



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Pohled rodinných příslušníků na možnosti péče
o seniora s disabilitou**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Veronika Rajchotová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Pohled rodinných příslušníků na možnosti péče o seniora s disabilitou* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Veronika Rajchotová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení, podnětné rady, ochotu, vstřícný přístup, trpělivost a hlavně za její cenný čas, který mi věnovala.

Zároveň bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na mém empirickém výzkumu.

Pohled rodinných příslušníků na možnosti péče o seniora s disabilitou

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tematikou spojenou s výběrem péče o seniora. V teoretické části jsou vymezeny pojmy senior, disabilita, dále se zde věnujeme tématu senior a rodina a s tím souvisejícím vícegeneračním soužitím, v neposlední řadě rodinné péči o seniory, zdravotně sociální péči o seniory a poté typickým službám pro seniory.

Empirická část byla realizována pomocí strukturovaného rozhovoru, v němž bylo osloveno 8 vícegeneračních rodin z oblasti Vltavotýnska, které žijí v jedné domácnosti. Ve výzkumu jsme zjišťovali názory rodinných příslušníků a seniorů na možnosti péče o seniora a následně jsme srovnávali jejich odpovědi.

Bakalářská práce nahlíží na odlišnost názorů rodinných příslušníků a seniorů vzhledem k možnostem zajištění péče o seniora. Zajištění péče v přirozeném prostředí je většinou přáním seniora, ale ne vždy se toto přání shoduje s názorem rodinného příslušníka. Velká neinformovanost respondentů má za následek obavy z institucionálního zařízení, případně zkreslené informace a představy o pobytu v zařízení. Neinformovanost se projevila taktéž v případě možnosti poskytnutí rodinné péče o seniora, když rodinní pečující projevili ve většině případů spíše obavu.

Respondenti by se tedy měli více orientovat v možnostech péče o seniora, aby jednou mohli seniorovi zajistit důstojné stáří, prožité podle jeho představ tak, aby to přineslo prospěch celé společnosti.

Klíčová slova

Senior; rodinný příslušník; rodina; mezigenerační solidarita; péče o seniora.

Family Members' View on the Possibilities of the Care about a Disabled Senior

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic related to the choice of a care about a senior. The theoretical part specifies the terms senior and disability and focuses on the issues of a senior and his/her family and the related multigenerational living, family care about seniors, health-social care about seniors and also on specific services for seniors.

The empiric part was based on a structured interview, in which 8 multigenerational families living in one household from the Týn nad Vltavou region were addressed. We looked into the opinions of family members and seniors on the possibilities of the care about a senior in the research and consequently we compared their responses.

The bachelor thesis reflects the difference between the opinions of seniors and family members with regard to the possibilities of the provision of care about a senior. Care provision in the natural setting is the wish of a senior, but this wish is not always identical with the opinion of a family member. Lack of information among the respondents leads to fears of institutional facilities or incorrect information and notion of the stay in such a facility. The lack of information was also obvious in the instance of the possibility of providing care to a senior when the family members rather showed worries in most cases.

The respondents should thus be more aware of the possibilities of the care about a senior to be able to ensure a dignified old age for a senior, lived according to his/her ideas, so that it benefits the whole society.

Key words

Senior; Family Member; Family; Intergenerational Solidarity; Care about a Senior.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Stáří, stárnutí	9
1.1.1 Stáří, stárnutí.....	9
1.1.2 Vymezení stáří	10
1.2 Disabilita	11
1.2.1 Disabilita.....	11
1.2.2 Občan s disabilitou	12
1.3 Senior a rodina	13
1.3.1 Senior a rodina.....	13
1.3.2 Vývoj mezigenerační solidarity a rodinné soudržnosti	14
1.3.3 Vícegenerační soužití v rodině	16
1.3.4 Dělení vícegeneračního soužití.....	18
1.4 Zdravotně sociální péče o seniory.....	19
1.4.1 Zdravotně sociální péče o seniory	19
1.4.2 Rodinná péče o seniory.....	22
1.4.3 Typické sociální služby pro seniory	24
1.4.4 Příklady peněžitých dávek pro seniory.....	29
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	32
2.1 Cíle práce.....	32
2.2 Výzkumná otázka	32
3 METODIKA	33
3.1 Metodika výzkumu.....	33

4	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	35
	4.1 Kategorizace rozhovorů se seniory	35
	4.2 Kategorizace rozhovorů s rodinnými příslušníky.....	42
5	DISKUZE.....	54
6	ZÁVĚR.....	61
7	SEZNAM LITERATURY	63
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

V dnešní době přibývá lidí v seniorském věku, tedy i seniorů s disabilitou, zejména vlivem rozvoje dnešní vědy a působením společenských změn. Zvyšuje se délka dožití. To, že populace stárne, není fenoménem pouze u nás, v České republice, ale i jinde ve světě. Vzhledem k tomuto faktu je proto nutností, aby byl problematice zaměřené na seniory věnován dostatek pozornosti.

U dnešních seniorů není výjimkou, že chtějí zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí, jelikož vzhledem k jejich věku a kondici pro ně není snadné přecházet a zvykat si na jiné prostředí. Aby mohlo být tomuto přání seniorů vyhověno, je zapotřebí, aby se na straně státu zlepšila podpora rodinných pečujících a také informovanost a dostupnost určitých služeb pro tyto pečující. Vše, co by usnadnilo pečovatelskou roli rodinným pečovatelům o seniory, by bylo ku prospěchu a možná by se tak docílilo potvrzení všeobecného názoru, že seniorům by měla zajistit pomoc nejprve jejich rodina.

V dnešní době bohužel není situace pro rodinnou péči příznivá, protože vzhledem k existenci různých zařízení vzniká spíše jakési přenechání seniorů těmto institucím. Rodinní pečující pak nejsou tolik zatíženi a nemusí řešit otázku spojenou se zkrácením pracovní doby v zaměstnání či otázku dostatku financí při vykonávání rodinné péče. Často se tedy stává, že v domovech pro seniory jsou dlouhé čekací doby, neboť senioři si podávají žádost mnohdy již v době, kdy jsou ještě vitální a nemají žádný vážnější zdravotní problém. Ovšem při prognóze stárnoucí populace se institucionální systém nebude moci stále starat o soběstačné či nesoběstačné seniory. Nutnost rozvoje rodinné péče je tedy na místě.

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem, které se týká různých typů péče o seniory. V práci je popsáno, jak jednotliví respondenti pohlíží na různá zařízení a jak jsou o nich informováni. Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že mě zajímá problematika seniorů. Myslím si, že to je aktuální téma. Sama jsem prožila čtyři roky v jedné domácnosti s prarodiči a příležitostně jsem se spolu s dědečkem podílela na péči o ně. Proto mě velmi zajímalo, jak se k takovému tématu budou stavět ostatní respondenti, kteří jsou v podobné situaci nebo by se do ní jednou mohli dostat.

Naším cílem tedy bude získat co nejvíce informací o problematice týkající se rozhodování rodinných příslušníků v rámci péči o seniory.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Stáří, stárnutí

1.1.1 Stáří, stárnutí

Stáří a stárnutí je přirozený a nezvratný biologický proces, který trvá od početí až po smrt jednotlivce (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Autorky Holczerová a Dvořáčková (2013) dále uvádějí, že stárnutí se týká každého z nás, a to stejným způsobem.

Charakterizovat stárnutí je nesnadné. Existuje několik definic stárnutí, ale žádná z nich není zcela výstižná (Mlýnková, 2011). „*Stárnutí a stáří je fyziologickou součástí života lidí, zvířat, rostlin. Stáří představuje vyvrcholení celého životního cyklu jedince.*“ (Mlýnková, 2011, s. 13) Stáří můžeme také označit jako dva časové body v životě lidí (Sak, Kolesárová, 2012). Sak a Kolesárová (2012) tyto body pojmenovávají jako horní a spodní věkovou hranici. Horní věková hranice je vymezena smrtí, popisují autoři. Spodní věková hranice je charakterizována jevy a procesy, jimiž stáří vzniká a které do života člověka vstupují postupně (Sak, Kolesárová, 2012). Úhrn všech těchto jevů a procesů tvoří stáří, přičemž každý jev a proces má svůj vlastní čas i věk, v němž se začne projevovat (Sak, Kolesárová, 2012).

Sak a Kolesárová (2012) popisují, že stáří a dětství jsou dvě životní fáze, které jsou od sebe nejméně vzdáleny, ale přesto k sobě mají velmi blízko. Tito autoři mluví o tom, že dítě přichází z nebytí, starý člověk do něj naopak odchází, stáří a dětství jsou tedy ohraničeny nebytím. Dále Sak a Kolesárová (2012) tvrdí, že dítě se stává zdatnějším a získává na síle, jeho schopnosti rostou, zatímco senior sílu naopak ztrácí a jeho schopnosti klesají. Sak a Kolesárová (2012) ve své knize také zmiňují, že ve stáří se lidé ve své mysli vracejí do dětství, ke svým kořenům. Zároveň může člověk ve stáří porovnávat život, který si představoval on sám, se způsobem životem či spíše s hodnotami, které mu byly předávány v dětství (Sak, Kolesárová, 2012).

Stárnoucí senior se postupem času dostává do světa, v němž je obklopen mladší generací, která tomuto světu zároveň vládne (Haškovcová, 2011). Autorka Haškovcová (2011) uvádí, že stárnoucí člověk takovému světu přestává rozumět, začíná se u něho

objevovat jakási nejistota a s tím souvisí také to, že senior bývá často podezřívavý a má strach, většinou z toho, že bude ostatními ošizen.

1.1.2 Vymezení stáří

Pokud hovoříme o stáří, je důležité umět odpovědět na otázku, jak je vlastně stáří členěno a kdy člověk začíná stárnout. Dle Haškovcové (2011) můžeme věk člověka dělit z hlediska chronologického, biologického, psychologického a sociálního, přičemž stáří je nejčastěji vymezováno chronologicky. Běžně se můžeme setkat s tím, že je stáří považováno za něco, co je nepřírozené a nezdravé, dodává Haškovcová (2011).

Světová zdravotnická organizace klasifikuje vyšší věk takto (Mlýnková, 2011):

- 40–59 let: střední nebo také zralý věk
- 60–74 let: vyšší věk nebo také rané stáří
- 75–89 let: stařecký věk
- 90 let a výše: dlouhověkost.

Psychologický slovník definuje seniory dle věkového hlediska následovně: „*Senior je označení lidí starších 60 let*“ (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 22). V běžném životě je však praxe taková, že za starého člověka je považován ten, kdo dosáhl penzijního věku, tedy většinou člověk od 65 let a výš (Malíková, 2011). Dle Haškovcové (2011) se ve společnosti zvyšuje věková hranice odchodu do penze a společně s ní se posunuje i věková hranice, kterou označujeme jako stáří. Za rané stáří považuje autorka Haškovcová (2011) věk v rozmezí od 65 do 74 let. Tato věková hranice odpovídá představě „mladých seniorů“ (Haškovcová, 2011).

Při vymezení stáří se můžeme setkat s pojmem „třetí věk“. Novák (2014) uvádí, že tento pojem se začal používat již na počátku devadesátých let minulého století. Zároveň ve své publikaci objasňuje, že toto slovní spojení je užíváno proto, aby bylo stáří chápáno pozitivně.

Na otázku, kdy člověk začíná stárnout, není možno dát jednoznačnou odpověď. Křivohlavý (2011) poukazuje na dvojí chápání stáří. Na jedné straně je stárnutí považováno za biologický děj, který probíhá plynule po celý život člověka (Křivohlavý, 2011). Z tohoto hlediska začíná stárnutí počítím, uvádí autor. Na druhé straně je stárnutí chápáno jako něco, co je spojováno s pozdější fází života člověka (Křivohlavý, 2011).

Jediné, v čem byla nalezena shoda, je konec stáří. Konec stáří je totiž jednoznačně dán smrtí, podobně jako je počátek dětství dán narozením, ale určit přesný věk počátku stáří se nedá, jak ve své publikaci uvádí Sak a Kolesárová (2012).

Seniorská populace je výrazně heterogenní, neexistuje tedy žádný „typický senior“ (Čevela et al., 2012). Čevela, et al. (2012) se shodují na tom, že senioři se mezi sebou odlišují například věkem, zdravotním a funkčním stavem, životním stylem, rodinným zázemím, ekonomickými podmínkami, lokalitou či bytovými podmínkami, představami o životě atd.

1.2 Disabilita

1.2.1 Disabilita

Dle MKF (2010, s. 9) se disabilita definuje jako „*snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.*“

Soudě dle MKF (2010) můžeme v tomto ohledu shledat velký filozofický posun, jelikož neklasifikuje osoby obecně, ale popisuje a klasifikuje situaci každého člověka, a to v řadě okolností vztahujících se ke zdraví. Můžeme to tedy chápat tak, že každý člověk má určitý zdravotní stav, který je konfrontován s životními situacemi, a člověk se tak dostává do různých znevýhodněných pozic (Sak, Kolesárová, 2012). Klasifikace MKF (2010) tak na člověka pohlíží z hlediska zdraví. V konkrétních situacích může mít člověk určité problémy dané disabilitou, ty se ale díky klasifikaci dají přesně kvantifikovat a případně i odstranit, aby člověk mohl následně plně využívat své „zbytkové zdraví“ (Sak, Kolesárová, 2012). Čevela a Čeledová (2010) uvádějí, že cílem této klasifikace byla snaha najít jakýsi obecný základ pro hodnocení důsledků onemocnění a umožnit lepší plánování služeb, zajištění léčby a rehabilitace.

K vysvětlení disability a funkční schopnosti byly navrženy různé varianty koncepčních modelů (Mlýnková, 2011). Mlýnková (2011) vysvětluje, že tyto koncepční modely mohou vyjadřovat dialektický vztah mezi lékařským modelem a sociálním modelem.

Podle lékařského modelu jsou disability a problémy dané osoby způsobeny přímo chorobou, traumatem nebo jinými zdravotními problémy a vyžadují lékařskou péči, která je zajištěna léčením jedince odborníky, jak popisují Čevela a Čeledová (2010).

Dále Čevela a Čeledová (2010) vysvětlují sociální model, v němž je disability chápána zejména jako sociálně vytvořený problém a její řešení je cestou k integraci jedince do společnosti. Disability jsou tedy dle MKF (2010) popisovány spíše jako komplex sdružených podmínek vytvářený společenským prostředím, nikoli jako soubor vlastností jedince (Švestková, Pfeiffer, 2008). Proto, jak uvádí Mlýnková (2011), zvládnutí tohoto problému vyžaduje sociální aktivitu. Je to kolektivní odpovědnost společnosti, která je zodpovědná za tvorbu modifikace prostředí, jež je důležitá pro plnou účast osob s disability ve všech oblastech společenského života (Mlýnková, 2011).

MKF je založena na propojení těchto dvou různých modelů, které byly výše krátce popsány, a aby bylo dosaženo propojení různých aspektů funkční schopnosti, je využíván tzv. biopsychosociální přístup (Švestková, Pfeiffer, 2008).

1.2.2 Občan s disability

Disability se týká všech občanů bez rozdílu (Vítková, 2006). Vítková (2006) píše, že komukoliv z nás se například v důsledku nehody může stát, že se najednou stane osobou s disability. Stejně tak se každý z nás může stát tím, kdo se o postiženého člena rodiny nebo někoho blízkého bude starat a pomáhat mu, jak popisují Pfeiffer, Švestková (2008). Pfeiffer, Švestková (2008) uvádí, že navzdory pokroku v medicíně se počet občanů s disability neustále zvyšuje.

Pfeiffer, Švestková (2008) poukazují na to, že občan s disability není vnímán jako izolovaný jedinec s nějakou diagnózou, ale jako někdo, jehož postižení je dáno dynamickou interakcí mezi ním a prostředím, ve kterém žije.

Termín „zdravotně postižený“ prošel určitým historickým vývojem (Vítková, 2006). Vítková (2006) připomíná, že prof. Jedlička založil v roce 1913 Jedličkův ústav, a zároveň poukazuje na to, že v této době se začalo běžně užívat slovo „mrzák“. Tento výraz ale časem nabyl hanlivého významu. Dále autoři Pfeiffer, Švestková (2008) připisují termín „invalida“ době napoleonských válek – tehdy šlo o vojáka, který nebyl schopen vojenské služby. Termín „invalida“ se dnes v EU neuzivá, jak dodávají Pfeiffer,

Švestková (2008). Dále se používaly výrazy „defektní“ (rovněž negativní termín) či „handicapovaný“ (Pfeiffer, Švestková, 2008).

Vítková (2006) píše o tom, že odborníci se spolu s organizacemi občanů s disabilitou dohodli, že nebudou používat tyto negativní termíny. Termín „disability“ je podle Kršky, et al. (2014) mnohem vhodnější označení. Z těchto důvodů se nyní začíná používat i v České republice (Krška et al., 2014).

1.3 Senior a rodina

1.3.1 Senior a rodina

„Rodina začíná a končí domovem,“ říká Anna Hogenová (Hogenová, in: Brzáková Beksová, 2014, s. 41).

Rodina je základní jednotkou společnosti (Mlýnková, 2011). Haškovcová (2011) popisuje primární rodinu jako funkční soužití rodičů a dětí a zároveň i jako místo, kde společně žijí, tedy domov. Rodinu tedy můžeme označit jako místo, které každý z nás dobře zná, prožívá tam pocity jistoty a bezpečí a má tam své rodinné zázemí (Mlýnková, 2011). Haškovcová (2011) uvádí, že rodina představuje pro člověka zázemí, v němž vyrůstá a vyvíjí se. Vztahy, jež v rodině existují, jej potom provázejí po celý život (Mlýnková, 2011).

Harwood (2012) poukazuje na důležitost role funkční rodiny, a to především v období dětství. Vzájemné rodinné vazby podle Harwooda (2012) ale neztrácejí na důležitosti ani v průběhu dospělosti člověka, a pokud jsou vztahy harmonické, pak přispívají ke spokojenosti člověka v jeho životě. Pro seniora znamená fungující rodina psychickou i fyzickou pomoc, vzájemnou podporu a předávání hodnot, tím pádem můžeme říci, že pro seniora jsou kladné citové vztahy mezi generacemi obohacením jeho života (Plohák, 2010).

Mezi seniory a jejich dětmi či jinými rodinnými pečujícími je utvořen vzájemný citový vztah, který prochází v průběhu života množstvím změn a různě se vyvíjí (Silverstein, in: Pacáková, Trusínová, 2012). Role synů a dcer se postupně mění a utváří se v průběhu životního cyklu (Blenkner, Nydegger, in: Pacáková, Trusínová, 2012).

V dětství je vztah charakterizován dle Silversteina (in: Pacáková, Trusínová, 2012) úzkými emocionálními vazbami a potřebou pomoci zejména ze strany dítěte. Průběh dospívání potom popisuje Silverstein (in: Pacáková, Trusínová, 2012) jako období, kdy dochází k dočasné citové distanci. Pro dítě je toto období především hledáním své vlastní identity. Dítě se nejprve vymezuje proti identitě rodičů, aby ji později v rané dospělosti z velké části přijalo za vlastní, tvrdí Silverstein (in: Pacáková, Trusínová, 2012).

Další období nastiňuje Silverstein (in: Pacáková, Trusínová, 2012) jako období, kdy dítě začne se svými rodiči do velké míry sdílet jejich názory na svět. Silverstein (in: Pacáková, Trusínová, 2012) tvrdí, že v tomto období si dítě zakládá svou vlastní rodinu a nastává okamžik obnovy vzájemných vazeb, kdy se rodiče/prarodiče zapojí do péče o vnoučata.

Ve středním věku dítěte dochází k dceřině nebo synovské zralosti, kdy potomek začíná vnímat své rodiče jako individuality, jakými byli před narozením potomků, a identifikuje se s nimi novým, zralejším způsobem (Blenkner in: Pacáková, Trusínová, 2012).

Další fáze nastává ve chvíli, kdy stárnoucí rodiče najednou potřebují péči svých dětí. Na jedné straně se objevuje výrazná obava dítěte o rodiče a postupné rozvíjení jeho schopností se o ně postarat (Nydegger, in: Pacáková, Trusínová, 2012). Na druhé straně se v této fázi může objevit dceřiná/synovská krize, kdy si dítě uvědomí, že rodiče pro něj už nebudou takovou oporou jako dříve, a musí se s tím vyrovnat (Cicirelli, in: Pacáková, Trusínová, 2012).

1.3.2 Vývoj teorií mezigenerační solidarity a rodinné soudržnosti

Solidaritě můžeme chápat jako výraz pro vzájemné porozumění a určitou soudržnost mezi lidmi (Krebs et al., 2007).

Haškovcová (2012) popisuje, že mezigenerační solidarita, tedy solidarita v rámci péče o seniory, by měla vést děti k tomu, aby zajistily potřebnou péči svým stárnoucím rodičům.

Nyní uvedeme příklady klasické koncepce solidarity a sociální soudržnosti. Již A. Comte, E. Durkheim a F. Tönnies se zabývali otázkami, jakým způsobem a za jakých podmínek drží společnost pohromadě (Jeřábek et al., 2013). Jeřábek, et al. (2013) připomínají, že A. Comte se zabýval tím, co nahradí jakási pouta mezi lidmi při přechodu

od tradiční společnosti ke společnosti moderní. Durkheim tvrdil, že tradiční společnost drží pohromadě tzv. mechanická solidarita a moderní společnost drží pohromadě zase tzv. organická solidarita mezi lidmi (Thompson, 2004). Comte a Durkheim označili solidaritu jako něco, co ve společnosti funguje jako protipól odstředivých tendencí vedoucích členy společnosti k obhajobě svých sobeckých zájmů (Jeřábek et al., 2013).

U Durkheima se můžeme setkat s dvojicí pojmů, jak už bylo v textu uvedeno, a sice s pojmy „mechanická solidarita“ a „organická solidarita“ (Thompson, 2004). Co tedy podle Durkheima tvoří podstatu mechanické solidarity? Mechanická solidarita byla založena na historických tradicích a na síle kolektivně sdílených norem a standardů v tehdejší preindustriální společnosti, píše Thompson (2004). Naopak organická solidarita označovala podle Durkheima novou podobu vzájemných pout mezi lidmi, docházelo totiž k oslabování tradičních pout (Thompson, 2004). V rámci organické solidarity drží společnost pohromadě na základě rozvoje dělby práce souvisejícího s nástupem průmyslové revoluce, se stěhováním lidí do měst atd. (Thompson, 2004). Začaly se vytvářet odlišné, postupně sílící vazby, které byly založeny na vzájemných závislostech daných dělbu práce.

F. Tönnies zavedl dvojici pojmů „pospolitost“ a „společnost“ (Jeřábek et al., 2013). Reagoval tak na stejnou dualitu situací jako Durkheim, popisuje Jeřábek, et al. (2013). Podle F. Tönniese společnost charakterizují slabší vazby než pospolitost (Jeřábek et al., 2013). Vliv zde má menší tlak povinností a pouhá smluvní podmíněnost vzájemné pomoci (Jeřábek et al., 2013).

Jeřábek, et al. (2013) na základě příspěvků klasiků sociologické teorie a sociálních psychologů k výkladu problematiky sociální solidarity a skupinové soudržnosti uvádí, že je možno identifikovat pět prvků skupinové solidarity, a sice společné sdílení norem, vzájemnou funkcionální závislost, podobnost nebo souhlas, vzájemně opěťované city a společné jednání.

Dalším sociologem rodiny byl Koos. Koos zdůrazňoval vzájemné cíle a zájmy členů rodiny, jak uvádí Jeřábek, et al. (2013). Dále to byl Hill – i on zdůrazňoval rodinnou soudržnost jako podstatný obranný mechanismus proti krizi (Jeřábek et al., 2013). S odvoláním na Angela definoval rodinnou integraci jako soubor jevů zahrnující vzájemnou citovou a ekonomickou závislost (Jeřábek et al., 2013).

V dalším vývoji byla většinou sjednocenost rodiny definována (dle Jeřábka et al., 2013) jako termín označující společné zájmy, emocionální vazby a vzájemné závislosti.

Již zmíněnou dualitu pojmů, Durkheimovu mechanickou a organickou solidaritu, je možno použít v rámci tématu „rodina a její neformální péče o seniora“ (Jeřábek et al., 2013). Dospělé děti, jak uvádí Jeřábek, et al. (2013), se nejdříve rozhodují, zda se vůbec budou starat o seniora, poté se rozhodnou, jak se o něj budou starat, a následně hledají nejlepší způsob, jak se přizpůsobit dané situaci. V tomto případě můžeme chápat rodinnou solidaritu jako proces, který má dvě fáze: mechanickou, tedy přijetí péče, a organickou, tedy adaptaci na péči (Jeřábek et al, 2013).

Mechanická solidarita v rodině je dle Durkheima spjatá s city, sdílenými hodnotami a vzory v rodině (Thompson, 2004). Pokud se rodina nachází v situaci, kdy rozhoduje o převzetí péče o nesoběstačného stárnoucího člena rodiny, můžeme zde vidět podobný aspekt citů, sdílených hodnot a názorů, norem (Thompson, 2004). Durkheimova organická solidarita v rámci péče o starého člověka spočívá zejména v tom, že jednotliví členové rodiny vystupují v odlišných rolích (Jeřábek et al., 2013)

1.3.3 Vícegenerační soužití v rodině

Pod vícegeneračním soužitím si můžeme představit podle Klevetové a Dlabalové (2008) soužití zpravidla tří generací – prarodičů, rodičů a dětí. Autorky Klevetová a Dlabalová (2008) uvádějí, že ve fungující rodině lze nalézt pocit bezpečí, pochopení a vzájemnou pomoc mezi všemi členy, přičemž od narození bychom měli být všichni vedeni k úctě ke starším lidem, která by měla být také realizována. U soužití více generací jsou podle Mlýnkové (2011) zapotřebí demokratické principy, solidarita a hlavně láska.

Vícegenerační soužití s sebou nese jak výhody, tak nevýhody. Jako jednu z výhod bychom dle Rabušicové, et al. (2012) mohli vnímat to, že děti mohou čerpat různé zkušenosti nejen od svých rodičů, ale zároveň i od svých prarodičů, ovšem tyto zkušenosti budou odlišné, protože se svými prarodiči mají děti jiné vztahy než se svými rodiči. Rabušicová, et al.(2012) popisují, že od seniorů, tedy prarodičů, se děti učí vnímat svět dříve narozených osob, poznávají názory a odlišnosti lidí různých věkových skupin. Díky rodičům zase vidí děti dobrý příklad toho, že je přirozené postarat se o seniora v rodině, a mohou se učit, jak se to dělá (Mlýnková, 2011). Při komunikaci mezi prarodičem a vnoučetem je podle Rabušicové, et al. (2012) výhodou i to, že prarodič umí dětem

odpovědět na otázku, na jejíž zodpovězení nemají rodiče čas či trpělivost. Dalo by se tedy říci, že komunikace mezi vnoučetem a prarodičem je velmi rozmanitá (Rabušicová et al., 2012). Mlýnková (2011) také poukazuje na velký přínos pro seniora spočívající v opravdovém zájmu ze strany vnoučete.

Další pozitivní stránkou vícegeneračního soužití je to, že prarodiče jsou v přítomnosti svých vnoučat stále obklopani mláďim, což jim může dodávat více energie (Rabušicová et al., 2012). Vedle toho je jejich vnoučata mohou v dnešní moderní době učit obsluze „chytrých“ mobilních telefonů nebo počítačů (Mlýnková, 2011). Pokud se senior naučí zacházet třeba s moderním telefonem, který používá téměř každý člověk mladší generace, může nabýt pocitu, že ještě není úplně tak starý, jak si myslel, že dokáže jít s dobou. Zároveň mu tato moderní technologie může značně zkrátit den a on pak nebude mít čas na pochmurné myšlenky, které občas staré lidi přepadají (Mlýnková, 2011).

Další výhodu vícegeneračního soužití vidí Klevetová a Dlabalová (2008) v tom, že veškerá odpovědnost za děti není pouze na rodičích. Jestliže se například rodič zdrží v práci, nemusí hned propadat hrůze, co bude s jeho dítětem (Klevetová, Dlabalová, 2008). Pokud dítě chodí například do školky a jeden z prarodičů je schopný, může vnouče vyzvednout, uvádí Klevetová, Dlabalová (2008). Některé babičky třeba rády vaří a pečou, pokud jim to zdravotní stav dovoluje, takže tato domácí práce může být rodičům rovněž ulehčena (Klevetová, Dlabalová, 2008). Mlýnková (2011) ve své publikaci zmiňuje také vzájemnou toleranci, respekt a rozdělení jednotlivých rolí v rodině, které jsou podmínkou toho, aby v rodině vše dobře fungovalo a nedocházelo ke konfliktům.

Vedle těchto pozitivních stránek vícegeneračního soužití se můžeme setkat i s těmi negativními. Plohák (2010) popisuje, že v rodinách, v nichž chybí podpora, vzájemná tolerance a schopnost pomáhat si, nejsou vytvořeny dobré vztahy a může docházet ke každodenním bezprostředním generačním střetům.

Klevetová a Dlabalová (2008) připomínají, že bylo upuštěno od tradičních rodinných vazeb. Změnilo se postavení ženské role v rodině, mění se i autorita otce, dodávají Klevetová a Dlabalová (2008). Postupně došlo k prohloubení názorových rozdílů jednotlivých generací jak na svět, tak na rodinu (Klevetová, Dlabalová, 2008). Změnil se rovněž hodnotový systém priorit jednotlivých generací. (Plohák, 2010) V důsledku toho

všeho dochází k citovému oslabení a komunikace mezi jednotlivými členy rodiny vážne, uvádí Klevetová a Dlabalová (2008).

Mlýnková (2011) uvádí, že v dnešní době se častěji setkáváme s tím, že rodiny žijí samostatně, v jiných bytových jednotkách než jejich rodiče. Brzáková Beksová (2014) tuto myšlenku rozvíjí: podle ní člověk v dnešním postmoderním světě prožívá krizi rodiny, chce se od rodiny odpoutat a získat tak nezávislost.

Staří lidé by nejraději žili svůj vlastní život, ale zároveň chtějí mít své děti a příbuzné nablízku (Stuart-Hamilton, in: Brzáková Beksová, 2014). Plohák (2010) popisuje, že se ne vždy dětem podaří mít své rodiče na dosah. Vzdálenost tak může uvolňovat rodinné vazby.

V dnešní moderní době se často můžeme setkat s názorem, že člověk má plné právo na seberealizaci podle svých potřeb a představ, jak uvádí Tošnerová (2009). Brzáková Beksová (2014) ale tvrdí, že rodiče nebo prarodiče, kteří žijí samostatně, mohou pociťovat osamocení, což může následně vést k tomu, že v době životních krizí necítí podporu od svých dětí. Poté dochází k citovému oslabení a vážne důvěrnější komunikace v rámci rodiny. Dle Ploháka (2010) se dokonce můžeme setkat i s tím, že senior nechce přijímat pomoc od svých příbuzných, jelikož má strach, že by v jejich očích klesnul ještě níž. Má pocit, že rodinu příliš zatěžuje, a to vzhledem k uspěchanému životu nechce, proto raději požádá o pomoc někoho cizího a následně ji i přijme (Plohák, 2010).

1.3.4 Dělení vícegeneračního soužití

Soužití různých generací můžeme dle Klevetové a Dlabalové (2008) rozdělit následovně:

- Rovnocenné (realistické) soužití – předpokladem tohoto soužití jsou osobnosti, které akceptují zájmy starší generace. V této rodině panuje pohoda mezi generacemi.
- Liberální (volné) soužití – v této rodině nejsou vymezeny žádné mantinely. Jsou zde oslabeny citové vazby a není zřetelně dáno na vědomí, že jednou nastane povinnost ke starším generacím v období jejich nesoběstačnosti.
- Podbízivé soužití – zde panuje bezmocnost vůči mladší generaci. Často se stává, že rodiče si kupují své děti, pokud ty o ně neprojeví zájem.

- Nesmiřitelné soužití – zde vládne tak negativní postoj, že vzájemný styk jednotlivých generací je zcela nemožný.
- Vynucené soužití – jednotlivé generace spolu žijí, ale jde o soužití nedobrovolné. Toto soužití nemusí mít vždy jen negativní dopad.
- Vychytralé soužití – prarodiče nebo rodiče jsou dětmi využíváni. Děti předstírají velký zájem, ale pouze za účelem finanční podpory nebo například pomoci ve své domácnosti, pokud ji nezvládají.

1.4 Zdravotně sociální péče o seniory

1.4.1 Zdravotně sociální péče o seniory

Senioři tvoří nedílnou součást sociálního systému, píše Čevela, et al. (2012). MPSV (2006) uvádí, že ve prospěch starých lidí byla přijata řada prohlášení a rezolucí. Nyní si dle MPSV (2006) přiblížíme 18 zásad rezoluce, které jsou rozděleny do pěti bloků, a krátce je charakterizujeme:

1. blok: Nezávislost – obsahuje zásady, které předcházejí sociálnímu vyloučení seniora ze společnosti a naopak umožňují seniorovi vést nezávislý život prostřednictvím přístupu k základním zdrojům společnosti, jako je například trh práce;

2. blok: Společné zapojení – zásady jsou orientované na aktivní a plnohodnotný život seniorů ve společnosti;

3. blok: Péče – zásady směřují k volnému přístupu ke zdravotní péči, sociálním službám a ústavním službám se zachováním lidských práv a svobod seniorů;

4. blok: Seberealizace – senioři mají prostřednictvím zásad možnost využít plný potenciál seniorů;

5. blok: Důstojnost – zásady obsahují pravidlo orientované na zachování lidské důstojnosti, slušnosti a také ohleduplnosti vůči seniorům.

Venglářová (2007) ve své knize uvádí, že stejně jako se různí počet nemocí u jednotlivých starých lidí, tak se liší i množství využívání jednotlivých služeb, které starý člověk potřebuje.

Čevela, et al. (2012) se shodují, že systém péče o seniory, kteří potřebují nějakou pomoc, je poskytován jak zdravotními, tak i sociálními službami. Aby byla seniorovi

poskytnuta ta neadekvátnější služba, je zapotřebí, aby mu byly známy v ideálním případě všechny služby, ze kterých následně může vybírat, říká Arnoldová (2015). Autoři Čevela, et al. (2012) píší, že poskytování péče je významnou sociální událostí v životě jedince a nese s sebou tedy i změnu, která se na jeho životě určitě odrazí, přičemž nejmenší a zároveň ideální změnu by mohl senior očekávat v jeho přirozeném domácím prostředí, kde by mu byla poskytována zdravotnická, sociální nebo i další služba.

Základem zdravotní péče je péče primární, kterou nám poskytuje praktický lékař pro dospělé, jak popisuje Venglářová (2007). Při péči o seniory by měl tento lékař spolupracovat kromě samotného seniora i s jeho rodinou a dále také například s pečovatelskou službou, shoduje se Hrozenská s Dvořáčkovou (2013). Venglářová (2007) poukazuje na to, že je důležité, aby byl všem obyvatelům členských států EU zajištěn přístup ke kvalitní péči. Dále Venglářová (2007) uvádí hlavního ukazatele dostupnosti zdravotní péče a tím je pojistné krytí. Arnoldová (2015) tvrdí, že ve většině členských států EU je veřejnosti nabízeno univerzální finanční krytí zdravotních i sociálních služeb, ale existují i jednotlivci, kteří nemají vlastní pojištění nebo mají zajištěnou jen omezenou péči týkající se těch nejnnutnějších vyšetření. Autoři Kalvach, et al. (2012) uvádí, že daná osoba nemusí být pojištěna například z důvodu administrativních překážek při změně zaměstnání. Ve všech členských zemích EU je vyvíjena snaha o zlepšení primární péče, která je zaměřena na jednotlivce, na koordinaci této péče a také na udržitelnost zdravotních i sociálních služeb, a to i za předpokladu, že zdroje financování nejsou zrovna neomezené (Arnoldová, 2015).

Sociální péče o seniory je poskytována prostřednictvím sociálních služeb, které mohou zajišťovat seniorovi pomoc například při obstarávání stravy, ošetřování nebo při prosazování jeho práv a zájmů (Arnoldová, 2015). To, v jakém rozsahu a formě bude sociální služba seniorovi poskytnuta, musí být stanoveno zejména s ohledem na zachování jeho lidské důstojnosti, píše Hrozenská a Dvořáčková (2013). Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) by měla sociální služba seniorovi poskytnout pomoc zejména při jeho začleňování do společnosti a měla by jej umět i motivovat tak, aby se neprohlubovala jeho nepříznivá sociální situace.

Mezi oblasti, které propojují jak zdravotní, tak i sociální sektor, můžeme zařadit dlouhodobou péči, jež může být poskytována v domácím prostředí nebo v institucích (Holmerová et al., 2015). Mezinárodní dokumenty definují dlouhodobou péči

následovně: „*Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena.*“ (MPSV, 2010, s. 9860) Dle Holmerové, et al. (2015) dělíme sebeobslužné aktivity na základní neboli bazální a na instrumentální. MPSV (2010) uvádí, co například patří mezi bazální aktivity: oblékání, schopnost provést základní hygienu nebo přesun z lůžka na židli. Mezi sebeobslužné instrumentální aktivity řadíme například běžné domácí práce nebo nakupování (MPSV, 2010).

Holmerová, et al. (2015) popisují, že klienty tzv. dlouhodobé péče se mohou stát ti staří lidé, kteří mají závažné zdravotní postižení nebo omezenou soběstačnost. Klientelu těchto služeb tvoří povětšinou křehcí a závislí senioři neúspěšně procházející stářím, často jsou také osamělí a chudí (Čevela et al., 2012). Tito klienti dle Holmerové, et al. (2015) nemohou nadále setrvat ve svém přirozeném domácím prostředí, je tedy potřeba jim zajistit dlouhodobý nebo trvalý pobyt v instituci, jež bude umět řešit jejich nepříznivou situaci vzniklou v důsledku zhoršení zdravotního stavu a snížení soběstačnosti.

Dlouhodobá péče je v ČR zákonem o dlouhodobé péči vymezována jako péče zahrnující v sobě jak stránku zdravotní, tak stránku sociální (Čevela et al., 2012). Cílem tvorby zákona o dlouhodobé péči je snaha o vytvoření podmínek, ve kterých by se uplatnil princip spravedlnosti v oblasti zdravotních a sociálních služeb, jak popisuje Holmerová, et al. (2015). Tento systém dlouhodobé péče tedy umožní lidem setrvat co nejdéle v jejich přirozeném rodinném prostředí a zároveň předpokládá vytvoření optimálních podmínek pro rodinné příslušníky (Holmerová et al., 2015).

Autoři Kalvach, et al. (2012) z pohledu zdravotnictví považují dlouhodobou péči za potřebnou ze dvou důvodů. Za prvé: dlouhodobá péče je nutná u klientů, u nichž se nepodařilo obnovit jejich funkční zdraví ani intenzivní rehabilitací a úpravou prostředí; za druhé: tato péče je potřebná u klientů, jejichž stav se zhoršuje v důsledku postupné deteriorace a chronických onemocnění, například po cévní mozkové příhodě (Kalvach et al., 2012).

Dlouhodobou péči potřebuje dnes v České republice více než 350 000 lidí a tento počet bude narůstat v důsledku stárnutí obyvatelstva. Předpokládá se nárůst zhruba o 100 000 lidí každých deset let (Holmerová et al., 2015).

Úkony dlouhodobé péče jsou obsaženy ve výdajích zdravotních pojišťoven, státu, krajů, obcí a dalších zřizovatelů zdravotnických zařízení následné péče a poskytovatelů

sociálních služeb (Kotrusová et al., 2012). Ve velké míře jde ale také i o úhradu ze soukromých rozpočtů podporovaných sociálními dávkami, ať už se jedná o pojistné či nepojistné systémy nebo kombinaci obou těchto systémů, jak uvádí Čevela, et al. (2012). Z hlediska financí lze říci, že dlouhodobá péče stojí veřejné rozpočty asi 1,2 % HDP, a to bez zahrnutí neplacené neformální péče, která je poskytována v rodinách (Holmerová et al., 2015). Výdaje na dlouhodobou péči se velmi liší zejména regionálně a tyto odlišnosti vyplývají z toho, jakým způsobem je dlouhodobá péče poskytována – zda je poskytována spíše ve zdravotnických zařízeních, nebo spíše neformálně, tedy v domácnostech (Čevela et al., 2012).

1.4.2 Rodinná péče o seniory

V České republice se dodnes vychází ze zažitého tradičního pojetí, že nesoběstačným osobám by měla být zajištěna pomoc ze strany rodiny, uvádí Svobodová (2006). Zároveň je to právě rodina, kdo by měl být zodpovědný za nesoběstačné členy (Svobodová, 2006). Mlýnková (2011) uvádí, že formální neboli státní služby jsou využívány až v případě vyčerpání nebo nedostatečnosti neformálních služeb. Předpokládá se, že o seniory mohou pečovat ženy i muži, ale ve skutečnosti péči poskytují především ženy (Svobodová, 2006).

Mezi neformální pečovatelé řadíme především partnery nebo druhy, dospělé děti nebo jiné příbuzné, ale také sousedy či přátele, uvádí Mlýnková (2011). Dále autorka Mlýnková (2011) uvádí, že tito neformální pečovatelé neprocházejí žádným povinným odborným vyškolením, aby tuto péči mohli poskytovat, poukazuje ale na možnost absolvovat speciální odborný výcvik. Pečovatelské povinnosti nejsou časově ani smluvně vymezeny a pečovatelé za vykonanou péči nedostávají žádnou mzdu, mohou však pobírat různé dávky (Kotrusová et al., 2012).

Pečovatelská činnost o seniora je pro pečovatele velice náročná, a to jak psychicky, tak i fyzicky (Mlýnková, 2011). Velmi se promítá i do osobního života pečovatele, zároveň může ovlivnit jeho kariéru a také běžné každodenní aktivity, jak uvádí Mlýnková (2011). Dle Mlýnkové (2011) je tedy důležité, aby byla utvářena dostatečná nabídka služeb, která rodinu v případě potřeby doplní nebo nahradí a zároveň tak podpoří život seniora v jeho přirozeném prostředí.

I když pečovatel pobírá příspěvek na péči o osobu blízkou nebo jinou osobu, zdaleka není toto finanční ohodnocení náhradou jeho příjmu či vynaložené energie, pokud pečovatel poskytuje péči celodenně (Svobodová, 2006).

Mezi další deficity při poskytování rodinné, neformální péče řadíme i nízkou nabídku sociálních služeb, které jsou určeny přímo rodinnému pečovateli, uvádí Kotrusová, et al. (2012). Mezi tyto služby řadíme například respitní péči nebo psychologické poradenství, avšak u opečovávaných seniorů není respitní péče úplně vhodná, jelikož seniori tyto zásady ve svém běžném životě těžce snášejí, jak tvrdí Kotrusová, et al. (2012).

V případě, že nemohou seniorům poskytnout pomoc jejich rodinní příslušníci, přichází na řadu nejrozšířenější služba sociální péče – pečovatelská služba, uvádí Svobodová (2006). Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajištění základních životních potřeb klientů, podpora samostatného a nezávislého života v domácnostech a zachování kontaktu se sociálním prostředím. Velmi důležité je u poskytování této péče oddálení umístění do ústavní péče (Mlýnková, 2010). Mlýnková dále píše, že tyto služby mohou být poskytovány jak formou ambulantní, tak i terénní. Dále je pro seniory, kteří žijí v přirozeném rodinném prostředí, určeno zařízení pro denní pobyt neboli denní stacionář, existují i vícedenní stacionáře, jež fungují jako odlehčovací služby, popisuje Mlýnková (2011).

Klvetová a Dlabalová (2008) tvrdí, že při péči může docházet i ke sporům, zejména v případech, kdy se řeší nové situace a problémy, které jsou pro jedince náročné jednak psychicky, jednak emocionálně. Novák (2014) uvádí, že to, jaký bude vzájemný citový vztah mezi pečujícími a opečovávaným, je ovlivněno především psychickým stavem každého z nich. Zároveň je třeba si uvědomovat komplikace související s novou situací péče (Novák, 2014).

Pokud spolu žije v rodině více generací, může se stát, že dojde ke špatnému zacházení se seniory, někdy můžeme mluvit až o týrání a zanedbávání seniorů (Novák, 2014). Mlýnková (2011) uvádí, že pokud je páčáno násilí na seniorech, jedná se o vážný zdravotně sociální problém. Toto násilí je nazýváno syndromem špatného zacházení se starými lidmi a zahrnuje závažné formy nevhodného zacházení se seniory, různé formy domácího nebo ústavního násilí či zanedbávání péče (Mlýnková, 2011). Špatným zacházením rozumíme, pokud je osoba starší 60 let nebo osoba celkově oslabená

věkem či tělesným nebo psychickým postižením vystavena nějaké formě násilí nebo týrání (Kopecká, 2015).

Důvodů, které vedou ke špatnému zacházení se seniory, je několik. Brzáková Beksová (2014) uvádí následující příklady: může dojít k vyčerpání rodinného pečovatele, který již není nadále schopen plnit potřeby seniora, vyslyšet jeho žádosti, těžko nese časté změny jeho nálady a až agresivní chování; dalším důvodem může být nedorozumění v rodině, např. když rodina shledá péči o seniora velice náročnou a přeje si, aby byl senior umístěn do institucionální péče, ten to ale odmítá, i když sám ví, že aktuální situace je neúnosná. Důvodem mohou být i násilné osobnostní sklony rodinného pečovatele nebo potřeba mít nad seniorem moc a trestat ho.

Arnoldová (2015) uvádí, že pokud je seniorovi poskytována péče v rodině, jedná se o jednu z neefektivnějších investic, co se týče péče o seniora. Jestliže by se dokonce zvýšila produktivita této skupiny poskytovatelů péče, vedlo by to k nižším nákladům jak sociálního, tak i zdravotního systému a zdravotní komplikace seniorů by se částečně eliminovaly (Arnoldová, 2015).

1.4.3 Typické sociální služby pro seniory

Sociální služby můžeme podle cíle a zaměření rozdělit na 3 základní skupiny (Králová, Rážová, 2012):

- a) sociální poradenství
- b) služby sociální péče
- c) služby sociální prevence

Sociální poradenství zajišťuje osobám, které se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, potřebné informace k jejímu vyřešení (Malíková, 2011). Sociální poradenství se dělí na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství, uvádí Malíková (2011). Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb (MPSV, 2015). Odborné sociální poradenství se člení s ohledem na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob a je poskytováno specializovanými poradnami, v oblasti seniorů je to poradna pro seniory (MPSV, 2015).

Úkolem služeb sociální péče je pomoci osobám zajistit jejich fyzickou a zároveň i psychickou soběstačnost, jak popisují Králová a Rážová (2012). Služby sociální péče jsou poskytovány jak v domácím prostředí, tak i v zařízeních sociálních služeb a mají

osobám umožnit v co největší míře zapojení do běžného života nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje, uvádí Králová a Rážová (2012).

Služby sociální prevence tvoří ty druhy sociálních služeb, které pomáhají osobám ohroženým sociálním vyloučením překonat jejich nepříznivou sociální situaci a zároveň tak chránit společnost před vznikem a působením nežádoucích sociálních jevů (Gulová, 2011). Služby sociální prevence se zaměřují na osoby, jejichž nepříznivá sociální situace je způsobena krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a zájmů způsobeným trestnou činností jiné osoby, jak uvádí Králová a Rážová (2012).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §33, jsou všechny sociální služby, které byly uvedeny, poskytovány v pobytové, ambulantní či terénní formě. Pobytovými službami rozumíme takové služby, jež se poskytují v zařízeních sociálních služeb a jsou spojeny s ubytováním (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Mezi pobytová zařízení pro seniory můžeme zařadit i některá zdravotnická zařízení (Matoušek et al., 2011). Dle Matouška, et al. (2011) je příkladem hospic nebo nestátní zdravotnické zařízení, v němž je sociální práce soustředěna jak na potřeby umírajícího klienta, tak na potřeby rodiny. Hrozenská a Dvořáčková (2013) charakterizují ambulantní zařízení jako takové zařízení sociálních služeb, do něž daná osoba dochází a jehož součástí nejsou prostory k ubytování. Terénní služby pak popisují jako takové služby, které se dané osobě poskytují v jejím přirozeném prostředí (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

V životě seniora hrají sociální služby důležitou roli, zejména pokud se jedná o osoby se sníženou soběstačností z důvodu vysokého věku, špatného zdravotního stavu nebo zdravotního postižení (Matoušek et al., 2011). Matoušek, et al. (2011) uvádí, že sociální služby mohou být poskytovány i mimo státní sociální pomoc a příjemce si je může hradit na základě smlouvy podobně jako u jakékoliv jiné služby.

Ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, si nyní vyjmenujeme následující sociální služby určené pro seniory, které jsou typické:

Sociální poradenství:

- základní sociální poradenství
- odborné sociální poradenství

Služby sociální péče:

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- průvodcovské a předčitatelské služby
- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Služby sociální prevence:

- telefonická krizová pomoc
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Zmíněné vybrané služby si nyní charakterizujeme. Osobní asistence se řadí dle zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, mezi terénní služby, jež se poskytují osobám, které se ocitly v situaci, kdy je zapotřebí, aby jim poskytla pomoc jiná fyzická osoba. Služba je poskytována bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při potřebných činnostech, říká Mlýnková (2010). Cílem této služby je snaha přiblížit danou osobu co nejvíce běžnému životu (Jarošová, 2006). Osobní asistence respektuje důstojnost a také individuální potřeby klientů (Mlýnková, 2010). Tato služba je určena zejména pro občany, kteří pro zajištění nezávislého života potřebují pomoc ve většině životních úkonů nebo dokonce ve všech (Mlýnková, 2010). Také z tohoto důvodu poskytuje osobní asistence ve srovnání s pečovatelskou službou svým uživatelům větší spektrum služeb (Jarošová, 2006).

Pečovatelská služba může probíhat jak formou terénní, tak ambulantní služby. Služba dle zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb různé úkony, jako je například pomoc při osobní hygieně, poskytnutí podmínek

pro osobní hygienu či pomoc při zajištění chodu domácnosti, popisují Nešporová, et al. (2008). Příjemci této péče mají tu výhodu, že pokud jsou v domovech s pečovatelskou službou, je tam přítomna pečovatelka, která se v domově nachází zpravidla po celou pracovní dobu (Nešporová et al., 2008).

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované seniorům se sníženou schopností orientace nebo komunikace, uvádí Jarošová (2006). Cílem je pomoc seniorům při vyřizování běžných osobních záležitostí, pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů, doprovázení na úřady, k lékaři apod. (Králová, Rážová, 2012).

Odlehčovací služby jsou podle zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu vysokého věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Odlehčovací služby jsou zaměřeny jak na snížení ošetrovatelské, tak i psychické zátěže pečujících osob (Malíková, 2010). Tato služba zajišťuje pomoc při zvládnání běžných úkonů souvisejících s péčí o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí nebo zajištění stravy, poskytnutí dočasného ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a také napomáhání při prosazování práv a zájmů klienta (Duka et al., 2013).

Centra denních služeb poskytují podle zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ambulantní služby osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Součástí služeb jsou kromě pomoci při osobní hygieně i poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a také, podobně jako u předchozí služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů (Duka et al., 2013).

Denní stacionáře se řadí mezi ambulantní služby, kam se klienti dopravují buď sami, nebo za doprovodu pečovatele. V tomto případě není klientovi zajištěno ubytování, uvádí Čevela, et al. (2012). V denních stacionářích je život klienta organizován následovně: klient ráno přijde, stráví den různými aktivitami, dostává stravu, odpoledne však opět odchází domů, popisuje Mlýnková (2010). Rozdíl mezi denním stacionářem a centrem denních služeb je ten, že denní stacionář navštěvuje klient pravidelně, jinak jsou tyto dvě instituce v podstatě totožné (Mlýnková, 2010).

V týdenních stacionářích jsou poskytovány pobytové služby, jak píše Malíková (2011). Služba poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů souvisejících s péčí o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zajišťuje nebo poskytuje stravu, nabízí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů (Duka et al., 2013).

V domovech pro seniory se podle zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu vysokého věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Do domova pro seniory nejsou zpravidla přijímány ty osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení (Nešporová et al., 2008). Se vznikem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, došlo k zániku tzv. penzionů pro seniory a jejich zřizovatelé se mohli rozhodnout, zda proběhne transformace na byty zvláštního určení, tedy byty či domy s pečovatelskou službou, nebo zda je transformují na domov pro seniory (Kalvach et al., 2012). Dále autoři Kalvach, et al. (2012) uvádí, že pokud se zřizovatelé rozhodli pro transformaci na domovy pro seniory, mohlo je k tomu vést i to, že se jim touto transformací zvýšily příjmy, například platbou za péči ve výši přiznaného příspěvku na péči. Motivací mohlo být také to, že v České republice je obecně vysoká poptávka po této službě (Kalvach et al., 2012).

V případě domovů se zvláštním režimem se dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) jedná o pobytové služby určené osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, stařecké, Alzheimerovy demence či demence jiného typu. Autorka Malíková (2011) dodává, že jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a že režim v těchto zařízeních je při poskytování sociálních služeb přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Pobytové sociální služby jsou dle Mlýnkové (2011) poskytovány ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče osobám, které nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Z tohoto důvodu nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim bude zajištěna pomoc osobou

blízkou nebo jinou fyzickou osobou, případně než jim bude zajištěno poskytování terénních či ambulantních služeb (Mlýnková, 2011).

Telefonická krizová pomoc je terénní službou poskytovanou na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, již přechodně nemohou řešit vlastními silami (Malíková, 2011).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou dle zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Sociálně aktivizační služby napomáhají seniorům při zvládání životních situací, aby nedošlo k sociálnímu vyloučení (Mahrová, 2008).

1.4.4 Příklady peněžitých dávek pro seniory

Osobám se zdravotním postižením jsou také určeny peněžité dávky, které slouží ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a zároveň k podpoře jejich sociálního začlenění (Arnoldová, 2015). Existuje příspěvek na zvláštní pomůcku, příspěvek na mobilitu a příspěvek na péči.

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, jež má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí či těžké sluchové nebo zrakové postižení (MPSV, 2015). Tato postižení musejí mít charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a zdravotní stav osoby nesmí vylučovat přiznání tohoto příspěvku, přičemž za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje takový stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok (MPSV, 2015). Mezi zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku pro těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí se považuje např. anatomická nebo funkční ztráta obou dolních končetin v bérkách a výše (Arnoldová, 2015).

Mezi zvláštní pomůcky, které jsou určeny osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, patří například dodatečná úprava motorového vozidla, stavební práce spojené s přizpůsobením koupelny a WC; mezi zvláštní pomůcky určené těžce zrakově postiženým osobám patří například kamerová nebo digitální zvětšovací lupa, diktafon; mezi zvláštní pomůcky pro těžce sluchově postižené patří telefonní zesilovač,

elektronická orientační nebo komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé, uvádí Čevela, et al. (2012).

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, jež je určena osobě starší jednoho roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P a opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu někam dopravuje nebo je dopravována (Čevela et al., 2015). Další podmínkou je to, aby se jednalo o osobu, jíž nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, popisují Čevela, et al. (2015). Výše dávky je 400 Kč měsíčně a vyplácí se zpětně, to znamená do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který náleží (MPSV, 2015).

Příspěvek na péči je dávka, která je poskytována fyzickým osobám, jež se ocitly v nepříznivé životní situaci a jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby (Králová, Rážová 2012). Arnoldová (2015) uvádí, že tato dávka má osobě zajistit dle jejího uvážení potřebnou pomoc při zvládnání základních životních potřeb, přičemž pomoc může využít buď v rámci své rodiny, případně prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb, nebo také prostřednictvím jiné fyzické či právnické osoby stanovené zákonem, eventuálně kombinací těchto forem.

Příspěvek na péči se snaží dosáhnout toho, aby osoby, které potřebují pomoc při zvládnání základních životních úkonů, zůstaly co nejdéle ve svých domácnostech a nemusely hned odcházet do ústavních forem pomoci (Koldinská, 2007).

Nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při zvládnání základních životních potřeb v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti, píše Koldinská (2007). Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje takový stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb (Králová, Rážová, 2012).

Dle zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, rozlišujeme 4 stupně závislosti u dospělých lidí: ve stupni I (lehká závislost) se osoba považuje za závislou, jestliže z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby; ve stupni II (středně těžká závislost) není osoba schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb; ve stupni III (těžká

závislost), není osoba schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb; ve stupni IV (úplná závislost) není osoba schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby (MPSV, 2015).

Dle § 13, zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, činí výše příspěvku u osoby starší 18 let za kalendářní měsíc 800 Kč, jde-li o stupeň I; 4 000 Kč, jde-li o stupeň II; 8 000 Kč, jde-li o stupeň III; 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV.

V příloze č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. jsou vymezeny následující životní potřeby:

- mobilita
- orientace
- komunikace
- stravování
- oblékání a obouvání
- tělesná hygiena
- výkon fyziologické potřeby
- péče o zdraví
- osobní aktivity
- péče o domácnost

Příspěvek na péči se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží, uvádí Matoušek, et al. (2011). MPSV (2015) popisuje, že příjemcem příspěvku na péči je osoba, které byl příspěvek přiznán, výjimkou jsou nesvéprávné osoby nebo případy, kdy není příspěvek využíván k účelu, nebo úmrtí oprávněné osoby.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

2.1 Cíle práce

Cílem práce je na základě zvolené metodiky zjistit, jaká pozitiva a negativa vnímají rodinní příslušníci u různých typů péče pro seniory.

Dílním cílem je zjistit, zda se názory rodinných příslušníků shodují s názory seniorů.

2.2 Výzkumná otázka

Jaké aspekty by upřednostňovali rodinní příslušníci při možnostech výběru péče o seniora a jaké aspekty upřednostňuje sám senior?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Pro zpracování empirické části bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření, které probíhalo formou strukturovaného rozhovoru se seniory a jejich rodinnými příslušníky. Miovský (2006) uvádí, že strukturovaný rozhovor je výhodné používat u takových výzkumných témat, u nichž budeme potřebovat zejména interpersonální srovnání. Tyto rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek, kterých bylo 15, a byly formulovány do otázek otevřených, aby bylo možné od respondentů získat co možná nejrozsáhlejší odpověď. Otázky na rodinného příslušníka a na seniora byly odlišné. Všem respondentům byl sdělen účel tohoto rozhovoru, byli seznámeni s cílem i obsahem bakalářské práce. Před začátkem rozhovoru byl každý z respondentů požádán o vyslovení souhlasu s nahráváním rozhovoru na diktafon. Dále byli všichni respondenti ujisti o zachování své anonymity. Ačkoliv v rozhovoru uvádí na počátku své křestní jméno, byli ubezpečeni o tom, že ani toto křestní jméno nezazní v textu mé práce, a proto bude každému respondentovi přiřazeno číslo. U respondentů seniorů bude užito označení RS plus číslo 1–8 a u respondentů rodinných příslušníků RP 1–8.

V rámci výzkumu bylo osloveno celkem 8 dvougeneračních rodin žijících v jedné domácnosti v oblasti Týna nad Vltavou. Z důvodu zachování anonymity není v rozhovoru sdělováno místo bydliště. Celkový počet respondentů je 16, z čehož je 8 seniorů a 8 rodinných příslušníků. Každý z rozhovorů byl veden na předem ohlášené schůzce v domě respondentů, aby byla dodržena podmínka klidného prostředí a dostatku času na odpovědi. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon. Nahrávky jsou uchovány na CD, které má autorka práce ve svém archivu.

Data získaná pomocí strukturovaného rozhovoru byla následně přepsána a jejich přepis se nachází taktéž v autorčině archivu. Z důvodu co největší autentičnosti nebyl změněn přirozený jazyk respondentů. Šetření probíhalo během měsíců ledna a února 2016.

Dále jsem si u každého rozhovoru psala na papír dodatečné poznatky a informace, o kterých se respondenti zmínili až poté, co bylo ukončeno nahrávání, přestože byli ubezpečeni o absolutní diskretnosti. Jelikož si myslím, že tyto odpovědi jsou pro výzkum

rovněž klíčové, budou regulérní součástí výsledků výzkumu a bude na ně zvlášť upozorněno.

Analýza strukturovaných rozhovorů je rozdělena do dvou bloků:

- analýza rozhovorů se seniory
- analýza rozhovorů s rodinnými příslušníky

Analýza uvedených rozhovorů probíhá formou metody vytváření trsů. Miovský (2006, s. 221) tuto metodu popisuje následovně: „*Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti mezi identifikovanými jednotkami). Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd.*“ Kategorie (trsy) budou tedy vznikat na základě položených otázek v rozhovoru, přičemž u některé kategorie bude spojeno více otázek založených na podobnosti. U některých vytvořených kategorií bude následně pro přehlednost vytvořen graf nebo tabulka. Veškerá analýza rozhovorů je také uchována v autorčině archivu.

4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

4.1 Kategorizace rozhovorů se seniory

Seznam kategorizačních skupin:

- Označení respondenta, věk
- Vícegenerační rodina
- Společné soužití z pohledu seniorů
- Disabilita seniorů
- Nesamostatnost seniorů v životě (činnosti, které nezvládají, kdo jim s nimi pomáhá, povědomí o dalších možnostech pomoci)
- Představa o osobě zodpovědné za péči o ně
- Důvody péče v přirozeném prostředí
- Příspěvek na péči
- Péče mimo rodinu (typy, důvody volby zařízení, povědomí o pomoci s výběrem)
- Představa o změně v jejich životě s nástupem jiné než rodinné péče
- Povědomí o zařízení (personál, služby, přístup k informacím)

Kategorie 1 – Označení respondenta, věk

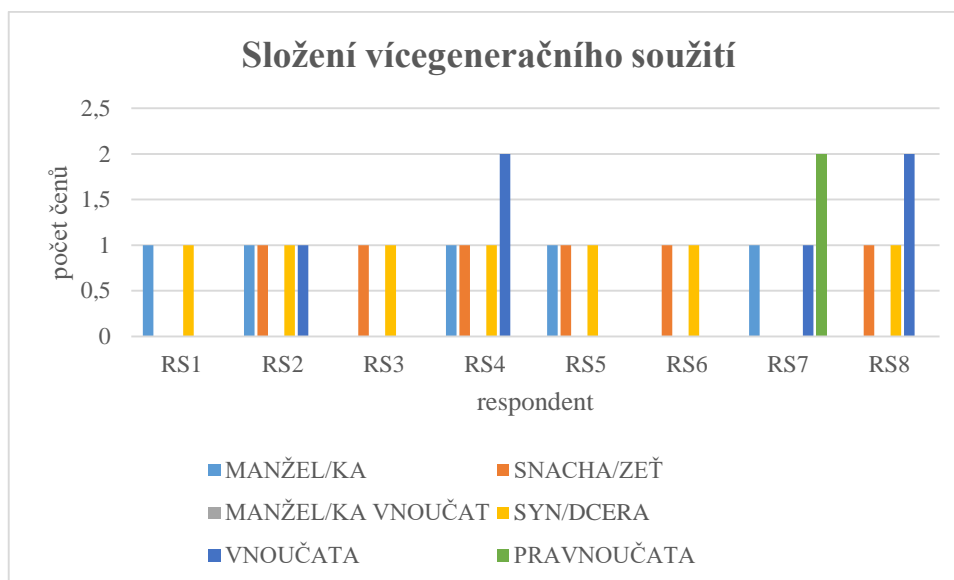
Tabulka 1: Zúčastnění RS

RESPONDENT	POHLAVÍ	VĚK
RS1	Muž	73
RS2	Žena	64
RS3	Žena	70
RS4	Muž	70
RS5	Žena	72
RS6	Žena	80
RS7	Žena	75
RS8	Žena	71

Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 2 – Vícegenerační rodina

Graf 1: Složení vícegeneračního soužití



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2: Délka společného soužití



Zdroj: vlastní výzkum

Na základě předchozích dvou grafů si můžeme přiblížit, o jaké vícegenerační soužití se vlastně ve výzkumu jedná. Největší domácnost co do počtu osob je tvořena 6 členy

a nejmenší domácnost tvoří 3 členové. Těchto 8 respondentů (RS) tvoří 5 ovdovělých seniorů.

Kategorie 3 – Společné soužití z pohledu seniorů

Účelem této kategorie bylo zjistit, zda senioři shledávají ve společném soužití nějaké výhody, popřípadě nevýhody a jaké konkrétně to jsou.

Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti vidí ve společném soužití spíše více výhod než nevýhod. Jako nejčastější výhodu uváděli okamžitou pomoc. Jak uvedla RS2: „*No, já bych řekla výhody, protože když jsem sedla na nízkou stoličku a zjistila jsem, že nestoupnu, tak jsem začala křičet a oni přiběhli. Anebo mám u sebe mobil a kdyby něco, tak jako hned volám.*“ Další opakovaně zmiňovanou výhodou bylo to, že kdykoliv je něco potřeba, rodinní příslušníci jim pomohou to zařídit. Z rozhovoru s RS6: „*Leccos mi pomůžou. Nestačím si třeba dojít nakoupit, umýt okna, nebo když jedu k doktorovi, tak to taky sama nezvládnou.*“ Pouze tři respondenti uvedli, že vidí výhody v rozdělení si nákladů na bydlení.

O nevýhodách se zmínili během nahrávání rozhovoru pouze dva respondenti. RS4 a RS5 se shodli na tom, že společné soužití má za následek méně klidu, a to z toho důvodu, že si jejich rodinní příslušníci vodí domů návštěvy. Po ukončení nahrávání rozhovoru uvedl RS1: „*To víte, vlastně taky to bydlení má svoje nevýhody, ale já o tom moc nechci mluvit. Řeknu vám to teda, ale neříká se mi to lehce. Syn si sem často vodí návštěvy, což to by mi tak nevadilo, ale oni jsou tak hluční a sedí věčně až do rána a já nemůžu spát. Ale kdybych se ozval, tak se mi syn odstěhuje a co já bych tu dělal sám?*“ Také RS po ukončení nahrávky řekla: „*Tak nevýhody taky jsou, no, ale to musíte strpět, když tady bydlíte všichni, musíte se umět tolerovat. Vodí se sem občas návštěvy a jsou hluční, ale já nechci dělat problémy, nikdy jsem jim o tom neřekla.*“

Kategorie 4 – Disabilita seniorů

Smyslem této kategorie bylo zmapovat, s jakou disabilitou se senioři potýkají. Z výzkumu vyplynuly následující zdravotní problémy: vysoký tlak, nedoslýchavost, artróza a z ní vyplývající problém s pohybem, cévní mozková příhoda, po které RS2 ochrnula pravá polovina ruky, dále diabetes mellitus, amputace dolní končetiny, deprese, operace kotníku, která má u RS5 za následek problém s pohybem, další komplikací je

onemocnění srdce a rakovina prsu. RS4 se po ukončení nahrávání rozhovořil o problému, který jej trápí kvůli obezitě, a také byl opakovaně operován se žlučovými kameny: „*Všímám si poslední dobou toho a trápí mě, jak se na mě lidé dívají, mám problém se dostat i třeba do autobusu, to víte, je mi z toho nanic.*“ RS6 uvedla rovněž až po ukončení nahrávání rozhovoru, že trpí nedoslýchavostí, ale oznámit to rodině nechce, protože se bojí, že by jí chtěli koupit naslouchadlo. Dále jsem byla rodinným příslušníkem RP6 upozorněna na to, že RS5 trpí Alzheimerovou demencí v počátečním stadiu, kterou ale RS5 v rozhovoru také neuvedla.

Kategorie 5 – Nesamostatnost seniorů v životě (činnosti, které nezvládají, kdo jim s nimi pomáhá, povědomí o dalších možnostech pomoci)

V této kategorii byly sloučeny tři otázky. Smyslem bylo zmapovat činnosti, které senioři sami nezvládají, kdo jim s takovými činnostmi pomáhá a dále jsme chtěli zjistit, zda senioři vědí o možnosti pomoci, která by v případě potřeby mohla nahradit osobu, na niž se nyní obracejí.

K otázce týkající se toho, zda existuje nějaká činnost, kterou nezvládá, RS1 uvedl: „*Ani ne, zatím ne.*“ Naopak RS2 řekla: „*To je skoro všechno, nezvládám skoro všechno. Drobet ten pohyb, jako že si dojdu na záchod, tak to jako jo, ale abych šla někam daleko, to ne.*“ 3 respondenti z 8 se shodli na tom, že nezvládají těžší práce, jakými jsou například příprava dřeva a uhlí na zimní sezónu. 3 respondenti z 8 také uvedli, že potřebují dovést k lékaři, jelikož se k němu sami nedopraví.

Na otázku, kdo jim s těmito činnostmi pomáhá, odpověděli všichni respondenti, že jejich rodinní příslušníci. 5 respondentů z 8 uvedlo, že o pomoc žádají nejprve své děti. Pouze RS2 žádá o pomoc snachu a dává jí tak přednost před svými dětmi. RS4 se s žádostí o pomoc obrací na svoji manželku a RS7 požádá v případě nutnosti vnučku s manželem, jelikož žijí společně s ní – dává jim tedy přednost před dětmi.

Z otázky, jaké mají respondenti povědomí o doplňujících možnostech pomoci, vyplynulo, že 5 respondentů ví o pečovatelské službě čili o pečovatelkách, které za nimi v případě potřeby přijedou domů. 3 respondenti se domnívají, že by museli jít do domova pro seniory nebo do domu s pečovatelskou službou, jelikož neví o žádné formě pomoci, která by jim byla poskytnuta v jejich přirozeném prostředí. Pouze RS2 se již ve svém životě s takovou službou setkala: „*No, to jsem tady zrovna měla, když byla snacha*

po operaci, tady je ve Dřítině Slunečnice. Ty chodí v určitou hodinu a ty mě chodily koupat. Ale platí se za to, no.“ RS3 ve své odpovědi sdělila, že má povědomí o pečovateli, ale uvedla k tomu: „To bych asi nezvládla. Na to radši ani nechci pomyslet, to by byl můj konec.“ Při této odpovědi se RS3 rozplakala, jelikož si jinou než rodinnou pomoc nechce vůbec připustit. RS4 k této otázce uvedl: „... ale většinou se za to musí platit, a to nevím, jak bych vyšel s tím důchodem, jak by mi to vyšlo.“

Kategorie 6 – Představa o osobě zodpovědné za péči o ně

Graf 3: Osoba zodpovědná za péči o seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 7 – Důvody péče v přirozeném prostředí

Tato kategorie navazuje na kategorii předchozí, která se týkala toho, kdo by měl být zodpovědný za péči o seniory. Jelikož 6 respondentů spoléhalo na péči ve svém přirozeném prostředí, bylo zjišťováno, co je důvodem přání zůstat co nejdéle doma. 6 respondentů se nezávisle na sobě shodlo na tom, že „doma je doma“. Ze získaných odpovědí vyplývá, že respondenti jsou doma na vše zvyklí, mají tam své zázemí. RS1 uvedl: „Byl bych doma, no, a doma je doma, člověk by to líp snášel.“ RS7 řekla: „Vnučku mám taky ráda, tak bych tu byla ráda s ní co nejdýl, no, ona má i děti, tak jí s nima občas i pomůžu, ale nemá moc ráda, když si je беру sama.“ RS8 sdělila: „Tak to víte, mám tu svoje. Já tu jsem odmala, před barákem mám rybník, mám tu slepice, psa. Chodím s nima ven, já tu jsem prostě na to zvyklá a je mi tu dobře.“

Graf 4: Důvody péče v přirozeném prostředí



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 8 – Příspěvek na péči

Příspěvek na péči pobírají dva respondenti. RS2 ve výši 4000 Kč a RS3 ve výši 800 Kč. Ani podle jednoho respondenta není tato výše odpovídající. 6 respondentů příspěvek na péči nepobírá a pouze RS6 věděla, že existují nějaká kritéria, která člověk v případě zažádání si o příspěvek musí splnit. RS7 sdělila: „*Ne, o tom jsem nikdy neslyšela, a kdy si o něj můžu zažádat, to nevím.*“ Šest respondentů vědělo, že příspěvek na péči existuje, ale nevěděli, v jakém konkrétním případě si o něj mohou zažádat.

Kategorie 9 – Péče mimo rodinu (typy, důvody volby zařízení, povědomí o pomoci s výběrem)

Účelem otázky, jaký typ zařízení by respondenti volili v případě, že by se o ně rodina nemohla postarat, a proč, bylo zjistit, zda jsou respondenti dostatečně informováni o různých institucích, pro které by se mohli rozhodnout.

6 respondentů ve své odpovědi uvedlo, že znají domov pro seniory, 2 respondenti z uvedených 6 ještě navíc k domovu pro seniory uvedli znalost domova s pečovatelskou službou. RS3 řekla: „*To vim, ale nechtěla bych. To ne, ne.*“ RS4 ve své odpovědi uvedl, že zatím neví, jaké zařízení by volil.

Jako důvod volby určitého zařízení uvedly RS6, RS7 a RS8, že tam mají své kamarádky. 4 respondenti se shodli na tom, že v jimi uvedeném zařízení by se o ně dokázali postarat dle jejich potřeby. Jelikož se RS3 k typu péče mimo rodinu nevyjádřila, nezjistili jsme ani důvod volby zařízení.

Třetí část této kategorie by nám měla objasnit informovanost respondentů o tom, na koho by se v případě potřeby pomoci s volbou zařízení měli obracet. RS1 a RS5 uvedli, že by se obrátili na sociální zařízení. 3 respondenti by volili lékaře –RS4 a RS7 by volili svého obvodního lékaře a RS3 by volila lékaře, k němuž jezdí se svou amputovanou nohou na kontroly. RS2 uvedla, že by se poradila se svou švagrovou, která má určité zkušenosti, jelikož je zdravotní sestrou. RS6 sdělila, že by se nejprve obrátila na svoji rodinu, aby zjistili určité informace. RS8 spoléhá na svou dceru, zdravotní sestru: „*Já bych se zeptala holky, ta toho spoustu ví z práce.*“

Kategorie 11 – Představa o změně v jejich životě s nástupem jiné než rodinné péče

Odpovědi v rámci této kategorie byly poněkud různorodé. RS1 a RS8 uvedli, že by se změnil především jejich režim. RS8 řekla: „*Já jsem zvyklá mít nějaký ten režim. Vim, že v šest vstanu a v osm jdu zase spát. Tam bych neměla jistotu, tam bych nebyla svým pánem.*“ RS2 si myslí, že by byla utrápená a že během pobytu v instituci by si mohla krátit čas pouze sledováním televize, nic jiného by se tam podle ní nedalo dělat. RS3 uvedla: „*Pro mě by se změnilo všechno. Já bych to nezvládla duševně.*“ RS4 vidí institucionální zařízení pozitivně v tom slova smyslu, že by mu byla ihned poskytnuta pomoc, kdyby ji potřeboval. RS5 uvedl podobně jako RS1, že by se musel přizpůsobovat, a dodal: „*... ve stáří to jde těžko.*“ RS6 by se stýskalo po rodinném prostředí a sousedech, ale myslí si, že by to zvládla díky návštěvám svých dětí. RS7 uvedla: „*...změnilo by se to, že bych se musela zbavit různých věcí, to by mi bylo líto, ale nemohla bych to tam všechno tahat.*“

Kategorie 12 – Povědomí o zařízení (personál, služby, přístup k informacím)

Účelem této kategorie bylo zjistit, zda respondenti vědí, jaký personál pracuje v zařízeních, pro která by se v budoucnu mohli rozhodnout. Dále jsme chtěli zjistit, zda jsou informováni o tom, jaké služby jim zařízení mohou poskytnout.

6 respondentů si představuje, že v takových zařízeních pracují pouze zdravotní sestry. RS1 uvedla ke zdravotním sestrám ještě pečovatelky, RS8 lékaře. RS3 a RS7 nevědí, kdo v takových zařízeních pracuje.

Co se týče poskytovaných služeb, 4 respondenti uvedli, že nevědí a nemají představu, jaké služby se zde poskytují. RS2 uvedla: „*No, co mi může být, tak komplet*

jako vyšetření a kdyby se mi něco stalo. Najíst by mi dali, převlíkli by mě, vykoupali a to je asi všechno, co by mi mohli nabídnout. Když bych zazvonila, tak by přišli.“ RS5 uvedl stejně jako RS8, že jsou v zařízení poskytovány služby zdravotní a rehabilitační. RS6 mezi služby zařadila mytí oken, donášku oběda a vyprání – v tomto případě se jednalo o služby poskytované v domě s pečovatelskou službou.

Odpovědi na to, kde by respondenti získávali informace o poskytovaných službách, vypadaly následovně: 2 respondenti uvedli, že nevědí, 2 respondenti by hledali informace na internetu, 3 respondenti by se obrátili přímo na konkrétní zařízení a RS2 na svou švagrovou, podobně jako by se na ni obrátila s žádostí o radu, jaký typ péče by pro ni byl nejvhodnější.

4.2 Kategorizace rozhovorů s rodinnými příslušníky

Seznam kategorizačních skupin:

- Označení respondenta, věk
- Délka společného soužití
- Senior v přirozeném prostředí (výhody, nevýhody jeho přítomnosti a péče o něj)
- Možnosti pomoci pro seniora (povědomí, získání informací)
- Role rodinného pečovatele
- Rodinná péče o seniora (její nároky, vymezení činností, které by byli ochotni seniorovi přizpůsobit)
- Služby při rodinné pečovatelské službě (informovanost, názor na dostatečnost, povědomí o možnosti získání informací)
- Zařízení institucionálního typu (případy, konkrétní typy, kritéria volby zařízení)
- Zařízení X rodinná péče o seniora

Kategorie 1 – Označení respondenta, věk

Tabulka 2: Zúčastnění RP

RESPONDENT	POHLAVÍ	VĚK
RP1	Muž	45
RP2	Žena	39
RP3	Žena	41
RP4	Žena	25
RP5	Žena	45
RP6	Žena	49
RP7	Muž	32
RP8	Žena	41

Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 2 – Délka společného soužití

Tato kategorie by nám měla mj. upřesnit, kde vícegenerační rodina žije. Respondenti jsou z vesnice – jedná se o rodinné domy, různě velké, ale vždy přízemní a s jednou společnou domácností pro všechny generace. Nejdelsí společné soužití je s RP1, který zde bydlí již 45 let. Nejkratší soužití je s RP3, RP6 a RP7, kteří zde bydlí pět let. Délka společného soužití je zde v některých případech odlišná od Kategorie 2 u RS, jelikož v některých případech byla oslovena jiná osoba z domácnosti, než o které se RS zmiňovali při uvádění délky společného soužití.

Kategorie 3 – Senior v přirozeném prostředí (výhody, nevýhody jeho přítomnosti a případné péče o něj)

Cílem této kategorie bylo vytvořit si představu o tom, jak mladší generace pohlíží na společné soužití se seniorem, v čem shledává výhody a v čem naopak nevýhody v případě poskytování péče.

RP1 a RP2 se shodli na tom, že výhodou je společné podílení se na placení nákladů spojených s domácností. RP3 jako výhodu uvedla toto: „*Děti mít nemůžeme, tak se alespoň starám o babičku, teda tchýni, říkám ji babi.*“ RP6 sdělil: „*Tak výhody, no výhody, je to moje matka, takže mám matku denně pod dohledem, nemusím nikam za ní*

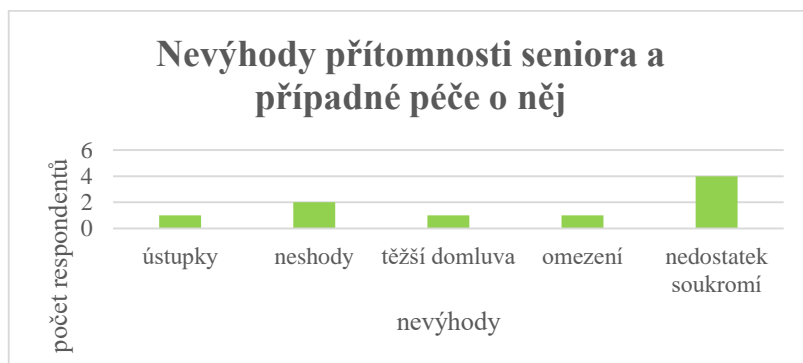
dojíždět, kontrolovat ji, jestli něco nepotřebuje.“ Podobně jako RP6 odpověděla RP8, shodli se na tom, že výhodou je společný kontakt. Navíc RP8 uvedla, že oceňuje hlídání dětí či psa. RP7 uvedl podobně jako RP8 hlídání dětí, i když k tomu dodal: „... *ale to manželka moc nechce, bojí se o ně.*“ 2 RP výhody vůbec neuvedli.

Hlavní nevýhodou společného soužití je nedostatek soukromí, na tom se shodli 4 respondenti z 8. RP5 uvedl: „*Nemůžu jít třeba do vany, když chci já, ale když je volno. Nemůžu si něco koupit třeba do obýváku nebo do domácnosti něco, cokoliv, protože se to třeba tchýni nelíbí.*“ RP1 a RP2 uvedli jako nevýhodu hádky – RP1 sdělil: „... *někdy je to těžší, někdy jsou problémy, někdy jsou hádky.*“

RP2 sdělila: „*No, tak já jsem rozvedená a pro mě to teda byl nezvyk, když jsem se učila žít s rodiči mého manžela.*“ RP3 a RP5 i přesto, že vyjmenovaly mnohé nevýhody, uvedly: „... *člověk si prostě zvykne.*“

RP3 se po ukončení nahrávání rozhovoru rozpovídala o svém potratu a přiblížila mi, jak to v jejich společné domácnosti funguje. Uvedla: „*Jsem nespokojena, protože mě to strašně omezuje. Ale na druhou stranu, když nemůžu mít děti, tak si tímhle vynahrazuju tu péči třeba jako o ty děti. Mě už toho v životě hodně potkalo a já se vůbec bojím mluvit o tom, že se mi nelíbí tak bydlet.*“

Graf 5: Nevýhody přítomnosti seniora a případné péče o něj



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6: Výhody přítomnosti seniora a případné péče o něj



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 4 – Možnosti pomoci pro seniora (povědomí, získání informací)

Cílem této kategorie bylo zjistit, jak jsou respondenti informováni o různých možnostech pomoci, které nabízí zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o sociálních službách. Zajímalo nás, zda vědí, že volba zařízení se může odvíjet od zdravotního stavu seniora a že je několik možností – ambulantní terénní služba, osobní asistence, denní či víkendové stacionáře nebo ambulantní pobytová zařízení.

RP1 jako jediný uvedl: „Zatím jsem o tom nepřemýšlel, otec je, dá se říct, soběstačný.“ Případnou pomoc formou pečovatelské služby uvedlo 5 respondentů z 8, dále 4 respondenti z již uvedených 8 doplnili svou odpověď o domov pro seniory. Dům pečovatelské služby zmínili 2 respondenti z 8. RP3 u této kategorie uvedla jako možnost

ještě LDN vedle již uvedené možnosti domova pro seniory. RP5 a RP7 ke svým odpovědím ještě zmínili hospic – RP7 sdělil: „...*tady je taky kousek hospic, ale to je spíš taková poslední štace.*“

Byla položena rovněž otázka, kde by se rodinní příslušníci o takových možnostech dozvěděli, popř. kam by si šli zjišťovat informace. U této odpovědi 5 RP uvedlo více možností. 6 respondentů z 8 by hledalo pomoc na internetu. 4 respondenti z 8 řekli, že by se mohli obrátit také přímo na konkrétní zařízení. 3 respondenti z 8 se shodli dále na tom, že by pomoc hledali u svého obvodního lékaře. RP6 uvedla: „*A vim, že moje kolegyně z práce měla podobný problém, měla nesvéprávnou matku...*“ V tomto případě by se tedy respondentka zeptala na zkušenost svých přátel. RP8 zmínila mimo jiné i to, že by se člověk mohl obrátit na obecní nebo městský úřad.

Kategorie 5 – Role rodinného pečovatele

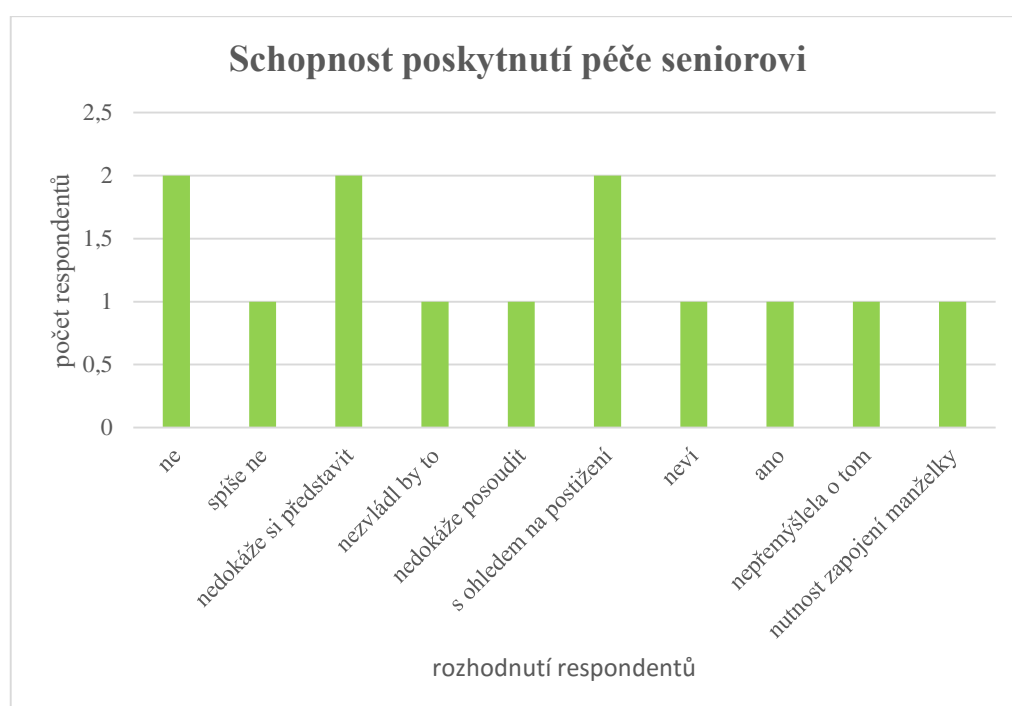
V rámci této kategorie byla položena otázka, zda si rodinní příslušníci již někdy připustili možnost rodinné péče. Zajímalo nás, zda péči o staršího člena v domácnosti berou jako svoji morální povinnost, nebo zda spoléhají v případě potřeby spíše na činnost institucí. Vzhledem k zastoupení 2 mužů v rámci osmičlenné skupiny respondentů můžeme názory na rodinnou péči porovnat také genderově. Odpovědi RP obsahovali většinou více než 1 názor, jak můžeme také vidět v grafu č. 7.

RP8 jako jediný odpověděl, že by byl schopen v případě potřeby zajistit seniorovi péči doma. Ovšem dodal: „*Ty sociální výhody moc asi nejsou pro toho, když někdo zůstane doma se seniorem, je to spíš horší než lepší po finanční stránce.*“ RP1 a RP6 by byli ochotni se jednou o seniora starat, ovšem dodali, že by záleželo na jeho zdravotním omezení. RP6 ještě dodal, že o celodenní péči ještě nepřemýšlel. RP1 také ještě uvedl: „*Určitě by se jako musela zapojit i manželka. Muselo by to vycházet ze situace. Určitě by se manželka musela zapojit a třeba i větší měrou než já, já jsem v práci do večera, musela by pomoci s praním, vařením, nějakou tou hygienou.*“ RP7 ve své odpovědi sdělil: „*Já jako chlap ne, to spíš manželka, ale já jsem od rána do večera v práci a peníze jsou třeba, takže já bych bez práce určitě nemohl být.*“

Jednoznačné ne tedy vyslovili 2 respondenti z 8, z čehož RP7 uvedl, že pokud by musel, tak neví, zda by to zvládl. RP4, vzhledem k tomu, že je vnučkou seniora, uvedla: „*Tak spíš bych zajistila péči svým rodičům, to bych si dokázala představit, ale spíš bych*

si představovala, že by jim měli zajistit péči moji rodiče, protože to jsou jejich děti, ale samozřejmě bych jim třeba pomohla, když by bylo třeba.“ 2 respondenti – RP5 a RP3 – uvedli, že si takový typ péče nedokážou představit. RP5 řekl, že by to nezvládl, jelikož se nechce upnout na staré lidi, a RP3 uvedl, podobně jako RP8, již zmíněné finanční ztráty, které by nastaly při tomto typu péče. RP2 už má zkušenost s rodinnou péčí a sdělila následující: „Když jsem se o babičku starala, když na tom byla hodně špatně, tak musím říct, že to pro mě bylo hodně náročný se o ni 24 hodin starat.“

Graf 7: Schopnost poskytnutí péče seniorovi



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 6 – Rodinná péče o seniora (její nároky, vymezení činností, které by byli ochotni seniorovi přizpůsobit)

Další dvě otázky úzce souvisejí s předchozí otázkou, kde bylo cílem zjistit, zda by rodinní příslušníci dokázali pečovat o seniora. Nyní bychom se měli dozvědět, jakou představu mají respondenti o rodinné péči o seniora, zda vědí, co to vlastně obnáší a mají-li případně nějaké obavy. Dále se dozvíme, jaké činnosti či povinnosti by rodinní pečovatelé při rodinné péči o seniora dokázali úplně vymazat ze svého života nebo je alespoň nějakým způsobem regulovat.

3 respondenti z 8 vidí velké omezení v pracovních povinnostech. Shodují se na tom, že při rodinné péči by bylo nutné přinejmenším zkrátit plný úvazek na úvazek částečný, případně z práce úplně odejít. RP8 uvádí: „... musela bych práci omezit, zkrátit na poloviční úvazek anebo bych musela úplně odejít a tam by byl finanční postih a to určitě omezuje tu rodinu v tomhleto.“ Taktéž 3 respondenti z 8 se shodli na tom, že by rodinná péče o seniora znamenala především velké omezení jejich osobního života, do kterého patří zájmy či dovolené. RP7 sdělil: „Já bych nedokázal být celý den doma. Nevládnul bych to. To bych pak už nemohl vůbec nic, musel bych být pořád jen s ní. To nevím, jestli může chlap zvládnout.“ Tento respondent/muž znovu zdůraznil, že pro muže jsou nároky rodinné péče vysoké. Muž by to podle něj nezvládl. 1 RP uvedl, že by se jeho život změnil radikálně.

U odpovědi, co by respondenti dokázali kvůli rodinné péči pozměnit, se 3 z 8 respondentů shodli, že práci. Zkrátili by si úvazek nebo by si změnili pracovní místo. 5 respondentů z 8 uvedlo, že by se vzdalo svých osobních zájmů. RP6 uvedla: „Spíš tu jde o tu práci, jestli bych mohla, nebo nemohla pracovat. Těžko se člověk práce vzdá, protože ve svém věku těžko práci už najdu.“

Kategorie 7 – Služby při rodinné pečovatelské službě (informovanost, názor na dostatečnost, povědomí o možnosti získání informací)

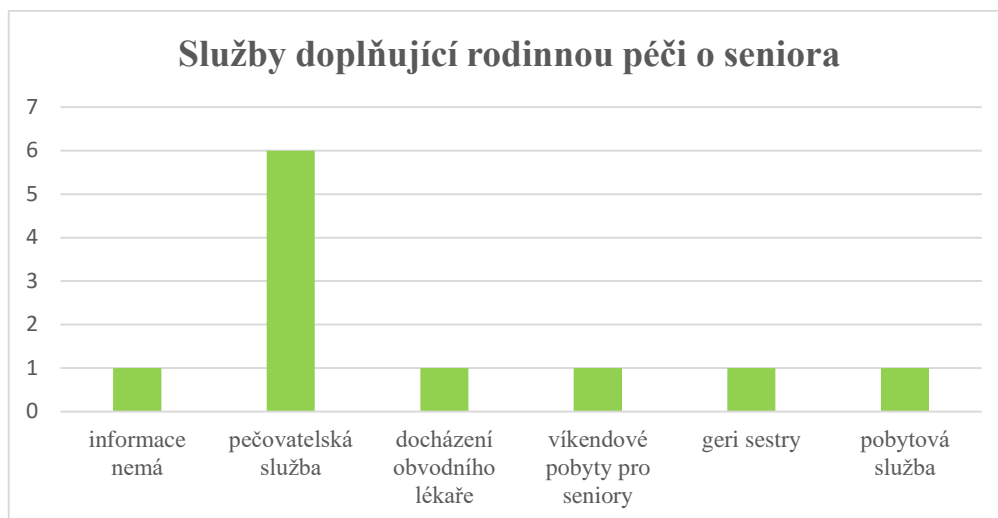
V první části této kategorie nás zajímalo, zda mají rodinní příslušníci přehled o doplňujících formách pomoci při rodinné péči o seniora.

Nejvíce respondentů (6) uvedlo, že vědí o pečovatelské službě. 2 respondenti z uvedených 6 při odpovědi vyjádřili obavy z placení této služby. RP2 uvedla: „Ale je to zpoplatněný, tak nevím, jak bysme to zvládali.“ RP7 ve své odpovědi uvedl: „... existují i nějaký pobyty pro důchodce. Třeba na víkend nebo tak, když prostě člověk potřebuje. Mají tam pro něj vymyšlenou nějakou zábavu, jako aby se tam cítil jako doma.“ RP8 vzhledem ke svému povolání zdravotní sestry uvedla v odpovědi mimo pečovatelskou službu také geri sestry a pobytovou službu, již lze využít v případě nezvládnání péče o seniora doma. RP6 doplnil svou odpověď možností docházení obvodního lékaře. Pouze RP1 sdělil, že žádné konkrétní informace nemá: „Něco jsem četl, ale víc informací nemám, protože to zatím nebylo potřeba.“

Druhou částí této kategorie byla otázka, zda je případná pomoc při rodinné péči dostačující, nebo naopak nikoliv. 6 respondentů se shodlo na tom, že využívání některé z doplňkových služeb je dostačující. RP7 k odpovědi dodal: „*Ale jde taky o to, aby s tím souhlasil ten důchodce, když nebude chtít, tak to půjde těžko. To pak s ním musíte být buď furt doma, nebo ho prostě dát třeba do toho pečovateláku.*“ RP5 k odpovědi dále uvedla: „*Ale když o člověka pečujete doma, tak vás to na celou dobu nenahradí.*“ RP3 k odpovědi dodal: „*... ale vemte si, že je to cizí člověk, a vstoupí do vašeho domu a asi by to bylo takový zvláštní.*“ RP2 k odpovědi dále sdělila: „*Ale je to zpoplatněný a to nevím, jak bysme to zvládali.*“ RP8 odpověď rozvedla: „*Myslím ale, že rodinu nedokáže nahradit nic, jakoby kvalitní péči doma, pokud je někdo schopen pečovat o toho seniora a je schopen zajistit to, co se týče jeho potřeb.*“ 1 respondent – RP4 – uvedl: „*To nevím, no třeba ta pečovatelka, asi je to plus, že k vám dochází, ale jako jestli to je dostačující, to nevím.*“ 2 RP vidí výhodu v přítomnosti a 1 RP v donášce obědů. 1 RP sdělil výhodu takou, že se tyto služby snaží rodině pomoci.

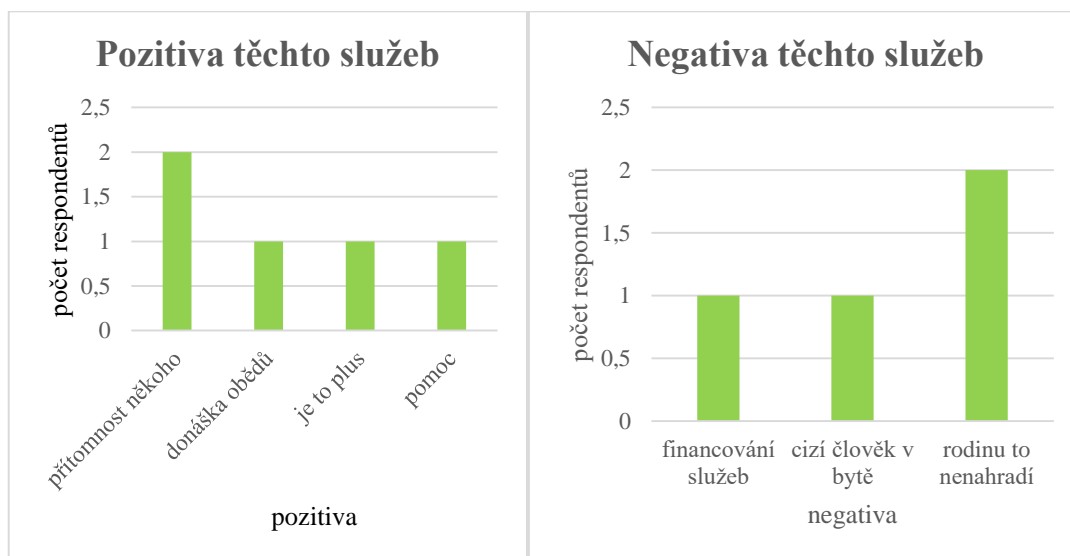
V této kategorii nás zajímalo také to, zda respondenti již někdy o takových možnostech slyšeli, případně na koho by se pro získání informací o nějaké službě obrátili. Většina respondentů (6) se o těchto službách již dozvěděla: RP2 od své babičky, jejíž kamarádka takovou službu využívá, RP3 o této možnosti diskutovala se svou kolegyní, RP4 o tom slyšela přes manželova bratra, RP6 se o službě dozvěděla od kolegyně, RP7 získal informace z četby literatury vztahující se k tomuto tématu a RP8 je informovaná zejména díky své práci, jelikož je zdravotní sestrou. Pro získání podrobnějších informací by se 3 respondenti obrátili v první řadě na internet. Pouze RP4 se k této otázce příliš nevyjádřila, protože o takových formách pomoci neví a prozatím se o ně ani nezajímá. Ostatní 4 RP nevedli, kde by získali více informací, jelikož tvrdili, že toto téma pro ně není prozatím aktuální.

Graf 8: Služby doplňující rodinnou péči o seniora



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 a 10: Pozitiva a negativa doprovodných služeb



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 8 – Zařízení institucionálního typu (případy, konkrétní typy, kritéria volby zařízení)

V rámci této kategorie jsme se snažili zjistit, v jakých případech by si respondenti neponechali seniora doma a upřednostnili by spíše nějaké zařízení. Zároveň bylo zjišťováno, zda rodinní příslušníci vůbec vědí, jaké jsou možnosti volby institucí a zejména jaké zařízení by preferovali pro umístění seniora.

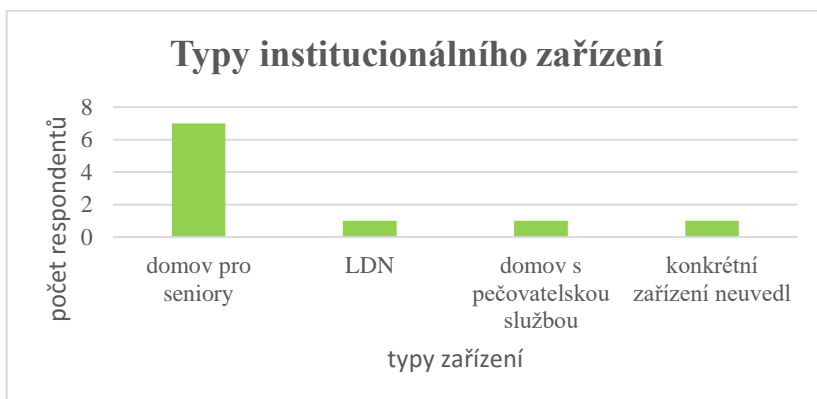
Na první část otázky někteří RP uvedli více možností. RP1 odpověděl, že by institucionální typ volil v případě nesamostatnosti. 4 respondenti z 8 by takovou péči volili v případě zhoršeného stavu. RP2 k této odpovědi dodala: „... *když by ta péče vyžadovala celodenní péči a byl by ten stav tak zhoršený, tak bych uvažovala o důchod'áku, kde by o ni bylo postaráno 24 hodin.*“ RP3 sdělila: „*Když by se zhoršila a nezvládla by na nás počkat, když je přes den sama doma.*“ RP7 ke své odpovědi dodal: „... *no, asi až by třeba nějak onemocněla nebo se zhoršila.*“ RP8 by pobytovou službu volila až v krajním případě a RP6 v případě, kdy by bylo za potřebí lékařské péče.

Druhou část otázky 7 respondentů odpovědělo, že by upřednostnili domov pro seniory. RP7 k domovu pro seniory ještě uvedl dům pečovatelské služby a RP6 LDN. Odpověď RP6 zněla: „*Vím o LDN nebo o domově důchodců, ale tam jsou jen plnohodnotně zdraví lidi a ty LDN jsou pro lidi, co nejsou schopni se o sebe samostatně postarat.*“ RP8 konkrétní zařízení ve své odpovědi nevedla. Z její odpovědi bylo znát, že si takovou možnost nepřipouští a chtěla by se o seniora postarat doma, případně s pomocí doplňkových služeb.

V poslední části této kategorie se zjišťovalo, jaká kritéria převažují u rodinných příslušníků při volbě zařízení pro seniora. V odpovědích RP zaznívalo více aspektů. 5 respondentů by seniora rádo navštěvovalo, proto volilo jako kritérium vzdálenost zařízení od jejich bydliště. RP2 sdělila: „*Asi aby to bylo co nejbliž tady od nás od bydliště, abychom mohli co nejčastěji babičku navštěvovat, případně si ji vzít na víkend domů.*“ 2 respondenti by si o zařízení zjišťovali reference, aby porovnali zkušenosti ostatních klientů či jejich rodinných příslušníků – zda jsou se zařízením spokojeni, či nikoliv. Taktéž dva respondenti by mysleli na to, aby byl v zařízení spokojen především sám senior. RP4 v odpovědi uvedla: „*Hlavně podle personálu, jak by byl hodnocen, aby to nebylo starý zařízení a hlavně podle toho, kolik by to stálo.*“ RP5 by chtěla, aby do zařízení šli senioři manželé společně a měli společný pokoj, naopak RP7 sdělil:

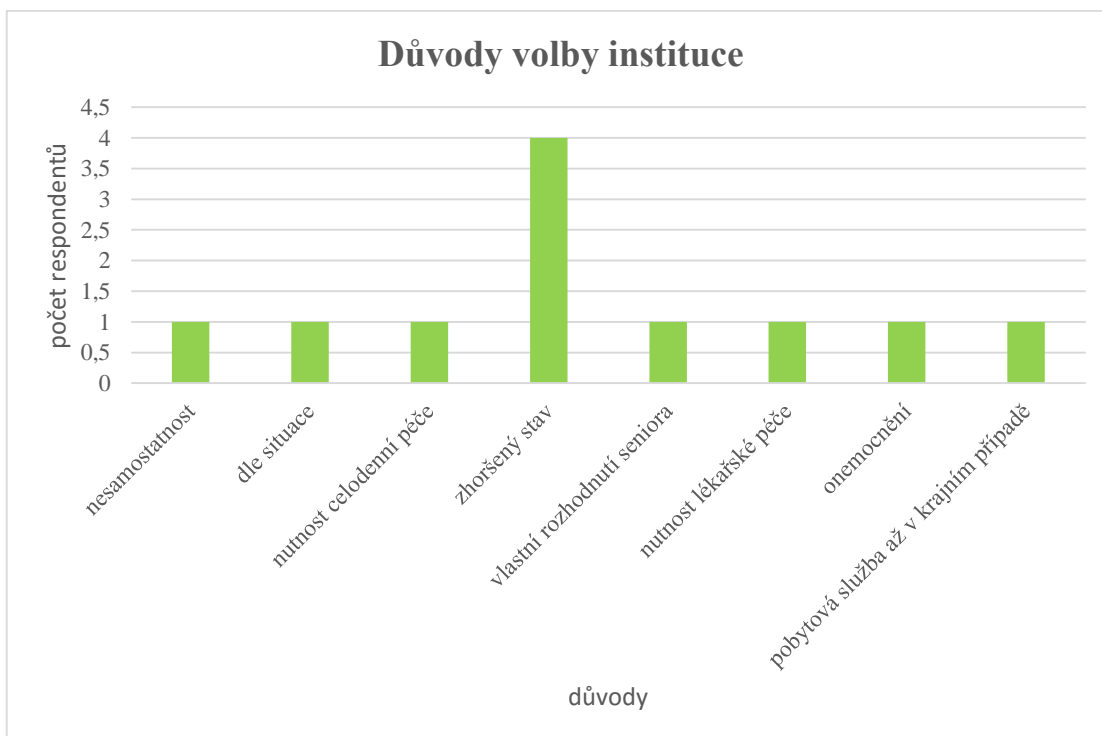
„Hlavně aby byla sama na pokoji, to bych třeba chtěl jednou i já, mít takový ten svůj klid. A na ten je teď babička zvyklá.“ RP7 by se při rozhodování ohlížel i na souhlas celé rodiny s volbou zařízení: „Víc hlav víc ví.“ 1 respondent by zařízení osobně navštívil, chtěl by hovořit s vedením a také jako jediného by ho zajímala nabídka služeb a volnočasových aktivit pro seniory.

Graf 11 Typy institucionálního zařízení



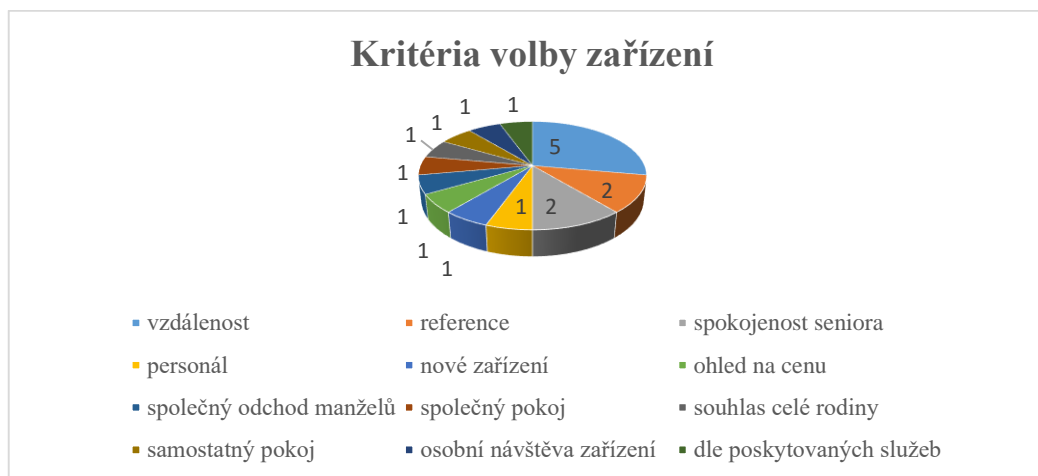
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12: Důvody volby instituce



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13: Kritéria volby zařízení



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 10 – Zařízení X rodinná péče o seniora

Tato otázka měla za úkol zjistit, jak by se respondenti samostatně rozhodovali o tom, zda si ponechat seniora doma a poskytnout mu rodinnou péči, nebo zda ho umístit do nějakého zařízení. Zároveň nás u obou možností zajímalo proč.

Většina respondentů (5) by péči o seniora raději přenechala nějaké instituci. RP1 tvrdí: „*Ono je sice hezký mít tátu doma, ale jako aby tam celý den živořil a čekal celý den, než někdo přijde, dá mu oběd, odnese ho, doprovodí na záchod, to je pak smutný jako, no.*“ RP2 by seniorku umístila do zařízení blízko domova, aby ji mohli stále navštěvovat a případně si ji brát domů na víkend. RP4 si myslí, že by tam seniorovi bylo dobře. RP5 uvedla: „*Tak, jak už jsem řekla, volila bych asi nějakou tu instituci. Nebojím se tvrdit, že bych nezvládla o někoho pečovat doma. Určitě by to bylo náročný a třeba v důchod'áku by o ně bylo, myslím si, dobře postaráno.*“ RP3 sdělila: „*Babička toho pro nás dost udělala, tak jí to musíme oplatit. A když bysme to nezvládali, tak by do toho důchod'áku musela jít. Až to prostě přijde, no.*“ RP6 by si seniora ponechala doma: „*No tak určitě, já až bych byla stará, tak bych taky chtěla být se svými příbuznými.*“ RP8 řekla: „*Myslím si, že tu rodinu nic nenahradí, takový to přirozený prostředí, kde ten senior byl několik let. Tam je otázka toho, jak je ten adaptační syndrom, kdy se ten senior musí adaptovat v tom zařízení, není to lehký, hlavně pro seniory, není to lehký ani pro mladý lidi třeba v nemocnici.*“

5 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký je postoj rodinných příslušníků žijících se seniorem k zajištění péče o něj v případě potřeby. Zjišťovali jsme názory rodinných příslušníků na možnosti péče o seniora. U konkrétních vyjmenovaných možností péče nás zajímalo, jaké výhody a nevýhody u nich rodinní příslušníci shledávají. Dále jsme se zaměřili na kritéria volby a konkrétní volbu určitého typu péče. Názory rodinných příslušníků se nyní pokusíme porovnat s názory seniorů. Ke zjištění uvedených informací bylo zvoleno kvalitativní šetření, které probíhalo formou strukturovaných rozhovorů ve společné domácnosti seniora a rodinného příslušníka v oblasti Vltavotýnska.

Na začátku rozhovoru nás zajímalo, jak je to s pohledem na model péče o seniora, respektive kdo by měl být osobou zodpovědnou za péči o seniora. Dle Svobodové (2006) by se o stárnoucí příbuzné měla postarat primárně rodina a státní služby by měly být využívány až v případě nedostatečnosti či vyčerpání neformálních služeb. Dále Svobodová (2006) uvádí, že v péči poskytované starším členům rodiny jsou patrné výrazné genderové rozdíly – péče je poskytována spíše ženami než muži.

V našem výzkumu se potvrdilo, že 5 seniorů z 8 očekává pomoc od své rodiny, pouze 1 respondent od nějaké důchodkyně, 1 respondent uvedl, že o takovém tématu ještě neuvažoval a 1 by chtěl mít péči zajištěnou ze strany instituce. Z pohledu rodinných příslušníků je tomu jinak. Jednoznačné ano pro rodinnou péči vyslovil pouze jeden rodinný příslušník. Jednoznačné ne ve výzkumu vyslovili dva respondenti z řad rodinných příslušníků. 2 respondenti by péči doma zajišťovali v závislosti na zdravotním stavu seniora a další 2 si takovou péči nedokážou vůbec představit: jeden rodinný příslušník se nechce upnout na seniora a druhý se obává finanční ztráty způsobené rodinnou péčí. 1 respondent sdělil, že spíše ne a péči by přenechal raději svým rodičům. Do výzkumu byli zapojeni dva muži, u nichž se projevil genderový rozdíl, o jakém se zmiňuje Svobodová (2006). Oba muži v rozhovorech uvedli, že by rodinnou péči měla zajišťovat spíše žena, jelikož oni jsou ti, kdo musí vydělávat peníze. Obavu respondentů z finanční ztráty způsobené přijetím role rodinného pečovatele potvrzují Francová a Novotný (2008), kteří tvrdí, že rodinný pečovatel se dostává do nevýhodné pozice a postupem času získává status nízkopříjmového občana, což má v budoucnu například vliv na výši jeho starobního důchodu.

Dle mého názoru chybí v této oblasti dostatečná finanční podpora pečujících ze strany státu. Byť je opečovávanému vyplácen příspěvek na péči, který může být následně předán rodinnému pečujícímu, je jeho výše nedostatečná. V dnešní době mají pečující mnohdy již své vlastní děti a i o ty se musejí vedle seniora starat. Je tedy nutné mít finanční prostředky, protože ani výchova dětí není nikterak levnou záležitostí. Myslím si, že pokud by se zlepšila finanční podpora rodinných pečujících, snížil by se počet žádostí o umístění do zařízení. Lidé, jejichž zdravotní stav by byl ještě přijatelný a umožňoval by jim zůstat v přirozeném prostředí, by zůstávali spíše doma. To mohu potvrdit na základě svých zkušeností získaných v rámci studijní praxe ve třech domovech pro seniory.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že senioři vidí v rodinné péči jedno velké pozitivum – domov pro ně znamená jistotu, jsou tam na vše zvyklí. Rodinní příslušníci uvedli jako pozitiva rodinné péče náhražkovou péči při absenci potomka, dělení nákladů, každodenní dohled nad rodičem či pravidelný společný kontakt s ním, hlídání dětí a psa. Naopak negativa shledávají rodinní příslušníci v neshodách se seniorem, v ustupování, v těžší domluvě s ním, v omezení života a v nedostatku soukromí. S uvedenými negativy rodinných příslušníků do určité míry souhlasím, ale myslím si, že pokud se zavčas určí jasná pravidla a jednotliví členové domácnosti se jimi budou řídit, dají se negativa částečně eliminovat. Osobně bych jednou také chtěla zůstat doma co nejdéle, jelikož teplo vlastního domova se nedá ničím nahradit a změnu prostředí nenese nikdo lehce. Senioři vnímají jako negativní jev to, že nemají dostatek klidu, a také jim vadí návštěvy, které si rodinní příslušníci vodí domů. Myslím si, že pokud by se péče o seniora stala náročnější, rodinní příslušníci by přinejmenším omezili návštěvy, jelikož péče o seniora je velmi náročná.

Dále nás ve výzkumu zajímalo, jak jsou rodinní příslušníci a senioři informováni o doplňkových službách poskytovaných vedle rodinné péče o seniora a jaké jsou výhody a nevýhody těchto služeb. Co se týče rodinných příslušníků, 6 respondentů z 8 zná pečovatelskou službu. 1 respondent se zmínil o víkendových pobytech pro seniory, ale nic konkrétnějšího nevěděl, a 1 respondent žádné takové informace nemá, jelikož je zatím nepotřeboval. V rámci doplňkových služeb jsou tedy respondenti nejvíce informováni o pečovatelské službě. Kromě té ale existuje ještě osobní asistence, kterou

Matoušek (2011) srovnává s pečovatelskou službou, rozdíl je pouze v tom, že osobní asistence ještě navíc doprovází klienta na cestách a při úředním jednání.

Dále jsme se tedy ve výzkumu zaměřili na výhody a nevýhody pečovatelské služby. 6 rodinných příslušníků se shodlo na tom, že takováto forma pomoci je dostačující. 1 z 6 respondentů by při využívání této služby zohlednil názor seniora. 1 rodinný příslušník z 6 podotkl, že pečovatelská služba nenahradí rodinného pečovatele po celou dobu, 1 vyslovil, že rodinu nic nenahradí a další v této souvislosti vyjádřil obavu z toho, že se jedná o cizího člověka v domě. Dále 1 rodinný příslušník upozornil na to, že tato služba je zpoplatněná, a nebyl si jistý, zda by na ni měl finanční prostředky. 1 respondent nedokázal dostatečnost posoudit, ale potvrdil, že je to plus.

Ve skupině seniorů mělo 5 respondentů povědomí o existenci pečovatelské služby, přičemž 1 respondentka tuto službu již využila. 3 senioři se domnívají, že žádná taková forma pomoci neexistuje a že by museli jít buď do domova pro seniory, nebo do domu s pečovatelskou službou. 1 senior si je vědom zpoplatnění pečovatelských služeb. Výhod a nevýhod doplňkových služeb bylo vzhledem k malé informovanosti shledáno málo. Jako výhodu uvedli senioři většinou to, že lidé z pečovatelské služby člověku pomohou, přijedou za ním a udělají vše, co člověk potřebuje. 2 senioři vidí nevýhodu v placení takových služeb.

V této části výzkumu jsme tedy zjistili, že jak RS, tak RP jsou do určité míry seznámeni s pečovatelskou službou. Na druhou stranu se v této souvislosti projevila neznalost respondentů co do služeb určených přímo pro rodinného pečovatele. Přitom tyto služby mohou výrazně usnadnit rodinnému pečovateli jeho roli, například odlehčovací služba či denní a týdenní stacionáře. Ačkoliv Kotrusová, et al. (2012) tvrdí, že nabídka služeb pro opečovávané osoby nemusí být vždy zcela vhodná z důvodu zásahu do běžného života, myslím si, že by rodinní pečovatelé měli tyto služby znát. Dá se předpokládat, že využíváním těchto služeb by se rodinná péče mohla usnadnit. Rodinný pečující by mohl seniora na chvíli umístit do příslušného zařízení v případě, že by si potřeboval něco zařídit nebo si odpočinout. Triantafillou, et al. (2010) uvádí, že neformální pečovatelé provádějí škálu úkonů, které jsou mnohdy srovnatelné s péčí poskytovanou profesionálními pečovateli. Role rodinného pečovatele je náročná jak fyzicky, tak psychicky, takže jakákoliv možnost ulehčení péče by mohla být jen ku prospěchu.

Podle mě by mohly být rozvíjeny také volnočasové aktivity pro seniory, kteří jsou v domácnosti. Služby související s volnočasovými aktivitami by mohly být poskytovány například dobrovolníky. Ti by docházeli k seniorovi domů. Nejenže by volnočasové aktivity ještě více ulehčili péči rodinnému pečovateli, ale aktivizoval by se i sám senior, což je také důležité. Vedle volnočasových aktivit by bylo vhodné rozšířit i komunity pro rodinné pečující, kde by se neformální pečovatelé mohli scházet a sdílet různé zážitky, informace či zkušenosti, což by pro ně mohlo být rovněž užitečné. Přidalová (2006) se ve svém článku zmiňuje o hodnocení podpůrných programů pro pečující a jednoznačně uvádí, že tento typ pomoci má skutečně vliv na zmírnění subjektivní zátěže rodinného pečujícího. Zároveň Přidalová (2006) sděluje, že tyto programy pomáhají pečujícím překonat sociální izolaci a dodávají jim sílu ke zvládnutí problémů.

Podobně jako autorky Kotrusová, et al. (2012) shledávám, že informovanost pečovatelů je nedostatečná. Aby rodinní pečovatelé mohli získat nějaké informace, musí vynaložit mnoho sil, ačkoliv RP4 uvedla: „*Asi bych takové věci hledala na internetu, tam se najde vše.*“ Toto tvrzení by nemuselo platit v případě starších rodinných příslušníků, mezi nimiž se mohou najít takoví, kteří nemají přístup k internetu. Vhodným řešením by bylo, kdyby praktický lékař rodinným pečovatelům poskytl brožurku, kde by našli veškeré informace o doplňkových službách rodinné péče a třeba i kontakty pro získání více informací.

Posledním bodem našeho výzkumu byla otázka zařízení, pro které by se respondenti v případě nutnosti rozhodovali, dále podle čeho by zařízení vybírali a jaké shledávají výhody a nevýhody daného zařízení. Co se týče RP, 7 z nich by volilo domov pro seniory, přičemž RP6 ještě ke své odpovědi uvedl, že by také možná volil LDN a 1 respondent dodal domov s pečovatelskou službou. 1 respondent konkrétní zařízení neuvedl. Domov pro seniory by volilo i 6 RS. Další v pořadí by byl dům s pečovatelskou službou – zvolili by jej 2 RS. – RS6 a RS7. RS6 a RS7 zde uvedli ve své odpovědi dvě možnosti. 1 seniorka o tomto tématu opět nechtěla hovořit. Jelikož se v této části rozhovoru rozplakala, více jsem se k této záležitosti nevracela. 1 RS uvedl, že prozatím neví, pro jaké zařízení by se rozhodoval.

V rámci této kategorie jsme dále zjišťovali, v jakých případech a podle jakých aspektů by respondenti zařízení volili. Nejvíce RP by o takovém zařízení uvažovalo v případě, že by se zhoršil zdravotní stav seniora nebo by se snížila jeho schopnost

fungovat samostatně. Další odpovědi zněly: dle situace, v případě vlastního rozhodnutí seniora, v případě nutné lékařské péče, v případě onemocnění, až v krajním případě. Oproti tomu RS příliš nevycházeli ze svého zdravotního stavu, zohledňovali spíše to, co všechno by jim v takových zařízeních bylo poskytnuto.

Jaká by byla kritéria pro výběr zařízení? Nejvíce RP by volilo zařízení dle vzdálenosti. Další RP by vzali v potaz reference, hodnocení personálu, cenu a také to, zda se jedná o novější zařízení. 1 RP by upřednostnil společný odchod manželů do zařízení, oproti tomu jiný RP by chtěl pro svého seniora samostatný pokoj. Dále bylo zjištěno, že by při volbě zařízení byla důležitá shoda všech členů rodiny a v neposlední řadě by výběr ovlivnila také osobní návštěva zařízení rodinným příslušníkem.

Dále jsme se zajímali o pozitiva a negativa péče v institucionálním zařízení. Nejvíce RS se shodlo na tom, že by se o ně personál příslušného zařízení dobře postaral, dalším pozitivem je to, že tam mají přátele. Vztahy v zařízení jsou velmi důležité – Vágnerová (2007) tvrdí, že podstatnou součástí ústavního zařízení tvoří obyvatelé, s nimiž je klient v kontaktu. Tyto vazby mohou klienta obohacovat a zpříjemňovat mu každodenní život. Seniori uváděli ovšem i negativa – těch bylo podstatně více než pozitiv: změna režimu, obava z toho, zda by to senior zvládl, nuda a trápení (protože by se tam prý nedalo dělat nic jiného než sledovat televizi). Jeden RS by to nezvládl duševně, další RS řekl, že by se musel přizpůsobovat, což jde ve stáří těžko. Jinému RS by se stýskalo po sousedech a rodinném prostředí, někdo projevil také obavu z toho, že by se musel zbavit svých věcí.

Převaha negativ spojených s přechodem do zařízení je podle mě přirozená. Ward (2007) uvádí, že senior po příchodu do instituce prožívá pocity strachu z neznámého a trpí nejistotou z toho, jaké chování se od něj očekává. Myslím si, že v této problematice hraje významnou roli také to, zda je odchod do zařízení pro seniora dobrovolný, nebo naopak nedobrovolný a zda je senior na takovou změnu připraven. Pokud je senior připraven na to, že jednou opustí svůj domov, bude pro něj podle mě změna prostředí zvládnutelná snáze než pro seniora, který bude do zařízení umístěn nedobrovolně a nebude na takovou změnu připraven.

V tomto ohledu bych rodinám doporučovala mluvit o různých možnostech, zjišťovat si informace o zařízeních a zvažovat různé varianty, protože, jak se potvrdilo v našem výzkumu, respondenti více či méně otevřeně uvažují o tom, kdy a v jakých situacích by seniora do zařízení umístili. Myslím si, že tomuto tématu se nikdo moc nevěnuje, dokud

ho není potřeba řešit. V případě, že má být senior umístěn do nějakého zařízení, je na místě respektovat jeho přání, kam by chtěl jít a co by od daného zařízení očekával. To je nezbytnou podmínkou pro to, aby úspěšně zvládl adaptační proces. Ať už je ale přechod do instituce očekávaný nebo nikoliv, je důležité, jak uvádí Haškovcová (2010), zajistit seniorovi pomoc, kterou během adaptace bude potřebovat, aby byl schopen přijmout odbornou péči. Chápavé okolí a podpora ze strany rodiny je v této souvislosti tedy nutností. Sak a Kolesárová (2012) se zmiňují o tom, že seniorovi může pomoci někdy jen pouhá přítomnost blízkých osob, jelikož senior potom cítí, že život má stále smysl a že nastávající změny nemusí vést jen k horšímu.

Pozitivní a negativní stránky podle RS nyní porovnáme s názory RP. Rozdíl v odpovědích je markantní, jelikož rodinní příslušníci vidí v institucionální péči na rozdíl od seniorů spíše více výhod než nevýhod. Mezi výhody zařadili například veškerý servis, postarání se o seniora, dále nemusí mít strach, že se seniorovi doma něco stane. Nevýhodou je podle názorů RP to, že rodinu nic nenahradí – jeden RP by sám chtěl ve stáří zůstat doma. Ačkoliv nejsou názory RP jednoznačné, dá se předpokládat, že by raději seniora umístili do zařízení, než aby o něj pečovali doma. Toto rozhodnutí může přijít v případě, že RP nikdy nepečoval o seniora, nevyhovuje mu společné soužití nebo pokud se u seniora projeví nějaké onemocnění. Senior může být do zařízení umístěn i tehdy, kdy o něj rodinný příslušník sice pečoval, ale postupem času se vyčerpal a sám nedokázal situaci zvládnout. V tomto případě se pak u rodinného pečovatele podle Vágnerové (2007) dostaví pocity úlevy jak po fyzické, tak i psychické stránce. Ovšem Vágnerová (2007) se zmiňuje také o tom, že po umístění seniora do zařízení se mohou dostavit pocity smutku, ztráty nebo hluboké lítosti. Toto tvrzení koresponduje s názorem dvou našich respondentů, kteří uvedli, že rodinu nic nenahradí.

V rámci zhodnocování institucionální péče je na místě krátce zhodnotit i informovanost RS o zařízení – jaké služby jsou tam poskytovány a kdo tam pracuje. 6 RS nám uvedlo, že tam pracují zdravotní sestry. 1 RS z uvedených 6 se ještě zmínil o pečovatelkách a 1 RS z uvedených 6 uvedl ještě lékaře. 2 RS uvedli, že neví a opět se u této odpovědi RS3 zmínila o tom, že o tomto tématu ani nechce přemýšlet. Co se týče služeb, 4 RS o nich neměli žádnou představu, 1 RS si představuje uklízení a podání stravy, 1 RS uvedl rehabilitační a zdravotní službu, 1 RS sdělil vykoupaní, podání stravy a ošetření a 1 RS vyslovil vyšetření, převléknutí, vykoupaní a představu toho, že pokud

by zazvonil, ihned by za ní někdo přišel. Je překvapivé, že senioři nevědí o aktivizačních službách a sociálních pracovnících v zařízení. Obavy respondentů ze zařízení mohou být spojeny možná právě s neznalostí, když nevědí, že pro ně v mnohých zařízeních existují různé každodenní programy, které je nejen zabaví, ale které jim také mohou pomoci vytvořit jakýsi režim, o němž se respondenti ve výzkumu zmiňovali. Kozáková a Müller (2006) uvádí, že aktivizace nejen v domovech pro seniory je velmi důležitým faktorem, díky kterému se senior udržuje v dobré kondici, procvičuje si myšlení, jemnou či hrubou motoriku, má důvod komunikovat s dalšími klienty či navazovat nové přátelské kontakty. Vojířová (2012) říká, že při aktivizaci uživatelů je nejdůležitější hledat odpověď na otázku, co by konkrétního klienta mohlo motivovat k tomu, aby byl aktivní a činný – to by měli pracovníci určitého zařízení zohlednit při sestavování individuálního plánu klienta.

V závěru této části výzkumu bych navrhovala řešení nízké informovanosti o zařízeních sociálních služeb. Informovanost by znovu mohly zvýšit brožurky, kde by byla vyjmenována příslušná zařízení, v našem případě třeba všechna zařízení v Jihočeském kraji, a kde by se zároveň lidé dozvěděli o veškerých službách, které jsou v zařízení poskytovány. Kdyby lidé měli možnost získat tímto způsobem informace, mohli by doma společně o možnostech různých institucí více hovořit a jednou by to určitě přispělo k snadnějšímu přechodu do zařízení. Brožurky by měly být umístovány na veřejných místech, třeba v čekárně, na chodbě či v lékárně. Tedy ne pouze v ordinaci lékaře, jelikož tam by se k nim lidé dostali až v případě, že budou některé služby potřebovat, a to je podle mého pozdě, jelikož takové věci vyžadují dostatek času na promyšlení.

Vzhledem k velké neinformovanosti oslovených respondentů jsme z výzkumu stoprocentně nezjistili, jaké jsou výhody a nevýhody určitých typů péče o seniora. Názory jednotlivých respondentů jsou odvozeny od jejich individuálních znalostí a povědomí o určitých možnostech. Pokud by zkoumanou skupinu respondentů z řad rodinných příslušníků tvořili lidé, kteří se již o nějakého seniora starají, dalo by se předpokládat, že by odpovědi respondentů mohly být rozsáhlejší, jelikož tito respondenti by už měli nějaké zkušenosti s péčí a znali by některé služby. U námi zkoumané skupiny však byla jasně prokázána neinformovanost o této problematice.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaká pozitiva a jaká negativa vnímají rodinní příslušníci u různých typů péče o seniory. Dílčím cílem bylo zjistit, zda se názory rodinných příslušníků shodují s názory seniorů. Kvalitativní výzkum realizovaný v rámci práce měl také odpovědět na tuto výzkumnou otázku: *Jaké aspekty by upřednostňovali rodinní příslušníci při možnostech výběru péče o seniora a jaké aspekty upřednostňuje sám senior?*

V teoretické části práce byly nejprve vymezeny obecnější pojmy týkající se stáří – co to vlastně stáří je, kdy začíná a jak je členěno. Následující kapitola byla věnována disabilitě – jejímu vymezení dle MKF a otázce, koho se vlastně disabilita týká. Výzkumnou skupinu tvořili senioři a rodinní příslušníci obývající společně jednu domácnost, proto se další kapitola zabývala vztahy mezi nimi a také různými vývojovými obdobími těchto vztahů. V další části jsme krátce popsali vývoj teorií mezigenerační solidarity – ta bývá v dnešní době někdy opomíjena. V následující části práce byly vyjmenovány druhy vícegeneračního soužití. Poslední úsek teoretické části byl zaměřen na problematiku zdravotně sociální péče o seniory. Byla zde zmíněna dlouhodobá péče, dále rodinná péče o seniora a následoval výčet typických sociálních služeb pro seniory.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že společné soužití více generací v jedné domácnosti je pro každého člena rodiny různě náročné – názory všech respondentů se poněkud lišily. V dnešní době je považováno za optimální, pokud je o seniora pečováno co nejdéle v jeho přirozeném prostředí. Do zařízení by měl být umístěn až v případě, kdy mu jeho rodina není schopna zajistit péči. Aby ovšem lidé mohli poskytovat kvalitní rodinnou péči, je nutné zavést systém státní podpory pro pečující rodiny, jelikož dnešní doba je velmi uspěchaná a finanční prostředky jsou nutností.

Většina seniorů podílející se na našem výzkumu projevila přání zůstat ve svém přirozeném prostředí co nejdéle. U rodinných příslušníků převládal opačný názor na rodinnou péči, ačkoliv i zde se objevili respondenti zastávající myšlenku, že domov se nedá ničím nahradit.

Pro optimální vykonávání rodinné péče o seniora je důležitá i znalost doplňkových služeb. Respondenti mají povědomí o pečovatelské službě, ale ve většině případů již nedokázali uvést žádnou další formu pomoci. Přitom existují třeba odlehčovací služby, dobrovolnictví či podpůrné skupiny pro pečující.

Narazili jsme tedy na velkou neinformovanost respondentů. Ta může být způsobena tím, že lidé nemají příliš možností, jak tyto informace získat ještě před tím, než je to skutečně potřeba. Ačkoliv respondenti uvedli, na koho by se v případě nutnosti obrátili, bylo by vhodné, aby měli k takovým informacím přístup zcela běžně a ne až v okamžiku, kdy je nutné situaci řešit.

V další části výzkumu jsme se zaměřili na zařízení institucionálního typu. Informovanost respondentů o typech zařízení byla přiměřená. Lišily se názory na případnou volbu takového zařízení, různil se i výčet výhod a nevýhod těchto zařízení. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce seniorů by volilo zařízení až tehdy, kdy by to bylo potřeba. Většina seniorů projevila ze zařízení velkou obavu, jeden respondent dokonce uvedl, že by pobyt v takovém zařízení nezvládl. Pokud jde o služby poskytované v zařízeních tohoto typu, je informovanost už menší. Seniori si myslí, že v zařízení se dá jen sedět v pokoji. Kdyby byli seznámeni např. s aktivizačními činnostmi v zařízení, mohlo by to změnit jejich názor.

Málokdo v dnešní době chce hovořit o tom, jak bude jednou umístěn do nějakého zařízení. Na jednu stranu je to pochopitelné, jelikož si nikdo nechce připouštět stav, kdy už nebude soběstačný. Ale bohužel v životě to tak chodí a člověk by měl počítat i s takovou možností. Kvůli nevědomosti mohou ale mnohdy vznikat obavy z institucionálního zařízení. Lidé pobyt v zařízení chápou jako poslední fázi v životě člověka. Pokud by byli zavčas informováni o veškerých službách, měli by dostatek času na rozhodování a třeba by na pobytu viděli i pozitivní stránky.

Výsledky této práce by v první řadě mohly posloužit respondentům, kteří se účastnili výzkumu, jako zpětná vazba. Většina respondentů totiž projevila o výsledky výzkumu zájem už při seznámení se s prací a jejími cíli. Dále by tato práce, resp. její teoretická část mohla posloužit lidem žijícím společně se seniorem, kteří se jednou ocitnou v situaci, kdy se budou muset spolu se seniorem rozhodnout pro jeden z typů péče.

7 SEZNAM LITERATURY

1. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
2. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2014. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum. 140 s. ISBN 978-80-246-2301-6.
3. ČEVELA, R. et al, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
4. ČEVELA, R. et al., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum. 160 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
5. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 128 s. EAN 9788024732138.
6. *Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý*, 2010. [online]. MPSV. [cit. 2015-11-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9860>.
7. DUKA, M. et al, 2013. *Sociální politika*. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. 208 s.. ISBN 978-80-247-3880-2.
8. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A, 2008. *Sociální politika v základech*. Praha: Triton. 185 s. ISBN 978-80-7387-125-3.
9. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
10. HARWOOD, J., 2012. *Understanding Communication and Aging: Developing Knowledge and Awareness*. CA: Sage Publications. 205 p. ISBN 978-14-129-26096.
11. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Tema. 368 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
12. HAŠKOVCOVÁ, H., 2011. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 407 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-
14. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
15. HOLMEROVÁ, I. et al., 2015. *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

16. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 191s. ISBN 978-80-247-4139-0.
17. *Informal care in the long-term care systém. European Overview Paper*, 2010 [online]. Triantafillou, J. et al. [cit. 2015-11-14]. Dostupné z: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Overview_FINAL_04_11.pdf.
18. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
19. JEŘÁBEK, H. et al., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: SLON. 317 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
20. KALVACH, Z. et al, 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
21. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2469-9.
22. KOLDINSKÁ, K., 2007. *Sociální právo*. C. H. Beck. 176 s. ISBN 978-80-7179-620-6.
23. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 2. díl*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
24. KOTRUSOVÁ, M. et al., 2012. Potřeba sociálně-zdravotních služeb pro seniory v Praze. Reflexe současného stavu. *Zdravotnictví v České republice*, **15**(2), 5-17. ISSN 1213-6050.
25. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O., 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: UP. 56 s. ISBN 80-244-1552-6.
26. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vydání. Praha: Anag. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5.
27. KREBS, V. et al, 2007. *Sociální politika*. 4. vydání. Praha: ASPI. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
28. KRŠKA, Z. et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
29. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

30. MAHROVÁ, G., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
31. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
32. MATOUŠEK, O. et al., 2011. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
33. MATOUŠEK, O. et al., 2011. *Sociální služby*. Praha: Portál. 196 s. ISBN 978-802620-041-3.
34. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
35. MKF, 2010 [online]. MZCR [cit. 1015-11-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-_1982_3.html.
36. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 276s. ISBN 978-80-247-2184-1.
37. MLÝNKOVÁ, J., 2011 *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
38. NEŠPOROVÁ, O. et al., 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9.
39. NOVÁK, T., 2014 *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada, 112 s. EAN: 9788024751528.
40. *Občan v síti*, 2013 [online]. Občan. [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2013_03.pdf.
41. PACÁKOVÁ, H., TRUSINOVÁ, R., 2012. Citová solidarita při péči o seniory. *Kotankt*. **14**(4), 464-474. ISSN 1212-4117.
42. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
43. PLOHÁK, P., 2010. *Žijeme na plno* [online]. Praha: Media Park s.r.o. [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://www.zijemenaplno.cz/Autor/au216-Pavel-Plohak.aspx>.

44. PŘIDALOVÁ, M., 2006. Mezigenerační solidarita a gender (pečující dcery a pečující synové). *Gender, rovné příležitosti*. 7(1), 1-5. ISSN 1213-0028.
45. RABUŠICOVÁ, M., et al., 2012. Mezigenerační učení: učit se mezi sebou v rodině. *Studia paedagogica*. 17(1), 163-182. ISSN 1803-7437.
46. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
47. SVOBODOVÁ, K., 2006. Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory. *Demografie*. 48(4), 256-261. ISSN 0011-8265.
48. THOMPSON, K., 2004. *Readings from Emile Durkheim*. New York: Routledge. 192 s. ISBN 978-04-157-7084-2.
49. TOŠNEROVÁ, T., 2009. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press. 240 s. ISBN 978-80-251-2104-7.
50. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
51. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
52. VÍTKOVÁ, M., 2006. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vydání. Brno: Paido. 464 s. ISBN 80-7915-071-9.
53. VOJÍŘOVÁ, D., 2012. Aktivizace proces, kterým jsou lidé vedeni k činorodosti. *Sociální služby*. 14(10), 18-20. ISSN: 1803-7348.
54. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2014 [online]. MPSV [cit. 1015-11-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505_2006_aktual.pdf.
55. WARD, A. 2007. *Working in Group Care: Social Work and Social Care in Residential and Day Care Settings*. Bristol: The Policy Press. 221 p. ISBN 10-1-86134-706-5.
56. Zákon č. 108/2006 Sb., o Sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. ISSN 1211-1244.
57. *Zásady OSN pro seniory*, 2006 [online]. MPSV.[cit. 2015-11-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1111>.

58. *Zdravotní postižení*, 2015 [online]. MPSV. [cit. 2015-11-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Otázky k rozhovoru se seniory

Příloha 2: Otázky k rozhovoru s rodinnými příslušníky

Příloha 1: Otázky k rozhovoru se seniory

1. Jaké je Vaše jméno a kolik je Vám let?
2. S jakými rodinnými příslušníky bydlíte? Jak dlouho s nimi bydlíte?
3. Má toto společné soužití pro Vás nějaké výhody nebo nevýhody – jaké?
4. Jste si vědom/a nějakých zdravotních nedostatků, které máte?
5. Objevují se ve Vašem každodenním životě činnosti, které sám/sama nezvládnete a potřebujete u nich pomoc - jaké?
6. Kdo Vám s těmito činnostmi pomáhá?
7. Dozvěděl/a jste se někdy od někoho o dalších možnostech pomoci, které by Vám v případě potřeby s těmito činnostmi také mohly pomoci? Případně uveďte, jaké možnosti pomoci to byly.
8. Přemýšlel/a jste někdy o tom, kdo bude zodpovědný za Vaši péči, až nebudete soběstačný/á?
9. Kdybyste se rozhodl/a pro péči doma, proč by tomu tak bylo?
10. Pobíráte příspěvek na péči?
 - pokud ano - v jaké výši + myslíte si, že je tato výše dostačující
 - pokud ne - víte, v jakých případech si o něho můžete zažádat
11. Kdyby se o Vás rodina nemohla postarat, pro jaký typ péče byste se rozhodl/a, a proč?
12. Pokud byste nevěděl/a, jaké jsou možnosti typu péče mimo rodinu, víte na koho se obrátit?
13. Co myslíte, že by se tímto typem péče ve Vašem životě změnilo?
14. Víte, kdo v tomto typu zařízení pracuje?
15. Víte, jaké služby jsou v tomto zařízení poskytovány, případně, kde se o nich dozvíte?

Příloha 2: Otázky k rozhovoru s rodinnými příslušníky

1. Jaké je Vaše jméno a kolik je Vám let?
2. Kde bydlíte se seniorem?
3. Jak dlouho bydlíte se seniorem?
4. Jste s tímto bydlením spokojeni, případně Vás toto bydlení nějak omezuje ve Vašem osobním životě?
5. Víte o nějaké možnosti pomoci nebo řešení, které byste seniorovi mohl/a nabídnout v případě ztráty jeho soběstačnosti?
6. Víte, kde by Vám o těchto možnostech mohli poskytnout informace (případně Vám s volbou vhodné péče pomohli)?
7. Myslíte si, že byste v případě potřeby byl/a schopen/schopna zajistit seniorovi péči doma?
8. Umíte si představit, co všechno by to obnášelo, jak by se Vám změnil život?
9. Které činnosti nebo Vaše povinnosti byste při rodinné péči dokázal/a pozměnit nebo přizpůsobit péči o seniora?
10. Víte o nějakých službách nebo prostředcích, které by Vám tuto rodinnou pečovatelskou službu usnadnili?
11. Máte (měl/a jste) možnost se o těchto prostředcích či službách někde dozvědět?
12. Myslíte si, že případná nabízená forma pomoci je dostačující?
13. V jakých případech byste volil/a pro seniora zařízení institucionálního typu a jaký typ byste volil/a přednostně?
14. Podle kterých kritérií byste takové zařízení volil/a?
15. Pokud by bylo na Vás, zda pečovat o seniora doma nebo jej umístit do institucionálního zařízení, jak byste se rozhodl/a, a proč?