadě vnějších změn (změna životního stylu, sociálního postavení a prostředí, včetně úmrtí blízkých osob atd.) Adaptace ve stáří je pomalejší a každá nemoc nebo stres přizpůsobivost ještě zhoršují. A dokonce

⁶ LANGMAJER Josef, KREJČÍŘOVÁ Dana, Vývojová psychologie

⁷ VENGLÁŘOVÁ Martina, Problematická situace v péči o seniory

veliká změna životního způsobu jako například nástup k dlouhodobé hospitalizaci, přijetí do ústavní péče, může vést až ke smrti starého člověka.⁸

1.2 Péče o staré lidi v České republice

V Čechách, na Moravě a ve Slezsku měli staří lidé stejný osud jako jinde v Evropě. Již ve středověku existovala péče o chudé a potřebné, která byla vedena charitativními úmysly, šlo většinou o špitály, klášterní nemocnice a zařízení pro těžce nemocné, jež chtěla společnost vyřadit. Tedy dá se říci, že to byla zařízení azylová, blízká až k vyhnanství, zejména pokud šlo o malomocenství či šílenství. V podstatě péče o staré lidi neměla definici, neboť staří žili doma (pokud se o sebe nemohli postarat, postaral se o ně někdo jiný).

První zařízení, která vznikala, plnila spíše azylovou funkci pro staré lidi, kteří potřebují střechu nad hlavou, nasycení a umytí. Cílem charity bylo materiální zajištění starých nesoběstačných lidí. V českých zemích můžeme najít spoustu dokladů o tom, že zde na území byl vysoký počet špitálů a chudobinců i přesto, že platila povinnost obcí postarat se o chudé a zejména staré lidi až za vlády Ferdinanda I. Většinou se jednalo o péči, která měla nouzový charakter, kdy si poskytovali péči obyvatelé sami. Lze konstatovat, že z hlediska zdravotnického, mentálně hygienického, psychologického nebo sociálního nemůže být ani řeč. Stáří v minulosti znamenalo hrozné období plné ústrků, fyzické bolesti a závislosti na milosti druhých.

Z mnoha hledisek dochází k velkému zlepšení až na přelomu 20. a 21. století, ale bohužel nejsou dostačující. Ještě pořád se pohlíží na potřeby seniorů pohledem generace aktivního věku. Od preferování velkých zařízení, které začalo za tzv. první republiky (Masarykových domů v Praze – Krči), dochází k preferování k zajištění individuálního bydlení či zachování schopnosti seniorů zůstat co nejdéle ve vlastním bytě nebo přestěhování do malého bydlení.⁹

Dřívější umístování starých lidí do institucionální péče státních domovů důchodců bylo obvyklým řešením při snížení soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Často se tak řešil i problém v bydlení, proto do domova důchodců odcházeli i lidé soběstační a schopní dalšího bezproblémového samostatného života. Poskytovanou péčí, kde nezáleželo na kvalitě, financoval stát. Staří lidé tak neměli možnost se sami rozhodnout. Pokud byl senior nesoběstačný a rodina se o něj nemohla postarat, zbývala pouze

⁸ LANGMAJER Josef, KREJČÍŘOVÁ Dana, Vývojová psychologie

⁹ GLOSOVÁ Dagmar a kol., Bydlení pro seniory

možnost ústavní péče. Do doby než byla možnost seniora umístit do ústavní péče, se situace řešila dlouhodobými a opakovatelnými pobyty v nemocnici na oddělení LDN. Nesoběstační staří lidé leželi zbytečně ve zdravotnickém zařízení mezi podobnými případy svých vrstevníků. Příbuzní je občas navštívili a odnášeli si důchod svého člena rodiny a stát financoval veškeré náklady na zdravotní péči. Senior nedostal možnost vyjádřit se k poskytované zdravotní či sociální péči, takže se rozhodovalo o něm, ale bez něj. Příbuzní starého člověka umístili do ústavní péče bez jeho souhlasu, kde se musel podřídit zavedenému chodu a režimu zařízení. Svědomitá péče byla individuálním postojem každého pracovníka. Poslední léta svého života staří lidé trávili na vícelůžkových pokojích, aby jich tam mohlo být umístěno co nejvíce. Společné sociální zařízení bylo pro seniory vzdálené a většina imobilních lidí je tak nemohla navštěvovat, a tak se při vyprazdňování na lůžku stali brzy inkontinentní (neschopní udržet moč nebo stolici).¹⁰

Po roce 1989 nastaly velké změny nejen politické, ekonomické, organizační, ale také vlastnické. Do lékařské praxe byly uvedeny nové diagnostické a léčebné metody či nabídka účinných léků je nebývale široká. Tudíž se mluvilo o zdravotnické a sociální reformě, aby se tento celý systém dal financovat.

Došlo k výraznému odlišení od akutních lůžek a lůžek následné péče a sledování nákladovosti. S časovým odstupem se zavádějí nové standarty, které mají být zárukou kvalitní péče. Plno nemocnic, kterých jsou součástí geriatrická oddělení a lůžka následné péče, podstoupila náročnou akreditaci (kritéria týkající se hygieny, organizace práce, kvalifikace a další vzdělávání pracovníků atd.). Každý člověk i senior má svého praktického lékaře, u kterého je registrován. Tento lékař zná nejen zdravotní stav, ale také i sociální stav rodinného zázemí. Potřebnou hospitalizaci navrhuje nemocnému starému člověku většinou praktický lékař.

Od roku 1998 jsou v organizačním režimu tzv. následné péče dvě základní formy a to: „eldéenka“ a ošetřovatelská lůžka. Mezi oběma formami péče je však značný rozdíl. „Eldéenky“ jsou léčebná lůžka, na kterých se pacient doléčuje či je rehabilitován, a pak se může vrátit domů. Zde je čas pobytu limitován na 5 resp. 3 měsíců. Pokud se po této době nemůže nemocný vrátit domů, je přeložen na ošetřovatelské lůžko, kde může být nekonečně dlouho, třeba i řadu let.

¹⁰ MALÍKOVÁ Eva, Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních

Mnoho odborníků poukazuje na to, že senioři potřebují geriatrická oddělení, kde se bude poskytovat akutní nebo specializovaná geriatrická péče. Některé nemocnice tyto oddělení už zřídily, ale je jich velmi málo. Situace není lepší ani v „eldéenkách“ či na ošetrovatelských lůžkách, neboť je to pro nemocnice velice drahá záležitost a většinou na akutních lůžkách leží ti, kteří mají být jinde. Pojišťovny limitují těchto pobytů, a to je pak problematické, protože nejdříve musí být v dostatečném počtu připravena potřebná doléčovací lůžka pro seniory a teprve pak se mohou z těchto akutních lůžek přeložit jinam. Další problematické řešení je, které podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, umožňuje pobyt starých lidí v zdravotnické ústavní péči ze sociálních důvodů (spočívá v tom nemožnost umístit seniora jinam).

Současný zdravotní systém péče o seniory má značné nedostatky, a to nejasné koncepce, problematické financování, které nijak nemotivuje praktické lékaře k návštěvě v domově seniorů, čímž by se dala oddálit, zkrátit nebo úplně vyloučit hospitalizace. Zejména chybí provázanost jednotlivých typů zdravotnické péče a transparentní návaznost na sociální služby. Tudíž nastává pro mnohé rodiny velký problém, kam starého člověka umístit, který není schopen být doma ani s pomocí rodiny či pomocí domácí péče i pečovatelské služby.¹¹

Změna nastala po financování poskytovaných sociálních služeb. Základ je tvořen příspěvkem na péči, kdy je nesoběstačným osobám přiznán v rozsahu 4 stupňů závislosti, slouží pro pokrytí nákladů spojených s poskytovanou sociální službou.¹²

¹¹ HAŠKOVCOVÁ Helena, Fenomén stáří

¹² MALÍKOVÁ Eva, Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních

2 Podpora pečujících o seniory ze strany státu

Millward ve svém článku „Péče o staré rodiče“ uvádí definici K. Waernesse, která zní, že *„Péče o staré lidi je: opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonávaná pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti sami vykonávat“*. Většina těchto pečujících o staré lidi jsou členové jejich rodin. Tudíž můžeme říci, že je to rodinná péče.

Hilary Graham, který se zabývá péčí v obecné rovině a definuje vztah péče jako „práci z lásky“. Druhou odrážející se charakteristikou péče je, že nezahrnuje jen péči o zdravou nukleární rodinu, ale také o další skupinu potřebných jako například rodiče, zestárlé příbuzné, postižené dítě, invalidního manžela, atd. Dalším třetím rysem je práce, která je vidět pouze tehdy, když není udělána. Posledním čtvrtým rysem je tzv. izolující charakter, který izoluje pečující osobu i s tou operovanou osobou od okolního světa.

V péči o seniory klasifikační schémata vycházejí z několika principů. Rozlišují se na sociální, emocionální a zdravotní péči. Z jiného hlediska pak můžeme hodnotit potřebnost péče o seniora s ohledem na stupeň naléhavosti, s níž starý člověk péči potřebuje, a též posuzujeme nároky, které jednotlivé stupně péče kladou na pečující osoby. Z tohoto úhlu se pak jedná o rozlišení mezi neosobní, či osobní péčí a podpůrnou péčí o starého člověka.¹³

Starat se o starého člověka neznamena jen péči o jeho zdraví, neboť péče nezahrnuje pouze snahu o uzdravení nemocného prostřednictvím technických úkonů, ale také zaujímá péči o člověka vedoucí k udržení kvalitního života.¹⁴

Péče o člověka vedoucí k udržení kvalitního života můžeme definovat jako:

„Pečovat o někoho znamená pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci v udržování jeho dobrého zdravotního stavu nebo usilovat o opětné dosažení jeho úplného zdraví (či s ním být v posledních chvílích jeho života) vykonáváním činností, kterých se zhostil sám, kdyby k tomu měl sílu, vůli nebo kdyby měl potřebné znalosti. Tyto činnosti jsou vykonávány takovým způsobem, aby to dotyčnému člověku pomohlo co možná nejrychleji znovu nabytí nezávislosti“.¹⁵

¹³ JERÁBEK Hynek a kol., Mezigenerační solidarita v péči o seniory

¹⁴ PICHAUD Clément, THAREAUOVÁ Isabelle, Soužití se staršími lidmi

¹⁵ PICHAUD Clément, THAREAUOVÁ Isabelle, Soužití se staršími lidmi, str. 63

Tudíž pečovat o někoho znamená také pomáhat mu kvalitně žít, mohou tak všichni pečovatelé přispívat k znovunabytí nebo alespoň k udržení zdraví starého člověka, nebo ho v poslední životní etapě doprovázet. Od rodiny se očekává solidárnost s tím členem, který se nachází v obtížné nebo krizové situaci.¹⁶

Mezi priority rodiny patří zdraví členů rodiny, a tudíž i seniorů. Rodinná péče může být přerušena či ukončena nutným přijetím nesoběstačného starého člověka do akutní zdravotní péče zdravotnického zařízení, ale opět začíná nebo pokračuje, když se senior vrátí z pobytu v nemocnici domů. Zdravotní péče nemá jen podobu se záchranou života a obnovu důležitých životních funkcí. Péče o starého člověka a dlouhodobá rehabilitační péče je též částečně pokryta zdravotními systémy i v České republice. Pacient je většinou propuštěn z nemocnice do domácího ošetření, tudíž to samé platí i pro seniora, který už není v ohrožení života. A nyní pro rodinu nastává situace, kdy se rozhoduje, jak zajistí péči o svého člena, který není schopen postarat se o sebe sám. Zdravotní zařízení mohou zajišťovat rehabilitaci v centrech, sanatoriích a léčebnách hrazených buďto částečně, nebo zcela ze zdravotního pojištění, či částečně, nebo plně si hradí ošetřovaný nebo jeho rodina. Zdravotní systém, který je zaměřen především na akutní péči, se snaží většinu starých lidí navracet do života s úplnou, nebo alespoň částečnou soběstačností. Zajištění další péče je pak většinou na rodině či na systému sociální péče nebo na spolupráci obou.

Systém sociální péče o staré lidi se snaží nahrazovat rodinnou péči. Nabízí Domy s pečovatelskou službou a domovy pro seniory. Je třeba mezi těmito zařízeními rozlišovat a to z hlediska šíře nabízených služeb a z hlediska míry závislosti starého člověka na instituci, kam přichází.

Domovy s pečovatelskou službou jsou přizpůsobeny zvýšeným nárokům seniora v oblasti sociální nebo také částečně i zdravotních služeb, kdy je zachováno soukromí a vlastní prostředí od bydlení starého člověka společně s rodinou nebo samostatné bydlení ve svém bytě, ale se standardním zajištěním neosobních služeb i možným zabezpečením osobní péče.

Emocionální péče je velmi důležitá při péči o starého člověka. V rodinné péči je emocionální péče přítomna. V institucionální zdravotní nebo sociální péči se rodina

¹⁶ PICHAUD Clément, THAREAUOVÁ Isabelle, Soužití se staršími lidmi

snaží „zvenčit“ emocionální složku péče o starého člověka doplnit, například dodat mu duchovních sil, být mu oporou, atd.

Z hlediska naléhavosti a intenzity potřeb, které starý člověk má, můžeme rozlišit na tři stupně, a to:

Podpůrná péče (subsidiary care) – patří sem finanční podpora, doprava k lékaři, obstarávání úřadů, atd. Tuto formu péče potřebuje každý starý člověk.

Neosobní péče (impersonal care) – je druhým náročnějším stupněm rodinné pomoci. Zde jsou zařazeny činnosti jako například péče o domácnost, vaření, praní, úklid, atd. Tato pomoc je již časově náročnější a nedá se odkládat. Zahrnuje jak složku emociální, tak i materiální. Jedná se o pomoc, kterou může ještě zajišťovat někdo jiný než člen rodiny, například pečovatelská služba donáškou oběda, praní, žehlení, atd.

Osobní péče (personal care) – je to činnost velmi časově náročná, neboť se jedná o psychicky i fyzicky náročnou práci, která je spojena i s intimní péčí o starého člověka. Tyto činnosti vyžadují nepřetržitou a každodenní přítomnost pečující osoby. Spočívá v zajištění například nakrmení, osobní hygieny včetně toalety, podávání léků, převádění nebo převážení starého člověka v bytě, atd. Tato péče je zajišťována buď doma příslušníky rodiny, anebo v institucionální péči, a to pobytem starého člověka nemocnici, sanatoriu, hospicu nebo léčebně pro dlouhodobě nemocné nebo v domově pro seniory. Osobní péče o starého člověka je poskytována prakticky pořád a starý člověk je na tuto péči odkázán, tudíž závislý. Na pečující osobě je trvale přítomný pocit odpovědnosti, který tato osoba stále pociťuje. Je to nejvíc zatěžující aspekt osobní péče o osobu blízkou, ať se jedná o starého člověka nebo jiného operovaného člena rodiny. Osobní péče je vedle lásky také doprovázena chvílemi beznaděje, bezmocnosti nebo osamělosti pečujících.¹⁷

2.1 Pečující a péče o seniory

Rodinnou péčí o starého člověka většinou zajišťuje manželský partner, partnerka nebo děti a jejich partneři. Osobní péči o starého člověka v největším počtu zabezpečují ženy, například manželky, snachy nebo dcery. V nejvíce případech v péči o starého člověka v rodině je situace, kdy manželka sama pečuje o svého starého nemohoucího manžela. Právě manželky poskytují nejspolehlivější a nejdůslednější péči svým nesoběstačným partnerům a především se brání jejich umístění do institucionální péče po delší dobu než

¹⁷ JERÁBEK Hynek a kol., Mezigenerační solidarita v péči o seniory

ostatní skupiny pečujících. V dalším případě se o péči například s dědečkem, který pečuje o babičku, se o tuto péči dělí dcera nebo snacha, která se pak též stará o svou matku nebo matku svého muže.

Další nejčastější skupinou pečovatelů jsou děti starých rodičů, v tomto případě jsou to nejčastěji dcery nebo snachy. I přesto, že většinou pečují manželky, dcery nebo snachy o své rodiče či manžely samy s malou pomocí svého okolí, někdy v některých případech společně pečují o své staré nemohoucí rodiče vícegenerační rodina společně.

Mezi problémové momenty v péči o seniory můžeme zařadit:

Zdravotní problémy pečovatelek – jsou většinou jevem v dlouhodobé péči o staré lidi pro dlouhodobě pečujícího člena rodiny. Tyto situace se nejvíce týkají pečujících starších žen (manželky, dcery, snachy, které pečují dlouhodobě o své blízké). Pro tyto ženy péče o staré lidi znamená často neúměrnou fyzickou námahu způsobenou častým přenášením, obracením, zvedáním atd. V důsledku této fyzické námahy je pak u těchto žen potřeba rehabilitace a léčení. U pečujících žen je též narušeno i psychické zdraví, které je narušeno dlouhodobým stresem, psychickým vypětím. Především jsou způsobeny u pečujících žen, které se obětavě starají o svého blízkého a dlouhé měsíce a roky bez vystřídání či dokonce bez chvilky volna nebo dokonce dovolené.

Osamělost pečovatelek – podle medicínských nálezů i příběhů lidských osudů je upozorňováno na vážný společenský problém, který je způsoben nejen psychickou a fyzickou náročností v péči o staré lidi. Mezi důležitý společenský aspekt, který přesahuje medicínská zjištění, je závažná skutečnost společenské izolovanosti pečovatelek. Tyto ženy jsou ponechány rodinami svých blízkých, sousedy, společnostmi dlouhé týdny či měsíce bez pomoci a bez společenského kontaktu. Nemají se či nevědí, kam se mají obrátit o pomoc. Tyto ženy jsou vyřazeny nejen ze světa, ale i jsou opomíjeny svými rodinami.

Dlouhodobá osobní péče a pomoc od státu nebo od obce – sociální péče státu a sociální komunitní péče nejsou dostatečně připraveny pomáhat lidem, kteří žijí v domácím prostředí právě v těch nejpálčivějších případech, jako je dlouhodobá osobní péče. Již existují služby jako například donášky jídel až do domácnosti, úklid domácnosti, akutní medicínskou péči lze získat v nemocnici. Ale zvednout nebo umýt nemocného manžela, nakrmit nesamostatnou maminku, sedět u postele starého člověka a tišit jeho bolest a zoufalství, na tuto práci ani státní ani komunitní sféra svými silami nestačí.

Trauma rodiny, která musela starého člověka předat institucionální péči – je pro rodiny velice bolavým místem, když už sami bez pomoci nezvládají péči a starého člověka musí předat do institucionální péče jako je například léčebna dlouhodobě nemocných, domov pro seniory nebo sanatorium. Zde jde o spolehodnutí rodiny nezahájit, přerušit nebo ukončit péči o starého člověka v rodině a předat ho do péče zařízení, kde o něj bude postaráno specializovaným personálem. V literaturách se můžeme dočíst, o pocitech viny, výčitkách či duševních traumatech, kterými trpí členové rodin, kteří se obviňují z toho, že nezvládli péči o svého blízkého.¹⁸

2.2 Možnosti podpory pečujících osob

2.2.1 Sociální služby

K podstatným změnám v sociálních službách došlo po roce 1989, kdy sociální služby již neposkytuje pouze stát, ale také kraje a obce, nestátní neziskové organizace, fyzické a právnické osoby či církve.

Domovy důchodců se přejmenovaly na domovy pro seniory. Domovy pro seniory poskytují podle zákona č. 108/2006 Sb. pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Kromě stravování a ubytování je zde nabízena také pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při uplatňování práv a zájmů atd.

Aby Domovy pro seniory byly skutečným domovem, došlo k velkým změnám, jako například dřívější kasárenské typy domovů se již otevřely světu. Současné domovy pro seniory jsou hezky vybaveny a senioři si sem nemohou přinést vlastní nábytek, jsou dovoleny pouze doplňky do bytu.

Další formou sociálních služeb jsou ambulantní služby. V tomto případě to znamená, že starý člověk dochází sám nebo v doprovodu jiné osoby do centra denních služeb či případně do týdenních stacionářů. Mezi nejpopulárnější patří tzv. „domovinky“, kde je o seniora postaráno celý den (zájmová činnost, stravování atd.). Rodina se pak může v klidu soustředit na svoji práci a senior ví, že se každý den vrátí zpět ke svým blízkým.

Mezi oblíbenou sociální službu patří pečovatelská služba, kdy díky této službě je mnoha seniorům umožněn pobyt ve vlastním domácím prostředí. O zavedení této služby si

¹⁸ JERÁBEK Hynek a kol., Mezigenerační solidarita v péči o seniory

musí občan požádat sám. Bohužel kapacita pečovatelské služby v řadě míst nestačí. Tyto služby nejsou poskytovány o víkendech.¹⁹

Rodina, která pečuje o starého člověka, není pouze odkázána na vlastní síly. Systémy zdravotní a sociální péče se však stát od státu liší. Například Skandinávské země mají rozvinutý systém komunitní péče, v německy mluvících zemích nabízejí charitativní služby církví a náboženských organizací a jiných evropských zemí se můžeme setkat s nejrůznější formou pomoci neziskových organizací a někdy i s příspěvkem od státu či obce nebo přímo placené klientem. V USA je rozvinutý systém placené péče v rodinných podmínkách (home care). Ve většině případech se jedná o podpůrné služby zajišťující pečující rodině s výjimkou nákladných soukromých pečovatelských firem. Co se týká osobní péče o starého člověka, je z velké části údělem členů rodiny. Pouze zřídka najde rodina někoho, kdo by se staral o starého nemohoucího člověka, který vyžaduje celodenní péči.²⁰

Home care můžeme definovat jako domácí odbornou zdravotní péči, kterou provádějí zkušené zdravotní sestry. Její obsah se podobá dřívějšímu modelu péče, který v domácnostech starých lidí zajišťovaly geriatrické sestry. Rozdíl je tedy v tom, že nynější home care pečuje o občany všech věkových kategorií. Klienti ve věku 65 + let tvoří až 75 % všech klientů, kterým se pracovnice home care věnují. V roce 2000 byla domácí pomoc poskytnuta 117964 pacientům, tak v roce 2007 jich už bylo 134436. Celkově je v České republice více než 450 agentur domácí péče.²¹

V některých zemích je pro „osamocené pečující rodiny“ často nabízena a velice vítána tzv. „respitní péče“. Jedná se o občasnou pomoc pečujícím osobám - vzít si na několik hodin volno od pečovatelských povinností. Tato péče je poskytována dobrovolníky z neziskových nebo charitativních organizací, ale také se můžeme setkat s krátkodobou institucionální péčí o starého člověka, jež jsou časově omezeny například pro pečující na „dovolenou na zotavenou“. Tuto službu mohou zajišťovat některé domy pro seniory. Tyto domovy vyčlení menší část ze svých kapacit a umožní pečujícím rodinám svěřit seniora na několik týdnů do péče domova, ale většinou jsou to taková „nouzová“ řešení, neboť tyto domovy mají nedostatek místa a respitní péče je zde spíše využita, když rodina čeká na umístění seniora do domova.

¹⁹ HAŠKOVCOVÁ Helena, Fenomén stáří

²⁰ JERÁBEK Hynek a kol., Mezigenerační solidarita v péči o seniory

²¹ HAŠKOVCOVÁ Helena, Fenomén stáří

Péče o starého člověka v rodině vyžaduje řadu praktických dovedností. V některých zemích dokonce pořádají i jednoduché kurzy základů pečovatelské praxe pro pečující osoby. Tyto kurzy zlepšují připravenost rodin v domácí péči o seniora a zvyšují tak nezávislost pečovatелů na profesionálech. Poradenské služby jsou pro pečující lépe dosažitelné než kurzy a často jsou také zdrojem praktických informací o uplatnitelných nárocích nebo pomůckách pro péči či možnostech profesionální pomoci. Podpůrné skupiny jsou vyhledávané pro emocionální a praktickou podporu.

Současná, ale především budoucí společnost bude chtít, aby rodina na sebe vzala povinnosti péče o své seniory. Starých lidí, kteří potřebují celodenní péči, přibývá a prostředky institucionální péče se nerozvíjejí rostoucím potřebám. Společnost prosazuje, aby byla v zákonech práva pečujících srovnatelná právům například s péčí o kojence. Jedna z věcí v zákoně by mohla být například zavedení „*pečovatelské dovolené*“, což by znamenalo, že by tato zákonem vymezená role umožnila zaměstnanému členu rodiny (nejčastěji dceři seniora), pokud ještě není v důchodovém věku požádat o legální uvolnění ze zaměstnání s právním nárokem vrátit se zpět do zaměstnání. Bohužel v současné době není žádná ochrana před ztrátou zaměstnání, pro osoby, které dočasně opouštějí zaměstnání z důvodu péče o seniora, což je pro ně veliký problém.

V „*Chartě práv pečujících osob*“, která byla formulována pečovatelskou konferencí v Irsku, v ní bylo v roce 1991 popsáno 16 zákonných opatření týkajících se práv pečujících osob, nárokem na nejrůznější pomoc a podporu, atd. Pouze Evropská unie na tyto požadavky, které jsou popsány v „*Chartě práv pečujících osob*“ významně nijak nezareagovala.²²

2.2.2 Finanční zajištění

Pečujícím rodinám je poskytována materiální podpora trojím způsobem, a to první způsob finančně podporuje opečovávanou osobu a je vázán na její zdravotní částečnou nebo úplnou nesoběstačnost. Pro pečující osoby je pak podpora zajišťována jedním ze tří základních modelů: první jsou přímé platby pečujícím osobám, druhé pak představují daňové odpisy a třetím jsou přímé platby opečovávaným osobám. První model není vázán na jiné dodatečné podmínky mimo prokázané potřebnosti péče o starého člověka a základního zajištění, že péče je nějakým způsobem zajištěna. Předpokladem je, že

²² JERÁBEK Hynek a kol., Mezigenerační solidarita v péči o seniory

rodina jak finančně i organizačně péči zajistí a daňová úleva jen tyto kroky usnadní. Tento typ finanční podpory je neúčinný, pokud pečující osoba nemá výraznější zdaňovaný příjem, tudíž se nehodí pro situace, kdy jeden z osob manželského páru osamělých důchodců pečuje o druhou osobu. Tato finanční daňová úleva se spíše hodí pro větší rodiny se středními a vyššími příjmy, kde péči zajišťují buď společně, nebo osobní rodinnou péči kombinují s nějakým druhem placených služeb.

Druhý model, který byl platný v České republice až do roku 2007, byl jako ten první vázán na prokázání nesoběstačnosti opečovávané osoby, kdy byl kategorizován do tří stupňů. Mimo to se muselo doložit, že pečující osoba vykonávala tuto péči místo svého výdělečného zaměstnání a tudíž, že neměla žádný příjem ze zaměstnání ani neměla přesahující příjem v zákoně uvedený limit. Z této skupiny byly vyloučeny případy, kdy se rodina starala, ale ani jeden z členů nesplňoval požadované omezení. Mezi jedno z nejtěžších rozhodnutí zaměstnané snachy nebo dcery (pečovatelek) bylo, opustit dobře placené zaměstnání a získat podporu ve výši třetiny či pouze jen šestiny svého příjmu (v ČR byla podpora velice nízká), nebylo vůbec snadné. Zákonnou novelou platnou od počátku roku 2007 byl zaveden třetí způsob podpory nesoběstačných osob. Zákon o sociálních službách stanovil, že se bude poskytovat podpora přímo nesoběstačné osobě v částce, která by měla pokrýt zvyšující se nároky péče. V praxi se ukazuje, že dávka není rozhodujícím motivačním faktorem při rozhodování se v péči o seniora. Mezi důležitou skutečnost především patří fakt, že doba, po níž se bude péče o starého člověka poskytovat, nelze často odhadnout. Tudíž doba návratu pečovatelky do zaměstnání po skončení období celodenní péče o seniora je jeden z významných stresových momentů, kterými je rodina ovlivněna v rozhodování se v péči o seniora.²³

2.2.2.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je určen pro osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebují pomoc od jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb, které se odvíjí od stanoveného stupně závislosti podle zákona o sociálních službách. Z tohoto poskytovaného příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může poskytovat osoba blízká, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu či asistent sociální péče.

²³ JERÁBEK Hynek a kol., Mezigenerační solidarita v péči o seniory

Tyto služby jsou poskytovány dle právní úpravy:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.²⁴

Způsob hodnocení a stupeň závislosti určuje vyhláška č. 505/2006 Sb. Při posuzování stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, a to například schopnost orientace osoby, komunikace a mobility. Dále pak jestli se umí osoba sama oblékat, stravovat či zvládá základní tělesnou hygienu.

Rozlišují se 4 základní stupně závislosti u osoby starší 18 let:

I stupeň závislosti – lehká závislost = 800 Kč měsíčně

II stupeň závislosti – středně těžká závislost = 4000 Kč měsíčně

III stupeň závislosti – těžká závislost = 8000 Kč měsíčně

IV stupeň závislosti – úplná závislost = 12000 Kč měsíčně²⁵

Příspěvek na péči se vyplácí buď v hotovosti (poštovní poukázkou) nebo na účet, který příjemce určí. Tento příspěvek může být přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o přiznání příspěvku. První výplata příspěvku na péči zahrnuje výplatu příspěvku i za období, ve kterém probíhalo správní řízení.

Příspěvek je určen pro použití pouze na ty výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory osobě, která je závislá na péči jiné osoby. Může být tedy použit jako úhrada za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby a s tím spojené výdaje, které vzniknou pečující osobě, taktéž i rodinnému příslušníkovi nebo jiné osobě, která není poskytovatelem sociální služby. Můžeme též předpokládat, že příjemce bude oba výše uvedené způsoby kombinovat podle vlastní potřeby.

Postavení osob, které pečují o svého rodinného příslušníka nebo jinou blízkou osobu, která je závislá na pomoci jiných osob (je jim přiznán příspěvek na péči), pečují lidé buďto samostatně, nebo s dílčí dopomocí sociálních služeb, tudíž jsou jim ze zákona přiznány tyto další prvky sociální ochrany, a to:

²⁴ MPSV.CZ, Příspěvek na péči, dostupné na link: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

²⁵ Příspěvek na péči 2014, dostupné na link: <http://socialni-davky-2014.eu/prispevek-na-peci-2014/>

„příspěvek na péči je vyplácen i v částečném souběhu s rodičovským příspěvkem
doba péče je hlavní pečující osobě započítána jako náhradní doba pro účely
důchodového pojištění

hlavní pečující osoba je tzv. „státním pojištěncem“ v oblasti veřejného zdravotního
pojištění, tj. za pečující osobu hradí zdravotní pojištění stát

pečující osoby nejsou nijak limitovány při pracovním uplatnění

doba péče se považuje za náhradní dobu pro přiznání podpory v nezaměstnanosti“²⁶

2.2.2.2 Příspěvek na zvláštní pomůcky a mobilitu

Příspěvek na zvláštní pomůcku je poskytován na základě zákona č. 329/2011 Sb.,
o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a slučuje do sebe několik dříve
poskytovaných příspěvků pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na pořízení
zvláštní pomůcky, na úpravu bytu), je tedy určen k pořízení potřebného vybavení pro
těžce postiženou osobu. Na tento příspěvek má nárok osoba s těžkou vadou nosného nebo
pohybového ústrojí, těžkým zrakovým postižením nebo těžkým sluchovým postižením,
které jsou charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (tento zdravotní stav
trvá nebo bude trvat déle než 1 rok).²⁷

Stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku, rozlišuje zákon o poskytování dávek
osobám se zdravotním postižením, zda jde o pomůcku v ceně do nebo přes 24 000 Kč
a speciální úpravu má pro motorové vozidlo. Na pořízení pomůcky v ceně nižší než
24 000 Kč se tento příspěvek poskytuje pouze osobě, která má příjem (započítává se
i příjem společně posuzovaných osob) nižší než 8násobek životního minima jednotlivce
či životního minima společně posuzovaných osob. Výše příspěvku se stanoví tak, že
spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo už zaplacené ceny pomůcky, nejméně
však 1 000 Kč. Žádá-li osoba opakovaně o příspěvek na různé zvláštní pomůcky v ceně
do 24 000 Kč, může se tento příspěvek poskytnout, i přesto, že příjem osoby a příjem
osob s ní společně posuzovaných přesahuje výše uvedený násobek životního minima.

Výše příspěvku na zvláštní pomůcku například motorového vozidla se stanoví
s přihlédnutím důvodu a četnosti dopravy, příjmu osob a též společně posuzovaných či

²⁶ Příspěvek na péči, dostupné na link:

http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni_davky/prispevek_na_peci/index.html

²⁷ Příspěvek na zvláštní pomůcku, dostupné na link:

<http://ligavozick.skynet.cz/ip/prispevky.php?oblast=9000095#odst5>

sociálním a majetkovým poměrům. Maximální výše příspěvku na pomůcku (motorového vozidla) je až 200 000 Kč.²⁸

Vyplacený příspěvek na zvláštní pomůcku či vrátit jeho poměrnou část je osoba povinna jestliže:

„nepoužila tento příspěvek do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanoveném krajskou pobočkou Úřadu práce na porřízení zvláštní pomůcky

nepoužila vyplacený příspěvek v plné výši do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou Úřadu práce

v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců ode dne vyplacení příspěvku přestala být vlastníkem zvláštní pomůcky

v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců ode dne vyplacení příspěvku přestala zvláštní pomůcku užívat (s výjimkou případu, kdy osoba přestala pomůcku využívat z důvodu změny zdravotního stavu)

použila příspěvek v rozporu s rozhodnutím o jeho přiznání

se prokáže, že osoba, uvedla v žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku nepravdivé nebo zkreslené údaje“

*Jestliže osoba, které byl vyplacen příspěvek zemře, nevzniká povinnost příspěvek nebo jeho poměrnou část vracet“.*²⁹

Příspěvek na mobilitu upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Příspěvek je opakující se dávkou, která slouží k částečné úhradě zvýšených nákladů osobám se zdravotním postižením na dopravu, nahrazuje příspěvek na individuální dopravu či příspěvek na provoz motorového vozidla.³⁰

Příspěvek na mobilitu je opakující se dávkou, která je určena osobě starší 1 roku:

„která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace (nebo které byly přiznány mimořádné výhody II. Nebo III. Stupně, a to po dobu platnosti průkazu ZTP nebo ZTP/P, nejdéle do 31. 12. 2015),

²⁸ MPSV CZ, Příspěvek na zvláštní pomůcku, dostupné na link: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzjp/pomucka>

²⁹ Příspěvek na zvláštní pomůcku, dostupné na link: <http://ligavoziick.skynet.cz/ip/prispevky.php?oblast=9000095#odst5>

³⁰ Příspěvek na mobilitu, dostupné na link: <http://ligavoziick.skynet.cz/ip/prispevky.php?oblast=9000095#odst5>

*která se opakovaně v kalendářním dopravuje nebo je dopravována,
které nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách
v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se
zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče,
z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu poskytnut i osobě,
které jsou poskytovány výše uvedené pobytové sociální služby.“*

Výše dávky příspěvku na mobilitu činí 400 Kč měsíčně.³¹

Nárok na výplatu příspěvku na mobilitu není v případě, že jste po celý kalendářní měsíc v péči zdravotnického zařízení například lázně, nemocnice. Stáčí, když budete první den v měsíci přijati nebo poslední den v měsíci propuštěni ze zařízení, pak podmínka celého kalendářního měsíce splněna není a vám potom náleží celý příspěvek na mobilitu.³²

³¹ MPSV.CZ, Příspěvek na mobilitu, dostupné na link: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>

³² Příspěvek na mobilitu, dostupné na link:
<http://ligavozick.skynet.cz/ip/prispevky.php?oblast=9000095#odst5>

Praktická část

3 Výzkum

3.1 Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu bylo definovat, zda ti, co pečují o seniora, využívají podporu ze strany státu.

Cíl výzkumné práce ověřuji touto hypotézou:

Hypotéza: Jsou-li pečující informováni o dostupnosti sociálních služeb v péči o seniory.

3.2 Charakteristika výzkumné metody

Jako výzkumnou metodu jsem si vybrala terénní šetření - techniku dotazníku. Dotazník je technika, kterou získáváme poznatky o zkoumaném jevu ve formě výpovědi jiných osob. Tato metoda nám umožňuje získat informace od velikého počtu respondentů, které se poskytují anonymně. Respondenti se mohou vyjadřovat spontánně a bez obav, ale zase hrozí riziko, že odpovědi nemusí být pravdivé, což vychází z ochoty člověka.

Při sestavování dotazníku jsem se pokoušela dodržovat následující zásady, a to:

1. Stanovit si priority a hlavní cíle výzkumu.
2. Stručně a jasně formulovat otázky.
3. Formulovat otázky tak, aby dotazovaný odpověděl co možná nejupřímněji a bez nějakých zábran.
4. Především stanovit si dotazník tak, aby nebyl příliš dlouhý a nudný. Čím je dotazník delší, tím hrozí nebezpečí, že respondenty spíše odradí.

Mnou vytvořený a sestavený dotazník obsahuje 29 otázek, nalezneme zde otázky polootevřené, otevřené, uzavřené.

1. otevřené otázky: zde respondenti odpovídají svým vlastním názorem.
2. polootevřené otázky: zde si dotazovaní vybírají z několika nabízených možností.
3. uzavřené otázky: na tyto otázky mohou respondenti odpovídat pouze ano, nebo ne.

3.3 Charakteristika výzkumného terénu a vzorku

Pro bakalářskou práci bylo zvoleno 10 respondentů, kteří již pečují o starého člověka. Tyto respondenty tvoří 2 muži a 8 žen. Ženy v péči o seniora převažují, což je známo i z rozsáhlé literatury založené na evropských i světových výzkumech. Je patrné, že rodinnou péči o seniora většinou zajišťuje manželský partner, partnerka nebo děti a jejich partneři. Každopádně osobní péči o starého člověka nejčastěji zajišťují právě

ženy a to buď matky, dcery či snachy. Mezi nejčastější případy patří situace, kdy manželka sama pečuje o svého starého nemohoucího manžela a brání se jeho umístění do institucionální péče delší dobu než ostatní skupiny pečujících. Ale také se můžeme setkat s tím, že manžel pečuje o manželku, ale velmi často se s tuto péčí dělí s dcerou nebo snachou, která se pak stará o svou matku nebo o matku svého muže [Jeřábek 2013: 48]. Toto tvrzení i potvrzuje tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 – Rozdělení podle pohlaví respondentů

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) muž	2
b) žena	8
Celkem počet respondentů	10

Věkové rozmezí tohoto výzkumného vzorku se pohybovalo od 35 let do 70 let. Tyto respondenty jsem dále rozdělila na muže - tabulka č. 2 a ženy - tabulka č. 3.

Tabulka č. 2 – Zastoupení věkových skupin – muži

Věk respondentů	Počet respondentů - muži
35 - 50 let	-
51 - 55 let	-
56 - 60 let	1
61 - 70 let	1
Celkem počet respondentů	2

V níže zobrazené tabulce č. 3 jsou znázorněné ženy, které jsou rozděleny též dle věkové skupiny a to do 4 věkových skupin od 35 let až 70 let, kde převládá ve 4 případech věková kategorie od 56 – 60 let.

Tabulka č. 3 – Zastoupení věkových skupin – ženy

Věk respondentů	Počet respondentů - ženy
35 - 50 let	1
51 - 55 let	2
56 - 60 let	4
61 - 70 let	1
Celkem počet respondentů	8

„Ivo Možný ve své studii mezigenerační solidarity uvádí, že v České republice nehrají při rozhodování o pomoci starším generacím roli žádné jednoduché sociálně diferencující determinanty jako například vzdělání, socioekonomický status či příjem“ [Jeřábek 2013: 91]. Každopádně v tomto výzkumu převažují respondenti, a to v 6 případech se středním odborném vzdělání – výuční list, což je zobrazeno v níže uvedené tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 – Nejvýše dosažené vzdělání respondentů

Variety odpovědí	Počet respondentů
a) základní	1
b) střední odborné - výuční list	6
c) střední škola s maturitou	1
d) vyšší odborné	-
e) vysokoškolské	2
Celkem počet respondentů	10

Snažila jsem se získat názory nejen dotazovaných z vesnic, ale také z měst a samot. Tyto údaje jsem získala výhradně na Domažlicku a jeho okolí. Rozdělení těchto lokalit je znázorněno v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 – Dotazování z vesnic, měst a samot

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) město	1
b) vesnice	8
c) samota	1
Celkem počet respondentů	10

Dále jsem se také dotazovala, v jakém typu nemovitosti respondenti žijí. Z dotazníku vyplynulo, že většina dotázaných bydlí na vesnici, kde převážně zakroužkovali rodinný dům oproti bytům, což je i znázorněno v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 – V jakém typu nemovitosti respondenti žijí

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) rodinný dům	7
b) byt	3
Celkem počet respondentů	10

Též jsem se zajímala, jaký mají dotazovaný rodinný stav, zda jsou svobodný/á, ženatý/á, rozvedený/á, vdovec/vdova či žijí s partnerem/kou ve společné domácnosti. Nejvíce respondentů je ženatý/vdaná. Tyto výsledky mám zaznamenané v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7 – Jaký mají dotazující rodinný stav

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) svobodný/á	2
b) ženatý/vdaná	7
c) rozvedený/á	1
d) vdovec/vdova	-
e) žijí s partnerem/kou ve společné domácnosti	-
Celkem počet respondentů	10

4 Interpretace dat

Hypotéza: Jsou-li pečující informováni o dostupnosti sociálních služeb v péči o seniora.

Touto hypotézou jsem zkoumala, jaká je informovanost ohledně dostupnosti sociálních služeb na Domažlickém okrese a jeho okolí v péči o seniory. Dále jsem se zaměřila na to, jaký důvod pečující vedl k tomu, aby se o seniora rozhodl/a pečovat, zda senior pobírá příspěvek na péči, mobilitu či příspěvek na zvláštní pomůcku, kde se o těchto příspěvcích dozvěděl/a, zda senior využívá nějaké sociální služby, myslí-li si pečující, že nabídka sociálních služeb v místě bydliště je dostačující, či by uvítali větší informovanost a je-li pomoc rodinám, kteří pečují o starého člověka dostačující, či by přístup státu zlepšili těm, co pečují o seniora v domácím prostředí.

Výzkumný vzorek jsem ověřovala pomocí otázek č. 7 až 29. Na tuto hypotézu odpovídalo všech 10 dotazujících. Ze získaných dat jsem vyvodila následující závěry.

Otázka č. 7 – V jakém vztahu jste se starým člověkem, o kterého pečujete?

Z dotazníku vyplynulo, že 7 dotazovaných se stará o svou matku. U dalších 3 se jedná o manžela či o manželku nebo o tchána, což je uvedené v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 – Odpovědi respondentů v jakém vztahu jste se starým člověkem, o kterého pečujete.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) matka	7
b) otec	-
c) manžel	1
d) manželka	1
e) partner	-
f) partnerka	-
g) tchýně	-
h) tchán	1
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 8 – Do jaké věkové skupiny senior ve vaší rodině patří?

„V populaci ČR je v současné době cca 14 % osob ve věku přes 65 let, asi 3 % osob z celku jsou ve věku přes 80 let“ [Jeřábek 2013: 42]. Jsou to staří lidé, kteří potřebují péči od jiné osoby. Dle mého výzkumu vyšlo, že respondenti pečují v 8 případech o věkovou skupinu 75 – 89 let a pouze 2 dotázaní pečují o seniory ve věku 60 – 74 let, což odpovídá s výsledky od pana Jeřábka. Tyto údaje jsou zaznamenané v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 – Odpovědi respondentů, do jaké věkové skupiny senior patří.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) 60 - 74 let	2
b) 75 - 89 let	8
c) 90 let a více	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 9 – Žije tento starý člověk s Vámi v rodině?

Zde respondenti odpověděli, že s nimi starý člověk, o kterého pečují, žije ve společné domácnosti, a to jak v bytě, tak v rodinném domě - viz. tabulka č. 3.

Tabulka č. 3 – Odpovědi respondentů, žije-li starý člověk s Vámi v rodině.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano	10
b) ne	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 10 – Kdo s Vámi ve společné domácnosti ještě žije?

V této otázce jsem se zaměřila, zda s pečující osobou kromě seniora ještě někdo bydlí ve společné domácnosti. Zde respondenti mohli zakroužkovat více odpovědí, ale i přesto 7 dotazovaných zakroužkovalo, že s nimi ve společné domácnosti žije manžel/ka a zbylí 3 zaškrtnli doplňovací odpověď, že žijí pouze se seniorem, o kterého pečují. Tyto výsledky mám shrnuté v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 – Odpovědi respondentů, kdo s Vámi ještě žije ve společné domácnosti.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) partner/ka	-
b) manžel/ka	7
c) 1 dítě	-
d) 2 dítě	-
e) 3 děti a více	-
f) jiné	3
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 11. Do jakého stupně závislosti patří Váš senior?

V této otázce jsem zjišťovala, do jaké skupiny závislosti jsou senioři zařazeni. 4 respondenti pečují o seniora, který je zařazen do I. a IV. stupně závislosti. Dalších 2 pečují o seniora ve II. stupni závislosti. Výsledky této otázky jsou zaznamenány v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 – Odpovědi respondentů, do jakého stupně závislosti patří jejich senior.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) I. stupeň závislosti	4
b) II. stupeň závislosti	2
c) III. stupeň závislosti	-
d) IV. stupeň závislosti	4
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 12. – Pečujete sám/a o starého člověka?

Na tuto otázku pečující osoba pečuje o starého člověka sám/a, zvolilo jednoznačně všech 10 dotazovaných odpověď, že jim s péčí někdo pomáhá. To je ukázáno v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 – Odpovědi respondentů, zda pečují o starého člověka sami.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano	-
b) ne	10
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 13. – Pomáhá s péčí o seniora někdo z Vaší rodiny?

Zde všech 10 dotazovaných odpovědělo, že ano, tudíž pečujícím osobám někdo pomáhá z rodiny, což je dále rozvinuto v otázce č. 14, kdo jim s péčí pomáhá. Viz., tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 – Odpovědi respondentů, pomáhá jim s péčí o seniora někdo z jejich rodiny.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano - pokračujte prosím otázkou č. 14	-
b) ne - přejděte k otázce č. 15	10
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 14. – Pokud Vám někdo pomáhá s péčí, můžete upřesnit, kdo?

Většinou se setkáváme se situací, kdy rodinnou péčí o starého člověka nejčastěji zajišťuje manželský partner, partnerka nebo děti a jejich partneři [Jeřábek 2013: 48]. Což dokazují i výsledky v tabulce č. 8. Takže můžeme říci, že respondentům s péčí nejvíce pomáhá manžel/ka či sestra, dcera anebo syn.

Tabulka č. 8 – Odpovědi respondentů, kdo s péčí o seniora pomáhá.

Kdo s péčí o seniora pomáhá	Počet respondentů
a) sestra	3
b) bratr	-
c) otec	-
d) matka	-
e) syn	1
f) dcera	2
g) manžel/ka	4
h) využívám sociálních služeb (pečovatelská služba, apod.)	-
ch) jiné	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 15. – Jak dlouho o seniora pečujete?

5 respondentů odpovědělo, že o starého člověka pečuje 1 – 4 roky. Dále pak 3 z dotazovaných pečují více než 9 let a 2 pečují 5 – 8. Výsledky jsou v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9 – Odpovědi respondentů, délka péče o starého člověka.

Délka pečování o seniora	Počet respondentů
a) méně než 1 rok	-
b) 1 - 4 roky	5
c) 5 - 8 let	2
d) více než 9 let	3
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 16. – Jaký důvod Vás vedl, že jste se rozhodl/a o seniora pečovat?

V této otázce mohli respondenti zakroužkovat více odpovědí. Všechny 10 dotazovaných zakroužkovalo odpověď, protože si chci být jistý/jistá, že je o něj/oni postaráno. Dále pak respondenti s 8 hlasy volili odpovědi, protože on/ona mi během života také pomáhal/a, kdy jsem to potřeboval/a a chci, aby zůstal/a doma, dokud to jde. 7 respondentů také zaškrtnulo odpověď, považují to za samozřejmost, jsou to přeci moji rodiče, což je uvedené v tabulce č. 10.

Tabulka č. 10 - Odpovědi respondentů, jaký důvod, který vedl, že jste se rozhodl/a pečovat o seniora.

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
a) protože on/ona mi během života také pomáhal/a, když jsem to potřeboval/a	8
b) protože si to partner/ka, manžel/ka si přeje, abychom se o své rodiče postarali	-
c) protože si chci být jistý/jistá, že o něj/oni je postaráno	10
d) považují to za samozřejmost, jsou to přeci moji rodiče	7
e) chci, aby zůstal/a doma, dokud to jde	8
f) pomůže mi to po finanční stránce	1
g) kvůli poutu, které je mezi námi	-
h) vím, že to seniora/ku potěší	-
ch) rodina a lidé v okolí by se divili, kdybych se o něj/ní nepostaral/a	-
i) jiný důvod (prosím uveďte).....	-
Celkem počet odpovědí	34

Otázka č. 17. – Kolik hodin denně péče o seniora zabere?

Pokud sečteme čas, který všechny zúčastněné osoby v pečující rodině vynaloží na pomoc a péči svému seniorovi, zjistíme, že každá z těchto rodin vydává v průměru 41 hodin svého času týdně. Výpočty přitom provádíme výhradně pro rodiny pečující o svého seniora v domácích podmínkách. Údaje nevypovídají o ostatních rodinách a seniorech [Jeřábek 2013: 81]. Těchto v průměru 41 hodin týdně pokud budeme počítat

i sobotu a neděli odpovídá 5, 9 hodin denně. Respondenti v 5 případech uvádějí, že jejich senior potřebuje péči 24 hodin denně, pouze 1 dotázaný uvádí 6 hodin denně a zbylí 4 uvádějí méně než 6 hodin denně. Můžeme tedy konstatovat, že se jedná pouze o průměrný čas v péči o seniory, každopádně každý senior má své individuální potřeby a rodina se podle toho zařizuje, viz níže uvedená tabulka č. 11.

Tabulka č. 11 – Odpovědi respondentů, kolik hodin denně jim péče o seniora zabere.

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
a) 1 - 2 hodiny denně	1
b) 3 - 5 hodin denně	3
c) 6 hodin a více	1
d) potřebuje péči 24 hodin denně	5
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 18. – Chodíte při péči o seniora do zaměstnání?

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že 6 dotazovaných při péči o starého člověka do zaměstnání nechodí, ale pouze 4 respondenti pracují na plný úvazek a pečují o seniora. Tyto výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 12.

Tabulka č. 12 – Odpovědi respondentů, chodí-li při péči o seniora do zaměstnání.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano, pracuji na plný úvazek	4
b) ano, pracuji na částečný úvazek	-
c) ne, nechodím do zaměstnání	6
d) příležitostná práce/brigády	-
e) jsem OSVČ	-
f) jiné	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 19. – Pobírá Váš senior příspěvek na péči?

Všech 10 respondentů na tuto otázku odpovědělo ano, že jejich senior pobírá příspěvek na péči. Tyto výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 13.

Tabulka č. 13 – Odpovědi respondentů, pobírá-li jejich senior příspěvek na péči.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano	10
b) ne	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 20. – Pobírá Váš senior i jiný příspěvek (například na zvláštní pomůcku či na mobilitu)?

5 dotazující zakroužkovalo, že jejich senior pobírá příspěvek na zvláštní pomůcku i na mobilitu a dalších 5 respondentů zaškrtnulo, že ani jeden z těchto příspěvků nepobírá. Tyto výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 14.

Tabulka č. 14. – Odpovědi respondentů, zda pobírá jejich senior i jiný příspěvek například: na zvláštní pomůcku či na mobilitu.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano, příspěvek na zvláštní pomůcku i na mobilitu	5
b) ano, příspěvek na zvláštní pomůcku	-
c) ano příspěvek na mobilitu	-
d) ne, tyto příspěvky nepobírám	5
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 21. – Kde se Váš senior/ka o tomto příspěvku (příspěvkách) dozvěděl/a?

Převážná většina dotazujících zakroužkovala, že se o těchto příspěvcích jejich senior/ka dozvěděli od známého/známé, který/ktará již pečuje (pečoval/a) o starého člověka. Pouze 1 respondent uvedl, že se o tomto příspěvku (příspěvkách) senior/ka dozvěděl/a u lékaře, což ukazují i výsledky v níže uvedené tabulce č. 15.

Tabulka č. 15 – Odpovědi respondentů, kde se senior/ka o příspěvku (příspěvkách) dozvěděl/a.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) u lékaře	1
b) u známého/známé, který/á již pečuje (pečoval/a) o starého člověka	9
c) na internetu	-
d) v knižní publikaci	-
e) na Úřadě práce od sociálního/sociální pracovníka/ce	-
f) jiné	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 22. – Využíváte nějaké sociální služby?

6 respondentů nějaké sociální služby využívá a z toho 4 dotazovaní žádné sociální služby nevyužívají, což je zřejmé i z tabulky č. 16.

Tabulka č. 16 – Odpovědi respondentů,

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano	6
b) ne	4
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 23. – Jaké sociální služby by se Vám dle Vašeho odhadu hodily v péči o seniora?

Zde mohli dotázaní zakroužkovat více odpovědí, každopádně z výzkumu vyplynulo, že by se respondentům v 7 případech hodila pečovatelská a zdravotní péče. Dále pak 5 dotázaným donáška jídla a 4 nákup či pomoc při hygieně a pouze 1 respondentovi by se hodila příprava a podání léků. Každopádně tyto sociální služby jsou však za příplatek, podle § 6 vyhlášky č. 505/2006 Sb., Pro některé staré lidi jsou tyto služby

drahé, proto je nevyužívají. Výsledky využití sociálních služeb jsou shrnuty v níže uvedené tabulce č. 17.

Tabulka č. 17 – Odpovědi respondentů, jaké sociální služby by se respondentům nejvíce hodily v péči o seniory.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) donáška jídla	5
b) nákup	4
c) úklid	-
d) praní prádla	-
e) pomoc při hygieně	4
f) příprava a podání léků	1
g) domácí péče	7
h) osobní asistence	-
i) pečovatelská služba	7
j) jiná služba	-
k) žádná služba	-
Celkem počet odpovědí	28

Otázka č. 24. – Co je dle Vašeho mínění na domácí péči nejvíce náročné?

Asi nejvýraznějším a nejčastěji diskutovatelným jevem v dlouhodobé péči o seniora v rodině jsou důsledky dlouhodobé péče na pečujícího člena rodiny. Tyto situace se především nejčastěji týkají pečujících starších žen (manželek, dcer, snach), které pečují dlouhodobě o své blízké. Pro tyto ženy péče o staré lidi znamená často neúměrnou fyzickou námahu (zvedáním, obracením, přenášením apod.). Dále i psychické zdraví pečovatelek je narušeno, tudíž psychické poruchy způsobené dlouhodobým stresem, psychickým vypětím jsou zmiňovány častěji, především zejména pokud žena pečuje obětavě o svého blízkého častou dlouhé měsíce a roky bez chvilky volna nebo dokonce dovolené. [Jeřábek 2013, 48] I přesto, že v této otázce mohli respondenti zakroužkovat více odpovědí, tak se všech 10 dotázaných shodlo, že na domácí péči je nejnáročnější

psychická zátěž, což je uvedeno i výše v textu. Dále pak v 8 případech volili odpověď fyzickou zátěž a 2 respondenti volili izolaci a osamění. Data jsou uvedena níže v tabulce č. 18.

Tabulka č. 18 – Odpovědi respondentů, co je dle jejich mínění na domácí péči nejvíce náročné.

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
a) fyzická zátěž	8
b) psychická zátěž	10
c) izolace, osamění	2
d) jiné	-
Celkem počet odpovědí	20

Otázka č. 25. – Co by se muselo stát, abyste starého člověka, o kterého pečujete, musel/a umístit do ústavní péče.

Nejvíce bolavým místem péče o staré osoby v rodinách je rozhodování rodin, které samy bez pomoci nezvládají péči, předat blízkého člověka do institucionální péče, ať už z jakéhokoliv důvodu, většinou se pak můžeme setkat s tím, že si rodina vyčítá či dává za vinu, že péči o svého nesoběstačného člena rodiny nezvládla [Jeřábek 2013: 50]. Nejvíce respondentů odpovědělo, že by starého člověka umístili do ústavní péče po zhoršení zdravotního stavu seniora a 3 dotázaní odpověděli, po jejich zhoršení zdravotního stavu, tudíž že by péči o seniora již nezvládli. Výsledky jsou uvedeny v níže uvedené tabulce č. 19.

Tabulka č. 19 – Odpovědi respondentů, co by se muselo stát, abyste starého člověka umístili do ústavní péče.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) zhoršení zdravotního stavu seniora	7
b) zhoršení zdravotního stavu pečující osoby	3
c) zhoršení zdravotního stavu někoho z rodiny	-
d) zhoršení sociální a finanční situace rodiny	-
e) zhoršení rodinných vztahů	-
f) jiné	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 26. – Myslíte si, že nabídka sociálních služeb či zdravotních služeb ve Vašem okolí je dostatečná?

Rodina, která pečuje o starého člověka, není většinou odkázána jen na vlastní síly. Sice systémy sociální péče se však stát od státu liší, ale existuje relativně rozvinutý systém placené péče v rodinných podmínkách. Bohužel pouze osobní péče o seniora, ta ve velké většině případů, zůstává údělem členů rodiny [Jeřábek 2013: 52]. Taktéž můžeme říci, že nabídka sociálních a zdravotních služeb v okolí všech 10 dotázaných je tedy dostatečná, což je uvedeno v níže uvedené tabulce č. 20.

Tabulka č. 20 – Odpovědi respondentů, je podle dotázaných v jejich okolí nabídka sociálních služeb dostatečná.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano	10
b) ne	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 27. – Uvítal/a byste větší informovanost o poskytování sociálních služeb ve Vašem okolí?

8 respondentů je s informovaností o poskytování sociálních služeb spokojena a pouze 2 by uvítali větší informovanost. Viz tabulka č. 21.

Tabulka č. 21 – Odpovědi respondentů, měla by být ve vašem okolí větší informovanost o poskytování sociálních služeb.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano	2
b) ne	8
c) o sociální služby se nezajímám	-
d) jiné	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 28. – Myslíte si, že pomoc rodinám, které pečují o staré lidi je dostačující?

Stát pečujícím rodinám poskytuje nejen materiální, finanční podporu, ale také různé služby (respitní péče apod.), dále poradenské služby a kurzy pro pečovatele atd. [Jeřábek 2013]. I přesto 5 respondentů si myslí, že pomoc rodinám, které pečují o starého člověka, je pomoc nedostatečná a dalších 5 dotázaných odpovědělo, že pomoc od státu v péči o staré lidi je dostatečná, což je uvedeno v tabulce č. 22.

Tabulka č. 22. – Odpovědi respondentů, je-li pomoc rodinám, které pečují o staré lidi dostačující.

Varianty odpovědí	Počet respondentů
a) ano	5
b) ne	5
c) jiné	-
Celkem počet respondentů	10

Otázka č. 29. – Co byste zlepšili v přístupu státu k těm, co pečují o seniory v domácím prostředí?

Zde mohli respondenti zakroužkovat více odpovědí, každopádně všech 10 se shodlo na levnějších sociálních službách - 5 a 5 dotázaných zakroužkovalo širší nabídku sociálních služeb či zvýšení finanční podpory. Další 4 vyplnili další odpověď, že by zlepšili přístup státu k těm, co pečují o seniory v domácím prostředí, aby stát v jejich okolí zřídil různé přípravné kurzy, kde by se naučili, jak pečovat o seniory (např. jak krmit starého člověka při zavedení sondy do žaludku, atd.). 3 a 3 respondenti by uvítali vstřícnost jak sociálních pracovníků, tak lékařů, aby je lépe informovali o možnostech, který jim nabízí stát. Pouze 1 dotázaný by uvítal ochranu pečujících ze strany státu, např. možnosti vrátit se zpět do svého původní zaměstnání (viz jako mateřská dovolená), vše je uvedeno v tabulce č. 23.

Tabulka č. 23. – Odpovědi respondentů, zlepšení přístupu státu k těm, co pečují o seniory v domácím prostředí.

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
a) širší nabídka sociálních služeb	5
b) lepší dostupnost sociálních služeb v dané lokalitě	2
c) zvýšení finanční podpory	5
d) ochrana pečujících ze strany státu, například možnost vrátit se zpět do svého původního zaměstnání, které opustil/a z důvodu péče o seniora (viz. jako mateřská dovolená)	1
e) větší vstřícnost sociálních pracovníků na ÚP (aby lépe pečující osobu informovali o možnostech, které jim nabízí stát)	3
f) vstřícnost ošetřujícího lékaře informovat či poradit pečující osobě, jaký je nárok od státu na hygienické a zdravotní pomůcky	3
g) levnější sociální služby	10
h) jiné (prosím, doplňte, co byste jiného ještě zlepšili)	4
Celkem počet odpovědí	33

Závěr

V tomto výzkumu musíme přihlídnout k malému výzkumnému vzorku 10 respondentů, který byl především z Domažlického regionu a jeho okolí.

Tyto otázky jsem ověřovala hypotézou - jsou-li pečující informováni o dostupnosti sociálních služeb v péči o seniory.

V tomto výzkumu se potvrdilo, že v domácím prostředí o seniory více pečují ženy v 8 případech z 10 a to ve věku 56 – 60 let (4 dotázané) než muži, kdy bylo zastoupeno věkové rozmezí 56 – 60 let a 61 – 70 let každý po 1 respondentu. Většinou v 6 případech se jedná o lidi se středně odborným – výuční list vzděláním. Dále tyto pečující bydlí z 10, je to 8 na vesnici v rodinném domě a jsou v 7 případech ženatý/vdaný. Většinou jsou ve vztahu matka – dcera či matka – syn a to v 10 případech. U věkové skupiny 8 respondentů volilo věk starého člověka, o kterého pečují 75 – 89 let. Tento starý člověk žije s pečujícími v rodině, kde v 7 případech ještě žije manžel/ka. Jedná se většinou o seniory I. a IV. stupně závislosti, což bylo potvrzeno I. stupeň závislosti 4 dotazujícími a IV. stupeň závislosti též 4 respondenty. Zda pečující pečují o starého člověka sami, z výzkumu vyšlo, že všem 10 respondentům někdo s péčí pomáhá, a to 4 dotázaným manžel/ka, 3 pomáhá sestra, 2 dcera a 1 syn. O seniora tyto pečující v 5 případech pečují 1 – 4 roky, ve 3 případech více než 9 let a ve 2 případech 5 – 8 let, nikdo z dotázaných nepečuje méně než 1 rok. Důvod, který je k této péči vedl, odpovědělo všech 10 respondentů, protože si chtějí být jisti, že je o něj/oni postaráno a dalších 8 zakroužkovalo tyto dvě odpovědi: chci, aby zůstal/a doma dokud to jde a protože on/ona mi během života také pomáhal/a, kdy jsem to potřebovala. 7 respondentů odpovědělo, že to považují za samozřejmost, jsou to přeci moji rodiče a pouze 1 respondentu to pomůže po finanční stránce. Zajímala jsem se i o to, jak dlouho jim péče zabere a 5 respondentů odpovědělo, že jejich senior potřebuje péči 24 hodin denně, 3 respondenti označili, že jim péče zabere 3 – 5 hodin denně, po 1 dotázaným pečuje 1 – 2 hodiny a 6 a více hodin denně. V otázce č. 19 všech 10 respondentů odpovědělo, že senior pobírá příspěvek na péči. Ve 20. otázce jsem zkoumala, jestli také senior pobírá i jiné příspěvky - 5 z dotazovaných odpovědělo, že jejich senior pobírá příspěvek na zvláštní pomůcku i na mobilitu a dalších 5 nepobírá ani jeden z těchto příspěvků. Velice zajímavá byla otázka č. 21, kde se jejich senior o těchto příspěvkách dozvěděl. Velice mě překvapilo, že 9 z 10 dotazovaných odpovědělo, že se o těchto příspěvkách dozvěděli od známého/známé, který/á již pečuje

(pečoval/a) o starého člověka a pouze 1 respondent odpověděl, že se o příspěvkách dozvěděl od lékaře. Zda senior využívá nějaké sociální služby, bylo v 6 případech, že ano a ve 4 případech respondenti odpověděli, že sociální služby nevyužívají. Dále jsem se v otázce č. 23 zajímala, jaké služby by se pečujícím v péči o seniora hodily, a výsledky byly takové: 7 respondentům by se hodila domácí zdravotní péče či pečovatelské služby, 5 donáška jídla, 4 nákup a pomoc při hygieně a pouze 1 dotázaný zaškrtnul odpověď příprava a podání léků. Dle otázky č. 24 vyplývá, že na domácí péči je pro 10 respondentů nejvíce náročná psychická zátěž, pro 8 fyzická zátěž a pro 2 izolace a osamění. Ve 25. otázce jsem se ptala pečujících, co by se muselo stát, aby seniora, o kterého pečují, museli umístit do ústavní péče a 7 respondentů odpovědělo za a) zhoršení zdravotního stavu seniora a zbylí 3 za b) zhoršení zdravotního stavu pečující osoby. Zajímavé jsou i odpovědi v otázce č. 26, zda si myslí pečující, že je nabídka sociálních či zdravotních služeb v jejich okolí dostatečná, jednoznačně všech 10 dotázaných odpovědělo, že ano. Dále jsem se také ptala, zda by mohla být větší informovanost o poskytování sociálních služeb ve Vašem okolí - 8 z dotazovaných odpovědělo, že ne a pouze 2 odpověděli, že ano. 28. otázka vypoovídala o tom, je-li pomoc rodinám, které pečují o starého člověka dostačující? 5 respondentů odpovědělo, že ano a dalších 5, že ne. Zajímavě dopadla i otázka č. 29, kde mohli respondenti zakroužkovat více odpovědí a všech 10 respondentů zakroužkovalo odpověď levnější sociální služby, dále pak po 5 případech širší nabídku sociálních služeb a zvýšení finanční podpory. 4 respondenti se vyjádřili k této otázce tak, že postrádají například různé kurzy či přípravy v péči o seniory, které by se jim velice hodily a to například v péči o seniora, který má zavedenou sondu do žaludku, a jak co nejlépe praktikovat výživu, či jak se o sondu dále starat, atd. 3 dotázaní by rádi změnili přístup a vstřícnost sociálních pracovníků a lékařů, kteří by mohli pečující lépe informovat, o tom jaké mají možnosti od státu či jaký je nárok na hygienické a zdravotní pomůcky.

Summary

My thesis is called Caring for the seniors and the availability of social services to Domažlice and its surroundings. The topic I have chosen not only for personal reasons, but also because someday I will become elderly myself, and I will need some help from my close, but also from the state in the area of social services.

In the theoretical part I tried to get closer to what actually an old age is, and what mental, physical or social changes it accompanying. I was also interested of the history to the present day of a care for the elderly in the Czech Republic. Furthermore, what is the support of caregivers for the seniors from the state who cares ,or the support options carers and also the social services which the state offers, or what financial security in home care for the old man is.

I chose the 10 respondents in the practical part, who are caring for the elderly and also living with them already. These respondents completed the questionnaire to me, where I was mainly focused on their use of social services, and what services they would fit, what is the most difficult home care, whether they think, if they offer social and health services in their area sufficient, or would be welcomed more information about these services, then that is to help families who are caring for an elderly person from the state sufficient, or what else would improve the state's approach to those who care for seniors at home themselves .

Seznam literatury

1. AUSTAND N. Steven, Proč stárneme. Proměny lidského těla, Praha: Mladá fronta, 1999. ISBN: 80-204-0804-5
2. GLOSOVÁ Dagmar a kol., Bydlení pro seniory. Brno: ERA group, 2006. ISBN: 80-7366-057-1
3. HAŠKOVCOVÁ Helena, Fenomén stáří, Praha: Havlíček Brain Team, 2. Vydání 2010. ISBN: 978-80-8710-919-9
4. JEDLIČKA Václav a kol., Praktická gerontologie. Brno: Grafia, 1991. ISBN:80-7013-109-8
5. JEŘÁBEK Hynek a kol., Mezigenerační solidarita v péči o seniory, Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), Vydání první 2013. ISBN: 978-80-7419-117-6
6. KALVACH Zdeněk, ZADÁK Zdeněk, JIRÁK Roman, ZAVÁZALOVÁ Helena, SUCHARDA Petr a kol., Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0548-6
7. LANGMAJER Josef, KREJČÍŘOVÁ Dana, Vývojová psychologie, Praha: Grada, 2., aktualizované vydání 2006. ISBN: 80-247-1284-9
8. MARTÍNEK Michael a kol., Praktická teologie pro sociální pracovníky, Jabok, 2008. ISBN: 978-80-904137-2-6
9. MPSV.CZ, Příspěvek na péči [online] [cit. 2013-03-25]. Dostupné na link: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
10. MPSV.CZ, Příspěvek na mobilitu [online] [cit. 2012-01-12]. Dostupné na link: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>
11. MPSV CZ, Příspěvek na zvláštní pomůcku [online] [cit. 2012-01-12]. Dostupné na link: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>
12. PICHAUD Clément, THAREAUOVÁ Isabele, Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, s.r.o, 1998. ISBN 80-7178-184-3
13. Příspěvek na mobilitu [online] [cit. 2014-01-01]. Dostupné na link: <http://ligavozick.skynet.cz/ip/prispevky.php?oblast=9000095#odst5>
14. Příspěvek na péči [online] [cit. 2012-01-01]. Dostupné na link: http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni_davky/prispevek_na_peci/index.html
15. Příspěvek na péči 2014 [online] [cit. 2014]. Dostupné na link: <http://socialni-davky-2014.eu/prispevek-na-peci-2014/>
16. Příspěvek na zvláštní pomůcku [online] [cit. 2014]. Dostupné na link: <http://ligavozick.skynet.cz/ip/prispevky.php?oblast=9000095#odst5>

17. RHEINWALDOVÁ Eva, Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN: 80-7169-828-8
18. TOMEŠ Igor, Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost, Praha: Socioklub, 2. Vydání 2001. ISBN: 80-86484-00-9
19. VENGLÁŘOVÁ Martina, Problematická situace v péči o seniory, Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2170-5

Přílohová část

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 1

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Petra Kocková, DiS a jsem studentkou Teologické fakulty v Českých Budějovicích - obor Sociální a charitativní práce. Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou péče o seniory, a jaké jsou v ČR dostupné služby pro tyto staré lidi a osoby, které o tuto skupinu pečují.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a uvedené informace budou sloužit jen pro potřeby mé bakalářské práce.

Pokyny k vyplnění dotazníku:

V dotazníku jsou následující typy otázek:

1. Z nabízených odpovědí zakroužkujte tu, která vystihuje Váš postoj. Pokud není v zadání stanoveno jinak, volte pouze jednu odpověď.
2. Tam, kde jsou tečky, vypište údaje co nejstručněji a nejvýstižněji.

Velmi Vám děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Věk

.....

2. Pohlaví

- a) muž
- b) žena

3. Dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) střední odborné - výuční list
- c) střední škola s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Kde bydlíte:

- a) město
- b) vesnice
- c) samota

5. Upřesněte, kde bydlíte:

- a) rodinný dům
- b) byt

6. Jaký je Váš rodinný stav:

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná
- c) rozvedený/á
- d) vdovec/vdova
- e) žiji s partnerem/kou ve společné domácnosti

7. V jakém vztahu jste se starým člověkem, o kterého pečujete?

- a) matka
- b) otec
- c) manžel
- d) manželka
- e) partner
- f) partnerka
- g) tchýně
- h) tchán

8. Do jaké věkové skupiny senior ve vaší rodině patří?

- a) 60 – 74 let
- b) 75 – 89 let
- c) 90 let a více

9. Žije tento starý člověk s Vámi v rodině?

- a) ano
- b) ne

10. Kdo s Vámi ve společné domácnosti ještě žije? (Zde můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) partner/ka
- b) manžel/ka
- c) 1 dítě
- d) 2 děti
- e) 3 děti a více
- f) jiné.....

11. Do jakého stupně závislosti Váš senior patří?

- a) I stupeň závislosti
- b) II. stupeň závislosti
- c) III. stupeň závislosti
- d) IV. stupeň závislosti

12. Pečujete sám/a o starého člověka?

- a) ano
- b) ne

13. Pomáhá s péčí o seniora někdo z Vaší rodiny?

- a) ano – pokračujte prosím otázkou č. 14
- b) ne – přejděte k otázce č. 15

14. Pokud Vám někdo pomáhá s péčí, můžete upřesnit, kdo? (Zde můžete zakroužkovat více odpovědí).

- a) sestra
- b) bratr
- c) otec

Příloha č. 1

- d) matka
- e) syn
- f) dcera
- g) manžel/ka
- h) využívám sociálních služeb (pečovatelská služba, apod.)
- ch) jiné.....

15. Jak dlouho o seniora pečujete?

- a) méně než 1 rok
- b) 1 – 4 roky
- c) 5 – 8 let
- d) více než 9 let

16. Jaký důvod Vás vedl, že jste se rozhodl/a o seniora pečovat? (Zde můžete zakroužkovat více odpovědí).

- a) protože on/ona mi během života také pomáhal/a, kdy jsem to potřeboval/a
- b) protože si to partner/ka, manžel/ka si přeje, abychom se o své rodiče postarali
- c) protože si chci být jistý/jistá, že je o něj/oni postaráno
- d) považuji to za samozřejmost, jsou to přeci moji rodiče
- e) chci, aby zůstal/a doma, dokud to jde
- f) pomůže mi to po finanční stránce
- g) kvůli poutu, které je mezi námi
- h) vím, že to seniora/ku potěší
- ch) rodina a lidé v okolí by se divili, kdybych se o něj/ní nepostaral/a
- i) jiný důvod (prosím uveďte).....

17. Kolik hodin denně péče o seniora zabere?

- a) 1 – 2 hodiny denně
- b) 3 – 5 hodin denně
- c) 6 hodin a více
- d) potřebuje péči 24 hodin denně

18. Chodíte při péči o seniora do zaměstnání?

- a) ano, pracuji na plný úvazek
- b) ano, pracuji na částečný úvazek
- c) ne, nechodím do zaměstnání
- d) příležitostná práce/brigády
- e) jsem OSVČ
- f) jiné.....

19. Pobírá Váš senior příspěvek na péči?

- a) ano
- b) ne

20. Pobírá Váš senior i jiný příspěvek (například na zvláštní pomůcku či mobilitu)?

- a) ano, příspěvek na zvláštní pomůcku i na mobilitu
- b) ano, příspěvek na zvláštní pomůcku
- c) ano, příspěvek na mobilitu
- d) ne, tyto příspěvky nepobírám

21. Kde se Váš senior o těchto příspěvcích (příspěvku) dozvěděl/a?

- a) u lékaře
- b) u známého/známé, který/á již pečuje (pečoval/a) o starého člověka
- c) na internetu
- d) knižní publikace
- e) na Úřadě práce os sociálního/sociální pracovníka/ce

Příloha č. 1

f) jiné.....

22. Využíváte nějaké sociální služby v péči o seniora?

a) ano

b) ne

23. Jaké sociální služby by se Vám dle Vašeho odhadu nejvíce hodily v péči o seniora? (Zde můžete zakroužkovat více odpovědí).

a) donáška jídla

b) nákup

c) úklid

d) praní prádla

e) pomoc při hygieně

f) příprava a podání léků

g) domácí zdravotní péče

h) osobní asistence

i) pečovatelská služba

j) jiná služba.....

k) žádná služba

24. Co je dle Vašeho mínění na domácí péči nejvíce náročné? (Můžete zakroužkovat více odpovědí).

a) fyzická zátěž

b) psychická zátěž

c) izolace, osamění

d) jiné.....

25. Co by se muselo stát, abyste starého člověka, o kterého pečujete, musel/a umístit do ústavní péče?

a) zhoršení zdravotního stavu seniora

b) zhoršení zdravotního stavu pečující osoby

Příloha č. 1

- c) zhoršení zdravotního stavu někoho z rodiny
- d) zhoršení sociální a finanční situace rodiny
- e) zhoršení rodinných vztahů
- f) jiné.....

26. Myslíte si, že nabídka sociálních či zdravotních služeb ve Vašem okolí je dostatečná?

- a) ano
- b) ne

27. Uvítal/a byste větší informovanost o poskytování sociálních služeb ve Vašem okolí?

- a) ano
- b) ne
- c) o sociální služby se nezajímám
- d) jiné.....

28. Myslíte si, že pomoc rodinám, které pečují o staré lidi je dostačující?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

**29. Co byste zlepšili v přístupu státu k těm, co pečují o seniory v domácím prostředí?
(Zde můžete zakroužkovat více odpovědí).**

- a) širší nabídku sociálních služeb
- b) lepší dostupnost sociálních služeb v dané lokalitě
- c) zvýšení finanční podpory
- d) ochrana pečujících ze strany státu, například možnost vrátit se zpět do svého původního zaměstnání, které pečující opustil/a z důvodu péče o seniora (viz. jako mateřská dovolená)
- e) větší vstřícnost sociálních pracovníků na ÚP (aby lépe pečující osobu informovali o možnostech, které jim nabízí stát)
- f) vstřícnost ošetřujícího lékaře informovat či poradit pečující osobě, jaký je nárok od státu na hygienické a zdravotní pomůcky

Příloha č. 1

g) levnější sociální služby

h) jiné (prosím, doplňte, co byste jiného ještě zlepšili).....

Děkuji za Váš čas a vyplnění tohoto dotazníku.

