

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ETIKA ODPOVĚDNOSTI V RODINNÉ PÉČI

Autor: Hana Tomková

Vedoucí: PhDr. Jan Vitoň

14.5.2007

Thesis Abstract: Responsibility ethic in the family care

Also in the ancient Rome people knew that a family is the fundamental unit of society. It seems to lose family importance, also family care of the oldest relatives. Sooner the coexistence of two or three generations was common but today the specialists talk about the family deflection and about the emphasis on the individuality of the each family member.

The aim of this Bachelor work is to answer the question how much the economics influence or reduce family care of the old, ill and disabled people.

In this work the analysis of data method, the technique of secondary data analysis and the quantitative analysis with the questionnaires were adopted. The investigation proceeded by sixty employees in the Rest home in Radkova Lhota. The hypothesis was that each employee has a senior at home and take care of him / her or will take care of the senior in the future. From the result of this investigation ensued that people are mostly able to take care of an old family member even at the expense of an employment but they wouldn't dispense with the state allowance.

Now I compare a few information about the age groups. The most of the informants in the age of 18 to 25 live together with his/her potential senior in one house or a flat. They would take care of the senior themselves or with a help of their family. They didn't deal with the question of allowance. On the other hand the generation in the age of 45 to 54 live without the senior one or more kilometres far-away. These people would take care of the senior only with a help of family members and they think that the allowance is complying.

So the answer of this Bachelor work is: There is a possibility how to take care of senior when people can expect a help of family members. This is true that the community develop, the family care will not become extinct despite of the previous policy endeavour. We will hark back to it because we are the people.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Etika odpovědnosti v rodinné péči“ vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2007

.....

Podpis autora

Poděkování:

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

Děkuji svým rodičům za morální a finanční podporu.

Děkuji svým přátelům za trpělivost a nápady a zaměstnancům Domova pro seniory Radkova Lhota za ochotnou účast v dotazníkovém šetření.

OBSAH:

Úvod.....	6
1. SOUČASNÝ STAV	7
1.1. Základní pojmy	7
1.1.1. Etika	7
1.1.2. Odpovědnost	7
1.1.3. Rodina a rodinná péče.....	8
1.2. Rodina včera a dnes	8
1.2.1. Tradiční rodina.....	9
1.2.2. Rodina po roce 1989	10
1.3. Institucionální péče	11
1.3.1. Péče o staré v historii	11
1.3.2. Služby pro seniory	13
1.4. Domácí péče	16
1.4.1. Chtít, umět, moci	18
1.4.2. Trend 4D	19
1.4.3. Bariéry v domácí péči	20
1.4.4. Jak nevyhořet	21
1.4.5. Morálka a právo	23
1.5. Ekonomická stránka	23
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA	27
2.1. Cíl práce.....	27
2.2. Hypotézy.....	27
3. METODIKA	28
3.1. Použité metody a techniky výzkumu	28
3.1.1. Technika sekundární analýzy dat.....	28
3.1.2. Technika dotazníku	28
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	29
4. VÝSLEDKY	30
5. DISKUSE.....	44
6. ZÁVĚR	50
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
8. KLÍČOVÁ SLOVA	54
9. PŘÍLOHY	55

Úvod

Již ve starém Římě věděli, že rodina je základní jednotkou společnosti. Zdá se však, že postupem času ztrácí svou důležitost jak rodina, tak péče o její nejstarší členy. Dříve bylo běžné soužití 2 – 3 generací, dnes je vícegenerační rodina spíše raritou a psychologové hovoří o odklonu od rodiny a důrazu na individualitu každého člena.

Cílem práce je odpovědět na otázku, nakolik dnes ekonomická stránka života ovlivňuje, případně omezuje, možnosti rodinné péče o staré, nemocné a postižené.

Smyslem práce je ukázat, jak se k rodinné péči staví profesionálové na slovo vzatí, tedy ti, kteří se seniory dnes a denně pracují.

Po studiu bych také chtěla pracovat se seniory, a protože rodina v mém životě hraje nezastupitelnou roli, vybrala jsem si toto téma ke zpracování bakalářské práce.

1. Současný stav

1.1 Základní pojmy

1.1.1 Etika

Původ tohoto slova pochází z řeckého slova „ethos“ (lat. ethika) – což lze přeložit jako zvyk, mrav, obyčej. Jde o společenskovední disciplínu, která se zabývá správným (mravným), možná lépe řečeno obvyklým jednáním v lidském společenství (12).

Etika souvisí s morálkou, a to následujícím způsobem. Morálka je soustavou praktických pravidel lidského jednání, etika je filozofickou disciplínou, která tato pravidla zkoumá. Snaží se převést všechno, co známe jako mravní povinnosti, ctnosti a pravidla nebo hodnoty, na společného jmenovatele. Také se zabývá uspořádáním lidských skutků na základě rozumových pravidel. Podle oborů, do kterých etika proniká, rozlišujeme etiku lékařskou, sociální, obchodní, etiku společenského chování apod. (25).

Etika či morálka se ve všech kulturách rozvíjely především v souladu s náboženstvím (1).

1.1.2 Odpovědnost

Odpovědnost implikuje odpověď. Považujeme-li někoho za odpovědného, pak očekáváme, že nám dokáže rozumně vysvětlit, proč v té či oné situaci jednal takto a ne jinak. Pokud je jeho vysvětlení zřejmé a pochopitelné, pak jeho činy schvalujeme. To, co je špatné, nemorální, má vždy charakter něčeho, co je proti rozumu. Pokud to

nemůžeme rozumově ospravedlnit, pak děláme něco, co si přejeme, ale co dělat nemáme (1).

1.1.3 Rodina a rodinná péče

Již ve starém Římě prohlásili, že rodina je základní jednotkou společnosti (23). Rodina je primární skupinou, je založena na manželství či pokrevním příbuzenství (např. rodiče, prarodiče, sourozenci). Struktura rodiny, její velikost, soudržnost atd. jsou ovlivněny společenskými podmínkami doby a kultury (15).

Hlavním smyslem rodiny je reprodukční funkce. Reprodukují člověka jako organismus i jako kulturní bytost. Starost o členy rodiny je víc než starost o sebe, čímž život člověka dostává zcela nový rozměr. Rodina umožňuje svým členům zpracovávat všechny druhy traumat, umožňuje sdílet i radost, je však také zdrojem stresu (23). Rodina plní také funkci ekonomickou, emocionální, sociální a výchovnou (15).

1.2 Rodina včera a dnes

Po staletí tvořila rodina základní jednotku společnosti. Zajišťovala stoupající počet obyvatelstva, vychovávala nové občany, vyráběla, spotřebovávala, držela majetek, poskytovala vzájemnou pomoc svým členům a jejich ochranu navenek. Rodina byla jádrem domácnosti, jež plnila podobné funkce. Domácnost byla definována jako skupina osob, které bydlely společně, zpravidla měly k sobě příbuzenský vztah, žily z výnosu společného hospodářství a skupina byla společně odpovědná vůči daňovým úřadům. Na venkově se existence domácnosti úzce vázala na vlastnictví či držení domu. Ve velkých městech nebylo toto nezbytné, nicméně silná vazba mezi domem domácností byla též patrná (11).

Novověká industrializace přenesla pracovní místo ženy z rodiny do továrny, muž tak přestal být jediným živitelem rodiny, zavedení povinné školní docházky odvedlo děti na větší část dne z domu. Ve veřejném sektoru tak začal proces stírání rozdílů mezi muži a ženami. Moderní doba lidi osvobodila od zažitých interpersonálních vztahů uvnitř společenské vrstvy, nejsou už poddanými vrchnosti a církve. Výchovnou funkci si rodina udržela jen vůči nejmenším dětem, v té se zdá nezastupitelná (23).

1.2.1 Tradiční rodina

V minulosti, a to především na venkově, nebylo zvláštní soužití tří generací. Prarodiče, rodiče a děti měli stejnou adresu a základem jejich vztahu byl kooperativní systém společné a společenské produkce. Je samozřejmé, že rodina byla víc než jen spojení služby. Jednalo se spíše o tzv. mezigenerační výměnnou službu, která se přímo týkala i péče o stárnoucí členy rodiny (7).

Matka hospodyně, která všechno zvládá, se v každé domácnosti těší obrovské vážnosti (28).

Trojgenerační rodinu udržoval na místě tlak existence a silná vazba k půdě jako ke zdroji obživy. V rámci takto rozdělené společnosti měli k sobě členové rodiny vztah, který rozvíjeli a dovršovali citově. Ekonomická stránka rodiny však často bránila oběma závislým stranám, tj. dětem a seniorům, zajistit vše potřebné. Existovala tedy jakási dohoda o výměnku, kterou se staří rodiče jistili pro případ nemoci a nemohoucnosti. Do jejich života na výměnku však zasahovali také zeťové a snachy, kteří příliš nesdíleli ani úctu, ani lásku ke starému tchánovi či tchýni. Dcera či syn se tak ocitali mezi dvěma mlýnskými koly. Skutečnost byla taková, že někdy chtěli naplnit smlouvu do puntíku, ale nemohli kvůli zlovůli partnerů či neúrodě, někdy jednoduše nechtěli (7)

Jedním z kladů bydlení na výměnku byla skutečnost, že ačkoli staří rodiče bydleli odděleně, přece jen žili v blízkém kontaktu se svými dětmi. Propojení generací tak mělo svůj konkrétní obsah. Děti přejímaly od svých rodičů chování i jednání vůči

prarodičům. Nenásilně se učily, jak pečovat o staré v dobrém i zlém. Z našeho dnešního pohledu tak byla péče mnohem jednodušší, protože mezi příbuznými nestála bariéra mnohdy značných územních vzdáleností (7).

1.2.2 Rodina po roce 1989

Rodinu 20. a 21. století poznamenávají především 4 základní skutečnosti. Je to: snížení stability manželství, menší počet dětí v rodině, zánik vícegeneračního soužití a snížení úmrtnosti a prodloužení věku. Příčinami vysoké rozvodovosti jsou sílící tendence k prosazení subjektivních zájmů partnerů, potřeba seberealizace mimo rodinu, snížení tolerance a méně času na potřeby dětí. Péče o děti dříve vedla rodiče k větší zodpovědnosti, dnes se dostala na žebříčku životních hodnot až za faktory osobního rozvoje (11).

Totalitní režimy si rodiny nevážily a komunisté ještě méně, viděli v ní podněcovatele a přenašeče nerovnosti, rodinu nahrazovaly Strana a Vlast. Režimy sice podporovaly porodnost, ale obávaly se rezistence rodinné buňky. Manželé si už vzájemně nepatřili, děti nemusely poslouchat rodiče, syn dokonce měl udat vlastního otce, každý člen rodiny byl začleněn do nějaké masové organizace (28).

Tradiční a osvědčený model péče není možné vždy realizovat vinou různých okolností. Politické změny, které přinesl rok 1989, se odrazily i v rodinném životě (17). Sílí tendence k oddělení života jednotlivých generací. Respektují se tím sice různé zájmy a potřeby rozdílných věkových skupin, avšak zároveň se tím přetrhávají nutné sociální kontakty. Generace rodičů a prarodičů stále častěji žije samostatně, ale i osamoceně (11).

Přichází tzv. odklon od rodiny a je kladen důraz na větší individualitu každého člena. Mladé rodiny žijí častěji samy než se svými rodiči. Oba partneři většinou pracují a moderní styl bydlení dvougenerační domácnosti také příliš nepřeje (17).

Rodina jako taková neprochází destrukcí, nezaniká, ale její funkce se transformují. Zřizování institucí, které rodinám pomáhají nepřehlednou situaci mapovat a hledat společně s rodinami originální řešení poradenskou a terapeutickou činností, má bezprostřední vliv na to, které rody budou žít a které vymřou, jak kvalitní budou další generace. (30)

Zatím nejsou známky toho, že by se tyto trendy změnily či zastavily, avšak situace rodiny není zcela beznadějná (11).

1.3 *Institucionální péče*

1.3.1 *Péče o staré v historii*

Péče o staré lidi, děti, postižené duševně nemocné nebo sociálně potřebné a její možnosti se v průběhu času měnily. Úroveň poskytované péče vypovídá o kultuře dané společnosti. V dobách míru a rozvoje se péče o staré občany rozvíjela daleko více než v době válečné nebo během ekonomických a kulturních krizí. Na druhé straně se objevily první projevy lidské ušlechtilosti a obětavosti. Důkazem toho byl například vznik rytířských řádů (tzv. špitálních) ve středověku, jejichž cílem bylo doprovázení poutníků do Svaté země a ošetřování raněných a nemocných v dobách válek. Tato obětavost se pak projevovala i ve vztahu k opuštěným a starým lidem. (17)

V minulosti připadala starost o staré a nemohoucí zejména rodině, mnohdy pomohli bohatí a vlivní lidé, často tento úkol převzala církev. Posléze se začíná z iniciativy bohatých lidí rozvíjet charitativní pomoc a péče. V dobách raného středověku vznikaly první církevní instituce zabývající se pomocí starým lidem

a chudým. Postupně byly zakládány chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy, které se v průběhu let změnilly na domovy důchodců známého typu. Jejich organizaci a vedení zajišťovaly většinou kláštery a později městské a obecní rady. Tato zařízení měla především azylovou funkci pro nemajetné, chudé a staré lidi. (7)

Již ve 14. a 15. století vznikaly na území pozdější Jugoslávie takzvané domovy pro staré lidi a v Nizozemí typické hofjes s malými pokojíčky pro staré lidi. V Anglii vychází v roce 1504 snad vůbec první zákon, který se snažil řešit problémy starých lidí jejich specifickou ochranou. Následně pak bylo vydáno první chudinské právo, kterým bylo ustanoveno vybírání povinného poplatku na podporu starých lidí. (8)

Podobným vývojem prošel systém péče o seniory i v dalších zemích Evropy. Kromě chudobinců a starobinců vznikaly pro dobře situované občany „penziony pro dámy a pány“ a jejich různé obdoby. To byla předzvěst systematické péče o seniory, která se začala intenzivně rozvíjet zejména po 2. světové válce, kdy začaly vznikat systémy sociální péče a v jejich rámci domovy důchodců a další typy specializované ústavní péče. (17)

Obdobně se vyvíjela péče o staré lidi i u nás. Přibližně ve 12. století byly zakládány špitály provozované církevními řády. Měly spíše funkci sociální než léčebnou, byly prvními zařízeními pro dlouhodobý nebo trvalý pobyt starých lidí. Poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek chudým a starým lidem. Bohatí senioři byli léčeni doma nebo v klášterních nemocnicích. V 15. a 16. století vznikaly na území Prahy obecní ústavy pro zchudlé a staré občany. Od 17. století byly na našem území zakládány klasické nemocnice. S rozvojem medicíny v nich začala převládat léčebná složka, ztrácel se postupně jejich azylový charakter a staří lidé pak byli po staletí umisťováni do starobinců a chudobinců. (7)

Za vlády Josefa II. se na základě farní chudinské ústavy začala také v Čechách rozvíjet cílená péče o staré. Podle tzv. domovského práva z roku 1863 byla domovská obec povinna se postarat o své chudé, handicapované a staré a poskytnout jim

potřebnou výživu a pomoc v nemoci. Toto právo se posléze stalo základem novodobého systému sociální péče. Na úrovni státu, měst a obcí byly provozovány a budovány nemocnice, chudobince, pastoušky a starobince pro chudé. Péče v nich byla na nízké úrovni, poskytovaly ji zpravidla neškolené řádové sestry bez odborné přípravy a vzdělání. (17)

Velký rozvoj nastal během první republiky, kdy byla ustanovena správa sociální péče, která spadala pod ministerstvo sociálních věcí. Vznikala nová zařízení pro staré lidi. Kromě státu začaly poskytovat péči a pomoc starým lidem i různé dobročinné organizace a církve, například Charita, Diakonie, České srdce, Československý červený kříž. Péče o staré lidi se následně rozdělila na péči sociální a zdravotní. (17)

V roce 1929 založil v Praze R. Eiselt první specializovanou instituci pro seniory na světě – Klinika nemocí stáří. (17)

Po druhé světové válce došlo v rozvoji ústavní péče k zaměření na materiální a sociální zabezpečení. Po roce 1954 jsou stávající „domy odpočinku“ přeměněny na domovy důchodců. Od poloviny 20. století docházelo také k rozvoji pečovatelských služeb pro osamělé seniory. V 70. letech se začaly budovat první domy s pečovatelskou službou, kde byli ubytováni senioři ze vzdálených a špatně dostupných míst. Vznikají také léčebny dlouhodobě nemocných, kam jsou umísťováni především nemocní staří lidé. Od osmdesátých let fungují specializovaná geriatrická oddělení a ordinace. Se změnou politické situace po roce 1989 a vlivem především církevních subjektů vznikly v České republice nové instituce a služby pro seniory, v roce 1990 domácí ošetrovatelská péče a v roce 1995 byl otevřen první hospic . (17)

1.3.2 Služby pro seniory

Odlehčovací služby

To jsou ambulantní nebo pobytové služby, které jsou poskytovány osobám se zdravotním postižením a seniorům, o které jinak pečuje osoba blízká v jejich přirozeném prostředí. (26) Cílem této služby je nejen umožnit odpočinek pečující osobě, ale také její vlastní vyšetření či vyřízení jejích osobních záležitostí. Přejížděná péče o seniora je možná v sociálním nebo zdravotním zařízení či přímo doma. (29) Služba se týká pomoci při péči o vlastní osobu a při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoci při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, volnočasových aktivit a pomoci při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. (26)

Stacionáře denní a týdenní

Denní a týdenní stacionáře poskytují služby ve specializovaném zařízení seniorům a osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. (26) Stacionární péče zahrnuje komplexní péči o klienta buď denní, nebo celotýdenní. Klienty stacionáře tvoří senioři a zdravotně postižení. Podmínkou pro přijetí je posouzení zdravotního stavu a vhodnosti umístění v tomto zařízení lékařem. Pobyt ve stacionáři je hrazen klientem dle ceníku služeb. Prostředí stacionářů je stylizováno jako rodinné, aby se klienti cítili bezpečně a příjemně. Tým pracovníků se stará o naplňování individuálních potřeb každého z nich. Denní režim stacionářů je zaměřen na aktivizaci klientů, kondiční i speciální rehabilitaci, ergo-, muziko- či aromaterapii, trénink paměti apod. Kvalitní nutriční výživa podporuje zlepšení celkové kondice klientů. Smyslem péče stacionářů je přispět klientům, kteří nemohou být ve vlastním domácím prostředí, k navození pocitu tělesné, duševní i duchovní pohody a oddálit co nejvíce ústavní péči. Důkazem obětavé a kvalitní péče o klienty stacionářů je fakt, že jejich často vážný zdravotní stav se daří nadlouho stabilizovat (27)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (domovy potřebných).(26)

Domovy jsou zpravidla zřizovány státem, jsou rozděleny z hlediska věku, potřeby péče nebo podpory a zdravotního postižení. Klienti obvykle nemívají dostatečný prostor pro soukromí, identitu či bezproblémový výkon svých práv, protože se jedná o kolektivní zařízení, které funguje na základě příslušného organizačního řádu. Cílovou skupinu tvoří osoby, které ze zdravotních důvodů nejsou schopny se o sebe starat ve svém přirozeném prostředí, a jejich situaci nemůže řešit rodina ani s využitím terénních sociálních služeb. (20)

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. (26)

Jde o časově neomezenou službu, jejímž cílem je zajistit pro klienta adekvátní podporu tak, aby mohl udržet nebo zlepšit svoje dovednosti, sebedůvěru a možnosti svého zdravotního stavu potřebné k udržení nebo snížení míry závislosti pro život v běžném prostředí a důstojné prožití zbývajících etap života. (5)

Hospice a hospicová péče

Hospicová péče je zvláštním typem zdravotnické péče. Nejde o uzdravování či prodlužování života nemocného, ale o tzv. paliativní péči, o zkvalitnění života

umírajícího. Péče může být poskytována doma rodinnými příslušníky, nebo pokud je péče natolik náročná, že umírající trpí nesnesitelnými bolestmi, je lepší alternativou hospic. Umisťují se sem lidé, u kterých je předpokládaná doba dožití kratší než 6 měsíců, a kteří jsou schopni podepsat informovaný souhlas s umístěním v hospici. (10)

1.4 Domácí péče

V dnešní době se člověku díky pokroku v buněčné biologii naskytá naděje působit proti chemickým procesům stárnutí a prodloužit délku lidského života. Smrt se tedy nejeví jako přirozený opak k živému, ale jako organická chyba, které by bylo možné se vyhnout, nebo ji aspoň na dlouhou dobu odsunout. Lidstvo tak stojí před otázkou, do jaké míry je toto prodloužení žádoucí. Výsledkem je klesající počet mladých lidí ve stále stárnoucím obyvatelstvu. Musíme umírat, protože se rodíme, tak to bylo vždy zařízeno. (18)

Každá lidská bytost je jedinečná a neopakovatelná, před Bohem každý člověk stojí jako originál. Jeho osobní důstojnost je potvrzena nejen ve vztahu k jeho Stvořiteli, ale i právní formou, proto má být respektována a uznávána ostatními lidmi. Vědomí vlastní důstojnosti a hodnoty je onou vlastností, která ostatním lidem zakazuje, aby člověka zneužívali, manipulovali s ním, nebo jej ponižovali. (2)

Člověk se sice rodí jako jednotlivec, ale prakticky vždy jako člen malé skupiny – rodiny. (21) Lidský život bez komunikace a vztahu je nemyslitelný. Od malička je člověk odkázán nejen na pomoc, ale i na společenství jiných lidí. K plnému rozvoji dochází teprve prostřednictvím kreativity, činnosti, kdy se realizuje interakce s druhými lidmi a jeho okolím. (2) Toto společenství lidí spjatých spolu určitým způsobem vytváří sociální síť. Takovou sítí může být nejen rodina, třída, pracovní kolektiv či sportovní tým, ale i společenství sousedů nebo členů zájmové skupiny. (21)

S věkem však roste pravděpodobnost, že nejstarší rodinní příslušníci budou kvůli svým zdravotním potížím potřebovat pomoc svého okolí. Senior, který žije ve své rodině, se postupem času dostane do situace, kdy nebude oporou svým blízkým, ale stane se z něj příjemce pomoci. Na základě zkušeností a poznatků z minulosti, je optimální způsobem péče možnost seniora zůstat co nejdéle v přirozeném domácím prostředí za podpory a péče vlastní rodiny. Rodinné zázemí je ve stáří základní sociální jistotou a hlavním zdrojem očekávané pomoci. (17) Ve stáří se mimo tělesných změn objevují i změny psychické. Starý člověk více zapomíná, méně si pamatuje nové informace, ale dobře si vybavuje dávné vzpomínky, je konzervativnější, více pesimistický, bývá plačtivější a úzkostlivější. Pečující si musí uvědomit, že starého člověka nepřevychová, ale že je to on, kdo se musí přizpůsobit. (10)

Na pocit spokojenosti ve stáří pozitivně působí manželské soužití, protože manželé vůči sobě vystupují coby potencionální pečovatelé. Radikální změna nastává při ovdovění, velkou roli pak hraje kvalita sociálních vazeb a schopnost jedince navazovat nové vztahy. (17)

Všeobecně se říká, že láska kvete v každém věku, ale když vzplane u konkrétního důchodce, zavládne v rodině pohoršení a skandál. Ne vždy se ovdovělá babička či dědeček setkají s pochopením, když chtějí vstoupit do nového sňatku. Tolerance mladší generace k právu stárnoucích lidí na vlastní soukromí a uspořádání intimity života je relativně nízká, ačkoli nový svazek může být pro dospělé děti „výhodný“, nový partner totiž rád a ochotně přejímá některé funkce starání se. (7)

Potřebují-li staří rodiče pomoc jen ve výjimečných situacích, střední generace je zvládá bravurně: mladí příležitostně vymalují nebo pořádně uklidí, na podzim pomohou zrýt zahradu. Také pomoc při nemoci časově ohraničeného charakteru nebývá problematická. Jenomže čas plyne dál a přináší s sebou obtíže stáří.(7)

S přibývajícím věkem a nemocemi potřebují mnozí senioři stále náročnější péči, na kterou už rodina nestačí. Rodinná a sousedská péče u nás pokrývá asi 70-80% potřeb zdravých a nemocných seniorů.(17)

Chce-li se rodina vážně a odpovědně starat, musí pro tuto péči vytvořit předpoklady. Něco zvládne sama, někde jí musí výrazně pomoci společnost. Ústavní péče však zůstane pouze významnou součástí péče o staré osoby a je nutný opakovaný důraz na slovo „součástí“. Mnozí mladí lidé si myslí, že ústavní péče je nejlepším řešením. Nemůže tomu tak být, z důvodů sociálních, ekonomických i psychických je nutné znovu a výrazně zapojit rodinu i širokou veřejnost do péče o seniory.(7)

1.4.1 Chtít, umět, moci

Rodina musí chtít, umět a mít možnost se o seniora starat. Občasná péče o starého člověka obvykle nepůsobí rodinným příslušníkům problémy.(17) V dnešní době je zřejmě nejdůležitější osvětlit pojem **moci**, který vyjadřuje jak podmínky dané charakterovými vlastnostmi člověka, tak i podmínky sociálního prostředí, v němž člověk žije. Tyto jsou určovány společenským řádem, existencí a dodržováním zákonů, stylem výchovy a i vlivem veřejného mínění. (15) Důležité jsou bytové podmínky. Starý člověk potřebuje mít „hájené území“ jako kdokoli jiný, a pokud o něj rodina nemůže pečovat v jeho přirozeném prostředí, bylo by dobré, aby si vzal z domova nějaké věci, na které byl zvyklý. (22)

Hned za moci stojí **chtít**. (22) Těch, kteří chtějí pomoci, je většina. Ale je dobré vědět, jak se taková péče provádí a provádět má. (7) Sloveso chtít skrývá citový aspekt, který je starými velmi ceněn. Každého jistě potěší, že ačkoli nemocen a slabý, ačkoli na konci cesty a vysílen, bez slávy a peněz, zůstává milován svými nejbližšími. (22)

A nakonec ono **umět**. Nebylo by prospěšné, kdyby se do pečování vrhal někdo, kdo nezvládá základní ošetrovatelské a pečovatelské taktiky a praktiky. Existují ošetrovatelské kursy i programy, zájemce může prakticky zaučit i některá ochotná a šikovná sestra z agentury domácí péče. (22) Vlastní technice starání se je možné se naučit, budou – li naplněny kategorie chtít a moci. (7)

1.4.2 Trend 4D

Je nezbytné, aby existovaly domovy pro seniory a specializovaná zdravotnická zařízení pro staré občany, a musí jich být dostatek, aby byla pokryta odůvodněná potřeba. Celkovou péči o staré lidi však nelze spatřovat primárně, nebo pouze na lůžku, ale především mimo něj. Řada států poučena chybami předchozích let rozvíjí programy, jejichž společným cílem je co nejvíce minimalizovat počet starých lidí v institucích. Vždyť i oni patří do společnosti a ne na postel mimo veškeré dění. To, že je někdo starý, neznamená, že musí navždy zůstat v ústavní péči.(7)

Autorka zpracovává program „4D“, který podporuje programy „patient out“, obecněji řečeno starý člověk „ven“, ven z instituce. (22)

Demedicinace

Stáří není choroba a jeho potíže nejsou záležitostí jediného medicínského oboru – geriatricie. (14) Pojem vychází z toho, že stáří je označením věku a ne choroba, a proto není na místě, usilovat o to, aby všichni staří skončili v institucích, ačkoliv v tomto životním období dochází k větší morbiditě. (22)

Deinstitucionalizace

Výrazné omezení trvalé a dlouhodobé ústavní péče, rozvinutí péče terénní a ambulantní. (14) Je jednou z předních snah programů na posilování primární péče. Primární péče je nepřetržitě dostupná a úzce navazuje na ostatní složky zdravotnického systému i další potřebné služby mimo zdravotnický resort. Její všestranná dostupnost by určitě napomohla tomu, aby i závislí staří lidé mohli setrvat v přirozeném prostředí, tedy v rodině. (22)

Deprofesionalizace

Nenechat péči o staré lidi na zdravotnících a sociálních pracovnících – zainteresovat charitativní spolky. Klient si určuje, co potřebuje. (19) Profesionály nelze z péče zcela vyloučit, ale je třeba zapojit i laiky z řad příbuzných, sousedů, dobrovolných pečovatelů a společníků. (22)

Desektorializace

Odstranění bariér mezi sférou zdravotní a sociální. (14) Toto „D“ je jednou z fází procesu, který ústí do cílové podoby primární péče. (22)

1.4.3 Bariéry v domácí péči

Nejčastějšími bariérami v péči o staré rodinné příslušníky jsou geografická vzdálenost bydliště, povinnosti ke členům vlastní rodiny, pracovní povinnosti, nekvalitní mezilidské vztahy rodičů a dospělých dětí a nedostatečné kompetence dětí potřebnou péči poskytnout.

Pozitivem rodinného pečování bývá posilování vzájemných vazeb, společné sdílení a pocit sounáležitosti. (17)

Jen málo lidí je připraveno převzít odpovědnost a úkoly související s péčí o starého člena rodiny. Aby se tento úkol stal snazším, je nutné mít životní plán, který jim pomůže stanovit, kam směřují a jak se k danému cíli dostanou. Ti, kdo pečují o jiné osoby, mohou tuto činnost vykonávat dobře jen tehdy, jestliže věnují pozornost a čas také svým osobním potřebám. Jinak řečeno, výsledek úspěchu pečování závisí na tom, jak se pečující stará sám o sebe. (29).

Ošetrování seniora zahrnující rodinu je založeno na emocionálních, sociálních a morálních aspektech. Vztah vzniklý v procesu rodinné péče spočívá v kodexu chování mezi pečovatelem a seniorem závislým na péči, kterou lze vymezit následujícími znaky:

- péče v rodině je zaměřena na ošetrovatelské potřeby někoho jiného
- péče je prováděna na základě vzájemnosti
- role jsou zaměnitelné
- vztah mezi pečovatelem a seniorem je osobní
- oba se snaží co nejvíce respektovat samostatnost druhého, protože ztráta osobní nezávislosti souvisí se ztrátou osobní důstojnosti
- cílem péče je poskytnutí jistoty a bezpečí

Pečování, pokud je dlouhodobé a k tomu fyzicky a psychicky náročné, představuje pro rodinného příslušníka v roli pečovatele vysokou zátěž. (17)

To posléze obvykle vede ke zhoršování vztahů v rodině, ke ztrátě přátel, omezuje to společenské vztahy, izoluje a často se také rozvinou zdravotní a ekonomické problémy pečovatele. (17) Rodina, která se hodlá zasvětit službě nemohoucímu příbuznému, by si měla zjistit, jaké jsou v blízkosti jejího bydliště dostupné pečovatelské služby, aby v případě potřeby mohla využít jejich nabídek. Jakákoli forma výpomoci při pečování vede k oddálení únavy a vyčerpání pečujícího a jeho rodiny.(22)

1.4.4 Jak nevyhořet

Každý pečující musí dbát o svůj životní styl, který zahrnuje dostatek spánku, pohybu, dobrou výživu. Kromě toho by měl pečovatel umět přijmout sám sebe a ctít svou autonomii, aby dokázal akceptovat druhé ještě před tím, než se rozhodně celodenně věnovat starému člověku. Měl by si ujasnit svůj postoj ke stáří a uvědomit svou úlohu. Pokud totiž po ztrátě prvotního nadšení dojde k nahromadění negativní energie, dostaví se citová vyprahlost, cynismus, únava. Ztráta smysluplnosti práce pak často vede k přeložení nesoběstačného starého člověka do institucionálního zařízení. A nemocný starý člověk není rozbitý automobil, který dáme do servisu, a za týden si ho

vyzvedneme kompletně opravený. Nesoběstačný senior zůstává lidskou bytostí a tento fakt nesmí být zpochybňován.(22)

Mnoho pečujících rodin střední generace už potřebuje a potřebovat bude sociálně zdravotní služby a morální, ekonomickou a legislativní podporu. Systém sociální péče by l u nás institucionalizován již v 18. století. (17)

Kdo hoří, může vyhořet. (22) Lidé, kteří mají silnou sociální oporu ve svém životě, mají relativně nejméně znaků psychického vyhoření. Syndromu vyhoření (tzv. burn – out syndrom) se lze bránit, nebo jej aspoň zvládat. Tady jsou drobné rady pro prevenci a zvládání. (21)

Humor

Ukazuje se, že lidé, kteří nemají smysl pro humor, případně humor ztratili, vyhořují podstatně rychleji než ti, kteří smysl pro humor mají a v praxi jej bohatě používají.

Dekomprese

„Komprese“ znamená stlačení. V Psychologii jde o radu, která bere ohled na tlak v situacích stresu. Dekomprese je tedy uvolnění napětí ve chvílích volna takovou činností, která dotyčného nechá zapomenout na vše ostatní.

Zájem o vlastní zdraví

U některých lidí panuje falešná představa, že pokud by si na chvíli odpočinuli, ostatní by si mysleli, že jsou líní. Nadějnější představa hovoří o tom, že je třeba se udržovat v „provozuschném stavu“ podobně jako auto. Je nutné shromažďovat energii aby člověk měl co vydávat v době, kdy to bude zapotřebí.

Relaxace

Relaxace charakterizuje stav, který je opačného druhu než napětí. Svalové napětí si dokážeme představit například stisknutím a povolením pěsti. Při povolení zažijeme onen pocit uvolnění. A to je podstatou relaxace. Relaxovat můžeme i na podstatně vyšší úrovni na kurzech relaxace v psychoterapeutických poradnách, na prázdninových kurzech nebo dovolené s výcvikem relaxace. Podstatné je, aby si člověk uvědomil, co mu relaxace přináší a nezůstal jen u teorie. (21)

1.4.5 Morálka a právo

Morálka hodnotí lidské chování z pohledu dobra a zla v porovnávání s lidským svědomím. (15)

Morálka má na rozdíl od etiky vždy konkrétního nositele, subjekt chování, který se na základě volby může rozhodnout pro ten který druh chování. Etika nerozhoduje za nikoho, ale nabízí návody k tomu, jak se chovat v etických problémových situacích a dilematech. (16)

Z morálky a etiky vyrostlo právo jako významný regulátor chování. Osamostatnilo se však jako atribut státu. (16)

1.5. Ekonomická stránka

Nový zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. (24)

Příspěvek na péči

Poskytuje se osobám starším jednoho roku věku závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Zákon rozeznává 4 stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od lehké až po úplnou závislost. Těmto stupňům následně odpovídá výše příspěvku v korunách. Příspěvek na péči se pro osobu, které náleží, nepovažuje za příjem.

Závislá osoba má možnost rozhodovat o způsobu zajištění pomoci. Příjemce příspěvku je povinen nahlásit do 15 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o přiznání příspěvku, jakým způsobem mu bude péče zajištěna, pokud tak již neučinil při podání žádosti. Příjemce dávky je povinen využívat příspěvek k zajištění potřebné pomoci odpovídající přiznanému stupni závislosti.

Pečující fyzické osobě pečující o závislou osobu ve II. až IV. stupni může být započtena tato doba péče jako náhradní doba pro účely důchodového zabezpečení. Potvrzení prokazující dobu péče pro účely zdravotního a důchodového pojištění vydá pečujícím osobám obecní úřad, který příspěvek poskytuje. Pečující osoba může být zaměstnaná, v evidenci úřadu práce, studovat, apod. Podstatné je jen zajištění potřeb pečované osoby. Od 1. ledna 2007 je stát plátcem zdravotního pojistného za osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II až IV a za osoby pečující o tyto osoby.

(13)

Výše příspěvku

Osobám starším 18 let náleží za kalendářní měsíc příspěvek ve výši:

2 000 Kč, jde – li o stupeň I (lehká závislost)

4 000 Kč, jde – li o stupeň II (středně těžká závislost)

8 000 Kč, jde – li o stupeň III (těžká závislost)

11 000 Kč, jde – li o stupeň IV (úplná závislost) **(31)**

Příspěvek na provoz motorového vozidla

Příspěvek na provoz motorového vozidla se poskytne osobě, která je držitelem motorového vozidla, jejíž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené osoby II. nebo III. stupně, a která používá toto motorové vozidlo pro svou pravidelnou dopravu.

Příspěvek se může poskytnout i osobě, která je sama zdravá, avšak používá motorové vozidlo pro dopravu manžela (manželky), dítěte nebo jiné blízké osoby, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené osoby II. nebo III. stupně. (9)

Příspěvek se poskytuje na období kalendářního roku. (31)

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek

Občanům těžce zdravotně postiženým lze poskytovat peněžité dávky na opatření pomůcek, které potřebují k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se však neposkytuje v případě, že potřebnou pomůcku propůjčuje, nebo plně hradí zdravotní pojišťovna.

Příspěvek na úpravu bytu

Příspěvek se poskytuje osobám s těžkými vadami nosného nebo pohybového aparátu omezujícími ve značném rozsahu jejich pohyblivost. Rozsah úprav se stanoví se zřetelem na závažnost a druh postižení. Výše příspěvku se určí podle příjmů a majetkových poměrů občana a jeho rodiny až do výše 70% prokázaných nákladů. Dávka je jednorázová.

Příspěvek na zvýšené životní náklady

Občanům používajícím trvale ortopedické, kompenzační či jiné pomůcky může pověřený obecní úřad poskytnout měsíčně příspěvek na zvýšené výdaje spojené s používáním těchto pomůcek a to až do výše 200 Kč.

Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže

Tento příspěvek se poskytuje občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí. Pověřený obecní úřad vyplácí opakující se peněžní příspěvek ve výši 400 Kč měsíčně. Za garáž může pověřený obecní úřad poskytnout příspěvek až do výše 200 Kč, také opakovaně v měsíčních dávkách. **(31)**

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jestli jsou lidé schopni rodinné péče z hlediska ekonomického, sociálního a morálního v závislosti na věku.

2.2 Hypotézy

Pro bakalářskou práci na téma „Etika odpovědnosti v rodinné péči“ byly zvoleny následující hypotézy:

Hypotéza č. 1: Ekonomická stránka života má negativní dopad na možnosti rodinné péče.

Hypotéza č. 2: Věková skupina 18 – 25 let má na rodinnou péči stejný názor jako generace ve věku 45 – 54 let.

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

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

3.1.1 Technika sekundární analýzy dat

Tato technika byla použita pro vypracování kapitoly 1, týkala se sběru dat z monografických tisků, z online zdrojů a bakalářských a diplomových prací vedených v evidenci knihovny Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Cenné informace a podněty jsem získala také na praxi v Domově pro seniory Radkova Lhota, okres Přerov.

3.1.2 Technika dotazníku

U kvantitativní metody bylo osobně a s pomocí personálu rozdáno celkem 60 dotazníků, protože přesně tolik zaměstnanců má Domov pro seniory Radkova Lhota, kde byl výzkum prováděn. Z rozdaných 60 dotazníků (100%) se ke zpracování vrátilo 42 (70%), z toho byl pro chybějící odpovědi 1 (2,4%) vyřazen a zbylých 41 (97,6%) bylo využito ke zpracování. Dotazníkové šetření trvalo od 28. 2. do 16. 3. 2007.

Dotazník byl sestaven z 10 otázek, kdy u každé otázky byla požadována pouze jedna odpověď.

Otázky 1, 2, 5 a 7 – 10 jsou otázkami uzavřenými, což znamená, že respondent se musí ztotožnit s některou z nabízených možností.

Otázky 3, 4, a 6 jsou otázkami polootevřenými, což znamená, že respondent si může vybrat z nabízených možností, nebo doplní vlastní odpověď.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

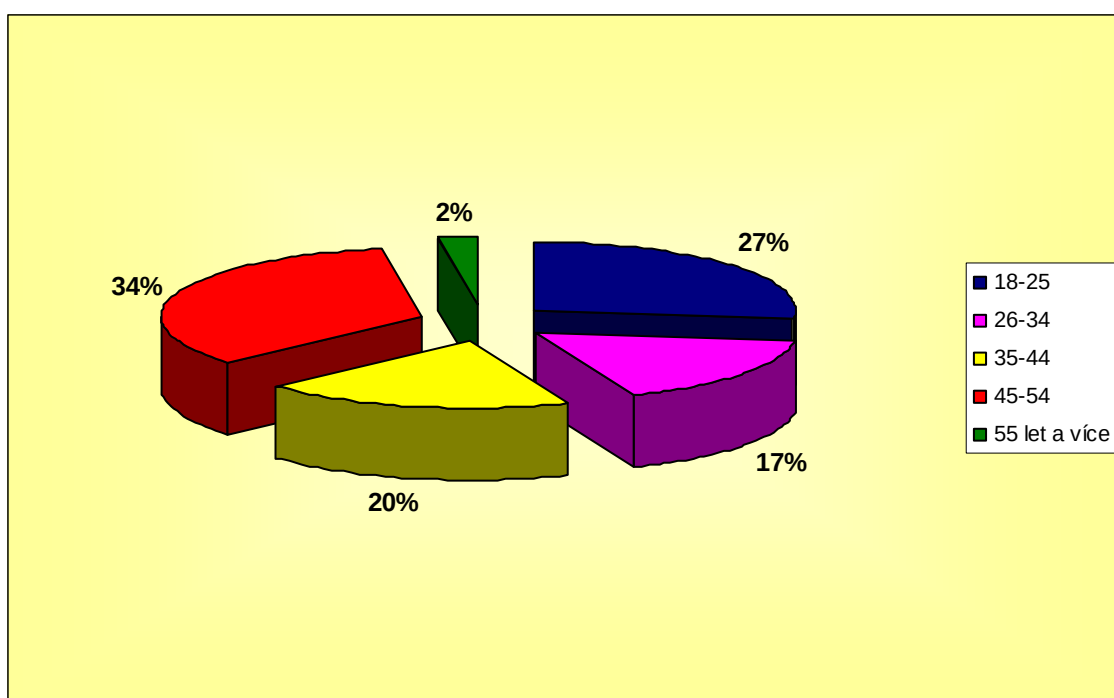
Výzkumný soubor tvořili všichni zaměstnanci příspěvkové organizace Domov pro seniory Radkova Lhota v okrese Přerov, kterých je celkem 60. Předpokladem je, že každý z nich má doma nebo v rodině člověka, o kterého se stará, nebo v budoucnosti bude muset postarat. V organizaci pracuje pouze 5 mužů, proto by otázka pohlaví nebyla účelná.

4. Výsledky

Dotazníkové šetření probíhalo od 28. 2. do 16. 3. 2007 mezi 60 zaměstnanci příspěvkové organizace Domov pro seniory Radkova Lhota.

Ze 60 dotazníků se ke zpracování vrátilo 42, což odpovídá 70%. Z nich musel být 1 dotazník pro neúplnost údajů vyřazen. Výsledky jsou tedy zpracovány z 41 dotazníků, které pro tento účel považují za 100%.

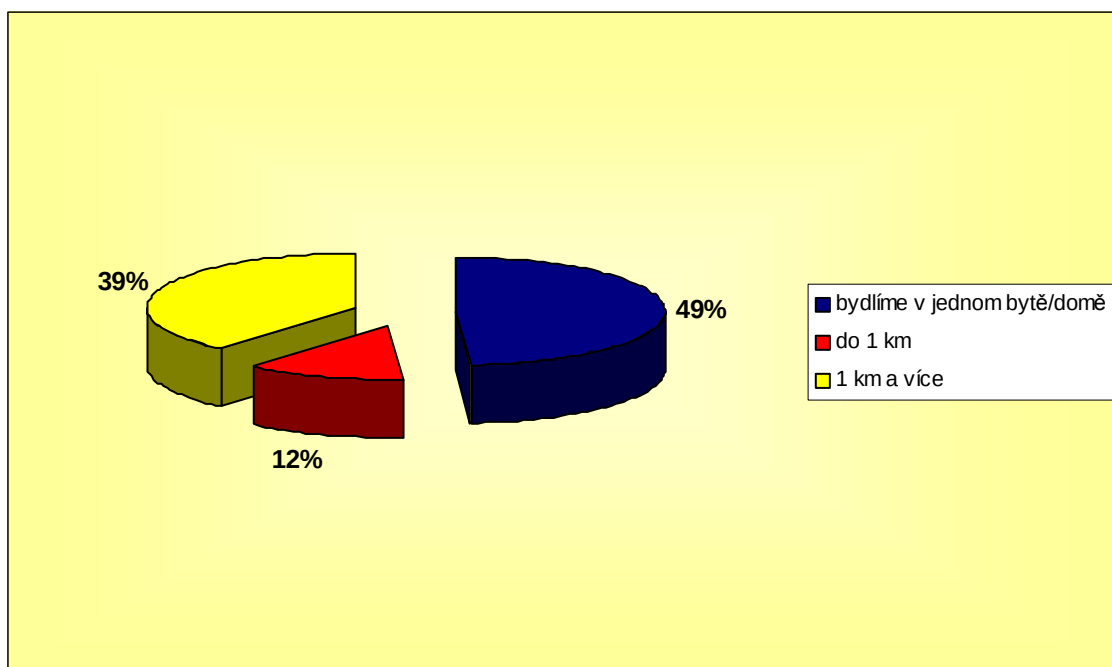
Graf č. 1: Kolik je Vám let?



Zdroj: Vlastní výzkum

Do věkové kategorie 18–25 let se zařadilo 11 respondentů (27%), do věkové kategorie 26–34 let se zařadilo 7 respondentů (17%), ve věku 35–44 let pracuje v organizaci 8 odpovídajících respondentů (20%), věkovou kategorii 45–54 let označilo 14 respondentů (34%) a 1 respondent (2%) se zařadil do kategorie 55 + (Graf 1).

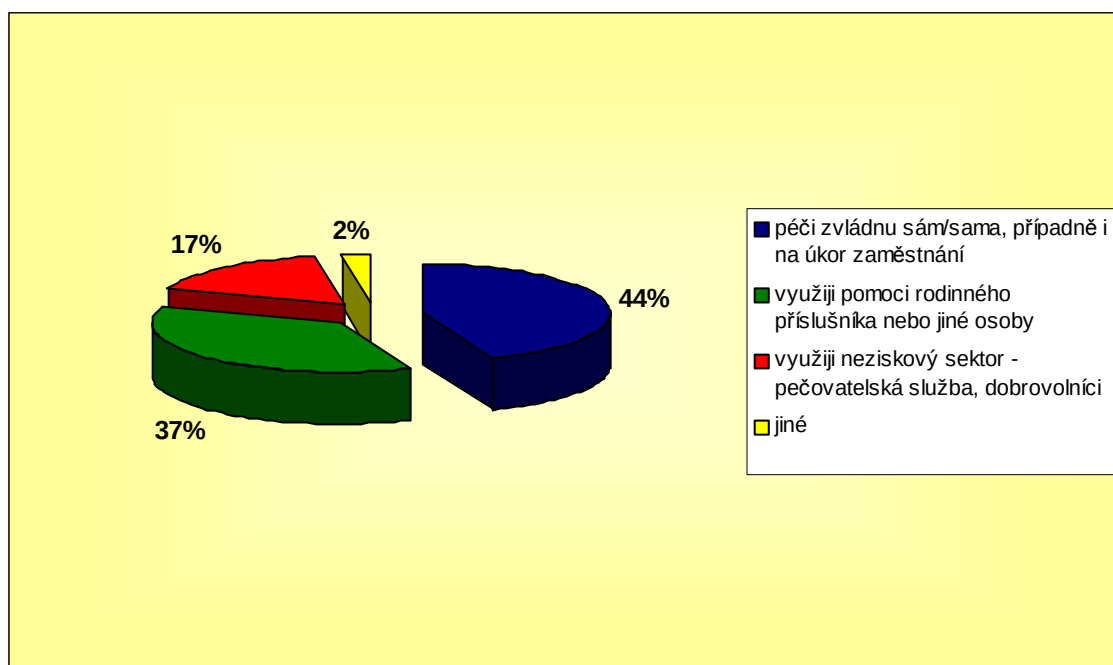
Graf č. 2: Jak daleko bydlíte od svého rodinného příslušníka – seniora?



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf uvádí, že 20 respondentů (49%) bydlí se svým seniorem ve společném domě, nebo bytě. 5 respondentů (12%) bydlí od seniora do 1 km a 16 respondentů (39%) uvedlo, že bydlí ve vzdálenosti od 1 km a více. (Graf 2).

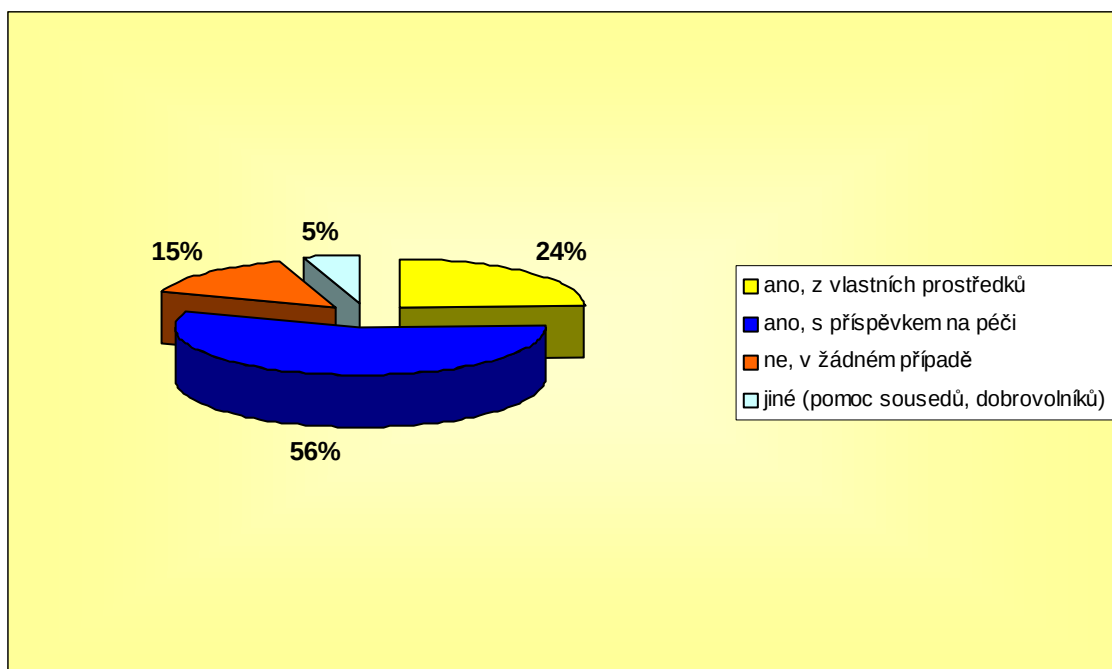
Graf č. 3: Jaký je váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho seniora?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku postoje k péči odpovědělo, 18 respondentů (44%), že péči zvládnou sami případně i na úkor zaměstnání, 15 respondentů (37%) by využilo pomoci rodinného příslušníka, nebo jiné osoby, 7 dotázaných (17%) využije služeb neziskového sektoru – pečovatelské služby, nebo dobrovolníků a 1 respondent (2%) zaškrtnul možnost Jiné. (Graf 3)

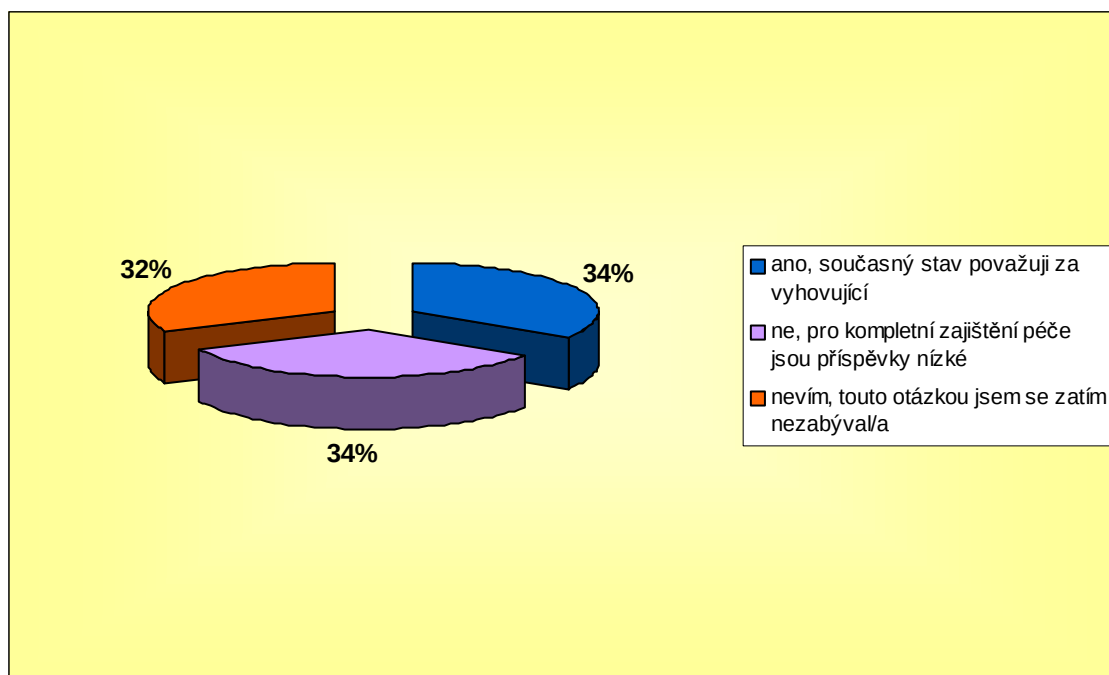
Graf č. 4: Jste z finančního hlediska schopni se o Vašeho seniora postarat doma?



Zdroj: Vlastní výzkum

10 respondentů (24%) odpovědělo, že je schopno se o seniora postarat z vlastních prostředků, 23 respondentů (56%) je schopno se o seniora postarat s příspěvkem na péči, 6 respondentů (15%) by se nemohlo postarat v žádném případě a možnost Jiné využili dva respondenti (5%). (Graf 4)

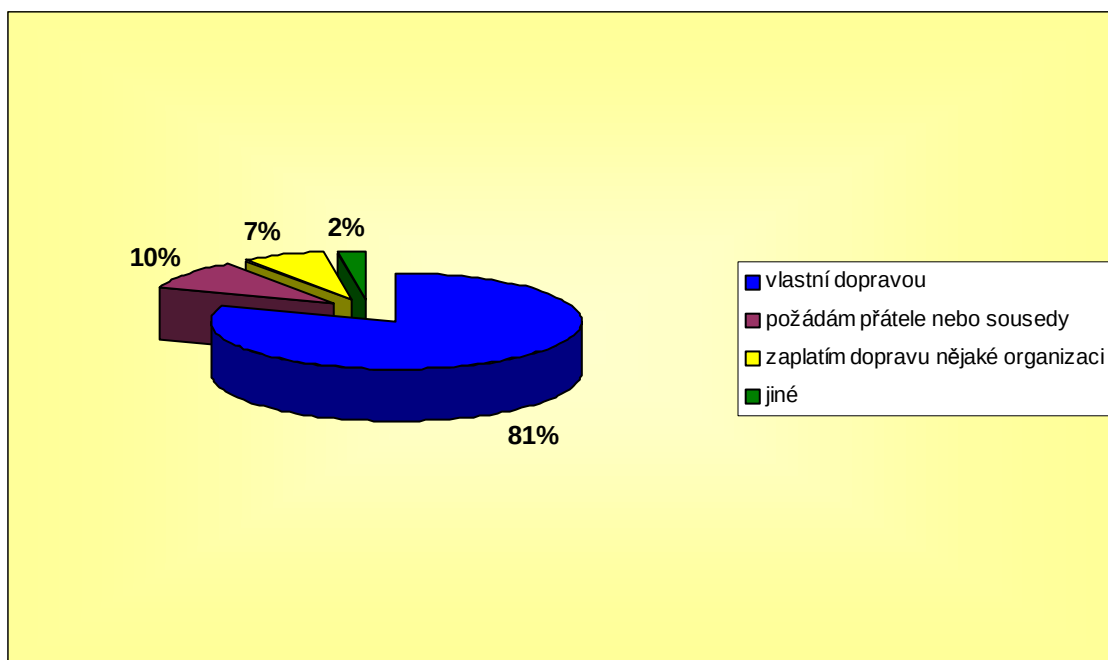
Graf č. 5: Myslíte si, že příspěvek na péči ve výši 2 tis., 4 tis. 8 tis. A 11 000 stačí na zajištění potřebné péče?



Zdroj: Vlastní výzkum

14 respondentů (34%) považuje výši příspěvku za vyhovující, 14 respondentů (34%) si myslí, že pro kompletní zajištění péče jsou příspěvky nízké a 13 respondentů (32%) se touto otázkou nezabývalo.

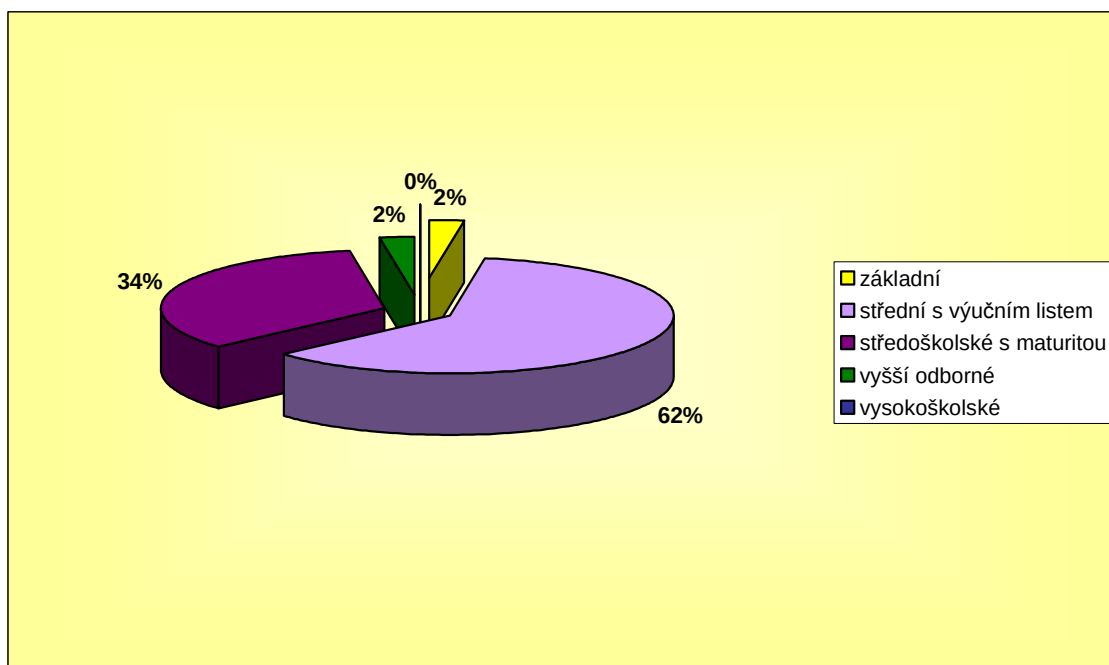
Graf č. 6: **Jak zajistíte svému seniorovi sociální kontakt? (návštěva lékaře, knihovny, kulturní akce pro seniory atd.)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Vlastní dopravou by sociální kontakt svému seniorovi zařídilo 33 respondentů (81%), 4 odpovídající (10%) by pořádali přátele nebo sousedy, 3 respondenti (7%) by zaplatili dopravu nějaké organizaci a 1 respondent (2%) využil možnosti Jiné. (Graf 6)

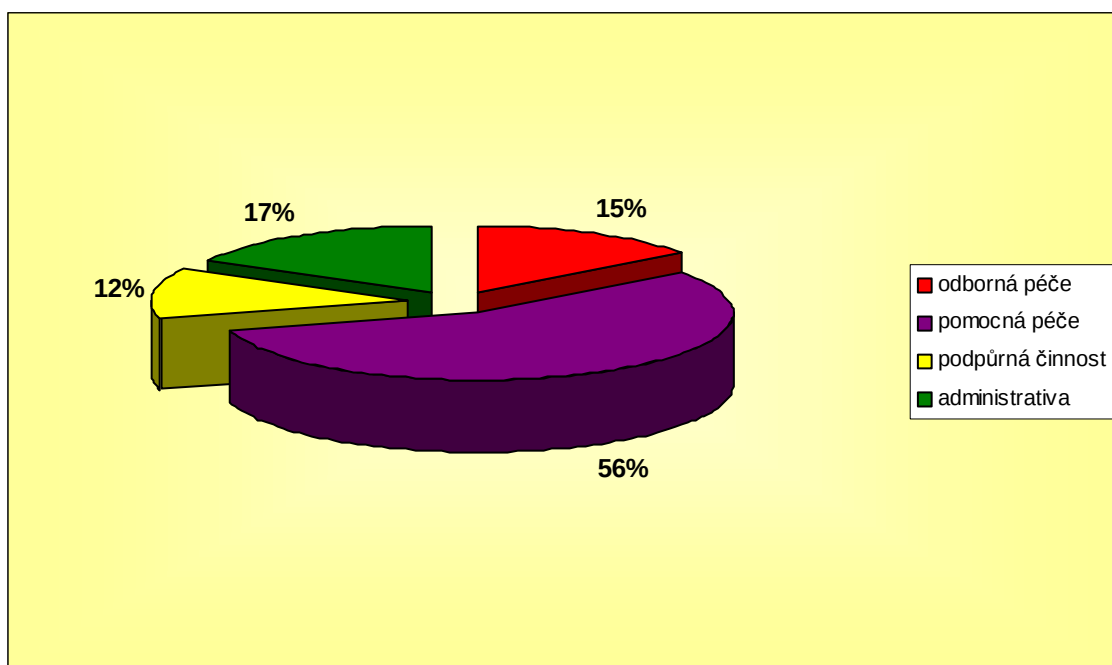
Graf č.7: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce vzdělání odpověděl 1 respondent (2%), že má základní vzdělání, 25 zaměstnanců (62%) má střední vzdělání s výučním listem, 14 respondentů (34%) uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou, 1 respondent (2%) má vzdělání vyšší odborné a žádný z respondentů (0%) nemá vysokoškolské vzdělání. (Graf 7)

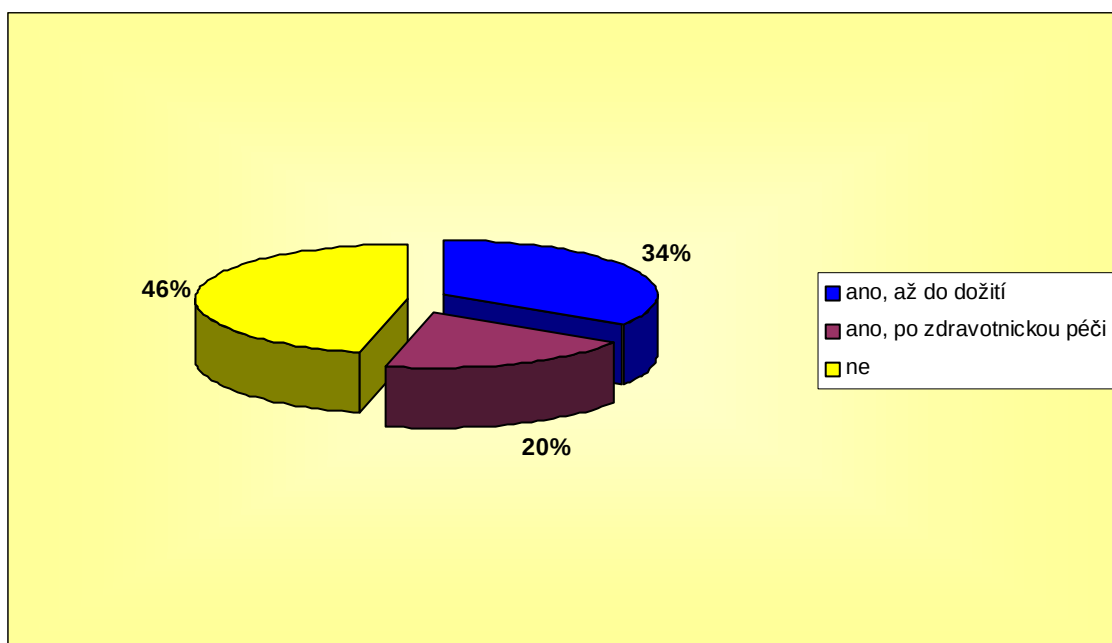
Graf č. 8: Jak se projevuje Vaše práce na provozu zařízení?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 8 vyplývá, že 6 respondentů (15%) poskytuje klientovi odbornou péči, 23 respondentů (56%) pracuje v pomocné péči o klienta, 5 respondentů (12%) se podílí na podpůrné činnosti a 7 respondentů (17%) pracuje v administrativě organizace. (Graf 8)

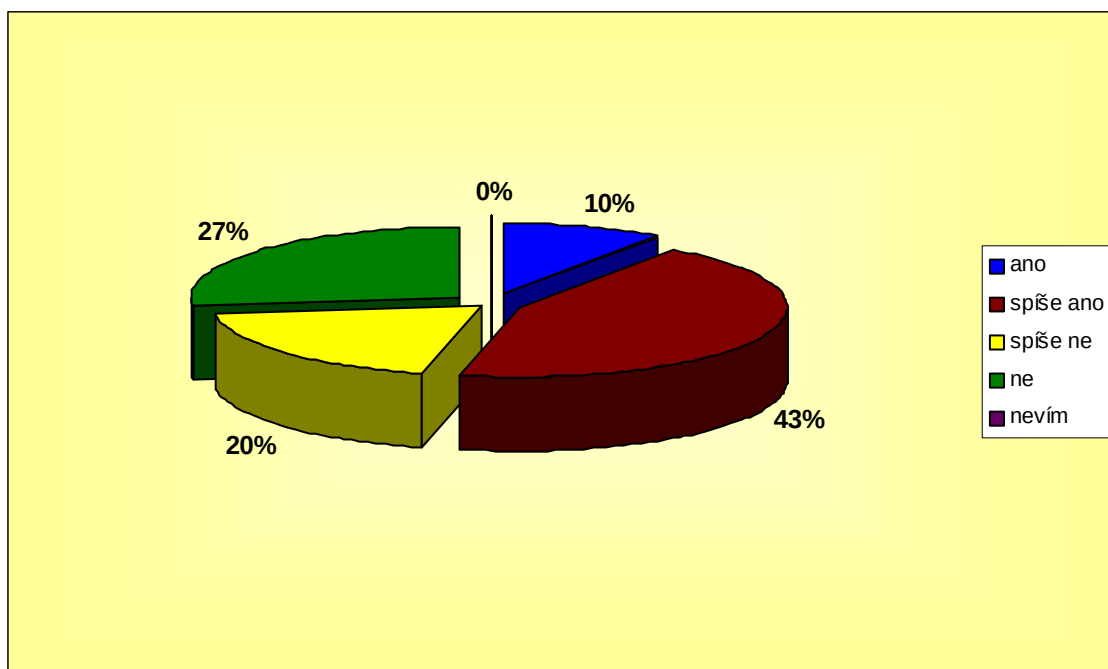
Graf č. 9: **Máte rodinnou zkušenost s péčí o seniora?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Zkušenost s péčí o seniora až po dožití má 14 respondentů (34%), péči až po nutný zdravotnický zásah zažilo 8 respondentů (20%) a bez zkušenosti s rodinnou péčí je 19 respondentů (46%). (Graf 9)

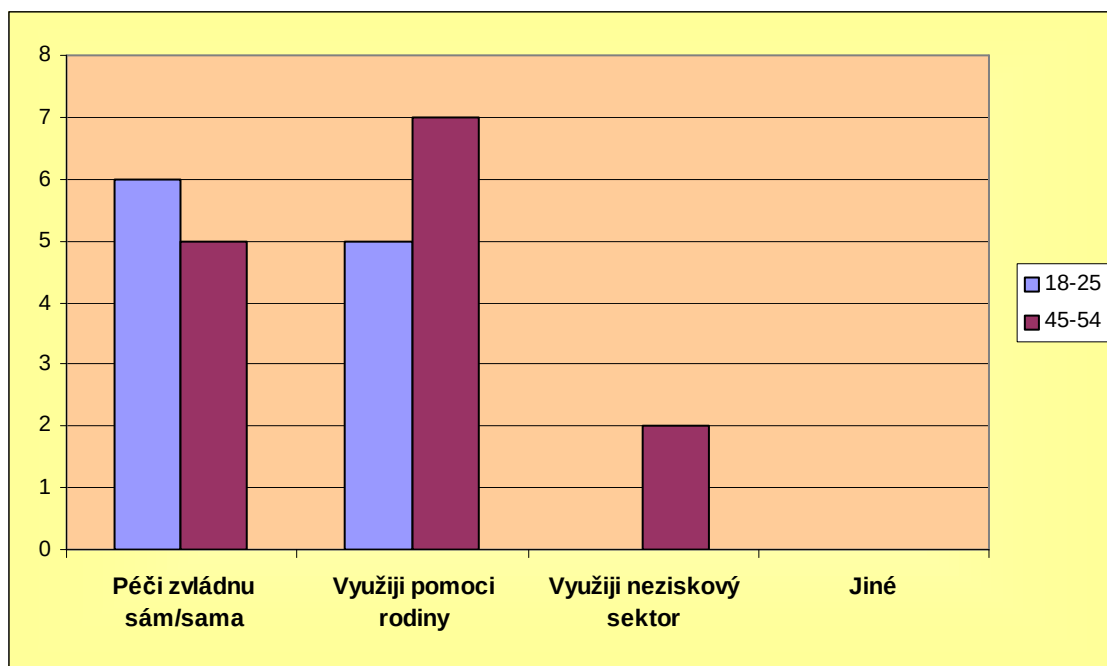
Graf č. 10: Myslíte si, že Vaše domácí zařízení by vyhovovalo rodinné péči o seniora?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na 10. otázku odpověděli ano 4 respondenti (10%), spíše ano 18 respondentů (43%), spíše ne 8 respondentů (20%), ne zaškrtnulo 11 respondentů (27%) a odpověď nevím nevyužil žádný respondent (0%). (Graf 10)

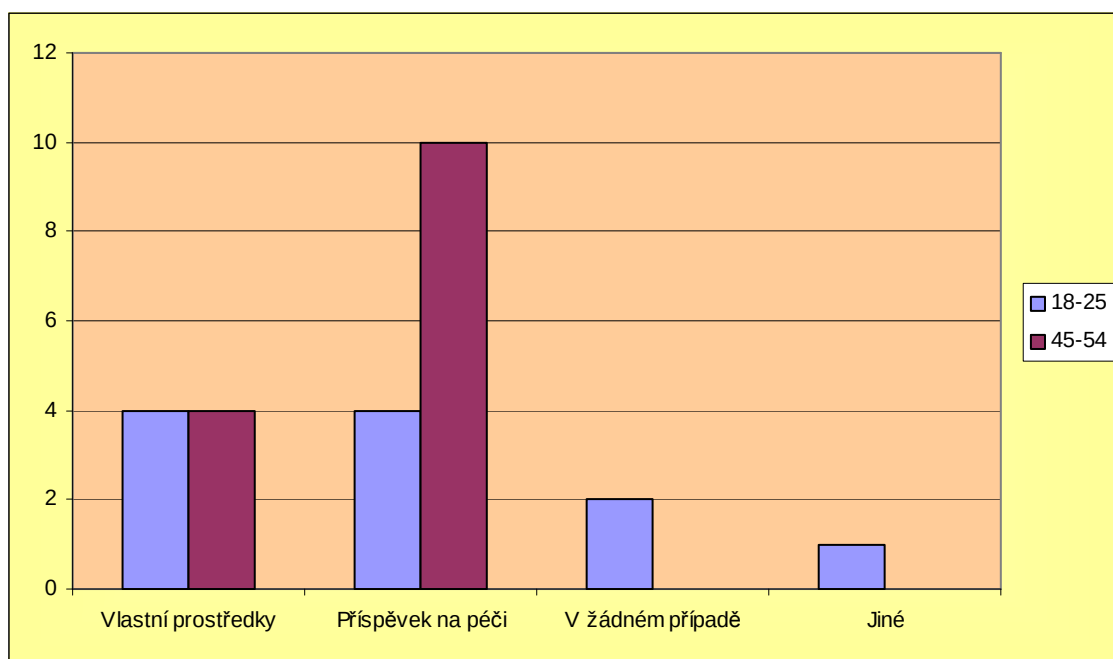
Graf č. 11: Srovnání otázky 3 – Jaký je Váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho seniora? - podle věkové kategorie 18 –25 let a 45 – 54 let.



Zdroj: Vlastní výzkum

V kategorii 18 – 25 let by péči i na úkor zaměstnání zvládlo 6 respondentů, 5 respondentů by využilo pomoci rodinného příslušníka, ostatní možnosti nevyužil z této kategorie žádný respondent. V kategorii 45 – 54 let by péči samostatně zvládlo 5 respondentů, 7 respondentů by využilo pomoci jiného rodinného příslušníka nebo jiné osoby a 2 respondenti by využili služeb neziskového sektoru. Ani v této kategorii možnost Jiné nevyužil žádný respondent. (Graf 11)

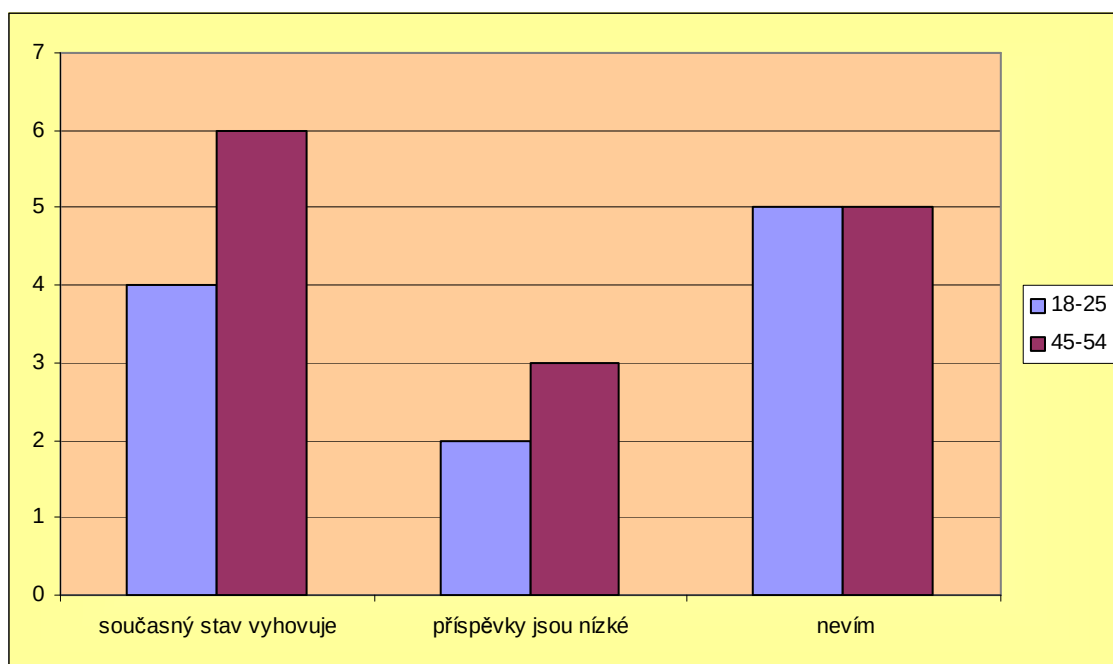
Graf č.12: Srovnání otázky 4 – Jste z finančního hlediska schopni se o Vašeho seniora postarat doma? – pro věkovou kategorii 18 – 25 let a 45 – 54 let



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve věkové kategorii 18 – 25 let shodně 4 respondenti uvedli, že by péči zvládli z vlastních prostředků a s příspěvkem na péči, 2 respondenti daného věku by se péči nezvládli v žádném případě a možnost Jiné využil 1 respondent. Ve věku 45 – 54 let by péči z vlastních prostředků zvládli 4 respondenti, s příspěvkem na péči 10 respondentů a ostatní možnosti nevyužil žádný respondent dané kategorie. (Graf 12)

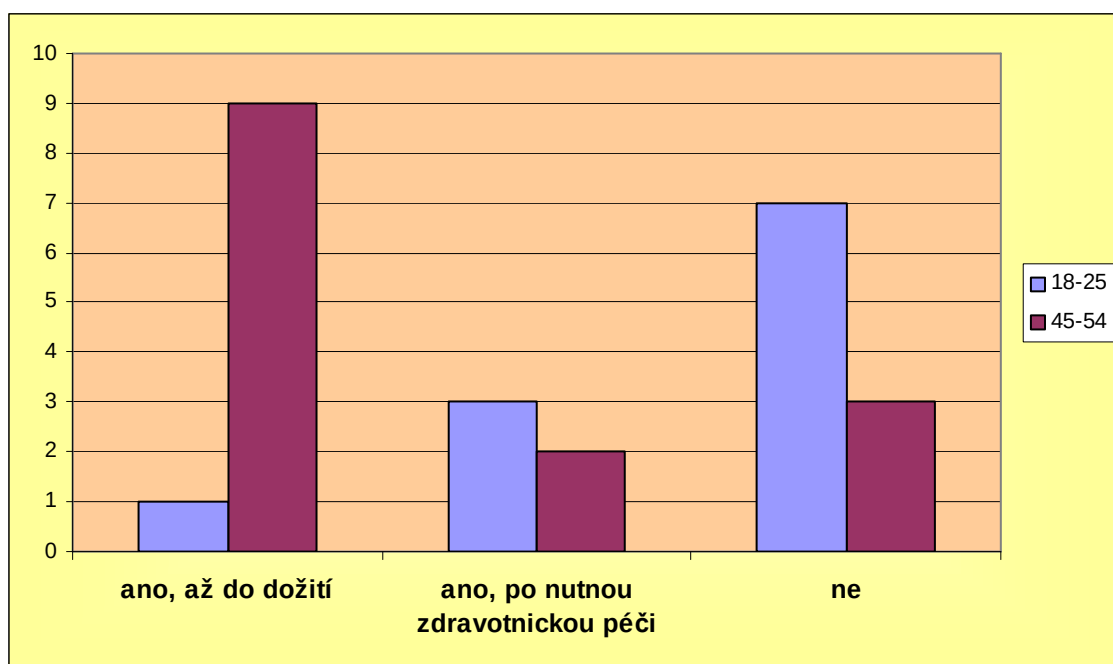
Graf č. 13: Srovnání otázky 5 – Myslíte si, že příspěvek na péči ve výši 2, 4, 8 a 11 000 Kč stačí na zajištění potřebné péče? – pro věk 18 – 25 let a 45 – 54 let.



Zdroj: Vlastní výzkum

Současnou výši příspěvků považují za vyhovující 4 respondenti ve věku 18 – 25 let a 6 respondentů ve věku 45 – 54 let. 2 respondenti ve věku 18 – 25 let a 3 respondenti ve věku 45 – 54 let si myslí, že příspěvky jsou nízké, a po 5 respondentech z obou kategorií se danou otázkou nezabývalo. (Graf 13)

Graf č. 14: Srovnání otázky 9 – Máte rodinnou zkušenost s péčí o seniora? – pro kategorii 18 – 25 let a 45 – 54 let.



Zdroj: Vlastní výzkum

S rodinnou péčí až do dožití se setkal pouze jeden respondent ve věku 18 – 25 a 9 respondentů ve věku 45 – 54 let. 3 respondenti ve věku 18 – 25 let a 2 ze skupiny 45 – 54 let zažili rodinnou péči po nutný zdravotnický zákrok, 7 respondentů z kategorie 18 – 25 a 3 z kategorie 45 – 54 let s rodinnou péčí vlastní zkušenost nemají.

5. Diskuse

Člověk chce odjakživa někam nebo k někomu patřit. Proto si hledá partnera a zakládá s ním rodinu. Na okřídleném úsloví „postav dům, zasad' strom, zplod' syna“ něco pravdy bude. Rodina potřebuje mít kde bydlet, aby mohla efektivně plnit své funkce. Strom značí, že rodina musí mít co jíst, a zplození syna zaručuje pokračování rodu. A také se rodiče narozením dítěte „pojišťují“, že se o ně někdo postará. Známe však případy už z dob výměnkářů, že zeťové a snachy nesdíleli ani úctu, ani lásku ke staré tchýni či tchánovi a dospělé dítě se tak ocitalo mezi dvěma mlýnskými koly. Skutečnost ukázala buď na neschopnost, nebo jednoduše nechut' se o starého rodiče postarat. Výhodou bydlení na výměnku však bylo nejen to, že jak uvádí literatura, děti přejímaly od svých rodičů chování a jednání vůči prarodičům, nenásilně se tak učily, jak pečovat o staré v dobrém i zlém.(7) Děti se také běžně setkávaly se smrtí, stala se pro ně přirozenou, i když bolestnou součástí života. V dnešní době je smrt tabuizována, lidé ve valné většině umírají v nemocnici, a když náhodou jsou doma, děti jsou z místnosti obvykle vykázaný. Ale proč? Copak se jich to netýká? Týká a tuto problematiku krásně zpracovala už Božena Němcová ve své knize Babička, jejíž filmová verze citlivě ukazuje mezigenerační vztahy až po konec života.

Cílem práce bylo zjistit, jestli a nakolik ekonomická stránka života omezuje možnosti rodinné péče o staré, nemocné a postižené občany. K dotazníkovému šetření byli záměrně zvoleni zaměstnanci Domova pro seniory Radkova Lhota v okrese Přerov, protože považuji za zajímavé zjistit, zda lidé, kteří s touto skupinou pracují profesionálně, mají jiný k dané problematice jiný postoj, než většina společnosti. Tím se opírám o článek M. Fadrlové, ve kterém píše, že ...celospolečenský negativní postoj k seniorům v mnohých z nich vyvolává pocity vlastní zbytečnosti. Většina seniorů doufá, že v klidu dožijí svůj život a že nebudou břemenem pro své nejbližší. Důsledkem tohoto „odcizení“ členů rodiny se vytváří hluboká mezigenerační propast, která má za následek oboustranné nepochopení a netoleranci. Přesto existují společnosti, například Japonsko,

kde je doživotní péče o staré lidi, spojená s láskou a úctou, samozřejmostí. Vezměme si z nich příklad. Senioři jsou nositeli tradice a kultury a jejich role je předávat své bohaté zkušenosti a dovednosti dále. Proto jsou nedílnou součástí naší společnosti. (6)

Z původních 60 rozdaných dotazníků se ke zpracování vrátilo 42, 1 z nich musel být pro neúplnost odpovědí vyřazen a zbylých 41 dotazníků ve zpracování považuji za 100%.

Graf 1 ukazuje věkové rozložení zaměstnanců organizace. Do věkové kategorie 18–25 let se zařadilo 11 respondentů (27%), do věkové kategorie 26–34 let se zařadilo 5 respondentů (12%), ve věku 35–44 let pracuje v organizaci 6 z odpovídajících respondentů (20%), věkovou kategorii 45–54 let označilo 13 respondentů (31%). V organizaci jsou zastoupeny všechny věkové skupiny ekonomicky aktivního obyvatelstva.

V grafu 2 lze vidět bytovou situaci respondentů. 20 respondentů (49%) bydlí se svým seniorem ve společném domě, nebo bytě. 5 respondentů (12%) bydlí od seniora do 1 km a 16 respondentů (39%) uvedlo, že bydlí ve vzdálenosti od 1 km a více. Při vykonávání odborné praxe v tomto zařízení jsem zjistila, že všichni zaměstnanci bydlí ve vesnicích, kde mají dům, čímž se také vysvětluje vysoký počet respondentů bydlících v jedné domácnosti.

Graf 3. 18 respondentů (44%) si myslí, že péči zvládnou sami případně i na úkor zaměstnání, 15 respondentů (37%) by využilo pomoci rodinného příslušníka, nebo jiné osoby, 7 dotázaných (17%) využije služeb neziskového sektoru – pečovatelské služby, nebo dobrovolníků a 1 respondent (2%) zaškrtnul možnost Jiné, kde dopsal domov pro seniory. Jejich postoj je dán tím, jak jsou dnes a denně ve styku s náročností takové péče, a mohou tedy být ovlivněni zaměstnáním. Při své praxi jsem se dozvěděla, že dvě zaměstnankyně pracující na pozici pečovatelky, mají s jedním tamním manželským párem příbuzenský vztah. Obě vypověděly, že pokud tady budou pracovat, své příbuzné

by domů nevzaly jednak pro náročnost péče , a jednak tady v zařízení jsou s nimi daleko více v kontaktu.

Na finanční situaci se zaměřila otázka 4. Graf 4 ukazuje, že 10 respondentů (24%) je schopno se o seniora postarat z vlastních prostředků, 23 respondentů (56%) je schopno se o seniora postarat s příspěvkem na péči, 6 respondentů (15%) by se nemohlo postarat v žádném případě a možnost Jiné využili dva respondenti (5%), kdy jeden uvedl bezplatnou pomoc sousedů a druhý by využil dobrovolníka.

Otázka 5 zkoumala subjektivní názor zaměstnanců na výši příspěvku na péči. 14 respondentů (34%) považuje výši příspěvku za vyhovující, 14 respondentů (34%) si myslí, že pro kompletní zajištění péče jsou příspěvky nízké a 13 respondentů (32%) se touto otázkou nezabývalo. Zákon rozlišuje 4 stupně závislosti na pomoci druhé osoby. Pro I. stupeň, čili lehkou závislost, se poskytuje příspěvek na péči ve výši 2 000 Kč. Pro středně těžkou závislost ve stupni II je poskytován příspěvek 4 000 Kč. 8 tis. Kč měsíčně dostává člověk se III. stupněm, čili těžkou závislostí a pro IV. stupeň (úplná závislost) je stanovena částka příspěvku na 11 000 Kč.(31)

Graf 6. Člověk je tvor, který ke svému životu potřebuje společnost. Proto se otázka 6 ptala, jak by pečovatelé zajistili svému seniorovi například návštěvu odborného lékaře, návštěvu knihovny či kulturních akcí pro seniory, které se v daném regionu pořádají pravidelně. Vlastní dopravou by sociální kontakt svému seniorovi zařídilo 33 respondentů (81%), 4 odpovídající (10%) by pořádali přátele nebo sousedy, 3 respondenti (7%) by zaplatili dopravu nějaké organizaci a 1 respondent (2%) využil možnosti Jiné. Tento člověk zřejmě nějakého seniora doma má, protože doplnil odpověď Nemá o nic zájem.

Graf 7 ukazuje vzdělání zaměstnanců. Základní vzdělání má pouze 1 respondent (2%), který je zároveň klientem Domova. 25 zaměstnanců (62%) má střední vzdělání s výučním listem, 14 respondentů (34%) uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou,

žádný z respondentů nemá vysokoškolské vzdělání a 1 respondent (2%) má vzdělání vyšší odborné. Z praxe vím, že na úseku sociální práce má ze 2 pracovníků pouze jedna zaměstnankyně vyšší odborné vzdělání. Druhá má pouze středoškolské vzdělání s maturitou a dvouleté nástavbové studium sociálně právního oboru, čímž nesplňuje § 110 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který říká, že ... Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je

a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu

c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b). (32)

Z grafu č. 8 vyplývá, že 6 respondentů (15%) poskytuje klientovi odbornou péči, 23 respondentů (56%) pracuje v pomocné péči o klienta, 5 respondentů (12%) se podílí na podpůrné činnosti a 7 respondentů (17%) pracuje v administrativě organizace. Odborná péče zahrnuje zdravotní sestry, které například podávají léky, nebo aplikují injekce. Pomocná péče se týká ošetrovatelek a pečovatelek. Podpůrnou činností se zabývají zaměstnanci na úseku úklidu, údržby, prádelny a kuchyně. Do administrativní činnosti spadá ředitelství organizace, zásobování a sociální úsek.

Otázka 9 (graf 9) se zabývala rodinnou zkušeností s péčí o seniora. Zkušenost až po dožití má 14 respondentů (34%), péči až po nutný zdravotnický zásah zažilo 8 respondentů (20%) a bez zkušenosti s rodinnou péčí je 19 respondentů (46%). Nejvyšší počet respondentů rodinnou zkušenost nemá.

V otázce 10 (graf 10) měli respondenti sami zvážit, zda by jejich domácí prostředí vyhovovalo péči o seniora. ano 4 respondenti (10%), to může znamenat, že například nemají v domě schody a jiné bariéry pro postižené. Spíše ano odpovědělo 18 respondentů (43%), tito lidé by museli v domácnosti udělat malé úpravy, například instalovat pomocná madla do koupelny nebo kuchyně. Spíše ne odpovědělo 8 respondentů (20%), tito by museli velké úpravy v domácnosti. A možnost ne zaškrtno 11 respondentů (27%), jejich domácnost péči o nemohoucího seniora naprosto nevyhovuje. Odpověď Nevím nevyužil žádný respondent (0%), každý zaměstnanec tedy dokáže svou bytovou situaci zhodnotit.

Pro potvrzení hypotézy H2 jsou zpracovány grafy č. 11 – 14.

Graf 11 srovnává postoj k zabezpečení péče o seniora pro věkovou skupinu 18 – 25 let a 45 – 54 let. V kategorii 18 – 25 let by péči i na úkor zaměstnání zvládlo 6 respondentů, 5 respondentů by využilo pomoci rodinného příslušníka, ostatní možnosti nevyužil z této kategorie žádný respondent. V kategorii 45 – 54 let by péči samostatně zvládlo 5 respondentů, 7 respondentů by využilo pomoci jiného rodinného příslušníka nebo jiné osoby a 2 respondenti by využili služeb neziskového sektoru. Ani v této kategorii možnost Jiné nevyužil žádný respondent.

Graf 12 srovnává tytéž věkové kategorie v otázce finančních možností domácí péče. Ve věkové kategorii 18 – 25 let shodně 4 respondenti uvedli, že by péči zvládli z vlastních prostředků a s příspěvkem na péči, 2 respondenti daného věku by se péči nezvládli v žádném případě a možnost Jiné využil 1 respondent. Ve věku 45 – 54 let by péči z vlastních prostředků zvládli 4 respondenti, s příspěvkem na péči 10 respondentů a ostatní možnosti nevyužil žádný respondent dané kategorie.

Srovnání názoru na výši příspěvku pro dané věkové skupiny ukazuje graf 13. Současnou výši příspěvků považují za vyhovující 4 respondenti ve věku 18 – 25 let a 6 respondentů ve věku 45 – 54 let. 2 respondenti ve věku 18 – 25 let a 3 respondenti ve věku 45 – 54 let si myslí, že příspěvky jsou nízké, a po 5 respondentech z obou kategorií se danou otázkou nezabývalo.

Graf 14 srovnává otázku rodinné zkušenosti s péčí o seniora. S rodinnou péčí až do dožití se setkal pouze jeden respondent ve věku 18 – 25 a 9 respondentů ve věku 45 – 54 let. 3 respondenti z každé skupiny zažili rodinnou péči po nutný zdravotnický zákrok, 7 respondentů z kategorie 18 – 25 a 3 z kategorie 45 – 54 let s rodinnou péčí vlastní zkušenost nemají.

6. Závěr

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že největší část respondentů výzkumného souboru nemá s rodinnou péčí o seniora zkušenost. Přesto jsou schopni a ochotni se o svého seniora postarat i za cenu opuštění zaměstnání, i když by to pro ně znamenalo ekonomickou újmu, kterou by zčásti nahrazovali příjmem z příspěvku na péči.

Tím se **vyvrací** hypotéza č.1 – *Ekonomická stránka života má negativní dopad na možnosti rodinné péče.*

Hypotéza č. 2 zněla: *Věková skupina 18 – 25 let má na rodinnou péči stejný názor jako generace ve věku 45 – 54 let.*

Největší počet respondentů ve věku 18 – 25 let by k rodinné péči nikoho nevolal, finančně by to zvládli vlastními prostředky nebo s příspěvkem na péči, ačkoli neví, zda výše příspěvku je na pokrytí výloh spojených s péčí dostačující. Také většina z nich nezažila rodinné pečování.

Naproti tomu respondenti ve věku 45 – 54 let by určitě do péče zapojili i rodinu, většina by se bez příspěvku na péči neobešla, jeho výše je na pokrytí výloh péče podle nich dostačující, a tato většina mají vlastní zkušenost s péčí o seniora až do dožití.

Tímto se hypotéza č. 2 rovněž **vyvrací**.

Pojmem *většina* je charakterizováno více než 50% respondentů dané věkové skupiny.

Lidé jsou schopni rodinné péče z hlediska ekonomického, sociálního a morálního v závislosti na věku, čímž bylo dosaženo cíle práce.

Práce má sloužit k informování veřejnosti laické i odborné o přístupu profesionálů k seniorům, které mají, nebo jednou mít budou. Je k tomu však zapotřebí chuť pečovat a mít zázemí, o které se budou moci opřít.

7. Seznam použité literatury:

1. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. 2. vyd. české. Přeložil Karel Šprunk. 292 s. ISBN 80-200-0917-5.
2. CAHA, A. *Autonomní morálka*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 138 s. ISBN 80-244-0789-2.
3. CENTRUM KOMUNITNÍHO PLÁNOVÁNÍ. *Typy sociálních služeb* [online]. Brno: Sociální nadační fond města Brna, [cit. 2007-04-12]. Dostupné z: <<http://www.domovypotrebnych.cz/typysocsluz.php>>.
4. CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Terénní pečovatelská služba* [online]. Praha: Centrum sociálních služeb [cit. 2007-04-17]. Dostupné z: <<http://www.cssp2.cz/css021.htm>>.
5. DOMOV STROPNICE. *Poslání domova* [online]. Horní Stropnice: Domov důchodců, 2006 [cit. 2007-04-12]. Dostupné z: <<http://www.domovstropnice.cz/>>.
6. FADRLOVÁ, M. Role seniorů v naší společnosti. *Politika a sociální práce* [online], 13.3.2006. [cit. 04-05-2007]. Dostupné z: <<http://archiv.noviny.mpsv.cz/clanek.php?id=1036>>. Archiv Novin Ministerstva práce a sociálních věcí.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. Edice Pyramida. ISBN 80-7038-158-2.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie: české ošetřovatelství 10*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2004. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
9. HERVERTOVÁ, V. Dávky sociální péče [online]. c2005, [cit. 2007-05-05]. Dostupné z: <<http://www.domavcr.cz/rady.shtml?x=155727>>
10. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.
11. HORSKÁ, P. et al. *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. 474 s. Edice Pyramida. ISBN 80-7038-011X.
12. HRNKOVÁ, M. *Etické aspekty práce sociálního pracovníka*. České Budějovice, 2005. 80 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity

na Katedře filozofie a etiky v pomáhajících profesích. Vedoucí diplomové práce
Doc. PhDr. Jiří Jankovský, PhD.

13. *Informace o změnách v právních předpisech upravujících sociální péči od 1. ledna 2007* [online]. [cit. 2007-05-05]. Dostupné z: <http://www.kr-moravskoslezsky.cz/aut_obec_1004.wnv.html>.
14. IVANOVÁ, K. *Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006 [cit. 2007-05-05]. Dostupné z: <<http://www.upol.cz/fakulty/lf/struktura/pracoviste/ustav-socialniho-lekarstvi-a-zdravotni-politiky/katerina-ivanova-ph-d/>>.
15. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
16. JANOTOVÁ, H. *Profesní etika*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, s.r.o., 2005. 96 s. ISBN 80-86861-42-2.
17. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
18. JONAS, H. *Princip odpovědnosti*. Přeložili Břetislav Horyna a Zdeněk Bígl. 1. vyd. české. Praha: Oikoymenh, 1997.
19. KÁNSKÁ, K. *Osobní asistence u lidí s myopatií* [online]. Praha: Dopravní středisko, 2006 [2007-05-10]. Dostupné z: <<http://www.viap.cz/pvpsps-bp-kanska-prace.doc>>.
20. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 80 s. ISBN 80-7254-662-7.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 131 s. Edice Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.
22. MALÁ, L. *Nesoběstačný starý člověk v rodině*. České Budějovice, 1998. 72 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university.
23. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 128 s. ISBN 80-901424-7-8.
24. NOHAVOVÁ, E. *Sociální péče – přítomnost a budoucnost*. České Budějovice, 2006. 86 s. Bakalářská práce na Katedře sociální politiky a sociální práce Zdravotně sociální fakulty jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Václav Dvořák.

25. PŘÍKASKÝ, J. *Učebnice základů etiky*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. 134 s. ISBN 80–7192-505–5.
26. *Sociální služby – podmínky a poskytovatelé* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [cit. 2007–02-13]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
27. *Stacionární péče* [online]. Plzeň: Diecézní charita Plzeň, [cit. 2007–04-08]. Dostupné z: <<http://www.kadel.cz/dchp/zarizeni/domacipece.html>>.
28. SULLEROT, E. *Krize rodiny*. Přeložila Helena Beguivinová. 1. vyd. české. Praha: Karolinum, 1998. 64 s. ISBN 80–7184-647–3.
29. TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele: starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?*. 3.vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 58 s. ISBN 80-238-8541-3.
30. TRAPKOVÁ, L. *Ženská otázka v rodině z hlediska dítěte* [online]. Liberec: Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, 2005, 5. 4. 2007 [cit. 2007–05-05]. Dostupné z: <http://www.lirtaps.cz/publikace/z_otazka.htm>.
31. ÚPLNÉ ZNĚNÍ: *Sociální zabezpečení 2007*. Č. 565 (1. 7. 2006). Ostrava: Jiří Matloch – Sagit, 2006. Vychází měsíčně. ISBN 80–7208-571–9.
32. *Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* [online]. Praha: Osobní asistence, c 2006, 23.9.2006 [cit. 2007-05-10]. Dostupné z: <<http://www.osobniasistence.cz/asistence4k3.php>>.

8. Klíčová slova

1. Etika
2. Odpovědnost
3. Rodina
4. Rodinná péče

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Hana Tomková a studuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

Dovoluji si Vám předložit dotazník, který mi pomůže zrealizovat výzkum k mé bakalářské práci s názvem „Etika odpovědnosti v rodinné péči“. Dotazník je zcela anonymní, proto věřím v úspěšnou spolupráci.

Pokyny k vyplnění:

Zakroužkujte prosím vždy jednu odpověď, která je Vašemu názoru nejbližší.

1. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 34 let
- c) 35 – 44 let
- d) 45 – 54 let
- e) 55 let a více

2. Jak daleko bydlíte od svého rod. příslušníka - seniora?

- a) bydlíme v jednom bytě/domě
- b) do 1 km
- c) 1 km a více

3. Jaký je Váš postoj k zabezpečení péče o Vašeho seniora?

- a) péči zvládnou sám/sama, případně i na úkor zaměstnání
- b) využiji pomoci rodinného příslušníka nebo jiné osoby
- c) využiji neziskový sektor – pečovatelská služba, dobrovolníci
- d) jiné, uveďte jaké

4. Jste z finančního hlediska schopni se o Vašeho seniora postarat doma?

- a) ano, z vlastních prostředků
- b) ano, s příspěvkem na péči
- c) ne, v žádném případě
- d) jiné (pomoc sousedů, dobrovolníků) – uveďte

5. Myslíte si, že příspěvky na péči ve výši 2 000, 4 tis., 8 tis. A 11 000 stačí

k zajištění potřebné péče?

- a) ano, současný stav považuji za vyhovující
- b) ne, pro kompletní zajištění péče jsou příspěvky nízké
- c) nevím, touto otázkou jsem se zatím nezabýval/a

6. Jak zajistíte svému seniorovi sociální kontakt? (návštěva lékaře, knihovny, kulturní akce pro seniory atd.)

- a) vlastní dopravou
- b) požádám přátele nebo sousedy
- c) zaplatím dopravu nějaké organizaci
- d) jiné, uveďte jaké

7. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední odborné s výučním listem
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

8. Jak se projevuje Vaše práce na provozu zařízení?

- a) v odborné péči o klienta
- b) v pomocné péči o klienta
- c) v podpůrné činnosti zařízení
- d) v administrativě

9. Máte rodinnou zkušenost s péčí o seniora?

- a) ano, až do dožití
- b) ano, až po nutnost odborné zdravotnické péče
- c) ne

10. Myslíte si, že Vaše domácí zařízení by vyhovovalo rodinné péči o seniora?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

Hana Tomková

Po vyplnění prosím odevzdejte do kanceláře p.Nesvadbové. Děkuji.

